

Université Paris Ouest–Nanterre La Défense

École doctorale

Milieus, cultures et sociétés du passé, Histoire du monde contemporain

Frédérique Liotard-Schneider

**Les experts de l'intime et les femmes,
médecins et démographes en France de 1945 à
1975**

Thèse

dirigée par Annette BECKER

soutenue en janvier 2010 devant un jury composé de

Étienne-Émile BAULIEU	Académie des Sciences
Annette BECKER	Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, Institut universitaire de France
Sylvie CHAPERON	Université Toulouse II-Le Mirail
Évelyne COHEN	École nationale supérieure des Sciences de l'Information et des Bibliothèques
Nicole EDELMAN	Université Paris Ouest-Nanterre La Défense
Jean-Pierre PETER	École des hautes Études en Sciences sociales

pour Marine et Irina, héritières de cette histoire

à François

*Glad to have sat under
Thunder and rain with you,
And grateful too
For sunlight on the garden.*

Remerciements

À Annette Becker qui n'a cessé de me secouer intellectuellement et m'a fait confiance pendant neuf longues années.

À tous les médecins qui m'ont reçue et encouragée, particulièrement le Docteur Henri Fabre à Grasse et le Professeur Baulieu qui a accepté d'être membre de ce jury.

À tous les membres du personnel de multiples centres d'archives et bibliothèques, je pense à Christine Duflot de la BIUM de Lille et à M. Elbaz de la CGT-Métaux à Paris.

À celles qui m'ont soutenue dans ce travail, Agnès Clément et Marie-Claude Deblock, mes collègues préférées.

À mon amie Anita Fontaine.

Résumé

Relevant de l'histoire du genre, cette étude analyse le discours des experts, médecins et démographes, sur les femmes entre 1945 et 1975 en France. Soucieux plutôt de fécondité et de natalité, les experts ont à se prononcer sur les nouvelles techniques du contrôle des naissances. Les sources choisies – notamment les thèses de médecine encore peu exploitées en histoire – révèlent une représentation traditionnelle des femmes, marquée idéologiquement. Ce discours s'inscrit dans une succession de débats nationaux, sur l'accouchement sans douleur à partir de 1952, la contraception à partir de 1956, l'avortement et la ménopause à partir de 1970. Les experts sont sollicités pour prouver ou infirmer le bien-fondé de découvertes médicales, comme l'accouchement sans douleur, la pilule, la méthode Karman d'avortement et – moins polémique – le traitement hormonal de la ménopause. Ils le sont en particulier à partir des années soixante car la diffusion de ces progrès médicaux exige le vote de nouvelles lois autorisant la contraception et l'avortement, jusque là réprimés par la loi de 1920. La plupart de ces experts sont opposés à ces changements par idéologie nataliste et familialiste et suivent les interdits de l'Eglise catholique, réitérés en 1968 par l'encyclique *Humanae vitae*. On retrouve dans ces débats la dichotomie politique traditionnelle droite/gauche, à l'exception du PCF qui reste nataliste jusqu'en 1965 avant d'opérer un tournant aux motivations complexes. Les rapports de force évoluent progressivement en faveur des revendications des femmes, soutenues par le Planning Familial dès 1956 et par un mouvement féministe renaissant à partir de 1968-1970, dans un contexte marqué par l'esprit de Mai 68. Le vote de la loi Neuwirth en 1967 et celui de la loi Veil en 1975 signent la défaite de ces "experts au nom de la Science".

Mots clés : histoire du genre – histoire des femmes – experts – médecins – démographes – fécondité – natalité – accouchement sans douleur – contraception – avortement – ménopause – pilule – traitement hormonal de la ménopause – loi de 1920 – idéologie nataliste – idéologie familialiste – encyclique *Humanae vitae* – PCF – Mouvement français du Planning Familial – Féministes – Mai 68 – Loi Neuwirth – Loi Veil

Abstract

Experts about intimacy versus women, physicians and demographers in France from 1945 to 1975. – Contributing to the History of Gender and Women, published advices about birth control delivered by experts, mainly physicians and demographers in France from 1945 to 1975, are analysed. In a major part of those documents, women are depicted under heavily conventional, ideologically oriented conceptions. Such writings constitute a major part, though still poorly investigated, of the available written sources concerning

three nation-wide, public debates held in France, successively (1) childbirth without pain after 1952, (2) contraceptive pill and birth-control after 1956, (3) legal abortion and hormonal treatment of menopause after 1970. Health and demography experts are regularly invoked for evaluating – rather for refusing, indeed – new applications of medical science that concern the health of women and their sexual freedom. They are especially requested starting from the 1960s, at a time when advances in medical research, as well as public informations about contraception or abortion, are still forbidden by the Law of 1920. Public controversies burst about the passing of more liberal laws. Most experts are reluctant about changing the law, entrenched in pro-birth and pro-family ideology. They obey the dogmas of the Catholic Church, for example the prohibition of pill reassessed by the *Humanae vitae* Encyclical Letter in 1968. The debates generally oppose Right to Left, following the traditional dichotomy in French politics. A notable exception resides in the Communist Party (PCF) remaining opposed to the pill until 1964 : together with the far Right and the conservative Catholics, they attack the US-originated pill, often calling it a neo-Malthusian method. For complex reasons, the PCF makes a U-turn on the subject in 1965. Step to step struggles are lead from 1956 by the MFPP (French Movement for Family Planning) and by feminist activists from 1968-1970, with the background of Mai 1968 events. The pro-pill law "loi Neuwirth" is passed in 1967. The pro-abortion "loi Veil" law is adopted in 1975, marking a second major defeat of the "experts in the name of Science".

Keywords : Gender History – Experts – Physicians – Demographers – Fertility – Birth rate – Childbirth without pain – Birth-control – abortion – Menopause – Pill – Hormonal Treatment for the menopause – Ideology pro-birth – Ideology pro-family – Encyclical letter *Humanae vitae* – Communist Party – MFPP – Feminism – Mai 68 – Neuwirth – Veil.

Affiliation

École doctorale *Milieus, cultures et sociétés du passé, Histoire du monde contemporain*, Université de Paris Ouest-Nanterre La Défense.

SOMMAIRE

Résumé.....	5
Abstract	5
INTRODUCTION.....	11
PARTIE 1 : SOURCES, POUR UNE APPROCHE PRIVILÉGIÉE DE L'INTIME..	29
CHAPITRE 1 – DES SOURCES SCIENTIFIQUES.....	33
I <i>Experts français face au progrès de la médecine</i>	33
A De 1945 à 1975 : trente ans de progrès médicaux	33
B Des sources essentiellement françaises	34
C Des sources médicales et démographiques	36
II <i>Les thèses de médecine, des documents privilégiés</i>	39
A Des thèses a priori sans engagement militant	40
B Quelques exemples de thèses engagées.....	45
III <i>Articles, témoignages, films et entretiens : des sources complémentaires</i>	47
A Des articles qui permettent les débats entre experts.....	47
B Témoignages, films et entretiens	50
CHAPITRE 2 – DES EXPERTS AU NOM DE LA SCIENCE.....	57
I <i>Les médecins, au plus proche du corps féminin</i>	57
A Des experts au nom de la médecine.....	57
B Des médecins encadrés et organisés.....	60
C Les médecins-femmes, une minorité active.....	77
II <i>Les démographes, les experts de la natalité</i>	81
A Des experts au nom de la science démographique.....	82
B Des experts regroupés dans l'INED.....	84
C Des militants natalistes.....	87
CHAPITRE 3 – DES EXPERTS ENGAGÉS DANS LEUR SIÈCLE	93
I <i>Anciens résistants et libres penseurs</i>	93
A Les anciens résistants, la première génération d'experts.....	93
B Les libres penseurs et francs-maçons.....	98
II <i>Les experts catholiques</i>	99
A Une minorité divisée.....	99
B Des prises de position conformes à celles du Vatican	101
C Une influence dominante jusqu'aux années soixante-dix	105
III <i>Experts communistes et compagnons de route</i>	107
A Le PCF et les médecins	107
B L'ASD, un enjeu idéologique de la Guerre froide	114
C Les communistes pour l'ASD et l'affaire Lamaze	120
IV <i>Des experts aux militants</i>	131
A Prudence et lobbying	132
B À partir des années soixante, d'autres formes d'action	134
C À partir de 1970, les féministes en action.....	136
CONCLUSION PROPOSITION DE PROSOPOGRAPHIE.....	141
PARTIE 2 : DEVENIR MÈRE.....	149
INTRODUCTION DE LA PARTIE 2.....	151
CHAPITRE 1 – DEVENIR MÈRE AU TEMPS DU BABY-BOOM (1941-1964).....	153
I <i>Le natalisme : un consensus national</i>	156
A Des experts natalistes et maternalistes.....	156
B Le couple médecin/parturiente	163
II <i>Amour maternel</i>	167
A Désir d'enfant et sentiment maternel	167
B L'ASD, source d'amour maternel.....	172
III <i>Des risques d'être mère</i>	178
A La mortalité maternelle.....	179
B Les causes de décès	183
C Séquelles physiques de la grossesse et de l'accouchement.....	185
CHAPITRE 2 – L'ACCOUCHEMENT, UNE AVENTURE DOULOUREUSE	191
I <i>Positions vis-à-vis de la douleur</i>	191
A Justification chrétienne.....	191
B Douleur de l'accouchement et amour maternel.....	195
C Justifications médicales de la douleur de l'accouchement.....	199
D Recul de l'indifférence.....	204
II <i>Douleur(s) de l'accouchement</i>	210
A Une douleur insaisissable mais réelle.....	211

B Facteurs de la douleur de l'accouchement.....	219
C Spécificité de la douleur de l'accouchement.....	228
III Douleur de l'épisiotomie	236
A Indication médicale de l'épisiotomie.....	236
B Réparation des épisiotomies et des déchirures à l'issue d'un accouchement.....	237
C L'avenir gynécologique et sexuel de la femme.....	240
CHAPITRE 3 – LUTTER CONTRE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT	243
I Les méthodes d'accouchement sans douleur distinctes de l'ASD	244
A En France.....	244
B À l'étranger.....	254
II L'ASD : une « révolution culturelle »	262
A De la méthode soviétique à la méthode Lamaze.....	262
B Les arguments des partisans de l'ASD.....	277
C Succès de l'ASD.....	292
CHAPITRE 4 – L'ASD : UNE UTOPIE ?	315
I L'ASD, une méthode efficace ?	315
A Évaluations de l'efficacité de l'ASD.....	315
B « Sans douleur » ?.....	320
II Facteurs d'échec de l'ASD	323
A Facteurs scientifiques et techniques.....	324
B Le facteur humain : du côté des patientes.....	330
C Facteurs sociaux et politiques.....	336
III Evolution et remise en cause de l'ASD à partir des années soixante	345
A L'ASD, une référence.....	345
B Contestations de l'ASD.....	350
C L'anesthésie péridurale.....	354
CONCLUSION DE LA PARTIE 2	363
PARTIE 3 : REFUS D'ÊTRE MÈRE ET MÉNopause	367
CHAPITRE 1 – LA LOI SUR LA CONTRACEPTION, PREMIÈRE DÉFAITE DES EXPERTS	373
I Un contexte favorable	380
A Un débat urgent et inévitable.....	380
B Contraception et sexualité, la fin des tabous.....	391
II Le Planning Familial et la bataille pour la contraception	405
A À partir de 1961, la politique du fait accompli.....	406
B Le Planning et le droit des femmes.....	417
C Critique des méthodes naturelles.....	438
III Défaite des opposants à la contraception	443
A Une coalition de conservateurs.....	443
B Le PCF, allié des natalistes jusqu'en 1965.....	467
C Des opposants virulents se réclamant du catholicisme.....	484
D La loi Neuwirth, défaite des catholiques intransigeants et des natalistes.....	515
Conclusion	522
CHAPITRE 2 – LA LOI SUR L'AVORTEMENT, NOUVELLE DÉFAITE DES EXPERTS	525
I Du refus de la maternité à n'importe quel prix, l'avortement thérapeutique	525
A Une pratique tolérée puis encadrée légalement à partir de 1939.....	526
B À partir de 1970, polémique sur les indications de l'avortement thérapeutique.....	534
II Du refus de la maternité : l'avortement	548
A Une culture de l'avortement.....	549
B Des risques nombreux, voire mortels.....	573
C À partir de 1970, une violente polémique.....	583
Conclusion	614
CHAPITRE 3 – LE TRAITEMENT DE LA MÉNopause, UNE BATAILLE D'EXPERTS	617
I Représentations et vécu des femmes ménopausées	619
A Des représentations figées.....	619
B Le vécu de la ménopause.....	624
II Des troubles physiques et psychiques innombrables	630
A Des troubles physiques infinis et douloureux.....	632
B Des risques de troubles mentaux.....	635
C Une causalité mal établie.....	640
III Un traitement hormonal controversé	644
A Un traitement mis au point aux États-Unis.....	644
B Médecins interventionnistes et médecins réticents.....	647
Conclusion	650
CONCLUSION DE LA PARTIE 3	651
CONCLUSION	655

BIBLIOGRAPHIE.....	665
I SOURCES.....	667
A <i>SOURCES NON IMPRIMÉES</i>	667
1 FONDS PUBLICS.....	667
2 FONDS D'ASSOCIATIONS ET DE SYNDICATS.....	667
3 PAPIERS PERSONNELS.....	668
4 TÉMOIGNAGES ORAUX.....	668
5 FILMS.....	669
B <i>SOURCES IMPRIMÉES</i>	669
1 MÉDECINE ET DÉMOGRAPHIE.....	669
2 ACCOUCHEMENT – MATERNITÉ.....	670
3 AVORTEMENT.....	688
4 CONTRACEPTION.....	699
5 MÉNopause.....	709
6 DÉMOGRAPHIE.....	712
7 SEXUALITÉ.....	715
8 HISTOIRE DU GENRE ET DES FEMMES.....	716
II ÉTUDES.....	717
A <i>INSTRUMENTS DE TRAVAIL</i>	717
1 DICTIONNAIRES ET ENCYCLOPÉDIES.....	717
2 BIOGRAPHIES.....	717
B <i>MÉTHODOLOGIE ET HISTORIOGRAPHIE</i>	717
C <i>ÉTUDES PARTICULIÈRES</i>	718
1 CONTEXTE POLITIQUE, SOCIAL ET CULTUREL.....	718
2 MÉDECINE–MÉDECINS.....	719
3 ACCOUCHEMENT–MATERNITÉ.....	722
4 AVORTEMENT.....	724
5 CONTRACEPTION.....	726
6 MÉNopause.....	727
7 DÉMOGRAPHIE.....	728
8 SEXUALITÉ.....	729
9 HISTOIRE DU GENRE ET DES FEMMES.....	729
ANNEXES.....	733
ANNEXE 1 – CHRONOLOGIE.....	735
ANNEXE 2 – NOTICES BIOGRAPHIQUES.....	751
ANNEXE 3 – LOIS.....	769
Loi de 1920.....	769
Loi Neuwirth de 1967.....	770
Loi Veil de 1975.....	772
ANNEXE 4 – GLOSSAIRE.....	777
ANNEXE 5 – SIGLES.....	779

INTRODUCTION

Les experts de l'intime et les femmes : médecins et démographes en France de 1945 à 1975 : j'entends considérer sous ce titre le discours des médecins, et secondairement des démographes, sur le corps des femmes, corps sexué et fécondable. L'intime, intérieur et secret, est au cœur de la vie des femmes comme de tout être humain et concerne en premier lieu la sexualité. Songeons aux représentations anatomiques du sexe des femmes, dissimulé à l'intérieur du corps féminin. Toutefois la sexualité a, pour la plupart des femmes, une conséquence spécifique, seules les femmes peuvent enfanter. Ce qui peut paraître comme un élément de puissance peut aussi représenter une préoccupation récurrente voire une malédiction. Ce travail sur l'intime des femmes se situe donc à la croisée de l'histoire du genre et de celle des sciences, médecine et démographie.

Pour Michel Foucault : « Le discours savant qui fut tenu sur le sexe au XIXe siècle a été traversé de crédulités sans âge, mais aussi d'aveuglements systématiques : refus de voir et d'entendre. [...] Ce qu'il faut à la fois débusquer et écouter, c'est « l'économie » des discours, je veux dire leur technologie intrinsèque, les nécessités de leur fonctionnement, les tactiques qu'ils mettent en œuvre, les effets de pouvoir qui les sous-tendent et qu'ils véhiculent. [...] L'histoire de la sexualité doit se faire du point de vue d'une histoire du discours »¹. Appliquer ce type d'analyse au discours médical et démographique de 1945 à 1975, telle est mon ambition dans ce mémoire. J'ai essayé de repérer les permanences et les évolutions, de tirer les fils rouges des idéologies et de montrer la place réelle dévolue aux femmes dans les sources, du point de vue du genre.



Ce travail s'intéresse donc au corps concret, physique, par lequel la plupart des femmes réalisent leur fonction « naturelle », selon le terme de l'époque, ou « biologique », selon le nôtre, concevoir un enfant. Les sources scientifiques retenues concernent quatre moments de la vie intime et sexuelle des femmes : la fécondité aboutie (l'accouchement), contrôlée (contraception), disparue (la ménopause), refusée (avortement). Lors de ces événements, les femmes consultent leurs médecins et sont l'objet d'études, de publications, de thèses, de la part de ces experts du corps féminin. La médecine constitue, depuis plus de cinquante ans, un passage obligé pour les femmes ; elle leur permet un accouchement sans risque, une contraception médicale, parfois un avortement, et enfin un traitement de la ménopause. Ces événements de la vie intime des femmes tournent autour de la fécondité et donc de la natalité. Pour mieux les cerner, j'ai donc complété les sources médicales par les écrits de démographes.

J'ai choisi d'analyser ces sources scientifiques du point de vue du genre en cherchant à repérer les représentations du corps des femmes et des femmes

¹ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976, p. 74 et 92.

elles-mêmes que trahissent ces textes. Pour ces experts, seule la fonction maternelle, en puissance, réalisée ou disparue, de ces corps de femmes est prise en compte, réduisant leur sexualité et leur vie intime à cette possibilité d'engendrer. C'est pourquoi j'ai intégré à mon étude, en symétrie, la question de la ménopause. Alors qu'il ne s'agit plus ici de fécondité à stimuler ou à protéger, la ménopause reste définie comme une perte et non comme une nouvelle étape de la vie des femmes. Elle n'est jamais valorisée dans sa dimension simplement humaine, libérée des contraintes d'une fécondité peut-être redoutée. En cela, elle relève caricaturalement des rapports de genre. Contrairement aux références sur la fécondité, les discours des médecins et des démographes restent étonnamment allusifs sur la sexualité des femmes alors qu'elle est nécessaire pour devenir mère et qu'elle est implicite dans toute demande de contraception, d'avortement ou de traitement de la ménopause. La sexualité est donc toujours présente, en arrière-plan, mais elle reste rarement abordée de face jusqu'aux années soixante. La présence celée de la sexualité est une autre caractéristique de ces sources jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par des médecins–sexologues après 68.



La période envisagée est relativement courte² : trente ans, entre 1945, fin de la Seconde Guerre mondiale qui voit les femmes françaises accéder au suffrage, et 1975, année du vote de la loi Veil³ autorisant l'interruption volontaire de grossesse.

Au sortir de la guerre, les représentations des femmes restent traditionnelles, le droit de vote ne change pas leur image et leur fécondité continue à les définir. L'époque est nataliste⁴, dans les modes de pensée et dans les faits : le baby-boom débute pendant l'Occupation et se termine en 1964. Dans ce climat consensuel, l'opinion et les dirigeants politiques semblent surtout préoccupés par l'instabilité institutionnelle de la IV^e République⁵ et la guerre d'Algérie à partir de 1954. Tous participent à cette unanimité autour de la natalité : experts, médecins et démographes, partis politiques de droite comme de gauche, au pouvoir ou dans l'opposition, femmes elles-mêmes qui connaissent ainsi un taux de fécondité sans précédent. Dans un contexte national peu propice à l'évocation de « problèmes féminins », l'accouchement sans douleur, à partir de 1952, jouit d'une extraordinaire popularité et apparaît comme une victoire des femmes sans remise en cause de leur rôle traditionnel plébiscité par tous.

² Voir le déroulement chronologique à l'annexe 1.

³ Texte figurant à l'annexe 3 de la présente thèse.

⁴ À savoir qui recherche l'accroissement de la population par la stimulation de la natalité, selon la définition donnée par Francis Ronsin, Hervé Le Bras et Élisabeth Zucker-Rouvillois, *Démographie et politique*, Dijon, Éditions universitaires, 1997, p. 95.

⁵ Cette période voit aussi le MRP, parti de la démocratie chrétienne, prendre une importance nouvelle en France, circonstance peu favorable à une remise en cause du natalisme.

La fin du baby-boom marque un retournement de la situation et coïncide avec l'émergence publique des aspirations des femmes à maîtriser leur fécondité. Elles veulent aller plus loin que l'accouchement sans douleur et souhaitent n'avoir que des enfants désirés au moment où les premiers contraceptifs hormonaux fiables sont mis sur le marché. La loi Neuwirth, en 1967, prend en compte leurs revendications après quelques années d'atermoiements dont les experts, en règle générale opposés à la contraception, sont en partie responsables. Mais cette loi, dont l'application est largement retardée par la réticence des pouvoirs publics à en publier les décrets, n'arrive pas à faire disparaître les avortements clandestins. Devant cette situation, les femmes obtiennent, après un dur combat en particulier contre les experts se réclamant du catholicisme, le droit d'avorter en sécurité en 1975, par la loi Veil⁶. Les revendications pour la libre maternité l'emportent donc finalement sur le natalisme officiel qui finit par s'éteindre. La ménopause constitue enfin la dernière frontière pour les femmes, avec la volonté de vivre correctement cette longue période, grâce, encore une fois, aux progrès médicaux. Cependant, la ménopause ne nécessitant pas le vote d'une loi, elle ne donne pas lieu à un débat public mais à une polémique entre experts.

Les partis de gauche prennent tardivement en compte les aspirations des électrices à une maternité désirée. Le candidat à l'élection présidentielle François Mitterrand fait, le premier, du droit à la contraception une promesse électorale en 1965. Le PCF⁷ a quant à lui une position originale : il défend l'accouchement sans douleur, d'origine soviétique, mais repousse toute revendication sur le droit à la contraception, malgré les protestations des médecins communistes. Le parti propose à contre-courant en 1956 une loi autorisant, sous conditions, l'avortement, en vain. Dans sa propagande pour l'accouchement sans douleur et son refus de l'autorisation de la contraception, il rejoint de façon à première vue paradoxale le camp des catholiques militants qui suivent les interdits de Rome ! Catholiques et communistes deviennent des « sœurs ennemies »⁸, politiquement opposés mais partageant les mêmes valeurs patriarcales. Ainsi les femmes en France ont dû lutter contre ces deux idéologies puissantes, alliées dans le maternalisme⁹ : l'Église catholique et le Parti Communiste Français. Ces deux forces d'opinion œuvrent ainsi de concert, jusqu'en 1965. Le recul de leur influence, dans les années soixante et particulièrement à partir de Mai 68, est l'un des signes d'une aspiration générale

⁶ Il faut noter que cette loi (voir annexe 3) est, en quelque sorte, temporaire car il est prévu dans le texte de la proposer de nouveau au vote des assemblées quatre ans plus tard, ce qui est fait en 1979.

⁷ La table des sigles employés dans cette thèse constitue l'annexe 5.

⁸ Selon l'expression de Sylvie Chaperon, *Le creux de la vague. Mouvements féminins et féministes 1945-1970*, thèse d'histoire, Institut Universitaire Européen, 1996, p. 271.

⁹ Soit « l'idéologie et le discours qui exaltent la capacité des femmes d'être mères et qui entendent appliquer à la société toute entière les valeurs rattachées à ce rôle de mère », définition citée par Louise Toupin, in « Des usages de la maternité en histoire du féminisme », *Recherches féministes*, vol. 9, n°2, 1996, p. 113.

à l'émancipation qui traverse toute la société et s'applique désormais à l'intime, à la sexualité. Le PCF change officiellement de politique à partir de 1965 pour rallier les positions de la gauche française. L'Église au contraire se raidit et publie en 1968 l'encyclique *Humanae vitae* qui persiste à interdire toute contraception médicale et met fin aux espoirs des catholiques progressistes de voir sa position évoluer. La rigidité doctrinale de l'Église catholique, au contraire du protestantisme¹⁰, entraîne, une incompréhension et une laïcisation générale de l'opinion française en matière de vie intime et de contrôle des naissances.



Chronologiquement¹¹, l'évolution, qu'il est facile aujourd'hui de qualifier d'irrésistible, vers la maîtrise de leur corps et de leur fécondité remonte au début des années cinquante avec la possibilité offerte aux femmes d'accoucher sans douleur. Cette promesse leur ouvre des perspectives inouïes car l'accouchement sans douleur entraîne une prise de conscience que les problèmes de chacune (douleurs de l'accouchement, contraception peu fiable, avortement clandestin) sont les problèmes de toutes. Ce qui apparaissait comme relevant de l'intime se met à appartenir au vécu commun de toutes les femmes, malgré la volonté de la plupart des médecins de le réduire à un cas individuel. L'accouchement sans douleur, en favorisant l'émergence d'un sentiment de solidarité entre femmes, ouvre ainsi la porte aux luttes futures pour le droit à la contraception et à l'avortement. Les drames personnels prennent une dimension collective et mènent logiquement à une action politique, au sens large du terme. Cette évolution est favorisée par l'action du Mouvement Français du Planning Familial, qui passe d'une pratique de groupe de pression et de conseils individuels à partir de sa fondation en 1956, à une politique du fait accompli avec l'ouverture des premiers centres du Planning en France, sous la pression des militants et en dehors du cadre de la loi qui devient alors spectaculairement obsolète.

A partir de Mai 68, l'émergence d'un mouvement féministe actif, qui trouve des alliés parmi les médecins pour appuyer ses revendications, change la donne. Ces nouvelles féministes se distinguent de la « première vague » du début du siècle dont les héritières proclamées se tiennent étrangement à l'écart des débats sans se prononcer en faveur du droit à la contraception ni de celui à l'avortement¹². Par contre, avec l'arrivée d'une nouvelle génération de

¹⁰ Les Églises protestantes font preuve d'une tolérance remarquable face aux questions de contraception. Les militantes du Planning Familial de confession protestante sont d'ailleurs relativement nombreuses à l'exemple d'Évelyne Sullerot, une des fondatrices du Planning Familial. Elles sont principalement issues du mouvement Jeunes femmes.

¹¹ La chronologie détaillée de l'évolution vers la reconnaissance du droit à la contraception et à l'avortement est donnée à l'annexe 1.

¹² D'après Françoise Picq, elles cherchent ainsi à se démarquer des accusations de néomalthusianisme, in « Le contrôle des naissances : du néo-malthusianisme au

militantes, à partir de 1968-1970, la maîtrise de la fécondité devient la principale revendication qui rassemble les féministes et popularise leur mouvement auprès de la plupart des femmes. Le mouvement féministe, dont l'acte de naissance est fixé traditionnellement en 1970 avec la création du MLF¹³, est, en effet, hétérogène, divisé entre mouvances opposées et rivales. Le mot d'ordre « Un enfant si je veux quand je veux » les réunit dans une lutte concrète et populaire. Le Mouvement français pour le planning familial, qui touche alors des milliers de femmes dans ses centres et en tire une légitimité incontestable, cristallise de son côté les revendications des femmes en matière de contraception et d'avortement, il est d'ailleurs dirigé par ses militantes féministes à partir de 1973¹⁴. Mai 68 semble donc bien être un tournant : l'aspiration à une liberté dans le domaine de l'intime et de la sexualité en est l'expression¹⁵.

Les Trente glorieuses le sont donc aussi pour le droit des femmes à mieux maîtriser leur fécondité et leur corps, condition première de leur émancipation. Trente ans, le temps d'un renouvellement de génération, représentent le délai habituel, en histoire, pour qu'une revendication nouvelle aboutisse à une reconnaissance officielle, en général par le biais d'une loi. Or entre 1945 et 1975, les femmes obtiennent d'accoucher sans douleur, de pouvoir prendre une contraception fiable, de pouvoir avorter légalement et de vivre une ménopause sans troubles. Certes, la réalité n'est pas toujours à la hauteur des espérances : accoucher peut toujours être douloureux, une contraception peut échouer et entraîner un avortement, atténuer le choc de la ménopause ne supprime pas la vieillesse. Mais la médecine et la loi ont pris en compte les aspirations des femmes. Les cadres médicaux et légaux sont fixés, les femmes ont désormais le choix.



Pour l'emporter, les femmes ont heurté de front une législation répressive de la contraception et de l'avortement, héritée du XIXe siècle. En effet, la natalité est en France une affaire d'État, à travers « l'obsession démographique »¹⁶ qui caractérise le pays depuis longtemps et s'est traduite par le vote de la loi de 1920. Celle-ci réprime « à la fois la provocation à

féminisme », in Christine Bard et Janine Mossuz-Lavau, *Le Planning Familial. Histoire et mémoire (1956-2006)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2006, p.28.

¹³ Les sigles sont expliqués à l'annexe 5.

¹⁴ Mais il ne s'affirme officiellement féministe qu'en 1983.

¹⁵ Sylvie Chaperon analyse le phénomène en termes d'émergence de la « subjectivité » qui va de pair avec la volonté de maîtriser sa vie, donc sa fertilité, chez les femmes de la génération de 1968. In : Sylvie Chaperon, « La radicalisation des mouvements féminins de 1960 à 1970 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 48, octobre-décembre 1995, p. 66.

¹⁶ Expression d'Hervé Le Bras dans son ouvrage *Marianne et les lapins. L'obsession démographique*, Paris, Olivier Orban Ed., 1991.

l'avortement et la propagande anticonceptionnelle »¹⁷, qu'elle met sur le même plan et soumet à la même interdiction, le préservatif restant seul autorisé pour son utilité dans la lutte antivénérienne. Cette loi répressive n'est pas apparue ex nihilo après la Première guerre mondiale. Elle a été précédée par le Code Napoléon de 1810 qui se contente cependant d'interdire l'avortement, suivi par la loi du 16 mars 1898 qui interdit la vente des « objets contraceptifs ». Cette législation ne suffisant pas à entraver l'action des militants pour la contraception, plusieurs propositions de lois sont soumises à l'Assemblée nationale. Elles n'aboutissent pas, en raison, semble-t-il, du conflit avec l'Église autour de la laïcité, sanctionné par la loi de Séparation en 1905. La Chambre « bleu horizon » élue en 1919, de par sa composition, n'a plus ces réticences et vote le 31 juillet 1920 par 500 voix pour et 51 voix contre cette loi¹⁸ qui perdure après 1945. Elle maintient les sanctions sévères des lois précédentes en cas de manœuvre et de pratique abortives. Elle punit de six mois à trois ans d'emprisonnement et d'une forte amende toute personne reconnue coupable de provocation à l'avortement, « alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet » (article 1). Elle punit de la même façon la vente ou la distribution de remèdes et objets propres « à commettre le crime d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni consommé ni tenté et alors même que ces remèdes, substances, instruments [...] seraient en réalité inaptes à le réaliser » (article 2). Ce texte de loi cherche ainsi à éviter que les tribunaux ne soient obligés, pour pouvoir condamner les accusé(e)s, de réclamer une preuve physique de l'avortement, difficile à fournir par les médecins de l'époque. L'article 3 concerne « la propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité » qui « sera punie d'un mois à six mois de prison et d'une amende ». L'article 4 précise que les mêmes peines punissent ceux qui fournissent des « remèdes secrets [...] (supposés) jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse, alors même que l'indication de ces vertus serait mensongère ». Là encore la loi veut éviter que les tribunaux soient tenus de faire la preuve des indications contraceptives réelles des remèdes concernés et donc peut-être de leur faire une publicité, inopportune dans l'esprit de la loi. Le 27 mars 1923, une nouvelle étape marque cette répression avec le vote d'une loi qui correctionnalise l'avortement. Celui-ci cesse donc d'être un crime passible des Assises pour devenir un délit, les jurys populaires se révélant trop indulgents en accordant souvent des circonstances atténuantes aux accusées. La répression est encore renforcée par le Code de la famille voté le 27 juillet 1939, sous la pression des natalistes, en particulier de l'Alliance nationale contre la dépopulation qui connaît à cette occasion l'apogée de son influence. À côté de mesures bénéfiques à la famille, ce Code prévoit des brigades spéciales de police chargées de traquer les avorteurs et instaure un système qui condamne toujours l'avortement et la tentative d'avortement, que la femme, supposée enceinte, le soit réellement ou pas. Cette législation punit de 5 à 10 ans de prison l'avorteur et de 6 mois à 2 ans de prison l'avortée. Enfin, ce Code

¹⁷ Le texte complet de la loi est donné ci-après, à l'annexe 3.

¹⁸ Dont le texte est donné en annexe 3 de ce mémoire.

permet désormais à la justice d'interdire aux médecins et aux membres des professions paramédicales inculpés d'exercer leur profession, temporairement ou définitivement. Cette législation convient tout à fait au régime nataliste et maternaliste de Vichy pour qui la famille devient un enjeu idéologique, avec la création d'un Commissariat à la famille, assisté d'un Conseil consultatif, composé de militants natalistes et moralistes. Vichy remet d'ailleurs à l'honneur la fête des mères, instaurée en 1921, et encourage les familles nombreuses par des primes, des exemptions d'impôt etc. Le régime renforce à son tour la répression de l'avortement qui est assimilé par la loi du 15 février 1942 à un « crime contre la sûreté de l'État » et aboutit à l'exécution de Marie-Louise Giraud le 30 juillet 1943 pour avoir pratiqué des avortements. La propagande anticonceptionnelle est également pourchassée et punie¹⁹. La création en 1941 de l'Ordre des médecins, qui est reconduit après-guerre, renforce le contrôle sur les médecins et sur la fécondité des femmes.

Tel est l'état des lieux législatif et réglementaire en 1945²⁰. Il correspond à un consensus nataliste qui se perpétue en France après la Seconde guerre mondiale et se trouve conforté par le baby-boom.



Médecins et démographes, à travers la création de l'INED en 1945, sont mis à contribution pour accompagner et renforcer cet élan nataliste. Ils publient dans les mêmes revues et, sollicités régulièrement par les pouvoirs publics, constituent d'influents groupes de pression. Dans ce contexte, leur discours remplit plusieurs fonctions. En premier lieu, il fonde et rappelle l'idéologie dominante, celle de l'Ordre des médecins et/ou de l'Église catholique. L'analyser permet donc d'apprécier la puissance et la pérennité de l'idéologie nataliste et maternaliste bien après Vichy. Parallèlement, les sources permettent de constater la marginalisation progressive de cette idéologie, ce recul étant symboliquement représenté par le vote des lois autorisant la contraception puis l'avortement. Les discours des experts traduisent également les représentations que ceux-ci donnent des femmes à travers la fonction la plus « naturelle » du corps féminin, la maternité. Le corps féminin s'y trouve réduit au service de la médecine et de la démographie, sciences vouées officiellement et sans complexe à l'augmentation de la population française. Or le discours de ces experts

¹⁹ Ainsi Eugène Humbert, militant néo-malthusien célèbre avec sa femme Jeanne, entre les deux guerres, est inculpé de « complicité et tentative d'avortement » et condamné à 18 mois de prison et 6 000 francs d'amende pour « propagande anticonceptionnelle » car il avait répondu à la demande d'un agriculteur en lui envoyant des livres sur les méthodes contraceptives, ce qui n'avait pas empêché l'épouse de cet agriculteur d'avoir un cinquième enfant. Emprisonné à Amiens à partir de décembre 1942, il meurt sous les bombardements en juin 44 quelques jours avant sa libération.

²⁰ Ces remarques sont tirées essentiellement de l'ouvrage de Christine Bard sur *Les femmes dans la société française au 20^e siècle*, Paris, Armand Colin, 2001 et de celui du Mouvement français pour la Planning Familial, *D'une révolte à une lutte. 25 ans d'histoire du Planning Familial*, Paris, Tierce, 1982.

s'affirme intrinsèquement scientifique et au-dessus des prises de position partisans, à l'exception néanmoins du natalisme. Les caractéristiques de leurs discours (statistiques, études de cas etc.) permettent à ces experts, jusqu'aux années soixante, d'adopter une posture dominante en servant de références indiscutées. Il en est ainsi, par exemple, d'Alfred Sauvy²¹, démographe « national » et propagandiste infatigable de la natalité.

Néanmoins, malgré l'hégémonie de l'idéologie nataliste, il serait abusif de parler d'un discours médical et démographique unique. Un des buts de ce travail est en effet de nuancer cette impression réductrice et de montrer l'existence d'autres types d'interventions, de la part de « dissidents » de l'idéologie officielle, d'autres experts : essentiellement des médecins²², successivement partisans de l'accouchement sans douleur, du droit à la contraception et du droit à l'avortement. Ces médecins cherchent, dans les années cinquante et soixante, à se poser en « contre-experts », bien qu'ils aient rarement accès aux revues médicales ou aux médias officiels. Écartés des structures institutionnelles, ils fondent leurs propres organisations et se regroupent dans des associations, dotées de revues, dans lesquelles ils veulent développer une autre science, celle du progrès médical au service des femmes.

Les experts²³ ont, en effet, pendant ces trente années, à affronter des changements radicaux dans l'exercice de la médecine, en particulier en ce qui concerne les femmes. De 1945 à 1975, se développent des progrès médicaux considérables en matière de gynécologie obstétrique : techniques nouvelles d'accouchement sans douleur, nouveaux contraceptifs hormonaux, technique d'avortement légère, traitement hormonal substitutif de la ménopause, le tout contrôlé par l'emploi d'antibiotiques qui font remarquablement reculer la mortalité des femmes. En conséquence, ce qui relevait avant-guerre du seul domaine de l'intime, en marge de la loi, nécessite à partir de 1945 une reconnaissance officielle pour que ces progrès soient appliqués à découvert et à grande échelle. L'accouchement sans douleur doit être accepté par la Sécurité Sociale pour en faire profiter le plus grand nombre de femmes possible. La contraception doit être autorisée et délivrée des articles de la loi de 1920 qui la réprime. L'avortement devient accessible sans risques majeurs et sa pratique quasi publique rend alors caduque cette même loi. Seul le traitement hormonal de la ménopause échappe à ces débats. Divergeant progressivement de la position officielle scandée par les experts, deux générations successives de médecins « dissidents » développent une stratégie du fait accompli pour atteindre leurs buts : pratique de l'accouchement sans douleur à partir de 1952 dans une clinique gérée par la CGT, conseils de contraception dans les centres du MFPP à partir de 1961, pratiques d'avortements à la fois clandestins et

²¹ Une des personnalités fréquemment citées dans cette thèse : voir leurs notices biographiques à l'annexe 2.

²² Les démographes restent en effet figés sur leurs positions natalistes initiales.

²³ Les médecins et le démographes ne sont pas les seuls experts reconnus du corps des femmes, s'y ajoutent les juristes, les théologiens et les experts auto-proclamés.

publics par les membres du MLAC, à partir de 1973. Leurs adversaires, experts opposés pour la plupart à la remise en cause de la loi de 1920, adaptent aussi leur stratégie, dans une rivalité constante pour occuper l'espace public et les médias.



Au delà de ces luttes, le genre reste l'axe autour duquel s'ordonne cette évolution. L'histoire du genre est arrivée aujourd'hui au « temps de la reconnaissance »²⁴, depuis le premier cours d'histoire des femmes donné en 1973 par Françoise Thébaud à Paris VII sous le titre, *Les femmes ont-elles une histoire ?*. Elle s'oriente depuis une quinzaine d'années vers l'histoire du féminisme, par la volonté d'une génération d'historiennes de fixer les repères de la « deuxième vague » du mouvement féministe, à partir de 1968-1970. En 1996, Sylvie Chaperon soutient sa thèse, *Le creux de la vague. Mouvements féminins et féministes 1945-1970*, particulièrement précieuse pour l'époque étudiée²⁵. Christine Bard publie *Un siècle d'antiféminisme* en 1999²⁶, puis *Les femmes dans la société française au XXe siècle*, en 2001²⁷. En 2008, Michelle Riot-Sarcey fait paraître une *Histoire du féminisme*²⁸.

Dans le même élan, les historien(ne)s s'intéressent aux luttes pour le droit à la contraception et à l'avortement. Janine Mossuz-Lavau fixe dès 1991 les cadres des débats législatifs des lois Neuwirth et Veil dans *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990)*²⁹. En 2002, Xavière Gauthier publie *Naissance d'une liberté*³⁰. Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti écrivent une *Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècle*, en 2003³¹. Le Mouvement français pour le planning familial fait l'objet, pour ses cinquante ans, d'articles et de témoignages rassemblés dans *Le Planning familial. Histoire*

²⁴ Selon le titre que donne Françoise Thébaud à la quatrième partie de son ouvrage, *Écrire l'histoire des femmes et du genre*, Paris, ENS Ed., 2007, p. 185-238.

²⁵ Publiée sous le titre, *Les années Beauvoir. 1945-1970*, Paris, Fayard, 2000, 430p.

²⁶ Christine Bard, *Un siècle d'antiféminisme*. Paris, Fayard, 1999, 481 p.

²⁷ Christine Bard, *Les femmes dans la société française au XXe siècle*. Paris, Armand Colin, 2001, 285 p.

²⁸ Michelle Riot-Sarcey, *Histoire du féminisme*, Paris, La Découverte, 2008, 120 p.

²⁹ Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990)*, Paris, Payot, 1991, édition 2002, 499p.

³⁰ Xavière Gauthier, *Naissance d'une liberté. Contraception, avortement, le grand combat des femmes au XXe siècle*, Paris, Robert Laffont, 2002, 437p. Ouvrage suivi en 2004 de *Paroles d'avortées. Quand l'avortement était clandestin*, Paris, La Martinière, 303 p.

³¹ Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti, *Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècle*. Paris, Le Seuil, 2003, 288 p.

et mémoire (1956-2006), sous la direction de Christine Bard et Janine Mossuz-Lavau³².

L'histoire de la maternité et de l'accouchement a entraîné la publication par Yvonne Knibiehler de nombreux ouvrages dont *La révolution maternelle depuis 1945*, en 1997, et plus récemment, en 2007, *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*³³. Et plus de cinquante ans après le premier accouchement sans douleur en France, Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George publient *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*, en 2004³⁴.

En matière de sexualité, la référence incontournable reste l'œuvre de Michel Foucault, *Histoire de la sexualité*, dont les derniers tomes sont parus en 1984. Plus largement, l'histoire de la vie privée a fait l'objet d'un ouvrage éponyme sous la direction de Philippe Ariès et Georges Duby, en 1987, et celle du corps d'un livre récent sous la direction de Jean-Jacques Courtine, en 2006³⁵. L'histoire des rapports entre le pouvoir médical et les femmes a entraîné de nombreuses études dans le monde anglo-saxon. Je citerai seulement : William Ray Arney, « Power and the Profession of Obstetrics », en 1982³⁶, et Ann Oakley, *Essay on Women, Medicine and Health*, en 1994³⁷. En 1993, Jean-Pierre Peter publie *De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine pré moderne envers la douleur*³⁸, dont les analyses éclairent les relations entre les médecins et les femmes autour de la douleur au XXe siècle. En 2000, Jean-Paul Gaudillière, Christiane Sinding, Llana Lowy écrivent un ouvrage fondamental pour le sujet qui nous occupe, *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*³⁹.

³² Christine Bard et Janine Mossuz-Lavau dir., *Le Planning familial. Histoire et mémoire (1956-2006)*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2006, 209 p.

³³ Yvonne Knibiehler, *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997, 370p., et *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Paris, ENSP, 2007, 188 p.

³⁴ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*, Paris, Éditions de l'Atelier/Éditions ouvrières, 2004, 254 p.

³⁵ Philippe Ariès et Georges Duby (dir.), *Histoire de la vie privée*, Tome V: *De la première guerre mondiale à nos jours*, Paris, Le Seuil, 1987, 634 p.

Courtine Jean-Jacques (dir.), *Histoire du corps*, t.3, « Les mutations du regard : Le XXe siècle », Paris, Le Seuil, 2006, 522 p.

³⁶ William Ray Arney, « Power and the Profession of Obstetrics », Chicago, the University of Chicago Press, 1982, 290 p.

³⁷ Ann Oakley, *Essay on Women, Medicine and Health*, Edinburgh University Press, 1994, 295 p.

³⁸ Jean-Pierre Peter, *De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine pré moderne envers la douleur*, Paris : Quai Voltaire, 1993.

³⁹ Jean-Paul Gaudillière, Christiane Sinding, Llana Lowy et Delphine Gardey, *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Ed. Des Archives contemporaines, 2000, 227 p.

Les démographes et en particulier l'INED ont inspiré deux ouvrages stimulants: l'un, polémique, d'Hervé Le Bras, *Marianne et les lapins. L'obsession démographique*, en 1991⁴⁰, et l'autre, plus récent, de Pierre-André Rosental, *L'intelligence démographique : sciences et politiques des populations en France (1930-1960)*, en 2003⁴¹.

Les recherches sur l'histoire des femmes et de leur corps sont donc en plein développement. Cependant, à la différence des historiens et sociologues anglo-saxons, croiser l'histoire du genre et l'histoire de la médecine dans la seconde moitié du XXe siècle a encore peu intéressé les chercheurs français. Si un certain nombre de travaux ont porté sur la santé et la sexualité des femmes avant la Seconde Guerre mondiale en France, la recherche pour la période suivante reste largement ouverte, ce qui m'a parfois plongée plus dans l'angoisse que dans l'exaltation.



Pourquoi choisir un tel sujet centré sur le discours des experts sur les femmes entre 1945 et 1975 en France ? Le fait d'être une femme, bien sûr, et aussi de faire partie de cette génération du baby-boom qui a abordé la vie sexuelle avec la pilule, en bravant les mises en garde desdits experts. Le fait d'être une adhérente fidèle du Planning Familial, depuis 40 ans. Le fait d'y avoir exercé des responsabilités, la présidence de l'association départementale du Nord en 1994-95, l'année de sa dissolution temporaire, suite à l'action du Conseil Général du Nord passé aux mains du RPR. Le fait enfin de me sentir redevable non seulement au plan personnel mais également au plan intellectuel vis-à-vis de cette association et de ses militants. Ce travail me permet donc d'acquitter une dette.

Sur le plan de l'histoire, je me suis toujours particulièrement intéressée à l'analyse des discours, spécialement sur les femmes. Le repérage des stéréotypes, souvent obstinément reproduits par delà les siècles, me paraît une démarche nécessaire bien qu'interminable. Elle est d'autant plus révélatrice quand il s'agit de discours d'experts scientifiques, censés être dégagés de ces clichés récurrents. Il m'a donc semblé pertinent de croiser l'histoire des sciences médicales et démographiques avec celle du genre, sous le rapport de la fécondité féminine. Pour les sources, j'ai songé dans un premier temps à me limiter aux thèses de médecine et donc à écrire une thèse sur les thèses, en miroir. Mais cette idée excluait les démographes et surtout ne rendait que faiblement compte des batailles idéologiques. J'ai donc élargi les références aux ouvrages et aux revues.

⁴⁰ Hervé Le Bras, *Marianne et les lapins : l'obsession démographique*, Paris, O. Urban, 1991, 263 p.

⁴¹ Pierre-André Rosental, *L'intelligence démographique : sciences et politiques des populations en France (1930-1960)*, Paris, Odile Jacob, 2003, 367 p.



En commençant cette recherche, j'avais pour objectif principal de répondre à la question : Où sont les femmes ? Comment retrouver celles qui ont accouché, avorté, pris la pilule et ont été les premières à expérimenter un traitement hormonal de la ménopause ? Comment leur vécu intime, puisqu'il s'agit en fin de compte de leur sexualité, transparait-il dans ces sources ? Peut-on l'appréhender ? J'espère démontrer que ces textes, tout scientifiques qu'ils soient, nous permettent de « pénétrer » dans l'intimité des femmes, des couples, ce qui est rarement possible sauf par le biais des journaux intimes, des articles de presse, des sondages, documents intéressants mais déjà largement étudiés⁴². Ces sources sont néanmoins les seules à parler systématiquement de sexualité, même de façon implicite, pour cette période. Elles constituent ainsi des documents irremplaçables sur l'avènement des nouveaux droits des femmes pendant ces trente années, le défi étant de montrer et d'exploiter correctement leur richesse.

En répertoriant et analysant ces sources médicales, j'ai donc cherché à rendre les femmes visibles : elles en sont les sujets de par leur spécificité de femme, elles en sont parfois les auteurs. Un autre aspect peut justifier ce choix : ces textes concernent toutes les femmes, ou presque, car elles ont massivement recours en France, pendant cette période, à la médecine, qu'elles aient ou non des enfants, qu'elles en désirent ou pas. Cette histoire concerne donc la « moitié du ciel », et même statistiquement un peu plus, pendant toute leur vie de femmes, sous le signe de la fécondité. L'intérêt de ces sources est également de confronter les deux types de représentations : celle des scientifiques, dont le corps des femmes et leur fécondité constituent l'objet d'étude et le gagne-pain, et celle de la mémoire collective et individuelle des femmes. Le témoignage des femmes, souvent informel, retient en général la résignation face au sort qui leur est fait ou, plus rarement, la dénonciation de la douleur souvent ressentie comme une injustice. Ce côté sombre de la sexualité et de la fécondité féminine est d'ailleurs justement dénoncé par les féministes à partir des années soixante-dix. Il est confirmé en partie par les sources, par exemple, en ce qui concerne l'avortement. Il mérite de ne pas sombrer dans l'oubli.



Mon second objectif portait sur l'enjeu que constitue le corps des femmes, qui conditionne la natalité, dans cette France d'après-guerre. Quels rôles les experts scientifiques font-ils jouer aux femmes dans l'exercice de leur pouvoir et d'abord de leur pouvoir médical ? Comment et par qui le corps féminin est-il contrôlé ? Quels rapports politiques au sens large du terme s'instaurent à travers la vision « scientifique » de ces moments fondamentaux de la vie intime des

⁴² Ainsi Bibia Pavard, « Une « guerre de 20 ans » : les luttes du Planning Familial dans *L'Express* et *Le Nouvel Observateur* (1955-1975), in Christine Bard et Janine Mossuz-Lavau, *op. cit.*, 2006, p. 119-126.

femmes ? Quelle est finalement l'importance réelle du corps des femmes et peut-il n'être qu'un prétexte à des luttes de pouvoir et d'idéologies ? Le fait que deux des principales forces idéologiques de l'époque, opposées en principe, le PCF et l'Église, soient natalistes m'a paru révélateur, ainsi que le revirement apparemment brutal du Parti communiste en 1965 sur la contraception. Le discours sur les femmes relayé par les scientifiques peut-il n'être qu'un simple écran qui masque d'autres enjeux ?



Enfin, au fil de cette étude, j'ai pu constater la marginalisation progressive de ces experts, référence obligatoire mais sans portée réelle sur l'opinion, les femmes en particulier, et les décideurs politiques à partir des années soixante. Comment ces experts, pour la plupart conservateurs, voire réactionnaires, ont-ils perdu face aux revendications des femmes (et des couples) pour une plus grande maîtrise de leur fécondité et de leur sexualité ? Certes, ces experts semblent coupés de la réalité vécue par les femmes: douleur de l'accouchement, enfants « Ogino », baby-boom. Comment ces experts scientifiques peuvent-ils donc passer sous silence, voire nier, ce qui fait l'expérience quotidienne de millions de personnes, de femmes en particulier, par conviction ou docilité? Comment ces textes peuvent-ils « oublier » le vécu des femmes et des couples, le déformer de façon à l'adapter à leurs intérêts? En bref, comment ces experts ont-ils souvent mis en valeur l'arbre qui cache la forêt, volontairement ou non? Ils portent en effet une réelle responsabilité sur des millions de malheurs intimes qui étaient évitables, car leurs discours ont une portée concrète et cautionnent des naissances nombreuses (baby-boom), des accouchements douloureux, des échecs de contraception naturelle et des millions d'enfants Ogino, des avortements clandestins et parfois mortels, des ménopauses difficilement vécues. Pourquoi ce clivage entre les élites, représentées par les experts, et l'opinion, en particulier celle des femmes⁴³ ?



Pour tenter d'y répondre, la première partie de ce travail est consacrée à l'analyse des sources et à leurs auteurs. J'espère convaincre de l'utilité et de l'originalité de celles-ci pour une approche privilégiée de l'intime et pour l'histoire du genre. J'ai également essayé de montrer l'engagement des experts dans leur siècle, en particulier les médecins catholiques et les communistes contrôlés par leurs appareils, ainsi que celui des démographes de l'INED tous adhérents, Alfred Sauvy en tête, de l'Alliance nationale pour la vitalité française. Ces scientifiques se font ainsi le relais de leurs appartenances idéologiques et politiques dans leurs discours.

La deuxième partie traite de l'accouchement, avec et sans douleur. Les femmes rencontrent souvent à ce moment de leur vie l'ambivalence du désir

⁴³ Selon l'interprétation de Christine Bard, *op. cit.*, 2001, p. 57.

d'enfant et parfois son absence, près de la moitié des grossesses n'étant pas désirées. Elles accouchent en sécurité grâce aux progrès de la médecine mais souvent douloureusement. En 1952, le Dr Lamaze, après un voyage en URSS, introduit en France l'accouchement sans douleur. Cet ASD⁴⁴ connaît un succès extraordinaire, en bénéficiant du contexte nataliste du baby-boom et de l'appui officiel du pape en 1956. Officiellement promu par le PCF, l'accouchement sans douleur permet à celui-ci de parfaire son image progressiste, ici au service des femmes. L'efficacité de l'accouchement sans douleur est cependant remise en cause à partir du début des années soixante-dix, en particulier par les féministes, et finit par s'effacer devant la technique de l'anesthésie péridurale. Cette utopie généreuse permet la convergence de l'Église et du PCF dans une perspective nataliste commune. Il donne aussi espoir aux femmes de maîtriser leur accouchement, première étape vers la revendication d'accoucher uniquement d'enfants désirés.

La troisième partie est consacrée à la contraception et à l'avortement, objets de luttes acharnées car ces revendications remettent en cause la représentation traditionnelle des femmes. Le Planning Familial mène à partir de 1956, seul ou presque au début, le combat pour la contraception, sous la présidence du D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé. Au début des années soixante, avec l'arrivée de la pilule contraceptive en France, la revendication du droit à la contraception, devenue majoritaire dans l'opinion, aboutit au vote de la loi Neuwirth en 1967. On assiste à la première défaite des experts, opposants souvent systématiques à la contraception, pour la plupart catholiques et natalistes. La bataille suivante, pour le droit à l'avortement, est encore plus rude même si, cette fois-ci, la dichotomie droite/gauche est respectée, les partis de gauche, y compris le PCF, se faisant le relais de cette revendication. L'émergence d'un mouvement féministe renouvelé à partir de 1968-70 et l'influence de Mai 68 dynamisent cette revendication qui aboutit au vote de la loi Veil en 1975. Cette partie comporte enfin un chapitre sur la ménopause dont le traitement hormonal est l'objet d'une querelle d'experts toujours d'actualité.

⁴⁴ J'emploierai ce terme plus pour qualifier la « méthode Lamaze » d'accouchement sans douleur.

PARTIE 1 :

SOURCES,

POUR UNE APPROCHE

PRIVILÉGIÉE DE L'INTIME

Appréhender l'intimité des femmes en France entre 1945 et 1975 est une gageure pour l'historienne. Qui dit intimité dit sexualité, or celle-ci se dessine généralement, de façon lacunaire, au travers d'œuvres littéraires, de journaux intimes, de témoignages. Il m'a donc semblé opportun de me tourner vers les sources médicales et de me placer sous l'angle de la fécondité, qui caractérise le destin des femmes pour la médecine et le reste de la société. Il s'agit donc ici du corps des femmes, corps fécondable, souvent fécondé, et finalement ménopausé. Les sources médicales (thèses, ouvrages et articles) m'ont donc paru les plus pertinentes, les plus fiables et, paradoxalement, les moins étudiées. Elles forment en conséquence le socle de ce travail sur les représentations des femmes de 1945 à 1975. Elles scandent l'évolution qui conduit celles-ci à ne plus accoucher dans la douleur, à avoir les enfants qu'elles désirent et à pouvoir accéder à un traitement hormonal au moment de la ménopause. Deux autres types de sources, démographiques et juridiques, apportent un éclairage complémentaire mais périphérique. Les sources démographiques (ouvrages et articles) replacent la fécondité féminine dans le débat national autour de la natalité, que les démographes français se font un devoir d'encourager. Les sources juridiques témoignent d'un point de vue différent sur la contraception et l'avortement, réprimés juridiquement. Tous ces auteurs revendiquent le titre d'expert, voire de scientifique.

En complément à ces publications savantes, les écrits des experts en direction du grand public marquent l'émergence de l'opinion publique dans le débat autour de la fécondité féminine. Ces quatre moments de la vie de la plupart des femmes, accouchement, contraception, avortement et ménopause, sont tous des sujets plus ou moins polémiques et relèvent donc de la sphère politique. J'ai rassemblé des textes d'un type différent sans prétention scientifique. Il s'agit de lettres de femmes ou de couples. Celles qui sont publiées, à l'appui de telle ou telle prise de position, sont certes sélectionnées, voire réécrites mais elles permettent néanmoins un accès à l'intimité de ces femmes. D'autres, conservées dans les archives du Planning Familial, demandent des conseils ou mettent en avant des revendications. Ces sources sont intéressantes par leur caractère emblématique ou inattendu. Ces écrits sont également précieux car ils nous permettent de lire le point de vue direct des femmes et de le confronter aux affirmations des experts, sans le filtre de la réécriture ni de la publication. Ces lettres sont cependant rares, le Planning Familial ne les ayant pas en général conservées⁴⁵.

Au travers de ces sources, on peut mesurer l'évolution qui conduit d'une représentation traditionnelle du corps féminin autour de la seule fonction de maternité jusqu'à celle d'un corps féminin dégagé de cette obligation d'enfanter, à partir des années soixante. Étudier ces sources et les

⁴⁵ Le problème est général pour l'histoire du Planning Familial dont les archives sont lacunaires et orientées vers le fonctionnement de l'association (comptes rendus de conseil d'administration, par exemple). Si le service de documentation est très performant pour la presse et les débats actuels, il n'existe pas de réelle gestion des archives qui finissent la plupart du temps par être détruites.

représentations qu'elles véhiculent s'inscrit donc dans l'histoire du genre et des luttes des femmes pour ne plus être considérées comme seulement mères, en puissance ou en acte.

J'analyserai ces sources et leurs auteurs dans trois chapitres. Le premier traite des caractères originaux de ces documents, pour la plupart de nature scientifique, le deuxième cherche à mieux cerner leurs auteurs, médecins et démographes essentiellement, et le troisième chapitre à les replacer dans le contexte politique et idéologique des trente années d'après-guerre en France.

CHAPITRE 1 – DES SOURCES SCIENTIFIQUES

1 Experts français face au progrès de la médecine

Les médecins et les démographes français revendiquent systématiquement une position d'expert scientifique, détaché des contingences de l'époque, bien que nul n'ignore les liens étroits entre la science et son environnement politique et social. Ils doivent ainsi affronter, de 1945 à 1975, un bouleversement général des techniques et des traitements médicaux qui affecte, en particulier, le corps des femmes dans sa fonction reproductrice.

A De 1945 à 1975 : trente ans de progrès médicaux

Les sources analysées datent pour la plupart de 1945 à 1975 : de la fin de la Seconde Guerre mondiale au vote de la loi Veil qui autorise sous conditions l'avortement. En trente ans les femmes françaises parviennent à obtenir la maîtrise de leur corps autour de la fécondité. Ce mouvement a d'abord concerné l'accouchement sans douleur à partir de 1952, puis la contraception avec la création de l'association Maternité Heureuse en 1956 et le vote de la loi Neuwirth en 1967, enfin le droit à l'avortement avec la loi Veil en 1975 et l'établissement d'un traitement substitutif de la ménopause dans les années soixante-dix.

Il m'a néanmoins été nécessaire de recourir à des sources plus anciennes, pouvant remonter jusqu'au XVIII^e siècle, et à l'inverse à des sources actuelles. Les documents plus anciens rappellent en effet la façon dont les problèmes étaient envisagés avant 1945, car l'accouchement, la contraception, l'avortement et la ménopause ne sont pas apparus *ex nihilo* après la Seconde Guerre mondiale. Ces sources anciennes servent parfois de références scientifiques bien après leur publication⁴⁶. Elles révèlent les origines de l'attitude générale de ces experts, médecins et démographes, face au corps féminin réduit à ses fonctions reproductrices. Les sources récentes ont un double intérêt. Elles permettent de constater l'évolution des techniques médicales prônées avant 1975 : permanence de la contraception hormonale, effacement de l'ASD au profit de l'anesthésie péridurale, questionnement autour du traitement hormonal substitutif de la ménopause. Elles nous révèlent surtout que ces débats ne sont nullement éteints car ils structurent toujours les oppositions entre divers types de techniques, et, au delà, de médecines.

Entre 1945 et 1975, dans le domaine de la contraception, ces textes sont soumis à la loi de 1920. Celle-ci interdit, en effet, toute « propagande » des moyens contraceptifs, ce qui a pour effet de stériliser la recherche, donc les publications dans ce domaine. Les écrits sur le sujet sont marginaux, voire

⁴⁶ Ainsi l'ouvrage d'Henri Mondor sur *Les avortements mortels*, Paris, Masson, 1936.

inexistants, avant la loi Neuwirth de 1967. Quant à l'avortement il est unanimement condamné jusqu'aux années 1970 et les auteurs ne sont donc jamais passibles de la loi. Les autres sujets, accouchement et ménopause, sont finalement peu abordés, reflétant ainsi la relative indifférence qu'ils suscitent, particulièrement dans le milieu médical. Par contre lors des débats à propos des futures lois sur la contraception et l'avortement, on assiste à une inflation d'articles et d'ouvrages médicaux et démographiques sur ces sujets. Pour l'ASD et le traitement de la ménopause, les « pics » se retrouvent lors de l'expérimentation du premier entre 1952 et 1960, et lors de la diffusion de nouveaux traitements dans les années 1970, pour le second.

À partir de 1945 on assiste à une accélération des progrès en médecine, particulièrement en gynécologie–obstétrique. Après-guerre, les antibiotiques font largement baisser la mortalité lors des accouchements et les médecins peuvent donc consacrer leurs efforts de recherche à la lutte contre la douleur. Les avortements clandestins deviennent moins risqués et sont réputés augmenter considérablement. Les années cinquante voient la mise au point de la pilule contraceptive aux États-Unis par Gregory Pincus ; cette promesse d'une contraception médicale et fiable exacerbe l'opposition contre la loi de 1920. Lié aux recherches sur les contraceptifs hormonaux, un traitement substitutif de la ménopause est expérimenté dès les années soixante aux États-Unis. Enfin, à partir de 1973, la méthode Karman permet des avortements sans risques en dehors des structures hospitalières et donc la multiplication des IVG hors-la-loi qui sont autant de moyens de pression sur les pouvoirs publics. Ces découvertes bouleversent les attentes des femmes et des couples. Elles permettent la contestation de la loi de 1920 et la possibilité pour les femmes de maîtriser leur fécondité et leur corps d'un bout à l'autre de leur vie.

Les médecins et démographes doivent prendre en compte ces possibilités nouvelles pour les femmes de vivre autrement leur fécondité. Une minorité d'entre eux voit dans ces avancées un risque de dévoiement de la médecine. Le P^r Jérôme Lejeune, par exemple, découvreur avec le P^r Turpin du chromosome surnuméraire chez les enfants trisomiques, milite toute sa vie, en tant que catholique et chercheur, contre l'avortement, y compris l'avortement thérapeutique en cas de trisomie 21 détectée par le diagnostic prénatal lié à ses découvertes⁴⁷.

B Des sources essentiellement françaises

Dans le domaine médical, je me suis limitée aux sources françaises ou publiées en français, c'est-à-dire à même d'influencer le débat public. J'ai parfois été amenée à citer des articles belges ou suisses, parus dans des revues françaises. Par ailleurs, le *Bulletin de la Fédération des Sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue Française* accueille régulièrement des articles de Suisse romande sur les questions de contraception, par exemple dans son

⁴⁷ Jean-Paul Gaudillière, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures, Sciences, Sociétés*, 14, 2006, p. 241-242.

numéro d'avril–mai 1960. Le caractère francophone de la revue lui permet ainsi de traiter de sujets « tabous » pour les autres revues. J'ai retenu aussi quelques articles de la revue suisse *Praxis* car de nombreuses Françaises vont avorter à Genève ou y chercher des contraceptifs avant 1967. Les médecins suisses dénoncent régulièrement cette situation et s'opposent aux rigueurs de la loi française. Ainsi le D^r Henri Flournoy, neuropsychiatre et expert de 1946 à 1954 pour les autorisations d'avortement dans le canton de Genève, publie plusieurs articles relativement « libéraux », ce qui lui vaut d'ailleurs d'être sanctionné par les autorités suisses⁴⁸.

Les médecins français lisent également parfois des publications étrangères et ces références se retrouvent dans la bibliographie⁴⁹ des thèses. Elles peuvent être anglo-saxonnes, scandinaves, polonaises, etc. Ainsi, le D^r Stéphane Legierski cite, en 1970, 112 références étrangères (des revues essentiellement) sur 152 notices⁵⁰. Il est vrai que le sujet abordé, les avortements thérapeutiques, ne suscite que peu d'études en France. Quant aux thèses sur la contraception, la recherche sur ce sujet ayant en quelque sorte été « gelée » depuis 1920, elles ont comme références principales des travaux anglo-saxons. C'est le cas de la thèse d'Henri Rozenbaum, une des premières sur le sujet, en 1967⁵¹.

Les sources d'origine anglo-saxonne sont aussi représentées par quelques articles traduits dans les revues françaises car peu de médecins, à l'époque, peuvent lire l'anglais. Cependant certaines publications en anglais sont incontournables, comme les deux articles fondateurs sur le traitement hormonal de la ménopause par Robert A. Wilson, parus en 1963⁵², et l'article d'Harvey Karman et de Malcolm Potts sur la « méthode Karman » d'avortement dans *The Lancet*, revue britannique⁵³. Les États-Unis et le Royaume-Uni sont, pendant

⁴⁸ Le D^r Flournoy publie en 1955 un ouvrage *Nouvelles données et réflexions psychologiques sur les avortements médicaux*. Pour une attitudes libérale plus équitable et plus humaine et contre les avortements clandestins, Genève, Ed. Médecine et Hygiène. Celui-ci est consultable à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Grenoble. Sur la couverture, on a inscrit au crayon cette phrase : « À la Bibliothèque universitaire de Grenoble, n'est pas mis dans le commerce ». Cette attitude libérale lui vaut d'être révoqué de sa fonction de médecin-expert pour les demandes d'avortement en 1954.

⁴⁹ La bibliographie n'est pas systématique à la fin des thèses de médecine. Quand elle existe, elle peut être imprécise : titres approximatifs, dates inconnues, etc. Elle devient obligatoire et formatée à partir des années soixante.

⁵⁰ Stéphane Legierski, *Les avortements thérapeutiques à Lille de 1959 à 1969*, 1970, n° 41, f. 118-137.

⁵¹ Henri Rozenbaum, *La responsabilité des médecins devant la contraception orale*, thèse de médecine, Paris, 1967, n° 928.

⁵² « Specifics Procedures for the elimination of the menopause », *West. J. Surg. Obst.*, 1963, 71, p. 110-121 et « The fate of the nontreated postmenopausal woman », *J. of the American Geriatrics Society*, 1963, 11, p. 347-362.

⁵³ Harvey Karman et Malcolm Potts, « Very early abortion syringe as vacuum source », *The Lancet*, 1972, p. 1051-1052.

toute la période, des lieux de progrès scientifiques en particulier médicaux. La France semble à l'écart de ces découvertes médicales: les médecins français appliquent, en effet, des techniques anglo-saxonnes (contraception, technique d'avortement, traitement de la ménopause) ou soviétiques (ASD). La recherche médicale française reste peu innovante dans ces domaines.

Quant aux sources démographiques, elles sont aussi limitées aux revues françaises. La science démographique constitue en France une telle référence sur la natalité qu'elle est incontournable. Elle présente aussi un caractère original en comparaison avec la science démographique anglo-saxonne car elle affiche son caractère nataliste, sans prise en compte de la « bombe population »⁵⁴ communément reliée, pendant cette période, à l'accroissement de la population mondiale.

C Des sources médicales et démographiques

Les sources médicales présentent une originalité qui fait tout leur intérêt pour la recherche historique⁵⁵. Ces sources sont de trois ordres : les thèses, les ouvrages destinés aux médecins et ceux destinés au grand public, les femmes en particulier, et les articles de revues médicales. Elles fondent la science médicale à tous les niveaux : celui des spécialistes, des médecins généralistes, et celui des patient(e)s. Ces écrits sont soumis à des règles spécifiques. Ils doivent décrire une pratique nouvelle et en démontrer les qualités ou en critiquer les défauts. Les auteurs doivent justifier leur jugement, par des statistiques⁵⁶, des observations de « cas », voire des témoignages. Les statistiques occupent une place particulière dans les écrits médicaux, elles font presque systématiquement office de références, servant de « preuves » dès le XIXe siècle. Parallèlement, les observations de cas, systématiques dans les thèses, sont très riches pour l'historien car elles éclairent une partie du vécu des femmes si difficile à cerner. Ces écrits doivent en effet respecter l'anonymat des patientes qui sont désignées par leurs initiales. Ils précisent leur âge et le nombre de leurs grossesses ou d'accouchements. On y retrouve enfin une certaine « décence » propre à

⁵⁴ D'après le titre de l'ouvrage de Paul Ehrlich, Paris, J'ai lu, 1973.

⁵⁵ Elles constituaient les sources essentielles pour mon mémoire, Frédérique Liotard-Schneider, *Milieu médical et contraception dans le Nord-Pas de Calais de 1945 à 1975*, DEA, Lille III, 1999, 98 p.

⁵⁶ Même si les médecins, comme tous les scientifiques, ne sont pas dupes de la valeur de celles-ci. Par exemple, le D^r Oliva écrit en 1960: "je suis persuadé que l'intervention personnelle de celui qui les élabore (les statistiques) se prête à toutes sortes de jeux de prestidigitation", in *article cité*, 1960, p. 20. Ou le D^r Hypousteguy qui déclare en 1965, avec humour (ce qui est rare dans les revues médicales), : "Je désirerais dire leur fait à ces sacrées statistiques. Leur première qualité est d'être en général fausses. Leur deuxième est de ressembler à ces jeunes femmes de mœurs légères qui aguichent tout le monde et suivent n'importe qui. Mais comment s'en passer, puisque leur troisième qualité est d'être indispensables", in "Problèmes de l'enfance inadaptée", *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1965, p. 65-66.

l'exercice scientifique : pas d'émotion, d'empathie ni de sympathie exprimées, quels que soient les sentiments de l'auteur. Toute propagande grossière est interdite sous peine de déconsidérer scientifiquement l'ouvrage ou l'article. Il est malséant de montrer une volonté polémique: le langage est feutré, le respect affiché, l'humour absent sauf exception. Ces documents nous permettent ainsi d'approcher au plus près l'intimité des femmes au travers des consultations médicales.

Les sources démographiques, peu nombreuses, sont limitées par leur nature même ; leur propos traite, pour ce qui nous intéresse, de la natalité. Les écrits d'Alfred Sauvy en sont le « noyau dur » car il est le démographe français le plus influent et le plus populaire. Il est directeur de l'INED de 1945 à 1962 et rédacteur en chef de la revue de cet institut jusqu'en 1974. Mondialement connu, il publie pendant toute la période étudiée⁵⁷ et ses écrits couvrent ainsi trente ans de débats sur la fécondité des femmes françaises. Autour d'Alfred Sauvy gravitent, sans atteindre sa renommée, un petit nombre de démographes, parfois médecins comme le D^r Jean Sutter, dans le giron de l'INED. Tous s'expriment, au nom de la science démographique, par des ouvrages et surtout des articles dans les revues de l'INED *Population* et *Population et Sociétés*, un bulletin d'informations scientifiques plus confidentiel. Les démographes français sont régulièrement accueillis par les revues médicales car il est impensable d'écrire sur l'accouchement, la contraception ou l'avortement sans citer les travaux de l'INED. Leurs écrits reposent logiquement sur l'interprétation de statistiques, parfois sur des sondages à propos du désir d'enfant ou de l'usage de la contraception. Alfred Sauvy, dans ses ouvrages, dégage une vision plus large, en partie personnelle, des problèmes autour de la natalité.

Ces sources nous apportent donc un témoignage de type scientifique, réputé objectif, limité au « problème » médical ou démographique. Les quatre moments-clefs de la vie des femmes (accouchement, contraception, avortement, ménopause) sont toujours envisagés sous l'angle des techniques médicales et de leur efficacité. Même les médecins militants raisonnent de cette façon et veulent d'abord prouver à leurs confrères l'efficacité et l'innocuité de la méthode, dans ce type de documents, au moins jusque dans les années soixante. Ils se veulent en position d'experts, progressistes, face aux médecins traditionnels. Les démographes raisonnent de la même façon, cherchant d'abord à démontrer la pertinence de leurs calculs et de leurs méthodes d'analyse. Ces exigences scientifiques entraînent parfois un sentiment d'incomplétude et de frustration, pour qui cherche à appréhender la vie intime des femmes et des couples à travers ces sources.

La nature scientifique de ces documents, fondés sur des statistiques et des observations, n'est cependant pas parfaite. Dès la fin du XIXe siècle, elle a été

⁵⁷ Alfred Sauvy publie plus de dix ouvrages et des dizaines d'articles dans la revue de l'INED *Population*, dans les magazines, les journaux et particulièrement *Le Monde*, de 1945 à 1975.

remise en cause, en particulier pour les textes médicaux : « Les médecins ont identifié les deux sources principales de la distorsion dans l'évaluation des résultats des traitements: le biais de l'observateur et les effets du hasard. Le terme « biais de l'observateur » inclut les distorsions issues d'une perception biaisée des médecins qui prescrivent les thérapies, et celles issues de la vision déformée des patients qui les utilisent. Les médecins ont une tendance inconsciente à surtout percevoir les effets positifs du traitement qu'ils proposent. Tendance qui s'amplifie encore lorsqu'ils prescrivent des thérapies nouvelles, annoncées comme prometteuses. En parallèle, les malades, qui ont confiance en leur traitement, ont souvent l'impression d'une réelle amélioration de leur état de santé »⁵⁸. L'empathie réciproque qui amène des commentaires positifs dans ce genre d'étude, bien connue, est cependant rarement indiquée.

Une autre limite réside dans l'autocensure qui fonctionne en cas d'échec. En 1931, le D^r Bergouignan note, dans sa thèse consacrée aux perforations utérines après avortement, que « le pronostic doit être ici extrêmement grave, les résultats post opératoires peu brillants, et c'est probablement ce qui explique l'absence de publications concernant ces cas »⁵⁹. En 1955, le professeur Lantuéjoul remarque, dans le même registre: « nous connaissons un nombre important d'observations qui ne seront jamais publiées, où, quelle que soit la valeur de l'accoucheur, le fœtus a été extrait mort, soit par application de forceps, soit après césarienne hâtive. La mère peut également présenter de graves complications: rupture utérine, hémorragie et choc. Deux observations, non publiées, se sont terminées par une césarienne précipitée avec mort de la femme et de l'enfant. [...] De multiples observations catastrophiques pourraient ainsi être rapportées »⁶⁰. Il fait référence à la technique de l'accouchement « forcé », non à l'ASD, mais ses remarques peuvent concerner n'importe quelle technique d'accouchement. Seules les réussites, ou presque, donnent lieu à des publications et tout un pan de la recherche médicale reste dans l'ombre.

Pour l'historienne, ces sources médicales et démographiques présentent une autre faiblesse de taille : les remarques précisant le statut social des femmes dont il est question sont inexistantes. Les médecins globalement ne veulent traiter et guérir que des corps au sens physique du terme. Quand ces précisions existent, elles sont si rares et dispersées qu'elles sont inutilisables. Dans les documents médicaux, chaque femme citée est ainsi isolée, réduite au rang de mère, de future mère ou de femme trop âgée pour être mère, sans liens sociaux, économiques etc. Les femmes restent assujetties aux liens familiaux : il est toujours précisé « Madame » ou « Mademoiselle ». Le seul critère retenu systématiquement est ainsi le statut marital alors qu'il n'est jamais précisé pour les patients masculins, une manifestation des préjugés de genre. Les démographes s'efforcent, quant à eux, de raisonner sur des chiffres et des

⁵⁸ Dominique Lecourt, dir., *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 2004, p. 442.

⁵⁹ Louis Bergouignan, *op. cité*, 1931, p. 37.

⁶⁰ Pierre Lantuéjoul, "L'accouchement normal", *L'Hôpital*, mars 1955 hors série, p. 291.

questionnaires, le plus nombreux possible : chaque femme est alors noyée dans les statistiques. Ces experts limitent ainsi le rôle de la femme à sa fonction reproductrice, sans lui reconnaître d'autres responsabilités ni intérêts (enfants, travail, charges...). Cette coupure artificielle avec la réalité de la vie des femmes est exceptionnellement dénoncée par quelques médecins, dans le cas de l'ASD, par exemple, mais il s'agit d'une exception.

Ces sources sont aussi muettes sur un aspect si important pour les femmes : la pudeur féminine face à l'examen médical, à l'avortement, à l'accouchement. La pudeur est traditionnellement censée être une vertu féminine, un des attributs caractéristiques de la condition de la femme. Or, il n'en est jamais question et pourtant elle peut jouer un rôle dans les réponses données à un questionnement ou dans l'attitude des femmes lors d'un examen. Elle semble ne constituer ni un obstacle ni une préoccupation pour ces médecins, malgré le fait que la prise en compte de cette pudeur puisse augmenter l'efficacité d'une intervention médicale. Bien que toute femme sache que la pudeur constitue un problème réel et que certaines d'entre elles choisissent un médecin femme pour cette raison, rien n'apparaît, même dans les témoignages des femmes. Pudeur jusqu'au bout. Quant aux démographes, ils ne remettent jamais en cause les témoignages qu'ils retiennent pour leurs études, sans faire allusion à la fragilité de ceux-ci quand ils concernent la douleur ou l'avortement.

II Les thèses de médecine, des documents privilégiés

Elles constituent la base de ce travail sur les représentations des femmes. Elles ne sont cependant pas d'accès facile. Le premier problème consiste à les repérer correctement. Les publications des années quarante et cinquante comportent peu de références bibliographiques et celles-ci sont la plupart du temps imprécises (année de publication non précisée ou erronée, nom de l'auteur mal orthographié etc.). À partir des années soixante, ces problèmes disparaissent grâce à des exigences normatives respectées. Surtout, il n'existe pas de répertoire national informatisé pour la plupart des thèses de médecine. L'historienne doit manier à la bibliothèque interuniversitaire de médecine (BIUM) de Paris de gros rouleaux poussiéreux remplis de fiches pâlies rédigées à la main pour les références avant 1952. Pour les documents postérieurs et jusqu'en 1982 existent des fiches manuelles, parfois incomplètes. Heureusement, les facultés de médecine éditent chaque année une liste des thèses soutenues. Mais la présentation de ces listes n'est pas fixée d'une année sur l'autre et privilégie tantôt la faculté d'origine tantôt la rubrique de référence, indique ou non la pagination, comporte parfois un index... Toute comparaison sérieuse entre les facultés se révèle ainsi humainement impossible sur cette période de trente ans. Le deuxième problème consiste à accéder à ces thèses. Celles de Paris sont consultables à la BIUM, mais celles des autres facultés sont stockées au CTLes, relégué dans une lointaine banlieue parisienne et inaccessible, sauf autorisation exceptionnelle. Il faut ajouter que les bibliothèques universitaires de médecine, sauf la BIUM de Paris, mettent

régulièrement au pilon les thèses anciennes datant des années quarante et cinquante, devenues inutiles pour les étudiants et les médecins. Mes protestations se sont révélées vaines car trop peu d'historiens s'intéressent à ces sources et ces destructions sont effectuées en toute bonne conscience. Ces obstacles matériels font perdre beaucoup de temps et d'énergie et surtout risquent de faire négliger des textes intéressants.

Le vocabulaire employé dans ces thèses ne constitue pas un réel obstacle à leur compréhension. Conseillère conjugale formée par le Planning Familial dans les années 80, ce langage ne m'est pas totalement étranger. En effet, le MFPPF, mouvement d'éducation populaire, veut que toutes les femmes, reçues dans les permanences, puissent comprendre comment fonctionne leur corps, comment agissent les contraceptifs ou comment se passe un avortement, pour pouvoir choisir en toute connaissance de cause. Les conseillères doivent donc maîtriser ce langage médical et adapter leurs explications. La formation des conseillères implique en conséquence un partage du savoir médical de la part des médecins militants du mouvement, dans un esprit d'égalité. Si comprendre ces extraits du discours médical est relativement simple, il est cependant utile de connaître quelques notions du vocabulaire de base. Un glossaire placé à l'annexe 4 précise le sens de mots que nous connaissons souvent tous, sans peut-être l'exactitude requise.

Certains documents médicaux peuvent néanmoins rester obscurs, rétifs au non médecin. Les thèses sur le traitement de la ménopause, par exemple, sont souvent très techniques car l'enjeu idéologique est moindre qu'avec l'ASD, la contraception ou l'avortement. J'ai donc plutôt utilisé des articles qui m'ont semblé plus accessibles. J'ai écarté, pour les mêmes raisons, la plupart des textes psychiatriques, craignant de n'en retenir qu'une interprétation réductrice et caricaturale.

A Des thèses a priori sans engagement militant

Les thèses sont d'une grande importance en médecine. Elles constituent un passage obligé pour devenir praticien et les futurs médecins doivent tous soutenir une thèse. À l'issue de la soutenance ils reçoivent un diplôme d'État de docteur en médecine qui leur permet de s'inscrire à l'Ordre des médecins, condition indispensable pour exercer.

Ces thèses consistent en un mémoire, généralement court, d'une quinzaine de feuillets pour les plus anciennes à plus d'une centaine. La qualité en est très inégale. Certaines se limitent à des tableaux de chiffres encadrés par une introduction générale et une conclusion consensuelle. D'autres ont demandé des recherches plus poussées à partir d'une bibliographie abondante et débouchent sur des suggestions voire même des progrès dans l'application de telle ou telle méthode. D'autres, enfin, ont un caractère proprement historique, descriptif, par exemple, des différentes méthodes dans tel domaine. Elles ont pour but de « faire le point des conceptions actuelles les plus autorisées, d'analyser les thérapeutiques proposées et d'essayer d'en dégager la conclusion pratique qui

reste, en dehors des querelles savantes, le but final et la justification même de l'existence du médecin praticien »⁶¹.

Les thèses de médecine constituent des sources abondantes : en 1945-46, 2 997 thèses de médecine sont soutenues en France⁶²; en 1975 : 8 700. La faculté de médecine de Paris est hégémonique : 60 % des thèses en 45-46 et encore 24 % en 1975.

Cependant les thèses qui concernent notre sujet (accouchements, avortements, contraception, ménopause) sont relativement rares : moins de 4 % en 1945-46 et moins de 1 % en 1975⁶³. Après le vote de la loi Neuwirth en 1967, qui libère la recherche sur la contraception, on aurait pu s'attendre à une floraison de thèses sur le sujet: en 1967 trois thèses sont soutenues en France⁶⁴, deux en 1968⁶⁵ et deux l'année suivante⁶⁶, onze seulement en 1970⁶⁷, puis une moyenne de trois à quatre par an pour atteindre le maximum de 26 en 1975. Comparer les facultés entre elles s'est avéré peu significatif, avec des chiffres trop faibles pour arriver à la moindre conclusion.

Pourtant, certaines facultés de médecine présentent des spécificités. À Nancy on voit se succéder deux thèses sur l'avortement thérapeutique à presque cinquante ans d'intervalle: celle de Jean Hartemann en 1925-26 puis celle de René Didierjean en 1971, dans le droit fil de la thèse précédente⁶⁸. De même, un noyau d'étudiants lyonnais, qui militent au MLAC ou à Choisir dans les années soixante-dix, soutiennent une série de thèses sur l'avortement⁶⁹.

⁶¹ Gilberte Bornet, *Les troubles de la ménopause*, thèse de médecine, Paris, 1953, n° 370, introduction (non paginée).

⁶² Les deux années sont confondues dans les archives, à cause de la Libération.

⁶³ Soit 110 sur 2 997 en 1945-46 et 85 sur 8 794 en 1975.

⁶⁴ Celles de Pierre Chauvin, La contraception intra-utérine par les stérilets, Paris, n° 948, d'Henri Rozenbaum, La responsabilité du médecin devant la contraception, Paris, n° 928 et Annick Nicollet, Aspects techniques de la régulation des naissances, Grenoble, 1967, n° 3.

⁶⁵ Celle de Micheline Cardi, La contraception : le point de vue médical, Tours, n° 14, et celle d'Étienne Kauffman, Facteurs psychologiques d'une politique de contraception, enquête à la Réunion, Strasbourg, n° 52.

⁶⁶ Celle de Charles Dayant, Contraception en pratique hospitalière, ses motivations, n° 1 020 et celle de F. Volf, Geste suicide et contrôle des naissances, Paris, n° 221.

⁶⁷ Sur 1 288 thèses. Il faut signaler celle de Marie-Claude Cooper-Muller sur *Les tendances nouvelles de la recherche bio-médicale en contraception aux États-Unis*, 1970, n° 675.

⁶⁸ Jean Hartemann, Le malaise de l'avortement thérapeutique, Nancy, 1925-26, n° 322 et René Didierjean, Réflexions sur l'avortement thérapeutique. Expérience de la Maternité de Nancy de 1930 à 1970, 1971, n° 109.

⁶⁹ En 1970 : André Eyraud, L'avortement thérapeutique, n° 78. En 1971 : Monique Maritan, Contributions à la compréhension socio-psychologique de l'avortement volontaire, n° 11. En 1973 : Régine Chambonnet, Expériences hospitalières d'avortement thérapeutique, n° 239, Jacqueline Givors, À propos de 140 demandes d'avortement thérapeutique, n° 70 et Georges Zaykine, Indications de l'avortement en psychiatrie, n° 172. En 1974 : Robert

Ces sujets, qui concernent toutes les femmes à un moment ou à un autre de leur vie et en font donc une clientèle médicale « captive », ne sont finalement traités que de façon marginale dans les thèses de médecine. Cette situation amène à s'interroger sur le choix des sujets de thèses par ces milliers de futurs médecins chaque année. Les thèses de médecine reflétant les débats scientifiques de l'époque, le choix du sujet dépend ainsi du patron de thèse qui a ses propres centres d'intérêt et peut donc être intéressé par des thèmes soutenant ses recherches (et ses opinions) personnelles. Tel patron d'un service hospitalier peut proposer des sujets sur ses expérimentations en cours, qu'il s'agisse de l'utilisation d'un nouveau médicament ou d'une technique destinée à combattre les douleurs de l'accouchement. Les thèses produites sont censées fonder la légitimité du médicament ou de la méthode, aux yeux de la communauté médicale. Il s'agit, en quelque sorte, d'un passage obligé avant la généralisation à l'ensemble des établissements médicaux. En arrière-plan, se joue aussi la réputation de tel ou tel professeur et de son service. L'étudiant en médecine, en fin de parcours, est ainsi amené à inscrire son travail dans ces rapports de force qu'il ne maîtrise pas. On peut, par exemple, distinguer les thèses censées promouvoir telle ou telle méthode, d'accouchement sans douleur⁷⁰, de contraception ou autre, au contraire des thèses démontrant l'opposition à ces méthodes. Les mémoires qui nous sont parvenus ne reflètent cependant pas systématiquement l'opinion de leur auteur car ces jeunes médecins ne partagent pas toujours les idées ou l'idéologie de leur patron. En cas de conflit, le patron n'hésite pas à remplacer le texte initial par un autre plus conforme à son expérience et à ses idées⁷¹.

Granjard, Les indications réelles de l'avortement thérapeutique dans l'infection rubéoleuse, n° 179, Saleh Bahège, L'avortement thérapeutique, n° 6 et Françoise Thibaud, Avoir un enfant, si je veux !, n° 455. En 1975, Dominique Bel, Pourquoi l'avortement plutôt que la contraception ?, n° 176, France Masviel, Les risques de l'avortement médical, n° 507 et Jean-Claude Travers, Les complications de l'avortement volontaire, n° 445.

⁷⁰ Par exemple, la thèse « maison » de René Maurel sur *La méthode psychoprophylactique d'ASD et la place qui lui revient parmi les méthodes d'analgésie obstétricale*, thèse de médecine, Paris, 1954, n° 615. Le D^r Maurel fait le bilan de l'expérience menée à la Clinique des Métallurgistes, à Paris, avec le D^r Lamaze et le D^r Vellay. En 1955, Henri Vermorel soutient à Lyon la première thèse sur l'ASD, dédiée au D^r Vellay, Angelergues et Economides : *Les douleurs de l'accouchement et la psychoprophylaxie à la lumière de l'enseignement physiologique de Pavlov*. Autre exemple : la thèse de Max Ploquin, grand militant de l'ASD à Châteauroux : *Quelques aperçus sur l'application de la méthode psychoprophylactique à l'ASD en clientèle rurale*, Paris, 1958, n° 675.

⁷¹ Cité par C. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler, P. Roussin et M.-C. Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, 1930-1980*, Paris, Ed. Doin, 1993, p. 159: « Un généraliste rapporte le cas de son directeur de thèse qui en réécrit les conclusions parce que celles-ci sont contraires à ses convictions fondées sur sa pratique personnelle. La thèse, soutenue en 1929, portait sur l'emploi des solutions huileuses d'insuline dans le traitement du diabète. "Ca s'est passé de façon très curieuse. M.X. (mon directeur de thèse) était opposé. Il y avait une concurrence entre spécialistes... J'ai étudié, j'ai regardé,

A l'inverse d'autres n'interviennent pas sur le contenu des thèses. Ainsi le P^r Chosson est remercié dans l'introduction de la thèse de Georges Darrason sur un sujet délicat, *Les avortements criminels* : « Thèse de statistique où la parole est aux chiffres et pour laquelle nous savons gré à Monsieur le Professeur Agrégé Chosson, inspirateur de ce travail, de ne nous avoir imposé aucune opinion à affirmer, aucune position à défendre »⁷². En 1955, le D^r Jean Malaguti, dans les premières pages de sa thèse, remercie le P^r Merger⁷³ pour « l'honnêteté intellectuelle avec laquelle il a accepté les conclusions de notre étude, la prière instante qu'il nous a faite de dire « toute la vérité, rien que la vérité », quelque désagréable qu'elle puisse être, sont un titre de plus à notre respect et à notre estime »⁷⁴. Il ajoute, un peu plus loin : « N'ayant été formé à aucune « école », ayant entrepris avant tout de voir et d'essayer de comprendre, sans idées préconçues, nous pensons avoir échappé à certaines influences inévitables dans le cas contraire. Ceci nous permet également une très grande liberté d'expression, puisque nous ne courrons pas le risque de « trahir » une idéologie de quelque côté qu'elle se trouve. Nous nous en réjouissons d'autant plus que nous étudions un sujet « empoisonné » par la politique et qui tend à devenir un problème scientifique »⁷⁵. Ces cas semblent assez rares pour mériter des remerciements spécifiques.

En réalité, la plupart des doctorants en médecine cherchent à passer rapidement leur thèse sur un sujet limité et neutre: les effets de tel médicament ou de tel traitement à grand renfort de statistiques et de courbes.

Tous les médecins sont donc obligés de soutenir leur thèse pour pouvoir exercer, les futurs agrégés comme les futurs médecins généralistes. Les thèses reflètent donc les centres d'intérêt et les jugements de tous les médecins français à la différence des ouvrages et des articles de médecine rédigés par une poignée de grands professeurs parisiens. Elles permettent une vision la plus large possible des représentations des femmes par l'ensemble des médecins et s'inscrivent ainsi dans l'histoire du genre.

j'ai réfléchi. J'ai lu toute la littérature sur le problème, qui était relativement limitée. [...] Cela m'a amené à la conclusion que c'était intéressant, que c'était une méthode valable. [...] Je donne ma thèse à X. Et, pendant deux heures, il a pris la plume et a réécrit toutes mes conclusions, disant que la méthode n'était pas au point. Ce n'était pas mes conclusions mais les siennes que j'ai imprimé dans ma thèse. [...] Il a raté le coche, parce que l'avenir était effectivement dans les solutions huileuses ».

⁷² Georges Darrason, *Étude statistique des avortements criminels traités à la clinique obstétricale et gynécologique de Marseille au cours des années 1947-1948-1949-1950*, thèse de médecine, Marseille, 1952, n° 82.

⁷³ Militant de l'ASD.

⁷⁴ Jean Malaguti, *Sur les difficultés d'une application rigoureuse de la méthode psychoprophylactique en milieu hospitalier*, thèse de médecine, Paris, 1955, n° 501, p. 13.

⁷⁵ Jean Malaguti, *thèse citée*, 1955, p. 23-24.

La lecture des thèses permet également d'avoir accès aux écrits des médecins-femmes⁷⁶ car seule une infime minorité d'entre elles accède à une notoriété suffisante pour publier des ouvrages ou des articles dans les revues médicales. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de les repérer car les prénoms des auteurs figurent généralement sous la forme d'une initiale, au moins jusqu'aux années soixante. L'usage du double nom, celui de naissance et celui de femme mariée reliés par un tiret, reste également rare à cette date. Il est donc malaisé de savoir avec exactitude combien de médecins-femmes choisissent, pour leurs thèses, des thèmes proches de leur vécu de femmes. Parmi les thèses sur l'avortement que j'ai retenues entre 1945 et 1975 et qui mentionnent le prénom de l'étudiant, 23 % sont soutenues par des médecins-femmes. Pour l'accouchement sans douleur, les pourcentages sont de 24 %. Pour la contraception, avant 1975, 35 % sont écrites par des femmes. Pour la ménopause, les chiffres sont trop faibles pour avoir une quelconque signification (3 thèses de femmes sur 19 retenues avant 1975). Ces pourcentages imparfaits sont cependant plus élevés que celui de médecins-femmes en exercice, autour de 10 % en 1960. On peut ainsi constater que les futures médecins-femmes choisissent de préférence des thèmes liés à la fécondité féminine. Trois interprétations sont alors possibles et complémentaires. Ces jeunes femmes travaillent sur ces thèmes parce qu'elles se sentent particulièrement concernées. Ou bien, selon la tradition, leur patron leur confie ce type de sujet car il semble plus accessible à un médecin femme qu'à un médecin homme. Enfin, toujours selon la tradition, ces sujets sont moins gratifiants que les autres et donc attribués aux femmes.

Au moment d'entreprendre cette recherche, j'espérais trouver des renseignements précieux sur les motivations de leurs auteur(e)s dans les premières pages de ces mémoires. Or les auteurs semblent tous obéir à la même succession de dédicaces et remerciements. La première page est rituellement dédiée aux proches : « À la mémoire de mon père, à ma mère, à qui je dois tant, en témoignage de mon affection et de ma reconnaissance, à tous les miens, à tous mes amis⁷⁷ ». Quand le médecin est marié(e) et a des enfants, ceux-ci sont cités ainsi que l'épouse ou l'époux. Rares sont les mentions chaleureuses, dont ce n'est pas le lieu. Une exception, le D^r Françoise Thibaud écrit : « À l'homme de ma vie !⁷⁸ ». Aucun lien n'est établi entre l'objet de la recherche et la vie personnelle du futur médecin. J'étais convaincue que les médecins-femmes en particulier justifieraient ainsi leur choix, il n'en a rien été de par la nature même de cet exercice universitaire.

⁷⁶ J'emploierai le terme médecin-femme quand je les cite principalement pour leur fonction.

⁷⁷ Première page de la thèse de médecine de Stéphane Legierski, *Les avortements thérapeutiques à Lille de 1959 à 1969*, 1970, n° 41.

⁷⁸ Première page de la thèse de médecine de Françoise Thibaud, *Avoir un enfant si je veux !*, Lyon, 1974, n° 455.

B Quelques exemples de thèses engagées

Peu de thèses médicales s'affichent comme militantes avant 1975⁷⁹. Trois exemples de thèses sur la contraception et l'avortement relèvent toutefois de cette catégorie. Elles datent toutes de la fin de la période étudiée au moment des débats sur la contraception et l'avortement.

En 1969, Juliette Pascal, Sœur Marie-Christine, de l'ordre des Petites Sœurs des Maternités Catholiques, soutient sa thèse de médecine à Nancy. Elle s'intitule : *Quelques aspects du post-partum. Apports de la courbe thermique. Applications à régulation des naissances*. Il s'agit d'une étude statistique sur 750 cas de femmes ayant adopté la méthode de contraception thermique au lendemain de leur accouchement. L'Ordre auquel appartient Juliette a été fondé en 1930 pour concilier vocation religieuse et volonté d'aider les femmes à accoucher. Elle est d'abord sage-femme. Elle poursuit ensuite ses études de médecine et passe sa thèse à 49 ans à la demande de son ordre⁸⁰. Cette thèse traite de la méthode de contraception naturelle dite de la courbe thermique. En 1968, vient de paraître l'encyclique *Humanæ vitæ* qui condamne les contraceptifs médicaux et permet, en revanche, les méthodes naturelles. Si le D^r Juliette Pascal est parfaitement honnête quant à l'acceptation réticente et temporaire de cette méthode par ses patientes, sa thèse fait néanmoins partie des publications médicales soumises aux enseignements de l'Église. Elle est représentative de l'offensive de la hiérarchie catholique pour combattre la contraception médicale interdite par le Vatican. Cette thèse sera d'ailleurs publiée deux ans plus tard, sans les restrictions d'origine, sous le titre : *Quand de la vie surgit l'amour*, en 1971 aux éditions Le Centurion. Cet ouvrage sera vendu à plus de 20 000 exemplaires dans le réseau catholique⁸¹.

⁷⁹ Elles sont plus nombreuses à partir de cette date, par exemple la thèse du D^r Denis Meker sur la *Régulation naturelle des naissances. Méthodes d'auto-observation et pédagogie*, Nantes, 1985, n° 137. Le D^r Meker remercie, en avant-propos, le D^r François Guy et son épouse qui « grâce à une action incessante depuis 25 années au service de la planification familiale naturelle [...] ont fortement contribué à l'extension des méthodes de régulation des naissances de l'Île Maurice à l'Europe occidentale en passant par l'Afrique ».

Autre exemple de thèse militante, celle soutenue en 1991 à Paris (Necker) par Clotilde Mircher, n° 60. Elle s'intitule : *Problèmes éthiques posés aux médecins en matière de contraception et d'avortement*. Le président de cette thèse est le professeur Lejeune, à qui elle est dédiée en ces termes : « En témoignage de notre profonde gratitude pour avoir accepté de présider et de soutenir ce travail. Nous voudrions le remercier doublement, puisqu'en défendant inlassablement la valeur et la dignité des plus petits d'entre nous, il défend aussi le sens de la médecine, notre futur métier ». Le D^r Mircher travaille aujourd'hui pour la fondation Jérôme Lejeune à Paris.

⁸⁰ Juliette Pascal, entretien en avril 1999.

⁸¹ L'analyse de cette thèse et la comparaison avec l'ouvrage destiné au grand public se trouvent dans le deuxième chapitre de mon DEA, *Milieu médical et contraception dans le Nord-Pas-de-Calais de 1945 à 1975*, Lille III, 1999, p. 61-74.

Deux autres thèses, soutenues à Lyon, illustrent un militantisme à l'opposé du précédent. En 1971, Monique Maritan soutient, à Lyon, une thèse de médecine, *Contribution à la compréhension socio-psychologique de l'avortement*⁸², qui constitue le synopsis d'un film devant être réalisé avec deux médecins, les D^r Michel Debout et Jacques Pellet, militants du MLAC, qui pratiquent des avortements avant la loi Veil de 1975. Ces avortements ont lieu dans un centre d'orthogénie décrit en 1974 dans la thèse du D^r Françoise Thibaud toujours à Lyon, *Avoir un enfant ? Si je veux !*⁸³ Le D^r Françoise Thibaud consacre toute la première partie de sa thèse à préciser le rôle de l'association « Choisir » dans la mise en place et le fonctionnement de ce centre à Lyon, sans masquer le conflit entre les militants lyonnais de Choisir et la direction parisienne du mouvement. La Faculté de médecine de Lyon comprend en effet un noyau très actif d'étudiants militant en faveur du droit à l'avortement. Déjà impliqué dans les événements de Mai 68 à Lyon, ce petit groupe d'étudiants, futurs internes, se destinant pour la plupart à la psychiatrie, s'implique aux côtés de l'association Choisir et du MLAC dans la lutte pour le droit à l'avortement⁸⁴. Ces deux thèses relèvent du militantisme le plus classique, dans le climat d'après Mai 68. Elles n'en sont que plus audacieuses vis-à-vis d'une institution qui bannit ce genre d'engagement.

Trois thèses militantes, trois femmes qui représentent des exceptions dans la grande masse des thèses de médecine⁸⁵.

⁸² Lyon, 1971, n° 11.

⁸³ Son président de thèse est le professeur agrégé, psychiatre et psychanalyste, Jean Guyotat, fondateur de l'Ecole lyonnaise de psychiatrie, en réaction contre les idées et les pratiques de la psychiatrie institutionnelle des années cinquante. Il signe d'ailleurs en compagnie d'une cinquantaine de Lyonnais un appel en faveur de l'association Choisir, reproduit à la fin de cette thèse mais non daté, au tout début des années soixante-dix.

⁸⁴ Selon un entretien téléphonique avec le D^r Jean Furtos qui a participé à toutes ces actions. Ces futurs psychiatres ne sont pas politisés au sens premier du terme puisqu'ils ne sont militants d'aucun parti de gauche ou d'extrême-gauche. Mais ils veulent agir dans le domaine médical. Ces audaces par rapport à l'institution ne les empêcheront pas de « faire carrière » même si, comme le remarque, le D^r Furtos aucun d'eux, malgré ses compétences, n'a aujourd'hui le titre d'agrégé.

⁸⁵ J'ai également consulté des thèses de Droit. Elles concernent uniquement la contraception et l'avortement, seuls thèmes juridiques soumis à la loi de 1920. Comme les thèses de médecine, elles citent de nombreuses statistiques. Elles comportent également souvent l'affirmation sans fondement des stéréotypes de l'époque, en particulier sur le nombre extravagant d'avortements et sur la moralité des femmes. Elles nous renseignent, avec précision cette fois, sur la répression de l'avortement par les tribunaux⁸⁵. Elles permettent ainsi de juger de l'état de l'opinion universitaire car elles sont, sauf exception⁸⁵, rédigées par des opposants résolus au droit à la contraception et à l'avortement.

III Articles, témoignages, films et entretiens : des sources complémentaires

A Des articles qui permettent les débats entre experts

Il existe plusieurs centaines de revues médicales⁸⁶ : des revues professionnelles au sens étroit du terme jusqu'aux revues syndicales. Il s'agit pour la plupart d'entre elles de périodiques. Certaines sont éphémères et ne durent que quelques années⁸⁷. Leur financement pose problème, d'autant que certaines sont gratuites, et repose essentiellement, à 70 % en moyenne, sur les annonces publicitaires de l'industrie pharmaceutique et biomédicale⁸⁸. Cette situation rend inévitables les soupçons de clientélisme attachés à ces publications.

Les plus anciennes de ces publications existent depuis le XIXe siècle : *Le Concours médical*, par exemple, est créé en 1879 et s'affirme, par son titre, comme une revue de formation continue de tous les médecins au « concours » desquels il fait appel pour confronter leur expérience et leurs idées.

Les revues médicales ne visent pas toutes le même public. Elles peuvent s'adresser nommément aux seuls spécialistes, regroupés en sociétés savantes (*Gynécologie et Obstétrique*), à l'ensemble des médecins (*Le Concours médical*), au personnel médical (*Maternité* en direction des sages-femmes). Elles peuvent être diffusées régionalement, nationalement ou internationalement. Elles peuvent donc avoir un tirage très important ou confidentiel, qui peut être lié à leur gratuité. Ainsi *Le Concours médical* est tiré à 30 000 exemplaires au début des années 1970, soit autant que de médecins généralistes en France⁸⁹. *Le Concours médical* comporte une partie strictement professionnelle (réglementation, assistance, mutualité, intérêts corporatifs, et une rubrique automobile...) et une partie scientifique, avec une revue de presse médicale française et étrangère, les rapports des sociétés savantes et des articles originaux sur les dernières découvertes médicales. Cette revue se veut d'ailleurs le reflet de l'opinion diversifiée de ses lecteurs : en 1974, elle accueille aussi bien des articles de militants en faveur d'une loi sur l'avortement (médecins de Nantes) que ceux d'opposants à tout changement (P^r Malinas). Le dépouillement systématique de cette revue révèle la place mineure que tiennent les femmes dans les préoccupations des médecins. Il confirme les « pics » d'informations lors des grands débats autour de l'ASD (années cinquante), de la contraception (années soixante), de l'avortement et de la ménopause (années soixante-dix).

⁸⁶ Plus de 600 titres actuellement.

⁸⁷ En particulier les revues militantes en faveur de l'ASD et marquées par l'idéologie du PCF.

⁸⁸ Jean Terquem, *Les médecins dans la société française*, Paris, Economica, 1992, p. 165.

⁸⁹ Remarque tirées de l'article de Philipppes Delaunes, « La presse médicale », in *Tendances*, août 1972, n° 78, p. 465-480.

Les revues ont une grande importance pour la diffusion des découvertes médicales et des idées nouvelles car la formation permanente des médecins se fait presque exclusivement par cette presse médicale⁹⁰. Celle-ci sert d'interface entre la recherche et les praticiens: les thèses les plus intéressantes y sont résumées, les colloques et congrès donnent lieu à des comptes-rendus, les nouveaux traitements y sont discutés.

Ces revues médicales se veulent toutes officiellement neutres sur le plan politique et idéologique. Par rapport au contexte politique dans lequel elles paraissent, elles adoptent communément des positions opportunistes. Deux thèses récentes⁹¹ examinent leur comportement sous Vichy. Sous l'Occupation, la plupart des revues médicales font allégeance à Vichy (*Progrès médical, Journal des Praticiens, Bulletin médical, Journal de Médecine de Paris, Le Concours médical, Les Cahiers Laennec, Lyon médical* etc.) pour continuer à paraître et/ou par proximité idéologique. Quelques-unes se sabordent (*Annales de Médecine* que ses responsables préfèrent ne plus faire paraître de l'été 1940 à 1946, *Le Monde médical*, de même, de mai 1940 à la Libération). D'autres, encore plus rares, sont des revues clandestines issues de la Résistance (*Le Médecin français* d'obédience communiste, *Combat médical* qui paraît quatre fois en 1944). En général, la presse médicale se montre particulièrement docile à l'idéologie de Vichy. Elle approuve bruyamment sa politique nataliste et sociale (lutte contre l'alcoolisme). Elle appelle de ses vœux la création de l'Ordre des médecins qui remplace les syndicats médicaux interdits. Elle va jusqu'à réclamer l'exclusion du corps médical français des médecins étrangers et juifs sous le prétexte d'une concurrence déloyale. La publication de ces revues parues sous l'Occupation est souvent suspendue à la Libération mais reprend très vite dès l'automne 1944.

Quelques revues servent de moyens d'expression et de diffusion de leur idées à des associations professionnelles marquées idéologiquement. *Les Cahiers Laennec* sont issus de l'association des médecins catholiques français et portent symboliquement le nom du professeur René Laennec (1781-1826), à la réputation de « fervent catholique »⁹². De leur côté les médecins communistes,

⁹⁰ C. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler, P. Roussin et M.-C. Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, 1930-1980.*, Paris, éd. Doin, 1993, p. 148, témoignage d'un médecin à la retraite : « La formation continue, elle vient essentiellement, à mon sens, de la lecture des revues médicales. On en recevait des quantités. J'en reçois encore. Il m'est arrivé un jour de mesurer sur la bascule le poids du papier que je recevais par jour: deux kilos. Je consacrais au moins une demi-heure ou trois quarts d'heure par jour pour feuilleter les revues en question pour ne pas rater quelque chose d'important. ».

⁹¹ Dominique Beurrier, Contribution à l'étude de la presse médicale clandestine française pendant la Seconde Guerre mondiale. *Le Médecin Français* et *Le Combat médical* de 1941 à 1944, thèse de médecine, Paris VI Salpêtrière, 1994. Emmanuel Chastan, Contribution à l'étude du comportement du corps médical sous Vichy: la presse médicale de 1940 à 1944, thèse de médecine, Tours, 2000, n° 3040.

⁹² Françoise Huguet, Les professeurs de la Faculté de Médecine de Paris, Dictionnaire biographique, 1734-1939, Paris, Ed. du CNRS, 1991, p. 261.

qui veulent le succès de l'ASD, publient la *Revue de la Nouvelle Médecine* (1953-1957) et le *Bulletin du Cercle Claude Bernard*⁹³. Ces deux périodiques, dont la diffusion reste confidentielle et dont les exemplaires ne sont parfois même pas paginés, affichent leur militantisme.

Les sujets traités demeurent dans les limites de la loi, ou, du moins de son interprétation. Très rares sont les articles traitant de contraception avant les années 1965-1967, de crainte de tomber sous le coup de la loi de 1920 pour « propagande anticonceptionnelle ». Une exception : la revue *Gynécologie pratique* qui publie en 1955 un numéro spécial, le n° 6, consacré à la contraception, ce qui provoque des remous chez ses abonnés⁹⁴. Les exemplaires disponibles des numéros des revues médicales traitant de la contraception avant la loi Neuwirth sont d'ailleurs souvent incomplets, ne comportant plus aujourd'hui les articles en question. Tel est le cas de l'article pionnier du D^r Lagroua Weill-Hallé⁹⁵ paru dans un supplément de *La Semaine des Hôpitaux de Paris* du 22 mars 1953, qui est ainsi introuvable à Lille : censure d'un opposant, ou prélèvement inconséquent d'un convaincu ? L'acharnement contre ces articles sur la contraception prouve en tout cas l'enjeu que constituent ces publications.

Autre exception : le 20 septembre 1974, en plein débat sur la future loi Veil, les D^r Berger et Furtos font paraître un article intitulé « Réflexions sur le fonctionnement d'un centre d'avortement clandestin en France » dans *Les Cahiers Médicaux Lyonnais*⁹⁶. Il s'agit d'un centre ouvert par l'association Choisir à Lyon, où ces médecins militants pratiquent des avortements illégaux. La revue prend les précautions d'usage, car il est précisé : « Nous souhaitons qu'il (cet article) engage uniquement et totalement la responsabilité de ses propres auteurs et non celle de notre revue »⁹⁷. Le risque n'est pas bien grand puisque personne n'est plus poursuivi pour avortement à cette date. Il n'en reste pas moins que les auteurs et la revue qui les accueille font preuve d'une certaine audace.

⁹³ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George cite le premier titre comme « une création ad hoc de la commission nationale des médecins communistes » et le second comme « un des vecteurs par lequel le parti communiste diffuse ses idées dans le monde médical », in *op. cité*, 2004, p. 72-73.

⁹⁴ Le numéro de cette revue consacré à la contraception est d'ailleurs manquant dans les archives de plusieurs bibliothèques universitaires de médecine. Seule la BIUM de Paris en a conservé un exemplaire...

⁹⁵ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, "Le contrôle des naissances à l'étranger et la loi française de 1920", *La Semaine médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 mars 1953, p. 145-152.

⁹⁶ Il s'agit, toujours d'après le D^r Furtos, d'une revue relativement ouverte aux idées nouvelles, tenue par de jeunes médecins dont une bonne partie de psychiatres, qui forment à Lyon un groupe « remuant » et « contestataire ».

⁹⁷ M. Berger et J. Furtos, « Réflexions sur le fonctionnement d'un centre d'avortement clandestin », *Cahiers Médicaux Lyonnais*, 29-9-1974, n° 28, p. 2257.

Les revues démographiques offrent moins de diversité. Il s'agit essentiellement de la revue *Population* publiée par l'INED, référence absolue en la matière. J'ai aussi dépouillé celle de l'Alliance nationale contre la dépopulation, qui devient Alliance nationale pour la vitalité française à partir de 1949, du nom de la revue⁹⁸. En effet, les démographes de l'INED appartiennent tous à cette association nataliste et il est intéressant de comparer leurs articles dans les deux sources. Les articles sur l'évolution démographique de la population, la manière de calculer un taux de mortalité maternelle ou un taux de fécondité, sont cependant souvent ardues pour une non-initiée. Dans ce cas de figure, j'ai dû m'appuyer sur l'introduction et la conclusion.

B Témoignages, films et entretiens

L'ASD, la contraception, l'avortement et la ménopause donnent lieu à des débats publics qui dépassent le cadre de la médecine et de la démographie. Devant la nécessité de convaincre l'opinion, les experts-médecins font appel aux témoignages des femmes et des couples, voire quelques fois aux films, pour diffuser leurs idées.

Les témoignages écrits nous donnent accès plus ou moins directement à la parole des femmes. Le combat autour de la contraception, par exemple, utilise largement ce type de témoignage. Pionnière du droit à la contraception, le D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé publie des lettres que lui ont adressées des femmes désespérées ou au contraire reconnaissantes de son action. Pour prouver leur authenticité, elle publie des photocopies de ces courriers, ce qui leur donne indubitablement un aspect réel et inattaquable. Les témoignages de ces femmes sont ainsi reproduits dans la revue *Gynécologie Pratique*⁹⁹ en 1960, en direction de ses confrères gynécologues obstétriciens. Le D^r Lagroua Weill-Hallé fait preuve d'audace, ce genre de pratique étant totalement inédit dans une revue médicale. Quelques exemples représentatifs tirés de cet article¹⁰⁰ : Mme L., dans l'Ain, ménage d'instituteurs : « Voilà notre histoire simple et banale : 3 ans de mariage, un amour merveilleux, deux gosses beaux à souhait... Mais maintenant que 2 fois déjà la méthode Ogino nous a joué de mauvais tours, c'est fini, nous n'osons plus accomplir l'acte d'Amour que notre corps désire si ardemment mais que notre raison arrête en pensant aux conséquences. Nous sommes très malheureux, vous savez ! ». Mme C. à Nantes, institutrice, mère de quatre enfants : « Je suis maman de quatre jeunes enfants que j'adore bien que je n'en ai désiré que deux... [...] J'aime mon mari et je ne voudrais plus avoir d'enfant, sans pour autant que cette crainte devienne un épouvantail à l'amour ». Mme D. dans le Loiret : « Quand cessera cette politique hypocrite et idiote du gouvernement ? Que de drames seraient évités si chaque foyer pouvait

⁹⁸ Cette revue prend à partir de 1971 le nom de *Population et Avenir*. Elle figure, malgré son caractère militant nataliste, dans tous les CDI des lycées français en tant que revue scientifique...

⁹⁹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 309-351.

¹⁰⁰ Marie-Andrée Lagroua-Weill-Halle, *article cité*, 1960, p. 314-320 et 346-350.

contrôler efficacement la venue de ses enfants... ». Certaines sont soulagées après avoir été informées : Mme M. à Vincennes, trois enfants : « Je ne crois pas qu'il soit excessif de dire que la méthode que vous nous avez permis d'appliquer a apporté à notre foyer l'équilibre qu'il avait perdu petit à petit ». En 1961, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé reprend cette idée et décrit une cinquantaine d'observations « prise au hasard » dans son fichier. Elle expose ces « confidences recueillies dans le silence de mon cabinet » dans un ouvrage¹⁰¹ en direction du grand public, préfacé par Simone de Beauvoir. Ce livre est composé de témoignages anonymes au nom de toutes les femmes.

Les partisans, catholiques de la contraception naturelle, seule compatible avec les positions officielles de l'Église, usent aussi des témoignages pour fonder la légitimité de leur démarche. Le D^r Bernard Vincent, militant de la méthode thermique dite des températures, publie en 1967 un ouvrage sur le sujet. Le chapitre III est consacré à trente « entretiens avec le psychiatre »¹⁰², le D^r Besançon, qui sont autant de témoignages positifs sur la méthode thermique, recueillis auprès de couples vivant à Nantes.

Toujours en 1967, le D^r Charles Rendu et Madame Rendu font paraître un ouvrage au titre provocateur : *L'Église nous a-t-elle trompés ?*¹⁰³. Il est composé d'extraits de centaines de lettres et de témoignages oraux, en faveur de la contraception naturelle. Les auteurs affirment avoir choisi ces témoignages parmi les plus représentatifs. Ils ajoutent : « D'ailleurs la lecture des lettres qui vont suivre montre que ce ne sont pas souvent des cas de tout repos qui s'adressent à nous »¹⁰⁴. Pour preuve de leur bonne foi, les quinze premières pages sont remplies de témoignages de détresse et d'incompréhension face à l'attitude de l'Église. Le reste de l'ouvrage est, heureusement pour l'Église, rempli d'extraits montrant l'enthousiasme de ces couples catholiques convertis à la méthode thermique, par exemple : « Lorsque nous avons pris contact avec vous, nous pensions avoir trouvé une méthode plus valable que la contraception. [...] Or c'est bien plus qu'une méthode. Nous avons découvert la place que l'acte charnel devait tenir dans notre amour et comment il pouvait l'exprimer et nous conduire à nous dépasser : cet acte devenant un vrai don total. [...] C'est la totalité de notre vie qui a été marquée [...]. Ainsi notre vie de foi s'est réveillée »¹⁰⁵. Ces deux ouvrages sont l'expression d'une offensive généralisée des médecins catholiques en faveur d'une contraception naturelle, au moment où se discute la future loi Neuwirth.

Autre moyen de diffusion, le film médical apparaît encore comme une nouveauté après 1945. Il sert de preuve visuelle et aide à populariser une méthode auprès des confrères, des femmes concernées, voire du grand public.

¹⁰¹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *La Grand'peur d'aimer*, Paris, Gonthier, 1961.

¹⁰² Bernard Vincent, *Méthode thermique et contraception*, Paris, Masson, 1967, p. 119-138.

¹⁰³ Aux éditions Xavier Mappus, Lyon. Sur la couverture de cet ouvrage un lecteur anonyme a tracé un « OUI » vengeur ...

¹⁰⁴ Charles et Madame Rendu, *opus cité*, 1967, p. 15.

¹⁰⁵ Charles et Madame Rendu, *opus cité*, 1967, p. 245.

Seuls l'ASD et l'avortement donnent lieu au tournage de films pédagogiques, contraception et ménopause n'étant pas assez spectaculaires .

Quelques films en faveur de l'ASD ont été conservés et sont visibles aux archives départementales de Bobigny. En 1953, un documentaire d'un peu plus de vingt minutes est tourné à la clinique des Bluets à Paris, un an seulement après l'introduction de la méthode de l'ASD en France¹⁰⁶. Ce film commence par l'historique de la méthode : voyage en URSS du D^r Fernand Lamaze, images d'archives du P^r Pavlov (décédé en 1936), voix off précisant « le sort enviable de leurs sœurs soviétiques ». Ce film militant s'étend sur les difficultés quotidiennes des femmes : images d'une femme inquiète, tracassée, nerveuse avec des soucis d'argent, qui frappe son enfant pour un verre cassé. Cette vision globale du sort des femmes est une constante dans tout le matériel de promotion de l'ASD, films, livres, articles. Le film en vient ensuite à l'accouchement lui-même. Il oppose l'image d'une femme grimaçante de douleur, agitée, aux mains contractées, à celle de femmes accouchant dans le calme. Il montre ensuite des extraits de cours d'ASD remplis de femmes attentives, puis des accouchements parfaitement sereins : la femme tricote, lit pendant la phase de dilatation, reste calme pendant l'expulsion tandis que le médecin ou la sage-femme lui décrivent le déroulement de l'ASD, la rassurent, illustrant ainsi les vertus apaisantes, anesthésiantes même, de la parole médicale. La voix off nous fait remarquer « le relâchement des mains », « la femme attentive aux paroles de l'accoucheur ». Il s'agit du D^r Fernand Lamaze, ce qui rend ce film particulièrement précieux. Ce documentaire de 1953 est d'abord un film de sensibilisation au bonheur des femmes accouchant sans douleur. Il joue sur les deux registres scientifique et émotionnel.

Un autre film tourné aux Bluets en 1961, est également visible aux archives de Bobigny, toujours sur l'ASD¹⁰⁷. Le réalisateur ou la réalisatrice sont inconnus, comme en 1953. Ce documentaire est plus élaboré techniquement que le premier : longues plages de musique classique, gros plans sur le visage ou la vulve des parturientes, par exemple. Madame L., 18 ans, est filmée accouchant face à un grand miroir qui lui permet d'observer et de « surveiller son périnée » selon les termes du médecin. Ce film se veut plus scientifique que le précédent: les femmes sont nommées par leurs initiales, des précisions sont apportées (durée de la dilatation, de l'expulsion, poids de l'enfant), selon les normes des revues médicales. La trame ne varie pas : références historiques¹⁰⁸, importance des conditions sociales¹⁰⁹, cours de préparation, et enfin accouchements dans la sérénité. Le D^r Hersilie, médecin-chef de la Maternité des Bluets entre 1957 et 1967, est filmé. Il pratique ces accouchements en costume et nœud papillon sous la blouse, vision rassurante

¹⁰⁶ *L'ASD*, 1953, documentaire noir et blanc, sonore, durée 20'30'', anonyme.

¹⁰⁷ *Accoucher sans douleur*, 1961, documentaire noir et blanc sonore, durée 23'39'', anonyme.

¹⁰⁸ Images d'archives du D^r Lamaze.

¹⁰⁹ Vues de femmes au marché scrutant les prix avec inquiétude et questions du médecin sur les conditions de logement.

d'un médecin aussi chic que les médecins bourgeois. Ce documentaire, a bénéficié d'un financement de la Sécurité Sociale. L'ASD s'en trouve donc officiellement légitimé. Ce financement lui permet aussi d'être techniquement plus élaboré que le premier.

Dans ces deux films, les images des accouchements, même sereins, sont impressionnantes, sans ellipses. Ils témoignent d'une volonté de réalisme scientifique et d'éducation populaire. Le cinéma paraît ainsi un moyen privilégié¹¹⁰ pour faire connaître l'ASD. C'est un excellent support pour populariser cette méthode auprès des autres médecins mais d'abord auprès des futures accouchées. Car ces films illustrent les cours de préparation à l'accouchement, dans le but de rassurer et d'instruire les futures mères: « L'instruction des gestantes des notions sommaires d'anatomie physiologie obstétricale et du mécanisme de la douleur de l'accouchement est d'autant plus efficace qu'elle est faite avec les moyens suggestifs du cinéma »¹¹¹. Les accouchées de la clinique des Bluets témoignent de leur efficacité: Madame Planadevall, par exemple, très angoissée avant son accouchement, écrit que la vision d'un tel film « fut le choc favorable. Moi qui ne puis supporter la vue d'une piqûre, j'ai parfaitement supporté la vue de cet accouchement parce que la femme ne souffrait pas, c'était évident »¹¹².

Un film de ce type est présenté le 4 décembre 1954 lors d'une conférence du D^r Fernand Lamaze dans le cadre du cercle Claude Bernard à un public de médecins. Jacques Lambert en fait le compte rendu dans la *Semaine des Hôpitaux*. Il précise que « ce film n'est pas un film scientifique [...] (car) il est destiné aux futures mères, il résume des points importants de physiologie obstétricale et montre l'importance de la participation active de la parturiente (respiration haletante, etc.). Réalisé avec des moyens limités, il présente deux accouchements sans douleur. Certaines images prenant de champ la sortie de la tête et l'image reposée de la mère, furent particulièrement remarquées. »¹¹³. Les médecins et sages-femmes présents, plusieurs centaines, ont pu ainsi voir qu'il n'y avait pas de trucage, de montage, que les deux femmes filmées avaient vraiment accouché. Ce médecin s'alarme néanmoins des réactions des primipares lors de la projection, craignant d'exacerber leur peur. Mais les témoignages des femmes ayant accouché aux Bluets démontrent qu'il s'agit de craintes sans fondement. L'équipe médicale montre parfois des dessins animés « pour le conditionnement de la gestante »¹¹⁴, avec succès, semble-t-il. Je n'ai pas pu en visionner.

¹¹⁰ Aux côtés du disque et de la radio. Je n'ai malheureusement pu consulter aucun document de ce type.

¹¹¹ Armand Notter et M. Bertrand, *op. cité*, p. 358.

¹¹² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 179.

¹¹³ Jacques Lambert, « À propos d'un récent débat sur l'accouchement sans douleur », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 10 juin 1954, n° 38, p. 2435.

¹¹⁴ Congrès de la Société française de Médecine Psychosomatique, « Compte rendu », *Revue française de Gynécologie et d'obstétrique*, mai-juin 1957, p. 217.

Toutefois, certains médecins expriment leurs réticences devant ces films. En 1975, le D^r Gaillard, formé par Fernand Lamaze, rappelle qu'il a assisté aux séances de préparation illustrées par ce type de film, censé rassurer les parturientes. Il en tire une impression négative et décide d'exclure en conséquence tout film de la préparation de « ses » parturientes. Il doute de leur utilité et leur reproche de « montrer en gros plans l'expulsion, vue « du côté du médecin » ; ces images peuvent choquer certaines spectatrices : « La naissance, telle que la voit la mère lorsque nous terminons l'accouchement en soutenant le bébé, et en le lui présentant, est pour elle un extraordinaire souvenir ; les images filmées « à la vulve » ne lui apportent rien de positif dans sa préparation au contraire ». Il ajoute : « Votre future maman, qui a vu un accouchement sur l'écran, s'attend à ce que son travail se déroule exactement de la même manière. Il est bien rare que deux accouchements se ressemblent point par point, et, le moment arrivé, votre patiente ne s'y retrouvera plus. Voilà pourquoi j'ai abandonné le film. »¹¹⁵.

S'adressant au grand public, le film commercial est aussi utilisé pour propager la méthode de Fernand Lamaze. Le réalisateur communiste ¹¹⁶ Jean-Paul Le Chanois met en scène *Le cas du docteur Laurent* en 1956. Jean Gabin y joue le rôle du médecin éponyme, partisan de l'ASD, en butte à l'opposition de tous les réactionnaires de la petite ville où il s'est installé. Il finit par faire triompher l'ASD malgré ses confrères acharnés à sa perte avec la collaboration du curé local.

A partir de 1970, les médecins militants pour le droit à l'avortement emploient à leur tour des films pour dénoncer la loi de 1920 et pour former d'autres médecins à la méthode Karman, méthode d'aspiration simple qui ne demande ni anesthésie générale ni hospitalisation. Exceptionnellement, une thèse de médecine est soutenue à Lyon en 1971 par le D^r Monique Maritan sur *L'avortement volontaire*. Cette thèse constitue, en réalité, le compte rendu écrit de tables rondes filmées¹¹⁷ avec des médecins généralistes et spécialistes, des jeunes d'une MJC, et de femmes ayant avorté. Pour le D^r Maritan, « nous ne pouvions parler d'avortement sans recueillir le témoignage de femmes directement concernées par ce problème ; c'est ainsi que nous avons interviewé et filmé quatre jeunes femmes s'étant fait avorter et le mari d'une cinquième, cette dernière ayant hésité à venir nous parler elle-même de son expérience. Une de ces quatre jeunes femmes était anglaise ; du fait du caractère licite de son avortement, (la législation anglaise étant permissive) nous avons pu la filmer sans aucun des artifices cinématographiques auxquels nous avons eu recours pour les trois autres. Effectivement, du fait du risque pénal qu'elles encourraient, ces jeunes femmes, n'ont pu être filmées qu'en contre jour, avec

¹¹⁵ Jacques-Louis Gaillard, *Pratique actuelle de l'ASD*. Paris: Maloine, 1975, p. 28.

¹¹⁶ Jean-Paul Le Chanois écrit dans *La Nouvelle Critique*, revue du « marxisme militant ». Il le fait, par exemple en janvier 1953 dans le numéro 42 avec un article sur "Le pool du spectacle".

¹¹⁷ Que je n'ai pu visionner.

l'assurance d'un anonymat total. Nous aurions aimé pouvoir recueillir également le témoignage d'avorteurs (médecins, faiseuses d'ange ou autres) mais le problème de leur recrutement et de leur sécurité pénale nous a fait renoncer à ce projet. »¹¹⁸.

Plus engagé encore, *Histoires d'A* filme des avortements illégaux en direct. Il est projeté pour la première fois à Paris le 15 novembre 1973 au cinéma Le Renoir et il est aussitôt saisi car il a été interdit. Il est ensuite montré à Grenoble lors d'une projection privée devant 300 personnes, puis à Lyon à la mairie du sixième arrondissement le 5 décembre 1973¹¹⁹. Il devient un moyen privilégié pour l'association Choisir et le MLAC pour populariser l'idée d'un droit à l'avortement. Ce film fait alors l'objet d'un grand nombre de projections militantes hors-la-loi et participe pleinement à la lutte pour le droit à l'avortement.

J'ai en effet eu la chance d'être reçue par quelques uns des médecins auteurs de ces textes.

Le P^r Baulieu m'a accordé un entretien très stimulant sur son engagement communiste en faveur de l'ASD jusqu'en 1956, puis sur son combat pour la recherche dans le domaine de la contraception, le 11 juillet 2008. Le D^r Fabre, pionnier du Planning Familial à Grenoble, m'a confié des archives et a évoqué ses années à la tête de ce mouvement, le 7 mai 2008. Le D^r Arthur Kriegel a analysé, lors d'un déjeuner, son engagement dans le groupe des médecins militants au PCF, le 12 décembre 2003. Le D^r Pierre Simon m'a exposé, le 12 décembre 2002, les idées qui ont guidé sa vie et son action en faveur du droit des femmes. Le D^r Françoise Thibaud s'est rappelé les circonstances si particulières de sa thèse et le contexte contestataire de la faculté de médecine de Lyon dans les années soixante-dix, le 25 juillet 2008. Le D^r Christiane Verdoux a décrit ses années d'engagement au début du Planning Familial aux côtés de Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, le 11 juillet 2008.

D'autres médecins engagés pour le droit des femmes ont accepté un entretien téléphonique : le D^r Jean-Pierre Eyraud de Limoges et le D^r Daniel Balvet et Jean Furtos de Lyon, à propos de leurs pratiques de l'avortement avant la loi Veil. Le D^r Claude Nachin a enfin bien voulu apporter son témoignage de médecin engagé au PCF.

Je n'ai malheureusement pu interroger aucun démographe en activité pendant cette période.

Ces entretiens ont contribué à préciser des événements, un contexte, un engagement. Ils ont surtout bousculé quelques uns de mes a priori. En commençant cette thèse, j'étais persuadée que les médecins engagés pour le droit à la contraception l'étaient logiquement pour celui à l'avortement¹²⁰ et

¹¹⁸ Monique Maritan, *opus cité*, 1971, p. 5.

¹¹⁹ Selon le Centre lyonnais d'études féministes, *Chronique d'une passion. Le mouvement de libération des femmes à Lyon*, Paris, L'Harmattan, 1989, p. 45.

¹²⁰ Ainsi le D^r Fabre et le D^r Verdoux déplorent le recours actuel à l'IVG alors que la contraception existe.

que les médecins-femmes opposées à la loi de 1920 étaient nécessairement féministes¹²¹. Ils ont néanmoins conforté l'idée que la lutte pour le droit des femmes à maîtriser leur fécondité (et la disparition de celle-ci) s'inscrit dans une démarche politique cohérente¹²².

Les sources médicales et démographiques nous permettent donc d'accéder à l'intimité des femmes à travers l'écran des objectifs et des positions de leurs auteurs. Elles sont essentielles pour appréhender le vécu de celles-ci et son évolution, conjointement à l'histoire des luttes pour les droits des femmes. Leur caractère scientifique peut apparaître a priori comme le garant d'un discours objectif et fiable. Mais leurs auteurs sont bien « dans le siècle » et leurs textes sont constamment débordés par leur sujet. Ces experts médecins et démographes sont « partie prenante d'une communauté, d'un groupe, d'une école, d'une tradition, d'un pays, d'une époque »¹²³. Cet aspect du discours scientifique est passionnant à repérer : préjugés, lieux communs, jugements relevant du religieux, du politique. Derrière le corps des femmes et leur fécondité se dissimulent d'autres enjeux : contrôler la fécondité des femmes est une affaire d'État, de lois, d'idéologies.

¹²¹ Ni Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallée ni Christiane Verdoux ne se considèrent comme féministes, d'après l'entretien que Madame Verdoux m'a accordé le 11 juillet 2008. L'article de Sylvie Chaperon sur « Le MFPP face au féminisme » in Christine Bard et Janine Mossuz-Lavau dir., *opus cité*, p. 22, note l'indifférence des fondatrices du Planning au féminisme, voire leur méfiance. Le MFPP ne devient officiellement féministe que lors de son congrès de 1973.

¹²² Je pense ici particulièrement à l'entretien avec le P^r Baulieu et avec le D^r Simon.

¹²³ Dominique Pestre, « Pour une histoire sociale et culturelle des sciences », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1995, vol. 50, n° 3, p. 495.

CHAPITRE 2 – DES EXPERTS AU NOM DE LA SCIENCE

1 Les médecins, au plus proche du corps féminin

Ils forment un groupe numériquement défini et intellectuellement homogène, titulaire du même diplôme de base après sept ans d'études qu'ils deviennent généralistes ou spécialistes. Ils représentent une élite professionnelle. Ils exercent, pour la plupart, dans le domaine libéral et forment un groupe de notables, eu égard à leur origine sociale et à leur niveau de vie.

A Des experts au nom de la médecine

La France compte, toutes spécialités confondues, 29 000 médecins en 1938¹²⁴, 30 000 en 1947, 36 000 en 1953, 44 900 en 1960¹²⁵. En 1966, ils sont plus de 50 000. En 1979, ils sont 112 000¹²⁶. Les spécialistes représentent à peu près un tiers du corps médical dès 1959, y compris 1 600 gynécologues¹²⁷. Les médecins-femmes sont très minoritaires : elles représentent 10 % des médecins français en exercice en 1962¹²⁸. Les sages-femmes sont environ 12 000 en 1959¹²⁹ et seulement 9 000 en 1974¹³⁰. Mais seuls quelques médecins, agrégés et professeurs de médecine pour la plupart, sont reconnus comme experts et sollicités en tant que tels par le pouvoir politique et les médias. Au sommet de cette élite, l'Académie nationale de Médecine a officiellement pour mission d'éclairer le pouvoir politique en matière de santé publique.

Avant tout dépôt de projet de loi sur un sujet médical controversé, la contraception et l'avortement par exemple, les pouvoirs publics créent systématiquement une commission composée en partie de médecins. Cette commission est simplement consultative mais son avis est essentiel. La composition de ces commissions est d'ailleurs révélatrice des intentions du pouvoir politique et des rapports de force en jeu. Le 27 octobre 1965, Raymond

¹²⁴ Selon Céline Lesourd, in Marc Olivier Baruch, dir., *Une poignée de misérables*, Paris, Fayard, 2003, p. 350.

¹²⁵ Selon Béatrice Vergez, *Le monde des médecins au XXe siècle*, Paris, Éditions Complexe, 1996, p. 159-164.

¹²⁶ Selon Jean Terquem, *Les médecins dans la société française*, 1992, p. 28.

¹²⁷ Selon Jacqueline Pincemin et Alain Laugier, *article cité*, 1959, p. 886, note 7.

¹²⁸ Selon Béatrice Vergez, *op. cité*, 1996, p. 171.

¹²⁹ Selon Jacqueline Pincemin et Alain Laugier, « Les médecins », *Revue française des Sciences Politiques*, décembre 1959, n° 4, p. 888.

¹³⁰ Selon la présentation de la revue *Les Dossiers de l'obstétrique*, qui s'adresse principalement à elles : n° 1, 1974, p. 3.

Marcellin, ministre des Affaires sociales, charge une commission formée de quatorze spécialistes d'étudier les conséquences d'une absorption prolongée d'une contraception de type hormonal. En font partie les P^r Baulieu, Benhamou, Denoix, Ey, Frézal, Lechat, Mathé, Richet, Tuchman-Duplessis, Turpin ainsi que trois gynécologues obstétriciens, les P^r Lacomme, Netter et Moricard, et M. Chombart de Lauwe, sociologue¹³¹. Selon le P^r Baulieu¹³² tous ces médecins spécialistes, cancérologues, néphrologue, généticien etc., sont opposés à la contraception hormonale, sauf lui. Les conclusions de cette commission, publiées en mars 1966, ne débouchent logiquement sur aucune modification de la loi de 1920.

Ces experts sont également reçus par l'Assemblée nationale. Avant le vote de la loi Veil, la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée reçoit 42 organisations, associations et personnalités. Au total, 154 individus s'expriment dans ce cadre, du 11 juillet au 23 novembre 1973. À l'issue de ces entretiens, la Commission publie le rapport Berger en février 1974. Sur les 17 intervenants ayant des compétences médicales, 6 appartiennent à l'Association des médecins pour le respect de la vie et 5 représentent l'Ordre des médecins, deux organisations totalement opposées à tout changement de la loi, soit la majorité des médecins entendus¹³³.

Ainsi, « les élites professionnelles et scientifiques du corps médical (académiciens, membres de missions ministérielles, enseignants hospitaliers) ont une fonction d'expertise fondée sur l'éminence du savoir »¹³⁴.

Les médecins, professeurs agrégés ou pas, s'affirment pendant cette période comme des référents obligés, en particulier auprès des politiques. Le D^r Lagroua Weill-Hallée adresse, par exemple, le 9 mai 1956, une lettre à Maurice Thorez dans laquelle elle critique la position officielle anti-contraception du PCF : « Vous n'êtes pas médecin, M. Thorez, et vous ne connaissez d'elles (les femmes) qu'un visage grandi par l'exaltation des idées, vous ne les entrevoyez guère que dans le tumulte des réunions publiques¹³⁵ »¹³⁶.

Cette posture intellectuelle se retrouve chez les médecins communistes à l'intérieur de leur propre parti. Le 23 avril 1956, les membres de la Commission de travail des médecins communistes, en désaccord avec la

¹³¹ Liste établie d'après *Le Monde*, 10-11 novembre 1965, citée par Janine Mossuz-Lavau, *opus cité*, éd. 2002, p. 45.

¹³² Entretien du 11 juillet 2008.

¹³³ L'article d'Anne-Marie Devreux et de Michelle Ferrand-Picart, « La loi sur l'avortement : chronologie des événements et des prises de position », dans la *Revue française de Sociologie*, juillet-août 1982, n° spécial, p. 503-518, relève toutes les manœuvres autour de ces commissions.

¹³⁴ C. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler, P. Roussin et M.-C. Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, 1930-1980*, Paris, éd. Doin, 1993, p. 133-134.

¹³⁵ Maurice Thorez a marqué de deux points d'exclamation en rouge cette phrase.

¹³⁶ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre de Madame Lagroua Weill-Hallée », 9 mai 1956.

direction du PCF sur la question de la contraception, écrivent : « Nous regrettons la précipitation et le manque d'études sérieuses de la Direction du Parti avant qu'elle ne prenne position contre le contrôle des naissances. Nous regrettons que les médecins communistes qui ont une approche particulièrement sensible du problème n'aient pas eu à donner leur avis. C'est donc à partir d'une position a priori que l'orientation du Parti a été fixée »¹³⁷. Toujours à l'interne du PCF, le 22 juin 1956, le D^r Dalsace s'adresse également à Maurice Thorez, pour protester: « Aucun médecin n'a été appelé à collaborer à cette proposition de loi¹³⁸. [...] Je continuerai donc ma lutte car il me paraît impensable de m'incliner dans ce domaine scientifique devant une position politique dans laquelle l'avis des spécialistes n'a même pas été sollicité »¹³⁹.

Certains élus se prévalent également de leur qualité de médecin dans les débats parlementaires. Le député-maire de Cherbourg, le D^r Jacques Hébert, grand résistant et gaulliste, déclare à l'assemblée lors de la discussion de la loi Neuwirth : « La contraception est dangereuse pour la femme : cancer, thrombose artérielle. [...] Elle va augmenter le nombre d'enfants anormaux »¹⁴⁰.

Autour de Mai 68 de jeunes médecins, engagés aux côtés des féministes, déclinent ce statut dans le grand mouvement de contestation des institutions et des diplômes. Les années soixante-dix sont en effet marquées par la volonté d'une minorité de médecins militants de refuser cette fonction d'expert. Ils veulent, au contraire, s'affirmer comme de simples techniciens au service des femmes en réalisant des avortements illégaux¹⁴¹. La posture n'est plus celle du savant dans tous les sens du terme mais celle du militant dont la fonction professionnelle permet de faire avancer une cause. Ces jeunes médecins appartiennent pour la plupart à la mouvance d'extrême-gauche, représentative des engagements de la jeunesse après 68.

L'opinion remet également en cause le statut d'expert tout-puissant des médecins. Le P^r Derobert, de l'Académie nationale de Médecine, qui est loin d'être un gauchiste, constate en 1971 : « Le médecin de famille, le confident nécessaire, le confident obligé, l'ami de la famille en qui on avait une confiance

¹³⁷ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre des médecins communistes », 23 avril 1956.

¹³⁸ Proposition de loi du PCF qui demande l'élargissement des indications de l'avortement thérapeutique le 25 mai 1956 alors que trois autres propositions de loi viennent d'être déposées par des députés de Gauche pour obtenir l'autorisation de la contraception.

¹³⁹ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre du D^r Dalsace », 22 juin 1956, p. 2 et 3.

¹⁴⁰ Cité dans la thèse de médecine de Christine Pradines, *La première contraception oestro-progestative : législation, réactions de l'Église et du Conseil de l'Ordre des médecins*, Limoges, 1995, n° 31, f. 37.

¹⁴¹ Cette typologie reprend en partie celle de Jean-Paul Gaudillière, in « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures, Sciences, Sociétés*, 14, 2006, p. 246.

illimitée, fait place au technicien de la santé. Le colloque singulier qu'a individualisé Georges Duhamel [...] tombe en quenouille»¹⁴². En 1971, toujours, une table ronde entre médecins généralistes sur le problème de l'avortement se conclut sur cette interrogation : « Le médecin est-il un technicien de la médecine, c'est-à-dire quelqu'un capable de permettre à un client d'élaborer une demande responsable indépendamment de son éthique personnelle, ou un être tout puissant qui peut imposer par la force des choses cette dernière à son patient ? »¹⁴³.

Deux postures opposent donc deux générations de médecins militants : celle des années cinquante revendiquant sa position d'expert pour fonder le droit des femmes à maîtriser leur accouchement et leur fécondité et celle des militants d'après 68 revendiquant, au contraire, un simple savoir technique au service de ce même droit des femmes.

B Des médecins encadrés et organisés

L'Ordre des médecins est un acteur institutionnel essentiel. Le premier Ordre des médecins¹⁴⁴, institution corporatiste, est créé par Vichy le 7 octobre 1940, pour remplacer les syndicats médicaux interdits. Le 10 septembre 1942, un nouvel Ordre des médecins est mis en place, organisé, cette fois, en trois structures: aux niveaux départemental, régional et national. La création de l'Ordre est plutôt bien accueillie par les 25 000 médecins exerçant en France. Elle représente en effet « une des plus anciennes revendications du corps médical », qui restera dans sa grande majorité fidèle à Vichy¹⁴⁵.

Cet Ordre est dissous à la Libération. Il est remplacé le 24 septembre 1945 par un nouvel Ordre, l'organisation actuelle, doté des mêmes compétences et des mêmes structures. Son rôle est triple: administratif (vérification des diplômes...), disciplinaire (c'est un tribunal qui sanctionne les médecins parallèlement aux tribunaux ordinaires, ce qui peut aller jusqu'à la radiation et donc l'interdiction d'exercer) et éthique (code de déontologie). L'inscription à l'Ordre est obligatoire pour pouvoir exercer¹⁴⁶. Il édite un bulletin national qui retranscrit en particulier les débats et les décisions prises par les instances élues

¹⁴² Léon Derobert, « Réflexions sur la responsabilité professionnelle du médecin », *Bull. de L'Académie Nationale de Médecine*, 11-6-1971, p. 362.

¹⁴³ Débat retranscrit dans la thèse de médecine de Monique Maritan, *opus cité*, 1971, p. 10.

¹⁴⁴ L'idée de la création d'un Ordre des Médecins remonte au XIXe siècle. En 1847, une proposition de loi demande que soit formé au niveau de chaque département un « conseil médical » pour « dresser la liste des praticiens y exerçant, signaler aux autorités les cas de médecine illégale, exercer les mesures de police médicale prescrites par les autorités ». Cette proposition de loi visait à remettre de l'ordre parmi les praticiens de l'époque : un peu plus de 10 000 médecins et officiers de santé se faisant concurrence. La révolution de 1848 en empêcha le vote. Une nouvelle proposition de loi est déposée et discutée entre 1930 et 1935 ; elle n'aura pas le temps d'être votée avant la Seconde Guerre mondiale.

¹⁴⁵ Anne Simonin, *article cité*, 1997, p. 159-160.

¹⁴⁶ D'après Jean Terquem, *op. cité*, 1992, p. 37-38.

de l'Ordre. Les sujets abordés vont des retraites aux discussions sur le code de déontologie. On y débat aussi de la lutte contre l'avortement, contre l'alcoolisme, du secret médical, etc. En souvenir des origines grecques de la médecine, l'Ordre national des Médecins a pour emblème le bâton d'Esculape¹⁴⁷ (appelé à tort caducée) autour duquel s'enroule le serpent.

La mission de l'Ordre est clairement énoncée dans l'ordonnance du 24 septembre 1945 : il doit veiller « au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels ainsi que des règles édictés par le code de déontologie prévu par l'ordonnance. Il assure la défense de l'honneur, et de l'indépendance de la profession médicale »¹⁴⁸. En liaison avec sa mission, l'Ordre édicte des règlements et peut sanctionner professionnellement tout médecin qui ne les respecte pas. Les médecins peuvent également être parallèlement poursuivis par la justice, comme tout un chacun, encourant des peines d'emprisonnement, d'amende, etc. Ils peuvent ainsi être sanctionnés deux fois : par les tribunaux, et par l'Ordre, qui peut briser leur carrière. Le pouvoir de l'Ordre est donc considérable puisqu'il peut interdire d'exercer temporairement ou définitivement. Des chambres de discipline, élues, ont « entre autres fonctions, à enquêter sur les cas d'avortement criminels qui leur sont signalés comme ayant été provoqués par des médecins. [...] Toutes les enquêtes, d'ailleurs, doivent être tenues secrètes, de façon que tout médecin accusé à tort subisse au minimum le contrecoup défavorable inhérent à toute accusation, même injustifiée »¹⁴⁹.

Au plan de l'éthique, l'Ordre doit affronter les bouleversements des produits et techniques médicales qui mettent à mal ses principes et la loi de 1920. En mars 1962¹⁵⁰, le P^r Cordier constate devant ses pairs: « Capitale est la connaissance de produits contraceptifs modernes, héritiers des progrès de l'endocrinologie, et il faut en tenir le plus grand compte dans l'éventuelle modification de la loi de 1920. Un puissant effort de recherche scientifique, soutenu en Amérique avec des moyens considérables, aboutit récemment à la fabrication d'un produit hormonal qui agit sur l'ovulation. Si ce produit semble, d'après les statistiques faites sur une grande échelle, efficace dans

¹⁴⁷ Selon la mythologie grecque, Asclépios (Esculape), fils d'Apollon, est un héros, fondateur mythique de la médecine, et célébré à Epidaure. Parmi sa nombreuse descendance : Hygie, déesse de la santé et Panacée, « celle qui guérit tout », à l'origine des médicaments. D'après J. Soulier, *Du serment d'Hippocrate à l'éthique médicale*, thèse de médecine, Marseille, 1985, n° 324, p. 4.

¹⁴⁸ Adrien Peytel, *article cité*, 1952, p. 1999.

¹⁴⁹ Paul Milliez, « L'avortement criminel et la juridiction professionnelle », *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 7-1-1947, p. 4-5. L'auteur de l'article, écrit en octobre 1944, est le D^r Paul Milliez, grand résistant. Il est témoin au procès de Bobigny le 22 novembre 1973, où il déclare publiquement avoir pratiqué un avortement lorsqu'il était interne, à l'âge de 19 ans, soit en 1931. Treize ans plus tard, il écrit cet article condamnant l'avortement criminel et les médecins qui le pratiquent...

¹⁵⁰ La première pilule hormonale est en vente libre aux États-Unis depuis 1960.

l'arrêt de la conception et sans effet secondaire redoutable, le recul n'est pas encore suffisant pour être affirmatif sur son innocuité totale. Mais les travaux d'endocrinologie, déjà très avancés, se poursuivent et l'application sur une grande échelle n'est certainement pas éloignée»¹⁵¹. L'Ordre se limite cependant à ce constat sans en anticiper les conséquences sur le plan légal et éthique. Le 12 janvier 1973, le président de l'Ordre, le P^r Lortat-Jacob, écrit : « On vient nous dire aujourd'hui que la morale doit évoluer avec les progrès de la science. C'est un fait que la morale n'est pas immuable en tout à travers les temps : l'autopsie des cadavres fut longtemps interdite. Le progrès scientifique peut nous mettre en présence de situations nouvelles et embarrassantes (le diagnostic in utero d'une malformation fœtale). L'endocrinologie ou la pharmacologie peuvent découvrir de nouveaux procédés permettant d'obtenir l'avortement par des moyens plus faciles. ». Son rapport, adopté à l'unanimité par le Conseil national, conclut : « Un jour qui sera peut-être très proche de nous, l'interruption de la grossesse pourra sans doute être obtenue avec une facilité extrême, sans danger, sans médecin, par quelque prostaglandine ou quelque œstrogène¹⁵² ; il n'en restera pas moins qu'avec cette arme silencieuse on aura supprimé un être humain »¹⁵³.

L'Ordre doit aussi compter avec l'évolution de l'opinion avec laquelle il est accusé de se trouver en décalage. Le Conseil national de l'Ordre, le 12 janvier 1973 toujours, s'interroge : « Qu'est donc cette *morale nouvelle* à laquelle nous serions sourds, et qui serait, dit-on, mieux adaptée à notre ère scientifique ? La négation de la faute, la négation du mal, ou son excuse déduite trop facilement des hypothèses freudiennes, la primauté accordée à la déculpabilisation, le mépris des principes surtout s'ils ont un air « sacré » - et même la tolérance et l'horreur de l'hypocrisie qui sont de bonnes choses - ne font pas une morale positive. On nous propose de confondre morale et sociologie : l'évolution des mœurs devraient dicter la morale, nos règles d'éthique professionnelle devraient s'aligner sur les mentalités. L'évolution sociale a fait que la grossesse est moins volontiers acceptée qu'autrefois. L'acceptation d'une grossesse non désirée demandait un héroïsme qui n'est plus de mise aujourd'hui, l'idéal étant avant tout de « se réaliser ». L'avortement n'est plus regardé comme une faute dans une grande partie de l'opinion. [...] Lorsqu'elle s'exprime ainsi, la « morale nouvelle » n'est qu'une absence de

¹⁵¹ Rapport du D^r Cordier, « Problèmes médicaux posés par les projets concernant les mesures anticonceptionnelles », *Bulletin national de l'Ordre des médecins*, mars 1962, p. 41-42. Notons que ce médecin signe, avec d'autres, l'année suivante un ouvrage sur *La régulation des naissances*, Paris, Lethielleux, dans une collection du Centre d'études Laennec, d'obédience catholique.

¹⁵² Effectivement, en 1982 le professeur Étienne-Émile Baulieu fait une communication à l'Académie des Sciences au sujet d'une hormone anti progestative, la RU 486, dont la prise dans les premières semaines de la grossesse entraîne un avortement. Il s'agit donc d'une alternative à l'avortement par aspiration. La RU 486 est commercialisée en France à partir de 1988, malgré l'opposition des groupes opposés à la loi Veil.

¹⁵³ *Bulletin national de l'Ordre des médecins*, n° 2, mars 1973, p. 8.

morale. [...] La science n'est pas un fondement pour la morale. La science, on ne le sait que trop, peut avoir de bonnes ou de mauvaises applications. La science seule nous conduirait sans nul doute à la morale d'une société d'insectes. »¹⁵⁴. Cette dernière affirmation, plutôt obscure, n'est pas éclaircie par la suite, le rapport passant abruptement à l'examen de la législation française.

Cette position rétrograde est justifiée au nom de la responsabilité du médecin, en particulier pour la prise de contraception : « Si nous avons insisté si longuement sur les responsabilités et la responsabilité médicale, sur le poids qu'elles font peser sur la profession, c'est parce qu'il faut y voir l'une des explications des réactions de refus, des prises de position négatives d'une partie du corps médical et spécialement de l'Ordre national des médecins lorsqu'il est question d'une modification radicale de la législation et de la réglementation nées de la loi du 31 juillet 1920. [...] En d'autres termes l'Ordre des médecins et une partie au moins du corps médical regimbent lorsqu'il s'agit d'assumer une responsabilité nouvelle, de devenir les « ordonnateurs de la contraception »¹⁵⁵.

L'Ordre, en tant qu'expert, est systématiquement consulté par les autorités quand il s'agit de rédiger un projet de loi lié à la santé, particulièrement à propos de l'avortement et de la contraception. Les médecins élus à la tête de l'Ordre font ainsi figure d'experts incontournables pour les pouvoirs publics. En 1970, un projet de loi concerne l'élargissement des indications de l'avortement thérapeutique. À la demande du D^f Peyret, président du groupe UDR des affaires sanitaires et sociales de l'Assemblée nationale, l'Ordre est consulté et fait pression pour que « les indications d'avortement soient moins étendues que dans le texte initial »¹⁵⁶. Le projet de loi Peyret n'aboutit pas.

Le 18 octobre 1974 l'Ordre reçoit Madame Veil quelques semaines avant le vote de la loi sur l'avortement. Son président renouvelle ses mises en garde : « une libéralisation incontrôlée des interruptions de grossesse ne peut qu'en accroître le nombre et les risques. [...] L'Ordre sait qu'il ne peut dépasser certaines missions, qu'il ne peut donc imposer ses conceptions morales et encore moins légiférer. [...] Un acte médical doit demeurer une action libre du médecin au service de la vie, conformément à une éthique dont l'abandon constituerait un funeste retour à des conceptions inhumaines et à des pratiques barbares. [...] L'avortement demeure une œuvre de mort à laquelle un médecin ne peut se résoudre que pour des raisons graves et exceptionnelles dont on peut lui demander compte. [...] Aussi, faut-il ne pas confondre les genres ; on ne peut demander à la fois au médecin de maintenir la vie et de donner la mort. Il ne peut appartenir au corps médical, dans son ensemble, d'être l'agent privilégié

¹⁵⁴ Rapport du Conseil National, 12 janvier 1973, *Bull. du Conseil National de l'Ordre des médecins*, mars 1973, p. 8-9.

¹⁵⁵ J. Mehl, « Contraception et responsabilités médicales », *BOSIPPO*, juillet-septembre 1970, t. XII, n°3, p. 31.

¹⁵⁶ Bulletin national de l'Ordre des médecins, n° 3, septembre 1970, p. 355.

d'une telle dégradation morale. »¹⁵⁷. Affirmations sans détour, auxquelles Madame Veil répond courtoisement. Mais l'Ordre a perdu la partie, la loi Veil est votée.

Les principes de l'Ordre s'expriment dans le serment d'Hippocrate¹⁵⁸. Toute thèse comporte son texte, tout médecin doit le respecter. Il est régulièrement cité par les opposants à l'avortement pour justifier leur position. La première version du serment que, selon toute vraisemblance, Hippocrate ne rédigea pas lui-même, est une traduction de Littré vers 1860¹⁵⁹ :

« Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivant: je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir, et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement.. Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître, et aux disciples liés par un engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion; semblablement je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas d'opérations de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent. Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoi que je voie ou entende en société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a pas besoin d'être divulgué regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure puissé-je avoir un sort contraire! »¹⁶⁰. Par ce serment, le futur médecin

¹⁵⁷ Bulletin de l'Ordre national des médecins, n° 5, décembre 1974, p. 407-408.

¹⁵⁸ Selon la tradition, Hippocrate (450-370 av. JC, une longévité extraordinaire qui fait partie de sa légende) est un praticien de l'école de médecine de l'île de Cos, proche de l'Asie Mineure, école apparue vers 600 av. JC. Nous pouvons être sûrs de son existence historique car Socrate y fait référence, mais nous ne savons rien de sa vie. Il appartient à une longue lignée de médecins, d'une famille aristocratique qui disait descendre à la fois d'Asclépios et d'Héraclès. Il aurait eu de nombreux enfants, devenus médecins, et de nombreux élèves. Il meurt en Thessalie, où il a fondé une seconde école. Son portrait orne la page de garde du *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*. Dès le haut Moyen Age, circule une soixantaine de textes attribués à Hippocrate: descriptions de cas cliniques mais aussi des écrits de portée générale.

¹⁵⁹ Jean-Charles Sournia, *Histoire de la médecine*. Paris: La Découverte, 1992, p. 38-40.

¹⁶⁰ Dominique Lecourt, dir., *op. cit.*, 2004, p. 1031. C'est moi qui souligne.

s'engage donc à s'interdire de participer à un avortement et à respecter le secret médical. En ce qui concerne l'avortement, on saisit mal le sens et les raisons de cette interdiction car l'avortement bénéficie d'une relative tolérance dans l'Antiquité grecque. Il peut s'agir d'une addition tardive au serment d'origine ou d'une injonction pour laisser les avortements comme les naissances aux sages-femmes¹⁶¹. Lydie Bodiou n'y voit pas d'interdiction de l'avortement mais l'interdiction d'un type de manœuvre abortive dangereuse, susceptible de provoquer la mort de la femme¹⁶². Le texte est cependant toujours pris au pied de la lettre entre 1945 et 1975.

La version qui figure dans les thèses du XXe siècle diffère de celle de Littré¹⁶³. Le 20 juin 1964 une nouvelle version du serment d'Hippocrate ajoute au texte traditionnel une phrase visant directement le problème de l'avortement : « Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité»¹⁶⁴.

Ce serment constituerait, depuis plus de 24 siècles, « la référence principale de l'éthique médicale »¹⁶⁵. En réalité ce texte est régulièrement adapté à l'évolution de la science et de l'éthique médicale : dès 1976 une nouvelle version ne comporte plus aucune interdiction à propos de l'avortement en conformité avec la loi Veil. Le serment d'Hippocrate ne constitue donc pas un obstacle infranchissable à de nouvelles lois sur la santé, comme l'affirment les opposants à l'IVG ; il reste néanmoins une référence symbolique.

Le principe du respect de la vie constitue le fondement de la confiance du patient envers son médecin. Il est cité dans le serment d'Hippocrate et constitue un paragraphe spécial (n° 2) du code de déontologie élaboré par l'Ordre. Ce principe est destiné à écarter toute menace sur la vie du patient, toute tentation d'euthanasie et d'eugénisme. Il constitue une limite infranchissable pour le médecin, qui ne doit pas exercer ce type de pouvoir de sa propre initiative ou aux ordres d'un État. L'histoire récente de la médecine nazie amplifie encore la méfiance de l'Ordre et de l'opinion.

¹⁶¹ Ces réflexions sont tirées de l'ouvrage d'Angus McLaren, *Histoire de la contraception*, Paris : Noësis, 1996, p. 58-62.

¹⁶² Lydie Bodiou, « Le serment d'Hippocrate et les femmes grecques », *Clio*, n° 21, 2005, p. 231-238, <http://clio.revues.org/index1467.html> (consulté le 29 octobre 2009).

¹⁶³ De 1945 à 1975, plusieurs versions élaborées par l'Ordre des médecins se succèdent : en 1940, 1947 et 1954. Source : site web: www.bmlweb.org/serment-ordre.html qui signale deux autres versions de ce serment : celle de 1976 et la dernière réactualisée en 1996.

¹⁶⁴ Danielle Azema-Hodoul, *L'épisiotomie ses indications, sa technique, ses résultats*, thèse Marseille, 1965, f. 107.

¹⁶⁵ J. Soulier, *Du serment d'Hippocrate à l'éthique médicale*, thèse de médecine, Marseille, 1985, n° 324, f. 61.

L'Ordre national des médecins en fait un principe qui interdit tout avortement. Il s'oppose ainsi systématiquement, au nom du respect de la vie, à tout élargissement des indications de l'avortement thérapeutique, tel que le propose le projet de loi du D^r Peyret¹⁶⁶ le 29 juillet 1970. En décembre 1970, l'Ordre déclare: « Il semble qu'à notre époque une fraction de l'opinion¹⁶⁷ ne considère plus que le fœtus ait la valeur d'un être humain, ni que l'avortement soit un meurtre. Ce que cette fraction de l'opinion réclame c'est le droit à l'avortement lorsque la femme, ou comme on dit le couple, le souhaite. [...] Ceux qui demandent tout cela le font quelquefois, comprenons-le, par idéalisme ; ils ne pensent pas manquer de respect pour la vie humaine. [...] La légalisation de l'avortement est réclamée en tant que moyen commode d'éviter des naissances indésirables pour des raisons diverses dont certaines, d'ailleurs, sont fort émouvantes. Cette demande est irrecevable. Elle apparaît en vérité comme *une solution de facilité qui élude les devoirs de l'individu et de la société*. Les solutions doivent être trouvées ailleurs - dans les soins médicaux, dans l'aide sociale, dans les institutions pour handicapés, ailleurs que dans la suppression des enfants à naître. On sent bien que des raisonnements du même style feraient réclamer au législateur (et l'ont déjà fait) l'euthanasie, l'eugénisme rationnel, voire l'infanticide des enfants mal formés, ou préconiseraient encore l'avortement libre contre l'expansion menaçante de la démographie mondiale »¹⁶⁸. L'Ordre reste donc sur ses positions au nom du respect de la vie et ajoute, en miroir, les menaces d'euthanasie et d'eugénisme.

Se pose alors la question, jamais résolue, du début de la vie. L'Ordre adopte la position des opposants à l'avortement et fait explicitement référence au P^r Lejeune: « Le P^r Lejeune, avec l'autorité que lui confère sa compétence exceptionnelle en génétique, a poussé un cri d'alarme. Il est, pour lui, inadmissible que la société prononce une différence de nature entre les individus selon la constitution chromosomique. Un individu malformé a droit à la protection intégrale de la loi. [...] La loi doit être faite pour la protection des êtres handicapés, non pour leur destruction. Le droit à la vie ne peut être fondé sur la structure des chromosomes. Le racisme chromosomique serait une honteuse conséquence des progrès de la science »¹⁶⁹. L'Ordre se range ainsi clairement du côté de « Laissez-les-vivre », mouvement militant anti-avortement, créé justement en novembre 1970 en réaction au projet de loi Peyret. Cette association ne représente qu'une fraction des médecins et de

¹⁶⁶ Proposition de loi très modérée qui n'aboutira pas. Elle prévoit un élargissement de l'avortement thérapeutique avec de nouvelles indications médicales (anomalies du fœtus) et en cas d'acte criminel et de violence. Elle se veut un compromis mais en réalité mécontente tout le monde, les partisans comme les adversaires d'une loi libéralisant l'avortement.

¹⁶⁷ Effectivement, on estime à 22% des Français ceux qui se déclarent en faveur de la libéralisation de l'avortement en 1970. En 1971, ils seront 55% : d'après Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti, *Histoire de l'avortement*, Paris, Le Seuil, 2003, p. 228.

¹⁶⁸ Bull. de l'Ordre National des médecins, décembre 1970, p. 528-532.

¹⁶⁹ Bull. de l'Ordre National des médecins, décembre 1970, p. 534.

l'opinion publique. Pourtant, l'Ordre adopte son point de vue. Ce texte du Conseil national de l'Ordre peut être interprété comme une victoire de « Laissez-les-vivre ». Mais ces affirmations partisans et minoritaires ne peuvent qu'affaiblir l'autorité de cette institution et achever de le déconsidérer auprès de ceux qui n'ont pas oublié sa création par Vichy. Quelle solution alors ? L'attentisme car pour l'Ordre, en décembre 1970 : « La sagesse serait, croyons-nous, de ne pas légiférer ; et de laisser le corps médical, dans des cas qui sont en fait exceptionnels, prendre ses responsabilités, et éventuellement en rendre compte »¹⁷⁰. Attentisme certes, immobilisme, mais en faveur des pleins pouvoirs au médecin pour décider d'un avortement thérapeutique.

En janvier 1973, le Conseil National de l'Ordre adopte, à l'unanimité, un nouveau rapport négatif sur la question de l'avortement toujours au nom du respect de la vie: « Pour le croyant, c'est (le fœtus) une créature de Dieu que l'on supprime. Le non croyant n'est pas moins convaincu que le fœtus n'est pas seulement un agrégat de cellules, mais une vie humaine en perspective. Et il pense, lui aussi, que la mission de la médecine ne saurait être de détruire la vie mais de la sauvegarder. [...] L'assimilation de l'avortement à un infanticide a pourtant quelque chose d'excessif qui choque ; aussi pose-t-on la question de l'avortement sous une autre forme : *le fœtus est-il vraiment un être humain déjà ?* L'est-il dès la fusion des gamètes ? Sinon à partir de quel moment ? La science est bien incapable de répondre à une telle question. [...] Le fœtus est évidemment un être humain en puissance, et qui sera un être humain si la grossesse n'est pas interrompue. [...] La théologie ne peut pas non plus dire, et bien moins encore démontrer, à quel moment « l'animation » se produit. Mais une chose est certaine, c'est lorsqu'il s'agit d'une grossesse acceptée, d'un enfant souhaité, personne ne doute, dès les premières preuves de la gestation, qu'une vie humaine est commencée. Ainsi l'avortement est-il le sacrifice délibéré d'une vie humaine. Il est interdit par la morale parce que celle-ci respecte la vie humaine »¹⁷¹.

En mars 1974, le P^r Lortat-Jacob, président de l'Ordre, rappelle qu'« accepter l'avortement libre, [...] c'est accepter, en outre, une évolution aux effets imprévisibles de la morale sur laquelle s'est établie notre civilisation. C'est accepter l'altération du principe essentiel du respect de la vie. C'est ouvrir la voie à un bouleversement d'une éthique, jusqu'ici intangible, qui interdit l'expérimentation sur l'homme sain et l'atteinte à la vie humaine, que ce soit celle d'un vieillard, d'un malade, d'un anormal, d'un incurable. On sait à quels excès historiques abominables le non-respect de ce principe a pu conduire. Avec le secret médical, le respect sacré de la vie humaine constituent les fondements

¹⁷⁰ Bull. de l'Ordre National des médecins, décembre 1970, p. 535.

¹⁷¹ Rapport du Conseil National, 12 janvier 1973, *Bull. de l'Ordre National des médecins*, mars 1973, p. 7-8.

essentiels de l'esprit médical.[...] L'avortement demeure une œuvre de mort»¹⁷².

Les positions de l'Ordre restent donc monolithiques, inspirées par le principe du respect de la vie interprété selon l'idéologie catholique au moment même où la grande majorité des Français s'en détache dans un mouvement irréversible de laïcisation. La position de l'Ordre n'est cependant pas isolée puisqu'en 1973, en pleine bataille de l'avortement, 17 000 médecins signent un « appel pour le respect de la vie (ainsi que 4 500 juristes et 10 000 maires)¹⁷³. Le respect de la vie reste donc un argument central pour tous ceux qui s'opposent à l'avortement. Ces 17 000 médecins représentent 20 % des médecins en France, une minorité.

En 1974, quand le vote d'une loi sur l'avortement devient inévitable, l'Ordre fait pression pour une clause de conscience permettant à tout médecin de refuser de pratiquer un avortement au nom du respect de la vie. Il demande logiquement que l'État prévoie des « centres d'orthogénie au sens le plus large, où exerceraient sous *statut spécial* des médecins recrutés par l'État »¹⁷⁴. Par une concession du législateur, cette volonté de classer à part les médecins pratiquant les IVG est reconnue. Les médecins exerçant dans les centres d'IVG en hôpital public sont donc, pour la plupart, des médecins extérieurs à l'hôpital, avec un statut précaire d'attaché fort mal rémunéré¹⁷⁵. L'Ordre a, dans ce cas précis, imposé ses positions.

Le principe du respect du secret médical (article 378 du Code pénal) est également fondamental pour l'Ordre et les médecins. Il est mis à mal dans la lutte contre les avortements clandestins avant 1975. L'Ordre a toujours affiché sa volonté de lutter contre « les avortements criminels ». Mais les médecins ont une obligation de soin pour les femmes qui souffrent des suites d'un avortement clandestin. Les médecins peuvent être entendus par les tribunaux comme témoins ou comme inculpés. Ils sont alors en droit de ne pas répondre aux questions posées¹⁷⁶. Cette question revient de façon régulière à l'ordre du jour. Ainsi, en 1952, l'Ordre fait paraître ces lignes dans *La Revue du praticien* : « Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine a déjà informé les médecins des difficultés que pourraient soulever pour eux les soins qu'ils ont

¹⁷² Exposé du président, 7 mars 1974, *Bull. de l'Ordre National des médecins*, mars 1974, p. II-III-VI-VII. Le respect de la vie est repris dans nombre de communiqué, discours, etc tout au long de l'année 1974. Par exemple dans le numéro d'avril 1974 de ce bulletin, p. 137, et octobre 1974, p. 440.

¹⁷³ Bulletin national de l'Ordre des médecins, n° 6, décembre 1973, p. 472.

¹⁷⁴ Bulletin de l'Ordre national des médecins, n° 2, mars 1974, p. 15.

¹⁷⁵ Ces médecins, exerçant dans les centres IVG depuis 1975, partent aujourd'hui en retraite alors que la relève se fait rare parmi les jeunes médecins qui n'ont pas milité pour le droit à l'avortement. D'après le D^f Balvet, qui a exercé au CIVG de Lyon : entretien téléphonique du 4 mars 2009.

¹⁷⁶ Toute la procédure est détaillée dans un article juridique d'E. Fournier, paru sous le titre « Législation de l'avortement », *Bulletin Médical de Paris*, n° 3, avril 1955, p. 77-79.

donnés à certaines malades, lorsqu'ils ont été appelés auprès d'elles à l'occasion d'avortement criminels ou non. Il tient à rappeler une fois encore que tout médecin ayant à soigner une avortée en cours d'avortement, ou pour des suites de cet avortement, doit lui donner des soins et n'a pas à se récuser : pour le médecin il s'agit uniquement d'une malade qui, comme tout malade, a besoin de l'assistance d'un médecin. Mais afin d'éviter que le médecin soit inquiété ultérieurement (par un enquête policière par exemple), il est formellement conseillé d'en avertir immédiatement le Conseil de l'Ordre. »¹⁷⁷. Le second paragraphe du texte est remarquable par son insistance à considérer cette femme comme une malade ordinaire : le médecin ne doit pas « se récuser », ce qui sous-entend que certains médecins sont tentés de ne pas respecter cette obligation de soin.

En ce qui concerne la dénonciation des femmes auprès de la police ou des tribunaux, le P^r Louis Portes, obstétricien, spécialiste de l'éthique médicale et président du Conseil national de l'Ordre des médecins, fait une mise au point en 1950 dans le *Bulletin de l'Ordre des médecins*. En effet, les médecins montrent une « perplexité » croissante face à l'évolution du code pénal qui tend à leurs imposer de renoncer au secret médical en cas d'épidémies, d'accidents du travail et ...d'avortement¹⁷⁸. Pour le président de l'Ordre : « il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret »¹⁷⁹ Et la nécessité de ce même secret médical est proclamée par l'article 318 du Code pénal. La situation est donc confuse, « enchevêtrement complexes » des obligations pénales du praticien face aux « incertitudes législatives »¹⁸⁰. Louis Portes défend le secret médical et met en garde les autorités. Il rappelle l'exemple de la médecine allemande sous le nazisme, assujettie à l'autorité de l'État et conclut : « Qu'on me permette de rappeler qu'en (juillet) 1944, j'ai été conduit, du fait d'une ordonnance allemande qui obligeait les médecins français à livrer les blessés du maquis, à adresser à tous les médecins de France la circulaire suivante : « Le Président du Conseil National de l'Ordre des médecins se permet personnellement de rappeler à ses confrères, qu'appelés auprès d'un malade ou d'un blessé, ils n'ont d'autre devoir à remplir que de leur donner leur soins. Le respect du secret médical étant la condition nécessaire de la confiance que le malade prête à son médecin,

¹⁷⁷ Informations professionnelles, in *La Revue du Praticien*, 1952, tome II, n° 4, p. 237.

¹⁷⁸ « La loi *autorise*, en effet, les confidents d'état et de profession du secret à se porter dénonciateur en matière d'avortement, ce qui n'en affaiblit que légèrement la portée puisqu'il s'agit, non pas d'une *obligation* mais d'une autorisation de divulgation ». La jurisprudence cependant affirme « encore magistralement et en clair, au grand scandale de certains juristes, la thèse traditionnelle du secret médical absolu » : in Louis Portes, « Du secret médical », *Bulletin de l'Ordre des médecins*, 1950-1951, n° 1, décembre 1950, p. 20-21.

¹⁷⁹ Louis Portes, *article cité*, 1950, p. 25.

¹⁸⁰ Louis Portes, *article cité*, 1950, p. 22.

il n'est aucune considération administrative qui puisse les en dégager »¹⁸¹. Je pense qu'une conception qui valait alors contre l'ennemi, vaut encore contre les détracteurs systématiques et inconscients du secret médical »¹⁸². Ce rappel à l'ordre vaut pour les médecins et surtout, semble-t-il, pour les autorités. L'aura de la position intransigeante affichée par l'Ordre face aux exigences allemandes, même contestée par la Résistance médicale, a force de loi et s'impose sans discussion. En 1956, Maître Raymond Fontaine réitère, dans la revue *Problèmes des étudiants en médecine*, que « le secret professionnel s'impose à tout médecin. [...] Sa conscience comporte l'indication d'un seul devoir : donner des soins et se taire »¹⁸³.

Le respect du secret médical ne se limite pas aux suites d'avortement. Il s'exerce également lors de la prescription d'un diagnostic biologique de grossesse. Les femmes sont obligées, depuis un décret-loi de 1939, d'avoir une ordonnance de leur médecin pour savoir grâce à ce diagnostic biologique si elles sont enceintes. Elles peuvent donc ensuite décider d'avorter ou de garder leur grossesse. Or en 1952, certains praticiens s'inquiètent car les laboratoires leur demandent de livrer l'identité de la femme concernée, d'autant que le registre du laboratoire doit être régulièrement visé par le maire ou le commissaire de police. Or ce diagnostic peut être vital en cas, par exemple, de grossesse extra-utérine. Dans ce débat, certains remarquent que la connaissance de l'identité de la cliente ne renforce pas la lutte contre l'avortement criminel. En effet, un nombre relativement élevé de grossesses se terminent par des avortements spontanés, naturels. D'autres mettent en valeur l'effet dissuasif des exigences d'identité sur les « demandes abusives » de cette recherche. En définitive, le débat n'est pas tranché mais le principe du secret médical reste affirmé¹⁸⁴. On constate la vigilance sans relâche des autorités, des laboratoires et des médecins eux-mêmes par rapport à l'avortement ainsi que les difficultés pour concilier lutte contre l'avortement et confiance des patientes c'est-à-dire secret médical. Le médecin ne peut endosser les deux rôles, celui de confident pour saisir au mieux les maux de ses patientes sans tabou et celui de délateur auprès des autorités.

Les prises de position publiques de l'Ordre national des médecins le font classer parmi les opposants acharnés au droit à l'avortement, renforçant les critiques de ses adversaires qui veulent sa dissolution, une des mesures promises

¹⁸¹ Louis Portes, qui était alors déjà président de l'Ordre national des médecins, omet de préciser que c'est en avril 1944 que les Allemands exigent la levée du secret médical pour les soins aux blessés. L'Ordre met donc plusieurs mois à réagir alors que le Comité médical de la Résistance prend position contre les exigences allemandes dès le 5 mai 1944. D'après Anne Simonin, *article cité*, 1997, p. 174.

¹⁸² Louis Portes, *article cité*, 1950, p. 26.

¹⁸³ Raymond Fontaine, « Le secret professionnel et l'avortement », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 37.

¹⁸⁴ Compte-rendu de la 26^{ème} session de l'Ordre national des médecins, in *Bulletin de l'Ordre des médecins*, année 1952, n° 3, septembre 1952, p. 166-168.

par le Programme Commun des partis de Gauche en 1972 et reprise par le candidat François Mitterrand en 1981, sans effet cependant. Pourtant, l'Ordre a toujours protesté de sa neutralité. En 1974, son président, le P^r Lortat-Jacob, déclare à propos du projet de loi sur l'avortement: « C'est dans un semblable esprit de neutralité que l'Ordre a toujours affirmé qu'étant un organisme élu et non confessionnel, il n'entendait pas s'ériger en directeur de conscience pour l'ensemble des Français ni imposer une morale particulière, mais seulement préserver, comme le Code de la Santé lui en fait l'obligation, l'éthique médicale. Celle-ci, ne l'oublions pas, ne peut constituer un moyen de pression quelconque sur le public, mais une règle dont les principes ont été édictés dans le seul intérêt des malades. Intérêt parfois mal perçu par les bien-portants s'ils ne sont pas médecins»¹⁸⁵.

A la différence de l'Ordre des médecins, l'Académie nationale de médecine, fondée en 1820, a pour mission officielle d'« éclairer » les pouvoirs publics et l'opinion sur les questions médicales. Pourtant, pendant ces trente années, elle reste plutôt à l'écart des débats¹⁸⁶, à propos de ces « sujets qui fâchent », contraception et avortement. Quant au traitement hormonal substitutif de la ménopause, elle l'ignore. Elle consacre en revanche officiellement l'ASD par un article de Fernand Lamaze et de ses collaborateurs dans son *Bulletin* le 26 janvier 1954¹⁸⁷. Pour respecter une certaine neutralité, les académiciens accueillent le D^r Grantly D. Read pour une conférence sur l'accouchement naturel, méthode rivale de l'ASD de Lamaze, toujours en 1954¹⁸⁸.

Un article du 27 novembre 1962, signé par le P^r Armand-Delille, proteste contre l'absence de prise de position de l'Académie dans le débat sur la contraception. Sous le titre neutre d'« Accroissement de la population et contrôle des naissances », il réclame l'intervention de l'Académie et propose donc la création d'une commission au sein de l'institution¹⁸⁹. Il ne dissimule pas son opinion : « De toutes manières, il y a lieu, pour notre pays, de voir s'organiser ce contrôle des naissances : il contribuerait tout d'abord à supprimer ou tout au moins à diminuer le nombre des avortements clandestins encore si nombreux avec leurs risques et leurs conséquences pathologiques médicales

¹⁸⁵ Allocution du président, Bull. du Conseil National de l'Ordre des médecins, mars 1974, p. 10.

¹⁸⁶ Les académiciens, cependant, réagissent parfois à l'actualité : en 1969, par exemple, ils émettent collectivement un vœu à l'intention des pouvoirs publics, pour maintenir l'interdiction du cannabis, in « Vœu à l'occasion du problème de cannabis », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 25-11-69, p. 540.

¹⁸⁷ Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 26 janvier 1954, p. 52-58.

¹⁸⁸ Le compte rendu de cette conférence se trouve dans *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 25 mai 1954, p. 263-267.

¹⁸⁹ Il existe un nombre élevé de commissions au sein de l'Académie, formées pour étudier les questions les plus diverses : l'alimentation, les stations thermales etc.

souvent encore dangereuses »¹⁹⁰. Il use ici du principal argument des partisans d'un changement de la loi, la lutte contre l'avortement clandestin. Cet appel à intervenir sur une question médicale, qui commence à passionner l'opinion publique, n'a aucune suite.

D'autres articles, en 1967, à la veille du vote de la loi Neuwirth, prennent le contre-pied du précédent et mettent en garde contre les conséquences négatives de la prise de pilule, par exemple phlébites et thromboses. Les P^r Merklen et Cottenot concluent, à partir d'un cas unique, ce qui est exceptionnel pour un article scientifique: « Engager le corps médical dans des prescriptions médicamenteuses qui risquent d'être dangereuses et qui ne sont pas justifiées par une nécessité thérapeutique imposée par quelque manifestation pathologique, peut paraître des plus discutables. Attirer l'attention sur les risques courus même par un nombre limité de femmes [...] semble nécessaire »¹⁹¹. Les auteurs se réfèrent à un article précédent, paru dans le même bulletin quatre mois auparavant, pour souligner les risques liés à la contraception hormonale. Ils omettent cependant de citer la conclusion des auteurs de l'article en question : « L'objectif de cette communication n'est pas, en effet, de jeter un discrédit systématique sur les contraceptifs oraux, mais beaucoup plus d'en renforcer la sécurité »¹⁹². Les Professeurs Merklen et Cottenot se limitent, quant à eux, au discrédit. Jusqu'en 1970, aucun autre article ne traite de la contraception hormonale. À cette date, le P^r René Moricard, gynécologue-obstétricien spécialisé en biologie de la reproduction, publie un article contestant l'innocuité de la prise de pilule sur la muqueuse utérine¹⁹³. Il ne peut s'empêcher, dans cet article de très haut niveau scientifique, de remarquer que « certains problèmes moraux très importants ne peuvent pas être passés sous silence bien qu'ils ne soient pas abordés dans cette note » et que « certains problèmes de responsabilité médicale doivent être résolus dans l'avenir »¹⁹⁴. Avec ce dernier point, il agite le spectre de la responsabilité juridique des médecins en cas de prescription de contraceptifs dangereux pour leurs patientes. Les articles publiés par le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* mettent donc tous en garde contre la contraception hormonale. Ils révèlent l'attitude systématiquement négative de cette institution, dépassée par les progrès médicaux et coupée de l'opinion.

¹⁹⁰ P.-F. Armand-Delille, « Accroissement de la population et contrôle des naissances », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 27-11-1962, p. 633.

¹⁹¹ Félix-Pierre Merklen et François Cottenot, « Phlébites et thromboses provoquées par les pilules anticonceptionnelles », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 3-10-1967, p. 478.

¹⁹² J.-L. de Gennes et F. Thervet, « Détection d'un terrain d'hyperlipidémie familiale chez deux femmes victimes d'un accident vasculaire cérébral sous traitement par contraceptifs hormonaux », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 27-6-1967, p. 461.

¹⁹³ René Moricard, « Surcharges stéroïdes chroniques et contraception », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 30-6-1970, p. 598.

¹⁹⁴ René Moricard, *article cité*, 1970, p. 591.

Au sujet de l'avortement, le P^r Le Lorier propose une commission en 1972¹⁹⁵. Celle-ci fonctionne et rend compte de ses travaux au bout de deux ans. En 1974 la commission « interruption de grossesse » classe les femmes en demande d'avortement en trois catégories. En premier lieu, celles qui ont une raison médicale (maladie physique ou mentale), environ 5 % des femmes : « c'est pour ce groupe de femmes que le plus grand nombre admet l'avortement. [...] Là n'est ni la difficulté ni la vraie question ». Le deuxième groupe est constitué de femmes qui invoquent une raison sociale (morale, économique, juridique, professionnelle etc.), les plus nombreuses, le P^r Merger en fait le portrait : « Une femme qui a l'idée de supprimer sa grossesse traverse généralement une dure période d'incertitude, d'anxiété, souvent d'angoisse : c'est une femme malheureuse. [...] Faudra-t-il, comme dans le passé, que l'avortement soit toujours refusé ? Nous ne le pensons pas, mais la décision n'appartient plus au médecin. Là surgiront les difficultés d'application ». Enfin, il distingue un troisième groupe : l'avortement de convenance, « nous la connaissons bien, cette cohorte de femmes décidées à tout, aux pires ressources de l'avortement clandestin, si elles sont rejetées. La commission ne peut admettre de tels avortements, ni qu'une loi française puisse aller jusqu'à la libéralisation quasi-totale de certaines législations étrangères. L'avortement ne peut être considéré comme un moyen de contraception, ni être justifié par l'échec d'une méthode contraceptive »¹⁹⁶. Dans la discussion qui suit, le P^r Lortat-Jacob, président du Conseil de l'Ordre, fait remarquer : « N'est-il pas bien difficile de tracer la limite entre les « raisons sociales » et la « convenance personnelle »? »¹⁹⁷. Le P^r Clément Launay, médecin catholique¹⁹⁸, reprend cette objection en ces termes : « Je ne vois pas comment pourra s'établir dans bien des cas, la frontière entre les demandes « cas sociaux » et celles « pour convenance personnelle » : n'est-il pas inévitable que, dans un délai très bref, toute demande présentée le sera comme « cas social », puisque c'est seulement cette forme de demande qui a quelque chance d'aboutir ? ». Il affirme ensuite sa réticence à justifier légalement un avortement en cas de « crime », inceste ou viol, car : « Ne voit-on pas, en ce qui concerne le viol par exemple, qu'une certitude ne peut guère être obtenue en dehors de certains faits relevant de la Justice ? [...] Que d'incertitudes à prévoir ! »¹⁹⁹. Le refus de prendre parti se retrouve dans la conclusion du rapport : « Dans cet imbroglio d'idées irréconciliables, le refus constant, dont nous respectons l'éthique, conduirait à la

¹⁹⁵ Dans son article intitulé : « À propos de l'expérience acquise dans quelques pays étrangers après la libéralisation de l'avortement volontaire », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 3-10-1972, p. 681.

¹⁹⁶ Robert Merger, « Rapport de la commission chargée d'examiner l'interruption de grossesse, suivi d'une discussion générale », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 8-1-1974, p. 127-129.

¹⁹⁷ Robert Merger, *rapport cité*, 1974, p. 134.

¹⁹⁸ Il est l'auteur d'articles dans le Bulletin de la société médicale de Saint- Luc, Saint- Côme et Saint -Damien.

¹⁹⁹ Robert Merger, *rapport cité*, 1974, p. 136.

perpétuation de l'avortement clandestin. La libéralisation conduirait à la tristesse, à la morbidité, au déclin. Nous savons que, sur un tel sujet, aucune proposition ne peut satisfaire tout le monde. [...] Est-ce témérité de penser qu'une loi française, équilibrée, éloignée des extrêmes, écartant les solutions punitives, mais respectueuse de la vie des hommes, attentive à l'aide matérielle et morale due aux femmes porteuses de notre avenir, pourrait servir de guide aux législations étrangères en lutte contre ce fléau mondial qu'est l'avortement ? »²⁰⁰. Comme le résume le P^r Merle-d'Aubigné, un homme de gauche: « Pris, nous le sommes, entre l'*état de fait* insupportable (un millier²⁰¹ d'avortements clandestins avec leurs dangers et leur horreur) et le *principe* intangible de la conservation de la vie ? Si ce principe doit être touché, c'est par les autorités gouvernementales qui, après tout, font aussi la guerre et décident de la peine de mort »²⁰².

Si le constat est lucide, ce rapport montre l'impuissance de l'Académie à parvenir à un consensus. Ce rapport et le débat interne qui s'ensuit ne règlent en réalité aucun problème de fond. Ils sont bien représentatifs de la prudence et de l'attentisme de la majorité du corps médical, coincé entre la connaissance aiguë du problème et la volonté de ne pas s'engager car les opposants au droit à l'avortement sont puissants à l'Académie. Pourtant les académiciens laissent la porte ouverte à une solution législative moins répressive que la loi de 1920.

Comme toute profession, les médecins se regroupent dans de nombreuses associations dès le début de leurs études. Traditionnellement remuants, les étudiants en médecine et leurs associations jouent un faible rôle dans la mobilisation en faveur de l'ASD, de la contraception et du droit à l'avortement. Deux moments exceptionnels les voient cependant agir. En mars-avril 1956, la revue *Problèmes* des étudiants en médecine publie un numéro spécial, le numéro 33, consacré entièrement à l'avortement avec des articles des P^r Funck-Brentano, Ravina, Netter et de démographes, Alfred Sauvy et Jean Sutter, et d'un religieux, l'Abbé Marc Oraison, comme le veut l'usage lorsqu'il s'agit d'avortement. Autre moment fort : les 26 et 27 février 1964, l'assemblée générale de l'Association générale des étudiants en médecine de Paris vote une motion pour « organiser un cycle de conférences, en liaison avec le MFPPF sur ces problèmes (de régulation des naissances), organiser une permanence répondant aux besoins des étudiants, [...] prévoir dans la revue *Problèmes* un numéro consacré à la régulation des naissances, présentant les divers courants d'opinion et tendances relatifs à ce sujet »²⁰³. Les sources ne permettent pas de vérifier si ce projet est suivi d'effet.

Ces deux événements sont les seules actions notables à inscrire à l'actif de cette association corporatiste qui cherche en priorité à améliorer les conditions de vie et de travail des étudiants en médecine. Elle ne semble pas avoir de

²⁰⁰ Robert Merger, *rapport cité*, 1974, p. 130.

²⁰¹ Il semble qu'il s'agisse d'un lapsus.

²⁰² Robert Merger, *rapport cité*, 1974, p. 140.

²⁰³ In *Planning Familial*, 1964, n° 1, p. 17.

position officielle par rapport aux revendications sur l'accouchement, la contraception, l'avortement et la ménopause. La démarche militante est réputée étrangère au corps médical français. Néanmoins, une minorité de médecins s'engagent dans les structures qui luttent en faveur de l'ASD et de la contraception.

Les médecins partisans de l'accouchement sans douleur finissent par se regrouper dans la Société française de psychoprophylaxie obstétricale (dénomination parfois typographiée « psycho-prophylaxie obstétricale », que j'abrège en PPO), fondée en 1958 à l'initiative du D^r Bazelaire à Reims. Elle édite à partir de 1959 un *Bulletin trimestriel - Société française de psychoprophylaxie obstétricale* qui devient en 1963 le *Bulletin officiel de la société française de psycho-prophylaxie obstétricale* jusqu'en 1994 (titres tous deux abrégés en BOSFPPO dans ce mémoire). Les médecins qui veulent développer l'ASD en France se heurtent en effet à la résistance de leurs confrères qui refusent de les recevoir dans leurs sociétés savantes, lieux privilégiés de diffusion de la recherche médicale. Comme l'affirment les D^r Bazelaire et Hersilie, « nous étions exclus des Sociétés Savantes, cela pour avoir rompu avec la tradition en acceptant parmi nous la corporation importante des sages-femmes »²⁰⁴. Preuve éclatante de résistance corporatiste de la part du corps médical! Le problème des sages-femmes peut cependant masquer sous une réaction corporatiste l'opposition de la plupart des médecins à l'ASD au début de son expérimentation²⁰⁵.

Ces pionniers fondent donc leur propre société savante, la Société française de PPO, réunissant tous ceux, médecins et sages-femmes, qui expérimentent l'accouchement sans douleur quelle que soit la méthode : celle de Fernand Lamaze, l'ASD toujours appliquée aux Bluets, celle de l'école de Lyon du P^r Notter, ou d'autres encore. Cette association accueille aussi bien des médecins proches du PCF, comme Pierre Vellay, que des médecins catholiques comme Paul Chauchard. En cela, elle est emblématique du consensus autour de l'ASD dans le monde médical, au-delà des oppositions idéologiques, dès la fin des années cinquante. La fin de la parution du *BOSFPPO*²⁰⁶ en 1994, liée à la mise en veilleuse de l'association, révèle le recul de l'accouchement sans douleur par psycho-prophylaxie, face au succès de l'anesthésie péridurale en France.

Dans le même esprit, Pierre Vellay fonde en 1959 la Société internationale de PPO²⁰⁷. Elle reprend les mêmes débats et publie un *Bulletin officiel de la Société internationale de psychoprophylaxie obstétricale* (titre abrégé en BOSIPPO dans ce mémoire). Elle subit la même évolution que la société française de PPO.

²⁰⁴ Serge Bazelaire et Roger Hersilie, "Historique de la psychoprophylaxie", *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 5.

²⁰⁵ Pierre Vellay, *Un homme libre*, Paris, Grasset, 1985, p. 44.

²⁰⁶ Jocelyne George, *article cité*, 2003, p. 6.

²⁰⁷ Pierre Vellay, *op. cité*, 1985, p. 44.

Les médecins partisans du droit à la contraception œuvrent avec le MFPF, Mouvement français du Planning Familial, qui est créé le 8 mars 1956, sous le nom de Maternité Heureuse, par le D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé et Évelyne Sullerot. Une dizaine de médecins les rejoignent. Ils reçoivent les femmes dans leur cabinet, après s'être initiés aux techniques contraceptives des années cinquante. En février 1961, ils sont une centaine, en France, à assister aux exposés de Mme Lagroua Weill-Hallé. Les médecins du Planning créent alors le Collège médical du MFPF le 9 février 1961 pour développer l'information des médecins français sur la contraception et parer aux accusations du Conseil de l'Ordre sur la déontologie. La première réunion a lieu le 13 janvier 1962 à Paris, 120 médecins sont présents. Ce regroupement est baptisé, avec prudence, « Collège médical pour l'étude du contrôle de la fertilité et la lutte contre l'avortement ». Ses objectifs : lutte contre l'avortement, contre la stérilité, contre les troubles psychosomatiques liés à l'avortement et à la crainte de la grossesse, organisation d'une information sexuelle pour les jeunes et les couples, étude des problèmes familiaux et sociaux du couple. Ce collège s'affirme « en dehors de toute idéologie malthusienne, eugéniste, politique, antireligieuse ». Ces médecins s'engagent « à respecter la liberté de chacun dans un esprit humanitaire, bienveillant, et dans le cadre de la plus stricte discipline médicale ». Ces médecins deviennent, après leur formation, médecins agréés par le MFPF qui oriente les femmes vers leurs cabinets²⁰⁸.

L'Ordre des Médecins fait paraître, en février 1962, une mise au point condamnant le Collège des médecins formé au sein de l'association du Planning Familial²⁰⁹. Ceux-ci se retrouvent alors moins nombreux (une trentaine) et réagissent par l'organisation de commissions de travail à l'intérieur du Collège des médecins. L'une d'elles est chargée de proposer un code de déontologie des médecins du Planning Familial pour ne pas prêter le flanc aux accusations de détournement de clientèle ou de propagande anticonceptionnelle, sanctionnées par l'Ordre (pour la première) et par la loi de 1920 (pour la seconde). Pour répondre à la pression de l'Ordre, les médecins du Planning font également du Collège Médical une véritable structure, avec élection d'un bureau, pour informer les médecins français du travail du Planning et des nouvelles techniques de contraception. Ils instituent en conséquence des séances de formation à Paris dès 1963 avec des exposés juridiques, théoriques et administratifs, mais aussi des travaux pratiques avec des femmes volontaires pour la pose de diaphragme. Les principes de déontologie médicale y sont rappelés ainsi que ceux du MFPF, à savoir qu'ils « doivent faire abstraction totale de leur éthique personnelle en faveur de celle du couple ou de la femme qui vient les consulter ». Cette action est couronnée de succès puisqu'en 1966, 500 médecins français ont été formés et sont devenus, avant le vote de la loi

²⁰⁸ « Compte rendu de la première réunion du collège médical », *Bulletin du MFPF*, 1962, n° 20, p. 19-20.

²⁰⁹ Le Concours médical, 10-2-62.

Neuwirth, prescripteurs de contraception médicale²¹⁰. En octobre 1966, le D^r Troisier affirme pour sa part que 1 036 médecins en France sont prescripteurs de moyens contraceptifs après avoir reçu une formation au Planning Familial, « réservant leur prescription de planning à leurs malades personnels, (ou) acceptant de recevoir les adhérentes du Mouvement et se conformant à l'éthique générale du Mouvement »²¹¹. Ces précisions expliquent la différence entre ces deux chiffres cités pour 1966.

Le Collège médical publie, à l'interne, un Bulletin des médecins du Mouvement français pour le Planning Familial à partir de décembre 1964 qui devient, en 1968, la revue Fertilité – Orthogénie et en 1973 Contraception – Fertilité – Sexualité.

L'association fait également paraître une autre revue destinée aux militants et aux adhérents dans laquelle ces médecins s'expriment avec d'autres militants. Cette revue trimestrielle porte le nom de l'association, *Maternité Heureuse* ; son premier numéro paraît en 1956. En 1964, la revue change de nom et devient *Planning Familial* suivant, avec retard, le changement de nom de l'association Maternité Heureuse rebaptisée en 1960 Mouvement Français pour le Planning Familial. Enfin, le MFPPF publie à partir de décembre 1965 un bulletin interne réservé aux militants, médecins et non médecins, *Planning Actualités*. Ces revues abordent tous les sujets liés aux femmes : contraception et avortement en priorité mais aussi accouchement sans douleur²¹² et ménopause²¹³.

Pour légitimer leur action, les médecins s'organisent donc en associations militantes dans lesquelles ils jouent un rôle majeur. Cette posture s'efface cependant vers la fin des années soixante quand une nouvelle génération de médecins, après Mai 68, la remet en cause.

C Les médecins-femmes, une minorité active

Avant 1975, rares sont les médecins-femmes qui parviennent au niveau universitaire requis pour la recherche et donc à la reconnaissance professionnelle que constituent les publications et les ouvrages de médecine. Ce phénomène est lié à la tradition médicale : les médecins-femmes sont une minorité et elles sont encore plus rares aux niveaux les plus élevés. Elles ont été longtemps exclues des études médicales: Madeleine Brès est la première Française à avoir eu l'autorisation de poursuivre des études de médecine, en

²¹⁰ Christiane Verdoux, « Le Collège Médical du MFPPF », *Gynécologie pratique*, 1966, n° 2, p. 211-213.

²¹¹ XXXIe Congrès International de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale (18-22 octobre 1966), « Compte rendu », *Annales de Médecine Légale*, 1967, t. 47, n° 5, p. 281.

²¹² Claude Revault d'Allonnes, « Conséquences psychologiques et sociales de l'ASD », *Bulletin du MFPPF*, 1963, n° 27, p. 17-23.

²¹³ Jacqueline Kahn-Nathan sur « La ménopause », *Planning Familial*, 1965, n° 7, p. 11-12 ; Georgette Gabey et Ida Ravanel, « La ménopause sans douleur », *Planning Familial*, 1967, n° 14, p. 18-22.

France, en 1867²¹⁴. Elle soutient sa thèse de médecine à Paris, le 3 juin 1875, événement commémoré cent ans plus tard en 1975, année internationale de la femme, dans le *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*²¹⁵. Elle poursuit une brillante carrière, se consacrant à la médecine des femmes et des enfants. Blanche Edwards est la première femme à devenir externe en décembre 1881. Enfin, les femmes n'ont été admises à passer le prestigieux concours de l'internat qu'à partir de 1885²¹⁶. En 1901 Marthe Francillon est nommée interne à l'issue du concours. Le mouvement est enclenché et ne pose apparemment plus problème à partir des années 1920²¹⁷. Les femmes médecins représentent 20 % des étudiants diplômés de la Faculté de Médecine de Paris en 1942-43²¹⁸. Mais il s'agit de la Faculté de Médecine de Paris et de la période de la guerre. D'après le D^r Christiane Verdoux, elles étaient seulement 4 internes femmes sur 80 dans le service de la Maternité de l'Hôpital Bichat, à Paris, en 1943-44²¹⁹.

Vers 1950, les étudiantes en médecine sont toujours peu nombreuses: 16 %. Elles sont encore rares à réussir le concours de l'internat : « Les juges avaient souvent une mentalité telle qu'ils jugeaient incorrecte la présence à l'oral d'une jeune femme enceinte et, en cas, d'admissibilité conjointe, privilégiaient le mari aux dépens de la femme »²²⁰. En 1965, la profession médicale comptait un dixième de femmes. En 1968, 13,7 % des médecins sont des femmes²²¹ et en 1971 14 %²²². En 1975, 40 % des étudiants de première année sont des femmes mais une sur deux abandonne contre moins d'un homme sur trois. À cette même date, 18 % des médecins en exercice sont des femmes²²³.

²¹⁴ Elle avait été précédée par deux étudiantes étrangères à la Faculté de médecine de Paris en 1870 et 1871 (une Britannique et une Américaine)

²¹⁵ Maurice Lacomme, « Premières femmes médecins », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 9-12-1975, p. 753-759.

²¹⁶ Une étudiante américaine est la première à le réussir en 1887, suivie deux ans plus tard d'une étudiante russe.

²¹⁷ Toutes ces remarques sont tirées de l'ouvrage de Bénédicte Vergez-Chaignon, *Les internes des Hôpitaux de Paris, 1802-1952*, Paris, Hachette, 2002, p. 75 à 87.

²¹⁸ Chastan Emmanuel, Contribution à l'étude du comportement du corps médical sous Vichy: la presse médicale de 1940 à 1944, thèse de médecine, Tours, 2000, n°3040, f. 213.

²¹⁹ Entretien avec le D^r Verdoux le 11 juillet 2008.

²²⁰ Jean Terquem, *op. cité*, 1992, p. 31. Les étudiantes en médecine se heurtent donc à toute une série de discriminations dont nous avons peu de témoignage en France. Au Royaume-Uni, où se posent les mêmes problèmes, le développement des études de genre a permis la publication d'articles précis sur ces inégalités de traitement aux dépens des étudiantes en médecine : ainsi Ann Dally décrit les obstacles sciemment opposés à leur réussite par certains examinateurs, ce qui retarde d'autant leurs études, in *article cité*, 2001, p. 18.

²²¹ Aline Roux, Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale, Paris, Masson, 1975, p. 37.

²²² Monique Lasserre et Patricia Feinstein, *La femme médecin généraliste*, thèse de médecine, Bordeaux, 1982, n° 180-181, p. 95.

²²³ Maurice Lacomme, *article cité*, 1975, p. 759. En 1990, 50% des diplômés sont des femmes.

Cependant, une partie d'entre elles n'exerce pas, le plus souvent pour des raisons familiales. Aucune statistique n'est disponible, ce retrait de la profession pouvant également être temporaire.

Une fois installées, elles peuvent se heurter à la misogynie de leurs confrères. Les sources comportent peu de témoignages de ce type sauf un. Interrogée en 1982 dans le cadre d'une thèse de médecine, le D^r C. répond : « Quand je me suis installée ici (dans une zone rurale du Sud-ouest de la France, dans les années soixante), j'ai eu des relations désagréables avec mes jeunes confrères hommes, ils m'appelaient la femelle, je l'ai su... »²²⁴.

La difficile émergence et intégration des femmes dans le milieu médical explique que les médecins-experts autour de la maternité et de la fécondité soient presque exclusivement des hommes entre 1945 et 1975 à l'exception notable du D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé.

Les femmes-médecins s'organisent dès 1920 dans l'AFFM (Association française des femmes médecins) qui développe, selon le rapport moral de l'année 1963, trois types d'activité : « L'aide aux étudiantes (séances d'information et service d'entraide), le développement de nos groupements provinciaux et le désir de maintenir le rang et l'importance de notre Association dans tous les congrès internationaux de Femmes Médecins »²²⁵. Elle édite un *Bulletin* semestriel sans grand relief. En 1937, un questionnaire est adressé à quelques médecins spécialistes, à propos de la mortalité maternelle et de l'avortement. Les réponses forment un ensemble convenu et politiquement correct. À la question : « Extension ou restriction des indications de l'interruption de grossesse ? », la revue répond : « en France, l'interruption de grossesse n'est indiquée que dans des cas graves menaçant la vie de la mère ; il ne faut donc pas en restreindre les indications. Il ne convient pas non plus d'en étendre les indications, car très rapidement des abus seraient commis »²²⁶. Le caractère volontairement consensuel des réponses retenues affadit considérablement le sujet. Cette retenue contraste avec l'attitude, à la même époque, de la Medical Women's Federation en Grande Bretagne, qui diligente, par exemple, dès 1933 une enquête sur la ménopause auprès de ses adhérentes²²⁷.

À partir de 1961, l'association semble se réveiller et participer de façon plus audacieuse aux débats sur la contraception et l'avortement. Elle prend parti à cette date en faveur d'une modification de la loi de 1920 après l'envoi d'un questionnaire à plus de 700 femmes médecins de la région parisienne (ses adhérentes ?) et aux présidentes des principaux groupes régionaux. Le 3 mai 1961, elle invite le D^r Marie-André Lagroua Weill-Hallé, une adhérente, lors

²²⁴ Monique Lasserre et Patricia Feinstein, *opus cité*, 1982, p. 74.

²²⁵ Y. Sorrel-Déjerine, « Rapport moral », *Bull. de l'A.F.F.M.*, n° 13, 2^{ème} semestre 1963, p. 6.

²²⁶ Mme Anchel-Bach, « La mortalité maternelle et l'avortement », *Bull. de l'A.F.F.M.*, janvier-mars 1937, p. 41.

²²⁷ Medical Women's Federation, « An investigation of the menopause in one thousand women », *The Lancet*, 1933, 1, p. 106-108.

d'une réunion qui « a eu beaucoup de succès (nous étions plus de 46) »²²⁸. Notons le terme « succès » pour qualifier une réunion de moins de cinquante personnes ! Le 12 juin 1961, lors de l'assemblée générale de l'A.F.F.M., une conférence du D^r Bergerot-Blondel rappelle les figures de Marguerite Sanger aux États-Unis et de Paul Robin en France : « La première, plusieurs fois emprisonnée selon la loi, retrouva sa liberté sous la pression de l'opinion publique. [...] Le deuxième, restera un grand précurseur dans le domaine de la démographie planifiée et des méthodes d'éducation moderne ». Cette conférence est illustrée par la projection d'un film britannique sur le fonctionnement d'un centre de documentation du « Planning Familial » et suivie d'un débat. Celui-ci « met en évidence les arguments médicaux essentiels en faveur d'un contrôle des naissances : éviter l'épuisement de la mère à la suite de grossesses trop nombreuses ou rapprochées, la libérer de l'angoisse et du déséquilibre psychique qu'elles entraînent, prévenir l'avortement criminel et même thérapeutique [...], créer un climat familial heureux [...] Il fut souligné d'autre part que tous les contraceptifs ne sont pas inoffensifs (danger des pilules à base d'œstrogènes), que certains procédés sont difficilement compréhensibles ou applicables dans certains milieux (ruraux, contrées industrielles). Le contrôle des naissances rend nécessaire un certain niveau d'instruction ». Ce compte rendu annonce l'ouverture des deux premiers centres du Planning Familial français : à Grenoble en juin 1961 et à Paris en octobre de la même année. En conséquence, « L'A.F.F.M. a voté, à l'unanimité, lors de son assemblée générale que soit proposée *la modification des articles 3 et 4 de la loi du 31 juillet 1920 sur la contraception, en maintenant les articles 1 et 2 sur l'avortement* »²²⁹. L'association désigne alors une commission d'études du Birth Control²³⁰

Cet engagement aux côtés du MFPPF dès 1961 demeure néanmoins discret et limité à une revue confidentielle. Notons aussi que le registre reste celui de la compassion, vertu féminine (« épuisement » des mères de famille, « déséquilibre psychique », « climat familial heureux »), et non la revendication ni même la solidarité.

En 1964, le P^r Chevrel, présidente de l'association, fait partie du comité d'honneur du MFPPF, aux côtés de Simone de Beauvoir. En octobre 1966, lors du congrès des médecins légistes de langue française, le D^r Solange Troisier²³¹, de l'AFFM, fait une intervention remarquée en faveur du droit à la

²²⁸ Y. Sorrel-Déjerine, *article cité*, 1963, p. 7.

²²⁹ Mme Bergerot-Blondel, « Résultats ds travaux de la commission de l'A.F.F.M. sur le « planning familial », *Bull. de l'A.F.F.M.*, 2^{ème} semestre 1961, p. 12-13.

²³⁰ Dollfus-Odier, « Les femmes médecins devant le planning familial, *Bulletin du MFPPF*, 1961, n° 19, p. 18.

²³¹ Solange Troisier (1919-2008), résistante, gaulliste, gynécologue obstétricienne, puis médecin des prisons, députée (de 1968 à 1973), féministe, se qualifie elle-même de « sacrée bonne femme » dans le titre qu'elle a donné à ses mémoires parues en 2003 aux éditions de La Table Ronde.

contraception. Elle conteste la position du Conseil national de l'Ordre des médecins opposé à la prescription de contraceptifs par les médecins. Elle déclare : « Nous estimons que les femmes gynécologues accoucheurs, et il y en a de nombreuses dans notre Association Française des Femmes Médecins, ont un rôle essentiel à jouer dans l'application du Planning Familial, on ne peut plus maintenant fermer les yeux et éluder les problèmes. *C'est au médecin et au médecin seul d'informer, de conseiller, de prescrire et d'appliquer.* [...] Or s'il y a quelqu'un qui est placé pour donner son avis c'est bien le gynécologue accoucheur. Nous suivons depuis de longues années des femmes et des couples à toutes les époques de leur vie, nous sommes à la fois leur confidente et leur alliée et tous les problèmes de leur vie et conjugale ne nous sont pas étrangers loin de là !!! Nous avons l'occasion de rencontrer des maris, des fiancés, des parents et peut-être en tant que femme nous gagnons plus volontiers leur confiance et nous sommes à même de prendre des positions que la loi et les pouvoirs publics sont bien loin de pouvoir même penser ! [...] Qui conseillerait les familles si ce n'est le médecin accoucheur ! [...] Avons-nous le droit de laisser évoluer des drames moraux tout autant que des drames physiques ? Ces derniers ne sont-ils pas plus graves et ne conduisent-ils pas les femmes au désespoir ! Nous pensons que tous ces éléments devraient inciter les pouvoirs publics et le Conseil de l'Ordre à réviser leur position et nous permettre de prescrire en toute liberté de conscience notre thérapeutique contraceptive »²³². Dans ce discours, le D^r Troisier en employant le terme de « thérapeutique contraceptive » ménage le Conseil de l'Ordre en mettant l'accent sur la dimension thérapeutique de la prescription de contraceptifs et non sur l'aspect convenance personnelle.

Les institutions et les associations professionnelles prennent une part limitée aux débats autour de la fécondité des femmes, sauf exception. Elles reflètent en conséquence l'attentisme prudent des médecins français. Seul l'Ordre des médecins, profitant de sa position dominante, s'érige en gardien de l'éthique traditionnelle, et catholique.

II Les démographes, les experts de la natalité

Les démographes se posent également en experts incontournables sur les questions de natalité auxquelles sont attachés l'accouchement, la contraception et l'avortement tandis que la ménopause est liée au vieillissement de la population. Peu nombreux, leur influence est néanmoins importante et même personnalisée avec Alfred Sauvy. Ils sont tous, sauf exception, des hommes.

²³² XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale, *compte rendu cité*, 1967, p. 280.

A Des experts au nom de la science démographique²³³

En France, la science démographique sert de référence systématique dans tout débat autour de la natalité. À travers l'Institut national d'études démographiques (INED), les démographes français, menés par Alfred Sauvy, cherchent à jouer pleinement leur rôle de conseil auprès de l'État²³⁴, des élites politiques, des médias et de l'opinion publique. Alfred Sauvy écrit, en 1947 : « Il n'est pas surprenant [...] que les démographes des divers pays reflètent quelque peu, dans leurs conceptions, celles de l'opinion. Toutefois, lorsque l'écart entre ces conceptions et les nécessités nationales ou sociales devient trop important, ils jouent un rôle d'avant-garde et préparent ou hâtent un revirement de l'opinion »²³⁵. Les démographes portent donc, selon Sauvy, la responsabilité d'influencer l'opinion publique du bon côté, celui des « nécessités nationales ou sociales », à savoir celui de l'augmentation de la population, et, en ce qui concerne les femmes, celui d'une natalité dynamique.

Alfred Sauvy se félicite d'ailleurs ouvertement de l'influence de l'Institut qu'il dirige de 1945 à 1962. En 1962 il écrit en forme de bilan : « Lorsque l'I.N.E.D. a été créé en 1945, le souci essentiel était, sur le plan démographique, la faiblesse de la natalité française, cause fondamentale, par des voies diverses, du désastre de 1940. Depuis cette époque, la natalité française a connu un redressement (jugé par certains inespéré) imputable en partie aux efforts entrepris à partir de 1938 pour donner à la famille la place qui lui était jusque là refusée et à l'enfant l'accueil qu'il mérite dans la société »²³⁶. Il reconnaît, ici, dans le baby boom français l'influence de la législation en faveur de la famille à laquelle il a, en personne, et ensuite par le truchement de l'I.N.E.D., beaucoup contribué. Cette interprétation reste néanmoins un peu limitée pour expliquer un phénomène, le baby-boom, dont on ignore encore aujourd'hui les causes profondes.

Pour les Français, la démographie s'incarne dans le personnage d'Alfred Sauvy, sorte d'expert national jusqu'à la fin des années 80 (il meurt en 1990). À la tête de l'INED pendant presque vingt ans²³⁷, Alfred Sauvy reste influent pendant toute la période étudiée, qualifiée d'« âge d'or de la démographie »²³⁸.

²³³ Le mot « démographie » existe depuis 1855 et reste, depuis, lié à la statistique puisque le premier ouvrage en français est celui d'Achille Guillard, *Eléments de statistique humaine ou démographie comparée*, 1855, Paris, Guillaumin et Cie, 376 p.

²³⁴ L'INED se veut au service de l'État et les recherches qui y sont menées doivent permettre une action raisonnée de ce dernier, c'est leur raison d'être.

²³⁵ Alfred Sauvy, « Le malthusianisme anglo-saxon », *Population*, 1947, n° 2, p. 242.

²³⁶ Alfred Sauvy, « Les raisons et les espoirs », *Population*, 1962, n°2, p. 210-211.

²³⁷ Lui succèdent en 1962 Jean Bourgeois-Pichat (1912-1990), puis Gérard Calot (1934-2001) en 1972 jusqu'en 1992.

²³⁸ Au moins jusqu'au choc pétrolier de 1973 et à la crise qui s'ensuit et fait augmenter considérablement le chômage des jeunes, nés pendant le Baby Boom, selon l'expression d'Hervé Le Bras, *Marianne et les lapins. L'obsession démographique*, Paris, Hachette, 1993, p. 112.

Alfred Sauvy tire sa légitimité de ses diplômes et de son savoir scientifique : c'est un polytechnicien et un statisticien, fondant ainsi le modèle français des démographes. Ce cursus prestigieux fonde son autorité scientifique et, parallèlement, celle de la démographie. Alfred Sauvy marque l'INED de sa forte personnalité, au point que certains parlent de « période Sauvy » entre 1945 et 1962.

Alfred Sauvy revendique sa position d'expert scientifique et déplore que « les sciences humaines, économiques et sociales soient si attardées » à cause de la « défaillance des clercs ». Prenant l'exemple de la prévention des naissances, il écrit : « Pavée de bonnes intentions, la propagande en faveur de la prévention des naissances a été trop souvent inspirée par un simplisme si affligeant qu'elle risque de causer de nombreux drames de désillusion, comme aussi de nuire à sa propre cause, dont il est difficile de méconnaître la légitimité. [...] Dès qu'il s'agit de science humaine, [...] (on assiste) à une spontanéité, à des affirmations, le plus souvent affectives, à des préjugés »²³⁹. Les experts, ici le médecin auteur de l'ouvrage, et le démographe, doivent y remédier et replacer le débat à un niveau scientifique indiscutable. Alfred Sauvy revendique en quelque sorte une position gaullienne, au-dessus des partis pris, au nom de la science démographique.

Il est régulièrement invité à éclairer le corps médical par des conférences ou des articles. Ainsi, le 17 juin 1975, il tient une conférence devant l'Académie Nationale de Médecine sur « La population française : situation actuelle et perspectives d'avenir ». Après un historique de la population française depuis la fin du XVIIIe siècle, il insiste, à son habitude, sur l'importance du Code de la Famille de 1939 dans l'émergence du baby-boom. Il alerte les académiciens sur la baisse de la natalité depuis 1964 et dénonce le danger que font courir à la France les projets de loi pour autoriser l'avortement²⁴⁰. Alfred Sauvy, chantre de « l'obsession démographique » en France²⁴¹, livre à son public d'académiciens une analyse « pessimiste » de la situation démographique de la France, à savoir que le baby-boom ne serait qu'une « amélioration accidentelle ou provisoire »²⁴². Cette analyse apparaît aujourd'hui tout à fait lucide. Elle n'est « pessimiste » que du point de vue nataliste d'Alfred Sauvy.

Hervé Le Bras fait remarquer que le démographe est, aux yeux de l'opinion et des élites au pouvoir, un « savant accessible » dont le champ scientifique est familier, à la différence des autres sciences. Son discours peut être compris, au moins dans ses conclusions. Les démographes, étudiant des

²³⁹ Alfred Sauvy, préface, in Roger Géraud, *La limitation des naissances*, 1963, p. 5.

²⁴⁰ Alfred Sauvy, « La population française : situation actuelle et perspectives d'avenir », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 17-6-1975, p. 505-514.

²⁴¹ Selon l'expression d'Hervé Le Bras, *opus cité*, 1993, p. 284 .

²⁴² Alfred Sauvy, « La population française : situation actuelle et perspectives d'avenir », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 17-6-1975, p. 514.

phénomènes vitaux et familiers aux Français, récoltent toute leur estime et leur confiance, renforce encore leur influence en France²⁴³.

B Des experts regroupés dans l'INED

Lors de sa création le 24 octobre 1945, l'INED est chargé par le Général de Gaulle « d'étudier les problèmes démographiques sous tous leurs aspects ». Selon l'introduction du premier numéro de la revue de l'INED, *Population*, en 1946 : « Il existe donc pour la première fois en France un organisme officiel destiné à agir constamment en faveur du redressement de la population française en quantité et en qualité. [...] L'I.N.E.D. doit être « un organisme d'études dont les travaux aient une assise scientifique indiscutable et soient conduits avec une parfaite objectivité »²⁴⁴. Il est donc logique de faire appel à ses chercheurs au moment des débats sur une future loi sur la contraception puis sur l'avortement. Les résultats des recherches de l'institut sont publiés dans la revue *Population* très largement diffusée et donc accessible à tous.

L'INED est aussi chargé du « suivi » des lois votées. En 1967, la loi Neuwirth du 28 décembre lui donne pour mission de présenter chaque année un rapport sur la situation démographique de la France, que le gouvernement doit présenter au parlement. Est-ce une façon de rassurer les parlementaires inquiets pour la natalité française? En 1975, la loi Veil demande à l'INED d'analyser et de publier tous les ans les statistiques des IVG, ces chiffres ayant été au centre du débat sur l'avortement avant la loi. Est-ce une façon de vérifier que le nombre d'IVG diminue avec le temps et avec l'application de la loi Neuwirth? En mars 1975, le Président Giscard d'Estaing demande à l'INED d'étudier « l'efficacité des différentes mesures qui pourraient être envisagées dans le but de freiner, et si possible d'arrêter, la baisse de la fécondité en France »²⁴⁵.

Les travaux de l'INED servent donc de repères aux officiels et au grand public d'autant que la IVe République est très critiquée pour son instabilité ministérielle et l'inefficacité de ses gouvernements. À l'opposé, les démographes de l'INED apparaissent comme des scientifiques, des « savants », sur lesquels on peut compter à la différence des hommes politiques. Certes, la démographie est une science jeune mais cet institut fait la fierté de la France, ses études et ses orientations natalistes ne sont jamais remises en cause.

En réalité, on peut affirmer que l'INED est une institution de propagande nataliste. Dès le numéro 3 de *Population*, Jean Daric, à l'occasion du Congrès international de la famille et de la population à Bruxelles en mai-juin 1946, note « cette idée fondamentale, mais trop souvent méconnue, que la démographie [...] apporte un concours précieux aux associations de familles

²⁴³ Hervé Le Bras, *opus cité*, 1993, p. 17.

²⁴⁴ In « Introduction », non signé, *Population*, n° 1, p. 6-7.

²⁴⁵ Henri Leridon, P. Charbit, J.-P. Sardon et L. Toulemon, *La Seconde Révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, PUF, cahiers de l'INED n°117, 1987, p. 29.

nombreuses, pour la défense de leurs intérêts. L'examen et l'interprétation des faits démographiques ne conduisent-elles pas à mettre en évidence la nécessité de familles nombreuses ? »²⁴⁶. Ce discours, adressé à des militants de la famille, est logiquement en phase avec les participants au congrès.

A partir des années 1955, quand le D^r Lagroua Weill-Hallé réussit à mettre la question de la contraception sur la place publique, les collaborateurs de la revue *Population* sont amenés à rendre compte des nombreux ouvrages qui défendent des points de vue opposés sur le problème. Ils le font avec une partialité confondante : les auteurs qui défendent la contraception sont systématiquement accusés de « propagande ». Ainsi Jacques Derogy en 1956²⁴⁷, ou encore Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, en 1963 : « La propagande de Madame Lagroua Weill-Hallé se fait cette fois plus vive et, malheureusement, moins nuancée. [...] Malgré la bonne foi et l'expérience médicale de Madame Lagroua Weill-Hallé, le champ d'investigation scientifique paraît se réduire et l'objectivité s'amenuiser »²⁴⁸. L'auteur rejoint les opposants à la contraception qui usent régulièrement de cet argument pour disqualifier toute information sur la contraception. Par exemple : « La différence entre information et propagande n'est-elle pas artificielle ? », telle est la question posée dans la revue *Vitalité française*, en 1962 au P^r Debray qui répond : « La propagande en ce domaine (de la contraception) est une action concertée en faveur d'une seule opinion. Elle pèse sur la décision des individus. L'information présente l'ensemble des données, et laisse l'individu libre de son choix. Dans la situation actuelle, j'insiste sur le fait qu'on ne peut combattre la propagande (du MFPPF) qu'en organisant l'information objective, c'est-à-dire en présentant le pour et le contre »²⁴⁹. Cette volonté d'assimiler propagande et information va plus loin que la simple dévalorisation, elle peut se muer en menace contre les opposants à la loi de 1920 qui interdit justement toute « propagande ».

Par contre, l'ouvrage d'E.C. Tremblay, futur dirigeant de *Laissez-les-vivre*, intitulé *Croître ou mourir* et dont Alfred Sauvy a rédigé l'introduction, recueille de la part de *Population* un jugement plus nuancé : « livre de propagande, certes non dépourvu de passion comme la propagande inverse, mais plus près des faits que celle-ci »²⁵⁰. Cette critique est un chef-d'œuvre du double langage de l'I.N.E.D. : une réalité constatée, la propagande, aussitôt mise en parallèle avec celle des partisans de la contraception (alors que ce parallèle n'est jamais précisé pour ces derniers) et aussitôt valorisée

²⁴⁶ Jean Daric, « Informations », *Population*, 1946, n° 3, p. 599.

²⁴⁷ Alfred Sauvy, « Compte rendu de l'ouvrage de Jacques Derogy », *Population*, 1956, n° 1, p. 163.

²⁴⁸ Henri Bastide, « Compte rendu de l'ouvrage *L'enfant-accident*, de Madame Lagroua Weill-Hallé », *Population*, 1963, n° 1, p. 161.

²⁴⁹ Jean-Maurice Martin, « Entretien avec Jean-Robert Debray », *Vitalité française*, 1962, n° 463, p. 59.

²⁵⁰ A. G., « Compte rendu de l'ouvrage d'E.C. Tremblay, *Croître ou mourir* », *Population*, 1958, n° 2, p. 315.

scientifiquement puisqu'au « plus près des faits ». En 1969, l'ouvrage des D^r Guy sur l'Île Maurice²⁵¹, dans lequel ils rapportent leur expérience de contraception naturelle, fait l'objet d'une critique très positive sans indication de « propagande » : « Animés d'une vive passion de rendre service à leur prochain, François et Michelle Guy ont entrepris d'éclairer sur les problèmes de planification des naissances une population dont l'accroissement est supérieur encore à celui des Portoricains²⁵². [...] Ils se sont attachés à éveiller, chez ces couples, la notion de parenté responsable, à favoriser le dialogue, à développer l'intimité au sein du foyer. [...] Cela supposait un intérêt fraternel à l'égard de la population. [...] Basée essentiellement sur les méthodes naturelles de contraception préférées par les catholiques, l'action n'a cependant rien de limitatif et s'adresse (à tous) sans discrimination de religion »²⁵³. Henri Bastide trace un portrait idéalisé de ces deux médecins partis éclairer des populations lointaines, par fraternité, vertu chrétienne mais ouverte aux autres religions.

Subsiste ainsi toujours, de 1945 à 1975, une ambiguïté quant à l'objectivité officiellement affichée par l'INED. La lecture de la revue *Population* oblige à constater que cet institut apparaît comme un organisme naturellement engagé du côté des natalistes. En effet, bon nombre des scientifiques engagés par Alfred Sauvy à l'INED, lors de sa création, viennent de la Fondation Alexis Carrel, dite Fondation française pour l'étude des problèmes humains, sous l'Occupation²⁵⁴. La filiation avec cette fondation emblématique de l'idéologie vichyste passe ainsi à travers la personnalité et l'histoire des experts qui travaillent à l'INED. Elle n'est d'ailleurs pas revendiquée pendant les quinze premières années de l'Institut, la mémoire des années d'Occupation étant trop fraîche. Alain Drouard parle ainsi d'un INED qui aurait « refoulé »²⁵⁵ ses origines vichystes, la première mention de celles-ci n'apparaissant dans une brochure de l'INED qu'en 1961. À propos de ce transfert de personnel, Roland Pressat le qualifie de « péché originel qui aurait marqué le sens des recherches et des conclusions de l'I.N.E.D. » tout en lui déniait toute influence sur l'orientation idéologique de l'Institut²⁵⁶. Le parti

²⁵¹ Encore une fois, Alfred Sauvy en signe la préface.

²⁵² C'est à Porto-Rico que la pilule contraceptive, après sa mise au point par Pincus, a été expérimentée dans les années cinquante avant d'être mise sur le marché américain.

²⁵³ Henri Bastide, « Compte rendu de l'ouvrage des docteurs Guy, *Île Maurice. Régulation des naissances et Action familiale, 1965-1966* », *Population*, 1969, n° 2, p. 360.

²⁵⁴ Comme s'en enorgueillit Alfred Sauvy dans un article de 1962, en faisant le bilan de son action comme directeur de l'I.N.E.D. : « À ses débuts, l'I.N.E.D. a eu la bonne fortune de s'assurer les services des meilleurs collaborateurs de la Fondation française pour l'étude des problèmes humains », in « Les raisons et les espoirs », *Population*, 1962, n° 2, p. 212. Alfred Sauvy a toute latitude pour embaucher qui il veut, selon ses propres règles en 1945.

²⁵⁵ Alain Drouard, *Une inconnue des sciences sociales. La fondation Alexis Carrel*, Paris, Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme, 1992, p. 22.

²⁵⁶ Roland Pressat, « L'I.N.E.D. à ses débuts : l'esprit Sauvy », *Population*, 1995, n° 6, p. 1353.

pris nataliste de l'INED est néanmoins clairement palpable lors du débat national sur la contraception et l'avortement.

C Des militants natalistes

Les experts de l'INED sont non seulement les héritiers de la Fondation Carrel mais ils sont également engagés dans l'Alliance nationale pour la vitalité française, dont le nom ne laisse aucun doute quant à ses orientations natalistes.

Fondée en 1896, l'Alliance nationale contre la dépopulation est la principale association nataliste française. Elle dénonce régulièrement le néomalthusianisme et prône la natalité. Elle édite un bulletin, dont le nom, *Vitalité Française*, à partir de juillet-août 1945, résume les orientations. En 1949, l'association change de dénomination pour s'appeler, de façon plus dynamique, l'Alliance nationale pour la vitalité française. En août-octobre 1971, la revue prend le nom moins connoté de *Population et avenir*²⁵⁷. En 1944 elle rassemble 40 000 adhérents ; ce nombre diminue considérablement à la fin des années soixante²⁵⁸. Politiquement, l'Alliance se veut laïque, républicaine et scientiste, à la fin du XIXe siècle. Il ne s'agit donc pas, du moins au départ, d'un natalisme catholique. Elle s'affirme apolitique, ce qui est le meilleur moyen pour étendre son influence auprès des élites politiques²⁵⁹.

Alfred Sauvy en est un adhérent fidèle ; Mireille Le Maguet le qualifie de « grand homme » de l'Alliance²⁶⁰. Ses collaborateurs sont non seulement adhérents mais également administrateurs de l'Alliance : Paul Vincent (1944-1947), le D^r Jean Sutter (1961-1970), Roland Pressat (1961-1974), Jean Bourgeois-Pichat qui succède à Alfred Sauvy comme directeur de l'INED entre 1962 et 1970, Jean Daric. Ces experts, Sauvy compris, sont idéalement placés à l'INED pour répandre les idées de l'Alliance et accroître son influence.

L'Alliance revendique une influence déterminante dans la politique française en faveur de la natalité et de la famille dès 1939. Dans le numéro spécial de la revue publié pour le centenaire de l'association, il est affirmé : « Elle (l'Alliance) prend une part active dans l'élaboration du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité, plus connu sous le nom de « Code de la famille », à la création de l'allocation de salaire unique (1941), à celle du quotient familial (1945) et à l'extension des prestations sociales

²⁵⁷ L'Alliance existe toujours, sous un nom identique à la revue *Population et Avenir*. À partir de 1975, elle se radicalise politiquement et évolue vers l'extrême-droite. Elle est actuellement dirigée par des militants du Front National. Ces précisions sont tirées du DEA de Mireille Le Maguet, mémoire de DEA, *L'Alliance nationale contre la dépopulation, 1896-1987 : un siècle de natalisme français*, Versailles-Saint Quentin en Yvelines, 1997, p. 130.

²⁵⁸ Il atteignait 6 000 adhérents en 1997, d'après les indications de Mireille Le Maguet, *mémoire cité*, 1997, p. 31 et 109.

²⁵⁹ In Mireille Le Maguet, *mémoire. cité* 1997, p. 25.

²⁶⁰ Mireille Le Maguet, *mémoire cité*, 1997, p. 35.

(1946) »²⁶¹. Cette influence considérable est un leitmotiv dans les publications de l'Alliance. Déjà, à la mort d'Adolphe Landry, un des idéologues de l'association, la rubrique nécrologique, non signée en 1956, exalte son rôle en faveur de la natalité française : « La France doit à Adolphe Landry une reconnaissance infinie pour les progrès qu'il a fait accomplir à la législation familiale. [...] L'aide sans précédent apportée à la famille par les lois de 1932 et 1939 a procuré aux ménages chargés d'enfants une amélioration matérielle et provoqué un choc psychologique qui ont permis, dès 1942, une augmentation appréciable de la fécondité française, puis, en 1946, son relèvement inespéré. [...] Puissent tous les pères et les mères de famille, et tous les enfants de France, savoir et ne jamais oublier tout ce qu'ils doivent à la clairvoyance, au courage, au labeur persévérant et tenace d'Adolphe Landry »²⁶². Ce panégyrique relie ainsi le baby-boom aux lois sociales impulsées par Adolphe Landry et l'Alliance²⁶³.

Si l'Alliance est fière de son action en 1939 puis sous Vichy, elle fait l'objet de critiques au sortir de la guerre. Paul Haury répond en juillet-août 1945 : « les uns se tournent vers nous avec des airs de triomphe : « Hé bien ! Cette politique de natalité dont Hitler et Mussolini nous donnaient, disiez-vous, l'exemple et cette fécondité surabondante par quoi le Japon faisait honte aux races blanches, où les ont-elles menés ? À un impérialisme agressif qui non seulement a déchaîné la catastrophe, mais encore a attiré sur leur propre pays la dévastation et la ruine. Politique de vie, disiez-vous ? Politique de mort, en fin de compte car l'expansion démographique se termine en hécatombes meurtrières. [...] Quant aux Anglo-Saxons des Îles Britanniques et des États-Unis, que n'avons-nous pas lu sur les périls de leur situation démographique et les méfaits du birth control ? Eux qui, à vous entendre, ne s'alarmaient pas assez de la réduction croissante de leur natalité, cela ne les a pas empêché de gagner la guerre. [...] Nous n'avons jamais nié que la politique nataliste de Mussolini et d'Hitler fût entachée d'impérialisme et viciée par des intentions dont nous n'étions pas dupes. [...] En citant leur exemple nous voulions avant tout montrer que, contrairement au scepticisme qu'il était de bon ton de nous opposer, quand un État veut relever sa natalité, il le peut ! [...] Quant aux vainqueurs, qui nieraient qu'en fin de compte leur victoire soit due à l'énorme supériorité de leurs ressources, que leur nombre leur a permis d'utiliser au maximum ? N'est-ce pas toujours sur ce facteur numérique, et plus précisément sur le potentiel de guerre en hommes et en matériel que s'appuyaient nos espérances ? [...] Dans l'Europe d'hier, la seule opposition véritable est entre les États qui utilisent la politique démographique à des fins impérialistes, et ceux qui n'y voient qu'un moyen de défense contre le danger d'inanition. [...]

²⁶¹ Philippe Rossillon, « Un siècle de combat pour la famille », *Population et avenir*, mars-juin 1996, n° 627-628, non paginé.

²⁶² « Adolphe Landry », *Vitalité française*, n° 433, p. 54.

²⁶³ On ne peut s'empêcher de remarquer que les autres pays occidentaux, ayant connu ce même baby boom, n'ont cependant pas bénéficié de lois sociales aussi favorables à la natalité qu'en France...

Non seulement pour redevenir une grande puissance, mais simplement pour se maintenir et éviter la déchéance, la France doit immédiatement relever sa natalité »²⁶⁴. Paul Haury est un ancien professeur d'histoire en classe préparatoire, inspecteur de l'Instruction publique, directeur de cabinet au Secrétariat de la Famille et de la Santé sous Vichy. Ce militant convaincu de l'Alliance, dont il a été vice-président dans les années trente, cherche ici à réfuter toute identité de vue nataliste avec les dictatures qui viennent d'être vaincues. Il n'y parvient pas complètement, la phrase : « quand un État veut relever sa natalité, il le peut ! », doit faire froid dans le dos à ses lecteurs en 1945 et sent son idéologie totalitaire. Quant à son analyse du succès des Anglo-Saxons, elle reste traditionnelle puisqu'accrochée à l'idée de la supériorité numérique alors que leur victoire est interprétée dès 1945 comme la conséquence de la puissance de leur économie et de leur armement.

La plupart des idées développées par l'Alliance et reprises par Alfred Sauvy et les experts de l'INED à partir de 1945 ressortent de l'idéologie nationaliste et raciste caractéristiques des études démographiques au XIXe siècle.

Fernand Boverat est le principal idéologue de l'Alliance au XXe siècle. Il publie en 1931 un ouvrage intitulé *La race blanche en danger de mort*²⁶⁵. Ce titre explicite reprend l'un des arguments principaux des militants de l'Alliance : la « déchéance de la race blanche et la perte de sa prééminence mondiale », une des conséquences de la dénatalité. Après 1945, alors que ces théories raciales ont montré tout leur pouvoir de mort, Fernand Boverat persiste en 1948 : « C'est une grave erreur de vouloir, comme le désirent nombre d'Anglo-Saxons, freiner l'augmentation actuelle de la population européenne – qui n'est que temporaire – parce que l'Afrique du Nord, le Moyen et l'Extrême Orient sont menacés de surpopulation. Cette menace doit, au contraire, inciter les Européens à maintenir leur puissance numérique, pour être à même de s'opposer éventuellement au débordement, sur leur territoire, des populations extra-européennes »²⁶⁶.

Fernand Boverat apparaît comme le doctrinaire de l'Alliance, celui qui, dès les années trente, forge l'essentiel des arguments natalistes allégués après 1945. Son thème principal : la contraception et l'avortement entraînent la « dépopulation », liée à la chute des naissances. Fernand Boverat fait alors appel aux calculs d'Alfred Sauvy, jeune statisticien avant-guerre : « Le nombre des naissances françaises [...] tomberait à 300 000 en 1980. [...] Pendant la période de cinquante ans considérée, le nombre des habitants de la France tomberait de 41 millions à 29 millions : la dépopulation nous enlèverait 9 fois plus

²⁶⁴ Paul Haury, « C'est de nous, Français, dont il s'agit ! », *Vitalité française*, juillet-août 1945, n° 371, p. 4-5.

²⁶⁵ Fernand Boverat, *La race blanche est en danger de mort*, Paris, Ed. de l'Alliance nationale contre la dépopulation, 1931, 40 p.

²⁶⁶ Fernand Boverat, « Evolution et perspective de la natalité », *Revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation*, 1948, n° 391, p. 129.

d'habitants que la Grande Guerre n'a fait périr de Français sur les champs de bataille »²⁶⁷. Au delà du vocabulaire grandiloquent (« tomberait ») et de la comparaison avec le chiffre des morts au combat qui n'est pas vraiment de mise pour parler d'une diminution du nombre des naissances, cette hantise de la dépopulation se retrouve dans le nom même de l'association.

Deuxième thème : le « vieillissement de la population ». Pour Fernand Boverat, le vieillissement entraîne une série de catastrophes : en premier lieu la chute du nombre de consommateurs qui amène la ruine des producteurs et en conséquence une crise « plus grave que celle de 1930 ». Les conséquences financières sont terribles : avec la baisse du nombre de contribuables donc des ressources de l'État apparaissent des troubles sociaux et « l'insécurité ». Enfin il ne néglige pas les conséquences morales car « les enfants sont des éléments de moralisation indispensables ; leur présence au foyer resserre les liens conjugaux ; leur éducation oblige les parents à mener une vie régulière, normale, à être travailleurs, économes, prévoyants. [...] La famille c'est la force morale et matérielle d'un pays ».

Troisième thème : le péril extérieur auquel les Français ne pourront plus faire face²⁶⁸. Ce dernier argument s'efface après 1945 et l'utilisation de l'arme atomique qui ne fonde plus la force d'une armée sur le nombre de ses soldats.

L'Alliance voit donc dans la population non pas un but en soi mais une condition nécessaire à la puissance de la France dans tous les domaines, politiques, économiques, militaires. Il s'agit d'un natalisme conservateur, voire réactionnaire ou même raciste. Mais il garde un caractère laïc, héritage des fondateurs de l'association au XIXe siècle. L'idéologie familialiste, qui met en valeur la morale et la famille et est attachée au catholicisme, semble étrangère aux publications de l'Alliance²⁶⁹.

L'Alliance brandit systématiquement la menace du vieillissement de la population en cas de natalité trop faible. La Fondation Alexis Carrel invoque déjà ce thème, sous l'Occupation, pour réclamer une lutte plus ferme contre la « dénatalité »²⁷⁰. Dans l'air du temps, Fernand Boverat publie en 1946 un ouvrage de référence intitulé *Le vieillissement de la population*²⁷¹. Après 1945, le vieillissement de la population devient progressivement le « nouveau cheval de bataille »²⁷² de l'Alliance et d'Alfred Sauvy. L'influence de ce dernier et de l'INED s'exerce sur tout l'échiquier politique au travers de ce thème.

²⁶⁷ Fernand Boverat, *op. cité*, 1931, p. 24.

²⁶⁸ Fernand Boverat, *op. cité*, 1931, p. 24, 27, 28 et 29.

²⁶⁹ Ces réflexions sont inspirées de l'ouvrage de Paul-André Rosental, *L'intelligence démographique*, Paris, Odile Jacob, 2003, p. 57.

²⁷⁰ Alain Drouard, *Une inconnue des sciences sociales, la Fondation Alexis Carrel (1941-1945)*, Paris, Ed. Maison des Sciences de l'Homme, 1992, p. 221.

²⁷¹ Éditions sociales françaises, 1946, 161 p.

²⁷² Selon les termes de Mireille Le Maguet, *mémoire cité*, 1997, p. 105.

Il est, par exemple, familier aux communistes qui n'hésitent pas à l'employer à plusieurs reprises pour justifier leur politique nataliste. Le fonds Thorez-Vermeersch, aux archives nationales, comprend ainsi plusieurs articles d'Alfred Sauvy, lus et conservés, ce qui atteste de l'influence dominante de ce dernier, et donc indirectement de l'Alliance, sur tout l'échiquier politique²⁷³. Le vieillissement de la population est l'un des arguments principaux du PCF à partir de son tournant nataliste de 1936. Dans une publication communiste de 1959, sont reproduites les paroles de Maurice Thorez, prononcées lors du Congrès du PCF à Villeurbanne en janvier 1936: la dénatalité est « l'un des fléaux les plus redoutables – conséquence de l'exploitation du capital – qui menacent l'avenir de notre pays. [...] Si ce phénomène inquiétant persistait ou s'accroissait, ce serait une catastrophe pour le pays. Nous serions, dans quelques décades, une nation de vieillards, un peuple affaibli, diminué, en voie d'extinction »²⁷⁴. Ce rappel vise à démontrer la continuité et la cohérence de la ligne politique nataliste du PCF de 1936 à 1959. Le parti, soucieux, comme il le proclame, de « l'intérêt national »²⁷⁵, n'hésite donc pas à reprendre et à dénoncer cette menace du vieillissement de la population française dans une veine anticapitaliste bien différente de celle de l'Alliance. En 1971, dans un rapport interne, Madeleine Vincent, membre du Bureau Politique du PCF, écrit encore : « Aujourd'hui, la courbe démographique de la France fléchit à nouveau. Si ce phénomène persistait ou s'accroissait, il s'ensuivrait un nouveau vieillissement de la population. Nous serions un peuple affaibli. Mais qui est responsable ? Les responsables sont les capitalistes »²⁷⁶.

Dans un communiqué daté de 1974, pour soutenir une nouvelle législation en faveur de l'autorisation de l'avortement, le Bureau politique du PCF écrit dans la même veine, voire avec les mêmes mots : « Les enfants d'aujourd'hui sont les producteurs de demain. Le souci des générations présentes est donc inséparable de celui des générations à venir. Au contraire, l'indifférence aux lendemains et le malthusianisme sont depuis toujours la marque des classes décadentes. Aujourd'hui, la courbe démographique de la France fléchit à nouveau. Si le phénomène persistait ou s'aggravait, il en résulterait un vieillissement accru de la population, un affaiblissement de notre pays ». Bien sûr, le Bureau politique n'attribue pas cette situation à l'immoralité ou à la volonté des femmes de se libérer : « la responsabilité de cette évolution incombe à un régime dont la finalité est le profit d'une poignée de grandes sociétés »²⁷⁷. Certes, la démarche du Bureau politique est en faveur l'abolition

²⁷³ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 382, chemise UFF (sic), article d'Alfred Sauvy, *Le Monde*, 28 juillet 1966, par exemple.

²⁷⁴ « La politique familiale du Parti Communiste », *France Nouvelle*, n° 697, 5 mars 1959, p. 11.

²⁷⁵ PCF, *opus cité*, 1974, p. 57.

²⁷⁶ Madeleine Vincent, *rapport cité*, 1971, p. 2.

²⁷⁷ PCF, *Avortement et libre choix de la maternité- Textes et documents*, Paris, Éditions sociales, 1974, p. 38-39.

de la loi de 1920 mais son analyse de la situation reste dans le vieux schéma consensuel du spectre du vieillissement de la population. Concession idéologique tactique pour mieux faire accepter sa position ? Permanence idéologique ?

De 1945 à 1975, l'un des objectifs de l'Alliance est logiquement de lutter contre l'avortement, fléau national selon les termes consacrés. Ses militants font œuvre de prophylaxie à tous les niveaux : auprès du public, par des conférences, des débats, et auprès des professionnels de la santé, par la diffusion de tracts, pour lesquels ils obtiennent le soutien officiel de l'Ordre des médecins²⁷⁸.

L'influence de l'Alliance nationale pour la vitalité française dépasse donc largement les clivages politiques. Ses arguments natalistes servent aussi bien les intérêts de la Droite que ceux du PCF, même si l'interprétation des faits est différente. Les principaux démographes français, Alfred Sauvy en tête, participent à la diffusion de son idéologie sans que leur militantisme nataliste paraisse incompatible avec leur fonction officielle.

²⁷⁸ Ces actions sont décrites en détail dans un article de Jean Delteil, « La lutte contre l'avortement », *Vitalité française*, novembre-décembre 1950, n° 403, p. 166.

CHAPITRE 3 – DES EXPERTS ENGAGÉS DANS LEUR SIÈCLE

Ces médecins et ces démographes sont aussi de leur temps, engagés dans les luttes idéologiques et politiques qui marquent la IV^e et la V^e République.

1 Anciens résistants et libres penseurs

La génération d'experts qui s'exprime à partir de 1945 est celle qui a connu la guerre et s'est donc impliquée dans la Résistance ou s'est contentée de survivre. Elle est aussi composée de francs-maçons qui revendiquent de peser dans un débat public influencé par les positions de l'Église.

A Les anciens résistants, la première génération d'experts

La participation à la Résistance constitue un passage obligé pour les hommes au pouvoir et d'influence après 1945 en France. Les médecins qui militent pour l'ASD puis le droit à la contraception sont tous d'anciens résistants.

La participation des médecins français à la Résistance est difficile à évaluer. S'il existe un Comité Médical de la Résistance, de nombreux médecins impliqués dans les multiples mouvements et réseaux de la Résistance ne sont pas répertoriés en tant que médecins. Anne Simonin chiffre à environ 600 médecins les résistants en zone Nord et Sud²⁷⁹, tous mouvements confondus, soit moins de 3 % des 25 000 médecins exerçant alors en France. Ce faible pourcentage n'est pas déshonorant, il correspond approximativement à celui des résistants français dans l'ensemble de la population. En 1945, le (nouveau) Conseil national de l'Ordre des médecins rend hommage aux médecins disparus pendant la guerre. Parmi les « victimes de la barbarie allemande », sont distingués les « Victimes des Allemands, fusillés ou décédés dans les camps de déportation », sans plus de précision, et les « Victimes de la guerre », morts dans les combats ou dans les bombardements. 154 noms sont cités parmi les premiers. Nombre d'entre eux sont des résistants au sein du Comité médical de la Résistance, créé en janvier 1943 sur le modèle du Conseil national de la Résistance et rallié à De Gaulle²⁸⁰.

Après guerre, ces anciens résistants veulent agir dans la société civile et « tentent de se poser comme des innovateurs sociaux », selon les termes

²⁷⁹ Anne Simonin, « Le Comité médical de la Résistance : un succès différé », *Le Mouvement social*, 1997, n°180, p. 167 et 174.

²⁸⁰ Bulletin du Conseil Supérieur des Médecins, année 1945, p. 5-6-7.

d'Olivier Wieviorka²⁸¹. Il est donc normal de les retrouver parmi les médecins qui agissent pour diffuser l'accouchement sans douleur et la contraception.

Effectivement, les médecins engagés dans la diffusion de l'accouchement sans douleur sont, au départ, en 1952, essentiellement des médecins communistes, nombreux à avoir combattu dans la Résistance. Fernand Lamaze en particulier est un ancien résistant. En 1962, dans un hommage à « un ami et un maître », Pierre Vellay précise : « Durant cette sombre période, Lamaze se terra, aidant les uns, soutenant et encourageant les autres, ne transigeant avec personne, sans faiblesse et sans compromission. [...] En 1940, il subit durement cette période et, meurtri par une défaite inacceptable, il se range immédiatement du côté de la Résistance, où il joue un rôle de premier plan »²⁸². Fernand Lamaze héberge ainsi des résistants, en particulier le D^r Maurice Mayer, « véritable commis-voyageur de la Résistance »²⁸³. Fernand Lamaze agit dans le cadre du Comité national des Médecins, rattaché au Front National d'obédience communiste²⁸⁴. Fernand Lamaze y fait donc la connaissance de Pierre Rouquès « dans des circonstances encore mal connues »²⁸⁵. Pierre Vellay parle d'une « amitié de travail et de combat »²⁸⁶ entre les deux hommes. Fernand Lamaze fait également partie, à la Libération, de la Commission d'épuration au sein du ministère de la Santé²⁸⁷. Son amitié avec Pierre Rouquès entraîne un tournant décisif dans la vie professionnelle de Fernand Lamaze. Le D^r Pierre Rouquès, militant communiste, devient, à partir de mai 1945, le médecin-chef de la polyclinique des métallurgistes, gérée par la CGT-Métaux et située rue des Bluets dans le Xe arrondissement à Paris. Il propose à Fernand Lamaze la direction de la Maternité, surnommée « des Bluets », à partir de laquelle l'ASD va rayonner en France. Aux Bluets, le D^r Lamaze travaille avec une équipe composée en grande partie d'anciens résistants : le D^r Pierre Vellay, qui lui reste fidèle toute sa vie, le psychiatre Victor Lafitte qui doit démissionner à la suite d'un conflit avec Lamaze en 1953, le directeur de la Maternité François Leguay, un polytechnicien.

D'autres médecins, militants de l'ASD en dehors des Bluets, ont un passé de résistant : Pierre Simon, Léon Chertok, Jean Dalsace, Étienne-Émile

²⁸¹ Olivier Wieviorka, « La génération de la Résistance », *Vingtième Siècle, Revue d'histoire*, 1989, vol. 22, n° 22, p. 114.

²⁸² Pierre Vellay, « Hommage à un Ami et à un Maître », *BOSIPPO*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 87.

²⁸³ Selon les termes de Bénédicte Vergez-Chaignon in *Dictionnaire historique de la Résistance*, Paris, Laffont, 2006, p. 181.

²⁸⁴ Ces précisions sont tirées de l'ouvrage de Marianne Caron-Leulliez et de Jocelyne George, *L'accouchement sans douleur*, Paris, Les Éditions ouvrières, 2004, p. 27-28.

²⁸⁵ Selon Michel Dreyfus, *Une belle santé : la maternité de l'hôpital des Métallurgistes* Pierre Rouquès, Paris : Hôpital des Métallurgistes, 1997, p. 24.

²⁸⁶ Pierre et Aline Vellay, *opus cité*, 1956, p. 17.

²⁸⁷ Céline Lesourd, « L'épuration des médecins », dans *Une poignée de misérables*, sous la direction de Marc Olivier Baruch, p. 352.

Baulieu²⁸⁸. D'autres sont moins connus : Marcel Hay, médecin à Montluçon, rencontré par Pierre Vellay dans la Résistance, ainsi que le D^r Jean Blum qui exerce à Strasbourg. Ils forment un réseau à la fois amical et politique qui facilite la diffusion de l'ASD dans toute la France²⁸⁹.

À partir de 1956, ces médecins prennent généralement parti pour le droit à la contraception. Quatre anciens résistants jouent un rôle essentiel dans ce combat pour la contraception : Jean Dalsace, Étienne-Émile Baulieu, Pierre Simon et Henri Fabre.

Jean Dalsace, gynécologue, est à la fois un spécialiste de la lutte contre la stérilité et un défenseur du droit à la contraception. Ce pionnier ouvre, après un voyage aux États-Unis, la première consultation en France de contraception à Suresnes (avec l'aval du maire socialiste, Sellier) en 1936, ce qui lui fait perdre son poste de chef de laboratoire à l'hôpital. Il récidive en 1937 lors de l'exposition universelle à Paris où il tient un stand consacré à la contraception sur une péniche amarrée quai de Tokyo arborant une banderole avec ce slogan : « Avoir des enfants, c'est bien, avoir des enfants désirés, c'est mieux ! »²⁹⁰. Il est l'un des fondateurs de Maternité Heureuse, futur Planning Familial dont il devient le président en 1967.

Le P^r Étienne-Émile Baulieu est endocrinologue. Ses recherches ont abouti à la création du RU 486²⁹¹ en 1981 : « J'ai choisi les hormones sexuelles (comme terrain de recherche) parce que je pensais que ça se raccrochait aux problèmes de l'humanité, de la société. Je l'ai fait quasi consciemment. Après une cause politique qui m'avait déçu, j'ai trouvé une autre cause, scientifique »²⁹². En 1961, il rencontre aux États-Unis Gregory Pincus, grâce auquel il obtient un financement de la Fondation Ford pour mener ses recherches sur la contraception hormonale, alors impossibles en France où il n'existe aucun fonds public pour ce type d'études avant le vote de la loi Neuwirth (1967). Le D^r Pierre Simon est l'auteur d'un *Précis de contraception*, paru en 1966 alors que la loi Neuwirth n'a pas encore été votée. Il publie, la même année, chez Payot, un ouvrage plus ambitieux : *Le contrôle des naissances. Histoire – Philosophie – Morale*, qui met en perspective le droit à la contraception et l'inscrit dans son combat pour la liberté dans le domaine de la sexualité. À Grenoble, le D^r Henri Fabre, gynécologue obstétricien, fonde, avec Georges Pascal, professeur de philosophie, le groupe du Planning Familial de

²⁸⁸ Leur passé de résistant est précisé dans l'annexe « Notices biographiques ».

²⁸⁹ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George font une analyse détaillée des liens entre médecins prônant l'ASD et la Résistance, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*, 2005, Les Éditions de l'Atelier, p. 92-93.

²⁹⁰ D'après l'hommage nécrologique d'Albert Netter, « Eloge de Jean Dalsace », *Gynécologie Obstétrique*, 1971, t.70, n° 1, p. 29.

²⁹¹ Qui permet une IVG médicamenteuse, simplifiée donc sans hospitalisation, au tout début de la grossesse.

²⁹² Propos rapportés par *Le Monde, radio, télévision*, 31 mai-6 juin 2004, dans un article de Martine Delahaye, p. 16. C'est une allusion à son départ du PCF en 1956.

Grenoble et prend l'initiative d'ouvrir le premier centre de conseil de l'association en France, en 1961.

À partir de 1967, une fois la loi Neuwirth votée, une partie d'entre eux s'engage encore dans la lutte pour le droit à l'avortement, dans une logique de libération des femmes. En 1969, des médecins militants au MFPPF créent l'ANEA, l'Association nationale d'étude de l'avortement. Au moment où le MFPPF évolue vers un militantisme plus radical, ces médecins, anciens résistants pour la plupart, tentent ainsi d'influencer l'opinion en faveur de l'avortement, dans une perspective modératrice se démarquant de la nouvelle orientation du Planning. Ces notables²⁹³ se font rapidement alors déborder sur leur gauche par une nouvelle génération de médecins militants agissant au sein du GIS (Groupe Information Santé) créé en 1972, puis du MLAC (Mouvement de Libération pour l'Avortement et la Contraception) à partir de 1973²⁹⁴. Malgré la notoriété de l'ANEA et de ses fondateurs, la lutte pour l'avortement leur échappe au profit des structures plus radicales. Le début des années 70 marque ainsi la fin de l'influence dominante de ces médecins qui avaient 20 ans pendant la guerre et se sont engagés dans tous les combats autour de l'accouchement, de la contraception et de l'avortement, dans le droit fil de leur engagement dans la Résistance²⁹⁵.

Ces anciens résistants gardent entre eux une grande solidarité, même quand ils ont des positions politiques opposées. Quand le P^f Paul Milliez, au moment du procès de Bobigny en 1972, est convoqué par le ministre de la Santé Jean Foyer en présence du président du Conseil de l'Ordre Jean-Louis Lortat-Jacob, l'ancien président du Conseil de l'Ordre, Robert de Vernejoul, bien qu'opposé à toute légalisation de l'avortement, lui envoie une lettre de soutien. Ce que Sandrine Garcia interprète comme un geste lié à leur passé commun de résistants²⁹⁶.

Dans un autre registre, l'esprit de résistance est régulièrement invoqué pour expliquer l'engagement de ces médecins pour les droits des femmes. Le D^f Raymond Baud, lui-même chef d'un réseau de Résistance pendant la Seconde guerre mondiale, déporté en camp de concentration, reprend cet argument dans un ouvrage sur la contraception. Après avoir constaté l'origine bourgeoise de la plupart des médecins français et leur tendance au

²⁹³ Ils figurent tous dans le *Who's Who* (Éd. Jacques Lafitte, Paris ; éditions consultées : 1959-60 et 1967-68) et résident à Paris dans les septième et seizième arrondissements, ou à Neuilly.

²⁹⁴ Le MLAC est un rassemblement de militant(e)s de différents mouvements : le MFPPF, des femmes du MLF, des signataires du manifeste des 331, du GIS, des syndicats, du PS, du PSU, de la LCR, de LO, et en observateurs Choisir et l'ANEA.

²⁹⁵ Ces remarques sont, en partie, tirées de l'article de Sandrine Garcia, « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 158, juin 2005, p. 97-115.

²⁹⁶ Sandrine Garcia, « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 158, juin 2005, p. 102.

conservatisme, il écrit en 1968 : « Comment se fait-il alors qu'une poignée de médecins aient cru devoir se faire les champions d'une éthique nouvelle et comment ont-ils pu trouver le courage de braver l'opinion de leurs pairs ainsi que les foudres du conseil de l'Ordre ? [...] Ces médecins avaient déjà eu dans leur jeunesse, à l'occasion de la Résistance, la possibilité de se révolter contre l'ordre établi par les autorités d'occupation et le gouvernement de l'époque et de critiquer la validité des lois au point parfois de les violer ouvertement au risque de leur vie [...] Il est normal que, revenus à une vie plus calme, ils aient conservé ce mépris du conformisme, ce goût de la critique constructive et cette aspiration à une morale sociale plus ouverte envers autrui [...] que la morale traditionnelle »²⁹⁷. Dans les années 70, les militants du Planning Familial de Grenoble rédigent un avant-projet, inédit et anonyme, d'historique de leur association. Ils y analysent le rôle moteur des militants grenoblois dans l'action du MFPP en le reliant au passé résistant de la ville: « Après la Libération, Grenoble était une ville jeune et dynamique, en plein essor universitaire et économique. L'esprit de résistance qui a caractérisé cette région de montagne persiste : prendre des risques ne fait pas peur²⁹⁸ ». Cette analyse est reprise par Olivier Wieviorka qui cite Claude Bourdet : « La Résistance a fait de nous des contestataires dans tout le sens du terme, vis-à-vis des hommes comme vis-à-vis du système social »²⁹⁹

À l'inverse, la Résistance peut être invoquée comme argument pour justifier l'opposition à l'avortement. Claude Gérard, Commandant Claude, ancienne responsable des Maquis des Mouvements Unis de la Résistance dans le sud-ouest de la France, ancien chef du personnel féminin de l'armée de terre, ainsi qu'elle se présente, écrit le 17 avril 1971, dans un document trouvé sur le site Internet de Laissez-les-vivre: « Submergés par les vagues de l'érotisme, de la drogue, de la violence, combien serons-nous à dire non aux destructeurs de la vie et de l'air pur ? Voici trente ans que des Françaises ont combattu, ont été torturées, sont tombées pour défendre la dignité des êtres humains bafoués par le nazisme et pour sauver une civilisation fondée sur le respect de la vie et de la personne humaine. Aujourd'hui, on ose demander une loi qui instituerait l'avortement libre, généralisé et gratuit ! Demain on revendiquera le droit de supprimer gratuitement tout être humain qu'une société décadente jugera gênant... Hitler, finalement, n'aurait-il pas encore perdu sa guerre ? Pour nous une même lutte continue au service de la dignité de l'homme et de la femme »³⁰⁰.

Quant aux principaux démographes français, Fernand Boverat, Alfred Sauvy et le D^r Jean Sutter, leurs biographies respectives ne citent aucun acte

²⁹⁷ Raymond Baud, *La pilule, échec au roi*, Paris, Laffont, 1968, p. 71.

²⁹⁸ Archives du Planning Familial de Grenoble, AR.1, 1.5.

²⁹⁹ Olivier Wieviorka, *article cité*, 1989, p. 114.

³⁰⁰ Site de Laissez-les-vivre : http://laissezlesvivre.free.fr/archives/historique_llv/resistance.htm, Claude Gérard, « Lettre d'une héroïne de la Résistance », 17 avril 1971, consulté le 29 octobre 2009.

dans la Résistance. Le *Who's Who* ne retient aucun engagement et donc aucune médaille ni appartenance à une association de ce type. Certes de nombreux résistants ne sont pas comptabilisés comme tels mais ces trois hommes sont des notables reconnus dont on peut penser qu'ils auraient fait inscrire de tels faits d'armes. Leurs notices nécrologiques restent, elles aussi, muettes sur une quelconque participation à la Résistance. À la mort d'Alfred Sauvy, sa fille unique, Anne Wilkinson-Sauvy, écrit : « il abrita une année durant [...] Bettina Grandjouan, dame âgée qui risquait d'être déportée en raison de ses origines juives »³⁰¹. Son biographe, Michel Levy, constate cependant : « Comme des millions de Français, Alfred Sauvy ne fit acte ni de collaboration ni de résistance positive »³⁰².

B Les libres penseurs et francs-maçons

Les francs-maçons se dévoilent rarement, il est donc délicat d'affirmer qu'une partie des médecins engagés en faveur des droits des femmes appartient à la franc-maçonnerie.

Le D^r Pierre Simon est une exception. Initié en 1953, il devient Grand Maître de la Grande Loge de France de 1969 à 1971 puis de nouveau de 1973 à 1975. Durant l'entretien qu'il m'a accordé le 12 décembre 2002, il insiste plusieurs fois sur l'importance des idées portées par la franc-maçonnerie dans son engagement en faveur des femmes. Il justifie celui-ci au nom d'une philosophie de la libération qu'il voulait globale³⁰³. Selon lui, un léger changement, une avancée dans un domaine limité, l'accouchement sans douleur de l'épouse d'un homme politique influent par exemple, peut faire réagir la société tout entière dans la voie du progrès, comme une simple piqûre peut entraîner une réaction de tout le corps. Il applique cette stratégie pendant toute la période pour promouvoir le droit à la contraception et à l'avortement.

Pierre Simon rappelle son rôle dans l'organisation en 1953 à Genève du groupe Littré, composé de gynécologues accoucheurs francophones, libre penseurs et francs-maçons : « Au terme de réflexions conduites dans ce groupe, nous décidons d'introduire dans nos pays respectifs l'engagement en faveur de la liberté de conception. Cela revient à expliciter le droit des êtres à disposer de leur propre corps. Dans les pays catholiques, une action de ce genre est proscrite. Le corps y est considéré comme un don de Dieu, la République

³⁰¹ Anne Wilkinson-Sauvy, « En mémoire de ... », *Population et avenir*, mars-avril 1999, n° 642, p. 4.

³⁰² Michel Levy, *Alfred Sauvy, compagnon du siècle*, Paris, La Manufacture, 1990, p. 71.

³⁰³ Si Pierre Simon est connu pour son engagement en faveur de l'ASD et de la contraception, il faut rappeler qu'il fonde en 1980 avec Henri Caillavet l'ASMD (association pour le droit de mourir dans la dignité) qui relève de la même volonté de libérer l'individu des entraves religieuses.

comme son gardien »³⁰⁴. Un des premiers médecins engagés au MFPPF, il dévoile qu'une « fraternelle maçonnique, dédiée au Planning Familial, se consolide en France. Ses assemblées sont prévues pour se dérouler la veille de celles du MFPPF. Les loges présentes dans les villes de province deviennent très souvent les épices des noyaux des centres de planification qui s'ouvrent un peu partout »³⁰⁵. Il relie donc la diffusion des idées du Planning et la multiplication de ses centres en France à partir de 1961 à la solidarité franc-maçonne à travers un réseau aux dimensions nationales. Dans cet entretien, il affirme encore l'importance des liens philosophiques et d'amitié entre les francs-maçons pour expliquer le vote, par une assemblée à majorité gaulliste, de la loi Neuwirth en 1967. Pour lui, la franc-maçonnerie a réussi à rassembler les partisans de la contraception au-delà des clivages politiques.

Autre franc-maçon proclamé, le D^r Michel Basuyaux est un des fondateurs du Planning Familial à Lille. Quand il me reçoit en juin 1998, il insiste lui aussi sur la dimension libératrice de la philosophie franc-maçonne qui donne sens à son engagement au Planning Familial. Il précise aussi avoir eu des contacts privilégiés avec Pierre Simon au début des années soixante, confirmant les dires de ce dernier³⁰⁶.

Ces deux exemples de médecins francs-maçons révèlent une des composantes du petit groupe des médecins au service du droit des femmes. Le rôle de ceux-ci ne semble cependant pas s'être limité au militantisme à l'intérieur du MFPPF ; la franc-maçonnerie, à travers le témoignage de Pierre Simon, serait ainsi en partie à l'origine du vote de la loi Neuwirth. Ces libres penseurs agissent pour les droits des femmes à maîtriser leur fécondité. Ils s'opposent ainsi à leurs adversaires traditionnels : les médecins qui se réclament du catholicisme.

II Les experts catholiques

A Une minorité divisée

Quelle est l'influence de l'Église dans le milieu médical, monde de notables que l'on imagine traditionnellement conservateurs et catholiques ?

Quel est le nombre de médecins catholiques, ou plus précisément de médecins s'affichant comme catholiques en France ? Ceux-ci adhèrent en général à la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, créée en 1884 par M^{gr} d'Oultremont, évêque du Mans. En 1946, cette confrérie de

³⁰⁴ Pierre Simon, *De la vie avant toute chose*, Paris, Ed. Mazarine, 1979, p. 83. Dans cet ouvrage, il n'écrit pas clairement que ces confrères sont francs-maçons ; il l'a cependant affirmé pendant notre entretien du 12 décembre 2002.

³⁰⁵ In Pauline Caillaud, *Fonds Pierre Simon*, master 1 histoire-géographie, Angers, 2008, p. 9.

³⁰⁶ Frédérique Liotard-Schneider, *Milieu médical et contraception dans le Nord-Pas de Calais de 1945 à 1975*, DEA, Lille III, p. 82-83.

médecins³⁰⁷ rassemble 2 120 adhérents³⁰⁸ parmi 30 000 médecins français soit un peu plus de 7 % des praticiens ; en 1952 ils sont 3 000 adhérents³⁰⁹ sur 36 000 médecins, un peu plus de 8 %. En 1966, parmi plus de 50 000 médecins en France, 6 000 sont membres de la Société de Saint- Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, mais seuls 3 000 cotisent³¹⁰ soit 6 %.

Moins de 10 % des médecins français adhèrent donc à la principale association médicale catholique. Ces 10 % constituent le noyau dur des médecins catholiques français, des militants qui refusent, en particulier, la remise en cause de la loi de 1920 au nom des positions de l'Église.

Cette vision monolithique des « médecins catholiques » ne résiste cependant pas à l'analyse. Il n'existe pas de « bloc » catholique uni et rangé en ordre de bataille derrière le Vatican. Ceux qui s'expriment le plus fort et bénéficient de la plus grande légitimité du point de vue de l'Église sont les catholiques intransigeants mais d'autres catholiques, parmi les médecins, expriment des analyses plus ouvertes sur la contraception et même sur l'avortement. Ces catholiques progressistes sont cruellement déçus quand cet esprit d'ouverture ne peut émerger, pour la contraception, lors du concile de Vatican II, et plus encore par l'encyclique *Humanae vitae* en 1968. Jusqu'à cette date, ils essaient d'infléchir, sans y parvenir, la position officielle de l'Église. Ensuite, ils se détournent souvent du catholicisme : le D^r Claude Janot de Lille, par exemple, engagé dans l'Action catholique, analyse la parution d'*Humanae vitae* comme une rupture qui le pousse à prendre des responsabilités au Planning Familial du Nord et à en devenir président en 1976³¹¹.

Deux exemples nous montrent les positions extrêmes des médecins catholiques : les professeurs Marc Rivière et Paul Milliez. Le P^r Marc Rivière est un catholique, exerçant à Bordeaux, orthodoxe dans sa pensée et ses choix. Il affirme ainsi à propos de l'ASD, en 1955: « La méthode des auteurs russes, c'est le principe même du dressage... C'en est fait de la liberté humaine, ce redoutable présent de Dieu... »³¹². Il s'y rallie ensuite, d'autant que le 8 janvier 1956 le pape prend publiquement position en faveur de l'ASD. Il reste un opposant acharné du droit à la contraception et à l'avortement. Il est l'auteur d'articles virulents contre l'avortement thérapeutique et la contraception. Le P^r Rivière est le modèle du médecin catholique intransigeant, revendiquant sa fidélité à l'enseignement de l'Église. Le P^r Paul Milliez, de la même génération, est plus connu que le précédent, par ses positions iconoclastes. Il est

³⁰⁷ Selon les termes d'Hervé Guillemain, in « Les débuts de la médecine catholique. La société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, n° 26-27, 2003, article en ligne, paragraphe 6.

³⁰⁸ Bulletin de la Société médicale Saint- Luc, Saint- Côme et Saint- Damien, 1947, n° 1, p. 18.

³⁰⁹ Bulletin de la Société médicale Saint -Luc, Saint- Côme et Saint- Damien, 1952, n° 9, p. 365.

³¹⁰ Pierre Guillaume. *Médecins, Église et foi. XIXe et XXe siècle*. Paris: Aubier, 1990, p. 175.

³¹¹ Selon son témoignage, in Frédérique Liotard-Schneider, *DEA cité*, 1999, p. 85.

³¹² Cité dans Emilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 140.

plutôt le modèle du médecin catholique anticonformiste et humaniste. Au procès de Bobigny, le 22 novembre 1972, il témoigne en faveur des accusées pour avortement en déclarant : « J'ai fait personnellement un avortement à l'âge de 19 ans, alors que j'étais externe des hôpitaux, pour une femme qui avait quatre enfants et qui venait d'être abandonnée par son mari. J'étais catholique pratiquant, je suis encore militant d'action catholique, et j'ai considéré que mon devoir était d'aider cette femme. Pendant quarante ans, j'ai favorisé non seulement des avortements thérapeutiques mais aussi des avortements sociaux. Plus tard, je n'ai pas fait personnellement d'avortements. Pour ne pas violer la loi, j'en ai fait faire hors de France »³¹³. Deux catholiques affichés, deux postures opposées face à la fécondité des femmes. Les sources privilégient les catholiques intransigeants, les médecins les plus titrés, les plus âgés, ceux qui publient, mais tous les médecins catholiques ne se reconnaissent pas dans ces notables conservateurs.

B Des prises de position conformes à celles du Vatican

En 1952-53, peu de médecins catholiques s'intéressent à l'ASD, qui leur apparaît trop lié à l'URSS et au Parti communiste français. En 1956, le discours du Pape, qui légitime l'ASD lève toute hésitation. Libérés doctrinalement, ils investissent alors les structures créées par les pionniers de l'ASD, en particulier la Société française et la Société internationale de PPO. Cet « entrisme » est pratiqué par exemple par le D^r Chauchard, militant catholique. Paul Chauchard profite de cette tribune pour attaquer la contraception et regretter l'absence d'une « politique familiale lui permettant d'avoir les enfants qu'elle désire sans trop la limiter » car « on veut la convaincre qu'il est normal d'avoir le moins d'enfants possible et de s'en occuper le moins possible: contraception, avortement, crèches ouvertes en permanence... »³¹⁴. Les organisations mises en place pour développer l'ASD servent donc à ces médecins catholiques de tremplins pour mener une lutte, étrangère à l'ASD, contre le droit à la contraception, une lutte d'arrière-garde dans la cas de Paul Chauchard puisque la loi Neuwirth est votée depuis quatre ans.

A propos de la contraception médicale, la position de l'Eglise est claire, elle réitère son interdiction tout au long du XXe siècle. En 1930, l'encyclique *Casti connibii*, sous Pie XI, juge immoral tout « attentat aux conséquences naturelles de l'acte conjugal ». En 1951, Pie XII autorise la « continence périodique » pour les couples catholiques, soit la méthode Ogino. En 1958, Pie XII puis en 1961, Jean XXIII condamnent toute contraception médicale. Enfin, le concile Vatican II, de 1962 à 1965, malgré les espoirs qu'il avait soulevés, ne produit aucun texte sur le sujet et n'enregistre aucune avancée de l'Eglise. Au contraire, le 8 décembre 1965, *Gaudium et spes* condamne les « pratiques

³¹³ Déposition du P^r Milliez retranscrite dans le *Bull. de l'Ordre National des médecins*, janvier 1973, p. 74.

³¹⁴ Paul Chauchard, "Conditions bio sociologiques de l'épanouissement maternel", *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1971, p. 61.

illicites entravant la génération » et le 29 juillet 1968 l'encyclique *Humanæ vitæ* réaffirme cette condamnation.

Mais l'opinion des catholiques français n'est pas réductible aux positions de la hiérarchie sauf pour une minorité. L'opinion de la majorité des catholiques évolue en sens contraire du raidissement de l'Église sur la question de la contraception: en 1956, 62 % des catholiques pratiquants disent souhaiter le maintien de l'interdiction de la propagande et de la vente de contraceptifs ; en 1966, ils sont 56 % à souhaiter l'autorisation de la diffusion de ces moyens contraceptifs³¹⁵. Lors de la parution de l'encyclique *Humanæ vitæ* en 1968, un sondage IFOP montre que trois Français sur quatre estiment que « la majorité des catholiques ne suivraient pas les directives du pape », opinion confirmée dans les faits³¹⁶.

Face à ce clivage entre les fidèles et l'Église, les médecins catholiques intransigeants se regroupent pour promouvoir les méthodes naturelles, seules compatibles avec le discours du Vatican. En 1960, à Nantes, le D^r Van den Stappen puis le D^r Vincent mettent au point la méthode des températures pour renforcer l'efficacité de la méthode Ogino. Cette méthode thermique est la réponse des chercheurs catholiques à la contraception hormonale, interdite par l'Église. Pour promouvoir cette méthode en France, et concurrencer ainsi le Planning Familial et ses centres d'information, ces médecins créent, en 1961 le C.L.E.R., Centre de Liaison des Équipes de Recherche. Cette appellation anodine désigne en réalité une structure militante, sous la forme d'une association loi 1901, qui gère des centres d'information sur la méthode thermique à Nantes puis à Paris et dans toutes les grandes villes de France. Autour de ces centres se forment des groupes de foyers catholiques, des couples militants, officiellement a-confessionnels. Ils ont pour vocation de diffuser, en direction d'autres foyers cette méthode naturelle, au moyen de réunions prosélytes consacrées à la lecture des courbes thermiques et à leur signification. L'objectif est cependant plus ambitieux que la simple diffusion d'une technique, car il s'agit, lors de ces rencontres, « de faire faire au foyer la découverte de cette psychologie conjugale source de meilleure compréhension mutuelle, condition d'acceptabilité de cette maîtrise sexuelle et de ce fait, d'une véritable revalorisation de l'amour conjugal. *Il faut à tout prix faire comprendre que le rapport sexuel fait bien partie de l'amour, mais n'est pas tout l'amour et qu'il faut savoir, dans l'intérêt même de cet amour, le mettre à sa place et, par conséquent, le dominer*³¹⁷ ». Vaste ambition, dans la tradition des Centres de Préparation au Mariage, eux aussi liés à l'Église. En 1966, 500 médecins sont inscrits au C.L.E.R., un chiffre symétrique de celui revendiqué par le Planning Familial.

³¹⁵ Enquêtes INED, in Henri Leridon et alii, *opus cité*, 1987, p. 33.

³¹⁶ Henri Leridon et alii, *opus cité*, 1987, p. 32.

³¹⁷ Robert Traissac, « Régulation des naissances. Test thermique et éducation des couples dans le monde », *Gynécologie pratique*, 1966, n° 2, p. 166-167.

À l'opposé, quelques médecins catholiques se rangent aux côtés du Planning Familial. Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, fondatrice de ce mouvement, est « de famille et de formation catholique et profondément croyante », militante à la JEC ; elle participe aux conférences Pasteur qui réunissent les étudiants en médecine catholiques³¹⁸. Le D^r Christiane Verdoux, après avoir assisté à une conférence de Mme Lagroua Weill-Hallé en 1960, devient membre du collège médical du MFPPF et participe à la formation des médecins du mouvement. Catholique pratiquante, mère de quatre enfants, elle s'engage très clairement pour lutter contre l'avortement clandestin et ses conséquences³¹⁹. Il n'est certainement pas facile pour une catholique pratiquante de militer au Planning Familial, de lutter avec des militants d'horizons très différents et pour la plupart radicalement opposés au discours de l'Église. En tant que gynécologue installée, elle conseille dans le secret de son cabinet les patientes qui désirent une contraception, bien avant la loi de 1967. Elle fait partie des vingt-cinq médecins de référence dont la liste est fournie aux adhérentes du MFPPF au début des années soixante (vingt-cinq pour toute la France !). La hiérarchie catholique n'exerce cependant aucune pression sur elle, ne lui fait part d'aucun blâme. Bien mieux l'évêché de Paris lui confie, à partir de 1967, la charge d'examiner, en tant qu'expert, les femmes catholiques qui désirent faire reconnaître la nullité de leur mariage pour non consommation. Mais en 1973, quand elle collabore avec les docteurs Jean Cohen, Jacqueline Kahn-Nathan et Gilbert Tordjman, à une « Encyclopédie de la vie sexuelle »³²⁰, elle doit affronter la pétition des fidèles de sa paroisse, celle de Saint François de Sales à Paris, qui dénoncent cet ouvrage scandaleux à leurs yeux et son auteur ; elle est cependant soutenue par le curé !³²¹

Sur la question de l'avortement, l'Église s'en tient à la formule de Pie XII en 1951 : « Tout être humain, même dans le sein de sa mère, tient le droit à la vie immédiatement de Dieu, et non des parents ou de quelque société ou autorité humaine »³²². La position de l'Église est particulièrement rigide puisque, sans discussion possible, l'avortement est un péché, un mal, quelle que soit la situation de la femme ou du futur enfant ; elle sanctionne d'ailleurs cet acte par l'excommunication. En 1950, la Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, rappelle à ses adhérents que « l'avortement est un crime que l'Église frappe d'excommunication. Cette sanction très grave retranche de la communauté chrétienne, non seulement ceux qui le commettent, mais ceux

³¹⁸ Évelyne Sullerot, « Hommage à Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé », *Contraception Fertilité Sexualité*, 1996, 24 avril, p. 282.

³¹⁹ Conséquences dramatiques dont elle a été témoin lors de son internat à la Maternité de l'hôpital Bichat pendant la guerre : entretien du 11 juillet 2008.

³²⁰ *Encyclopédie de la vie sexuelle*, Paris, Hachette, 1973, 5 volumes.

³²¹ Selon Christiane Verdoux, entretien du 11 juillet 2008.

³²² Formule citée par Paul Ladrière, in « Religion, morale et politique », *Revue française de sociologie*, 1982, XIII-3, p. 423, note 19. Elle est reprise par Paul VI devant les juristes catholiques italiens le 9 novembre 1972.

qui aident à l'accomplir ou le conseillent [...] Crime d'autant plus odieux qu'il est l'assassinat, par une mère, de son petit enfant innocent et qui avait droit à la vie »³²³.

Les catholiques orthodoxes restent inflexibles même en cas d'avortement thérapeutique. En 1948, un article, intitulé « La personnalité humaine avant la naissance »³²⁴, s'oppose violemment à toute pratique d'avortement thérapeutique qui est le fait, pour son auteur le D^r Henri Bon, de « la médecine matérialiste ». Il termine ainsi : « l'expérience a montré aux savants et aux législateurs matérialistes russes l'erreur antihumaine de ces pratiques. [...] Et cependant, le mal sévit. ». L'argument de pratiques « antihumaines » revient de façon récurrente dans les écrits des catholiques que ce soit sur l'avortement ou la contraception.

Les médecins catholiques militants prônent le culte de la maternité ou maternalisme. À l'exemple du D^r Paul Giraud, en 1947 : « La vocation normale de la femme, celle à laquelle nous devons la préparer, vers laquelle nous devons l'aiguiller de bonne heure, est celle d'être épouse et mère. Toute autre perspective doit être considérée comme exceptionnelle. [...] Je pense que la médecine n'est pas une profession féminine. [...] La pente verdoyante et gazonnée de l'individualisme nous a conduits au bord de l'abîme, il faut la remonter »³²⁵. Ce médecin catholique exprime ici une adhésion pleine et entière à l'idéologie du genre qui veut pour la femme une place de mère et quasi uniquement de mère dans la société, avec des accents tout à fait maréchalistes dans la dénonciation de « l'individualisme ». L'avortement est inconcevable pour ces médecins.

Contrairement à l'opinion exprimée dans les publications des médecins catholiques, celle de l'ensemble des catholiques français évolue. En 1966, selon une enquête de l'INED, seuls 31 % des catholiques pratiquants, réguliers ou non, interrogés, approuveraient une extension de la possibilité d'avortement au delà des cas prévus par la loi sur les avortements thérapeutiques (contre 49 % de l'ensemble des interrogés). En octobre 1974, dans une autre enquête de l'INED, 59 % des catholiques pratiquants, « irréguliers », seraient d'accord pour un droit à l'avortement (contre 62 % de l'ensemble des interrogés) mais seuls 31 % des catholiques pratiquants « réguliers »³²⁶. Ceux-ci constituent donc le « noyau dur » de l'opposition à l'avortement au moment du débat sur la loi Veil. La hiérarchie catholique peut compter sur eux mais ils sont de moins en moins nombreux.

³²³ C. Launay, « Note sur le divorce et l'avortement », *Bulletin de la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1950, n° 5, p. 158.

³²⁴ Henri Bon, « La personnalité humaine avant la naissance », *Bulletin de la Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1948, n° 4, p. 91-98.

³²⁵ Paul Giraud, « Quelques idées d'un médecin sur l'éducation des filles », *Bull. de la Société Médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1947, n° 4, p. 105-111.

³²⁶ Henri Leridon et alii, *opus cité*, 1987, p. 38-39.

C Une influence dominante jusqu'aux années soixante-dix

Malgré la séparation de l'Église et de l'État, l'idéologie catholique constitue la référence obligée des débats mêlant médecine et éthique. Les citations religieuses abondent dans les thèses et les articles sur l'ASD, la contraception et l'avortement. Seule la ménopause y échappe de par sa nature et le caractère tardif du débat qu'elle suscite. Ces références systématiques à la doctrine de l'Église scandalisent les militants laïcs, qui dénoncent la prétention de celle-ci à influencer les débats dans un état soumis à la loi de 1905. En conséquence, l'Église reste prudente : si l'épiscopat français intervient régulièrement en rappelant la doctrine du Vatican, ce sont les associations catholiques qui montent au créneau et sont reçues par des différentes commissions parlementaires, entendues par la presse, etc. Ces associations catholiques défendent l'intangibilité de la loi de 1920, un « acquis », en parfaite adéquation avec l'idéologie et la morale catholique. Ces catholiques peuvent ainsi apparaître en position de force, défenseurs à la fois de la morale traditionnelle et des lois de l'État français. L'influence de la religion catholique semble dominante sur le corps médical au delà de la minorité agissante des médecins opposés publiquement à la contraception et à l'avortement. Pour le P^r Rivière, parlant des réticences des médecins devant l'avortement thérapeutique : « Pétris, imprégnés de christianisme, sciemment, à leur insu, voire à leur corps défendant, les médecins de France n'ont pas failli à leur mission »³²⁷. L'image des médecins français « imprégnés de christianisme » semble correspondre à la réalité, en particulier pour les médecins de cette génération, nés pendant ou juste avant la Première Guerre mondiale.

L'Ordre des médecins est lui aussi « imprégné de christianisme ». En octobre 1970, il réagit en ces termes à la proposition de loi Peyret³²⁸ : « Jusqu'à présent le fœtus a été considéré comme un être humain. Nul ne se sent capable de dire à partir de quelle date il est « animé » : c'est une question dont discutaient autrefois les théologiens. Peut-être notre façon de penser repose-t-elle principalement sur une croyance religieuse. [...] Le fœtus est certainement un être humain en puissance dès sa conception, pour peu qu'il reste in utero »³²⁹. Au nom du respect de la vie, l'Ordre fait référence à « un être humain en puissance dès sa conception » en reprenant exactement la formule de l'Église et en donnant à celle-ci une autorité, bien éloignée des débats entre scientifiques.

Pour Henri Leridon, deux raisons expliquent la permanence de cette influence: « D'une part la population française est très majoritairement catholique, d'autre part la structure très hiérarchisée de l'Église catholique

³²⁷ Marc Rivière, « Les indications actuelles de l'avortement thérapeutique », *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 10, 15 mai 1941, p. 393-395.

³²⁸ Qui veut élargir les indications de l'avortement thérapeutique.

³²⁹ Bull. de l'Ordre nationale des médecins, décembre 1970, p. 528.

donne plus de poids aux positions exprimées au sommet »³³⁰. La nature même des sources médicales favorise cette vision de textes se référant encore et toujours à l'Église, car la plupart des auteurs font partie de cette minorité catholique conservatrice, au faîte de la profession, qui a accès aux revues et aux éditeurs.

Cependant les références religieuses tendent à disparaître à partir des années 70 malgré le décalage entre le milieu médical et le reste de la société. Si l'influence du catholicisme reste importante chez les médecins les plus âgés, ceux de trente-quarante ans en 1960-70 rejettent, dans leur grande majorité comme la plupart des Français, cette influence sur leur métier et sur leur vie intime.

Le vote des lois Neuwirth (1967) et Veil (1975) marque bien la laïcisation grandissante de la société française. Les débats qui ont précédé le vote de ces lois font en effet apparaître la rigidité doctrinale de l'Église catholique, malgré les espoirs engendrés par Vatican II. Cette obstination de l'Église a pu faire basculer la grande majorité des Français, et des Françaises, du côté de la laïcité. Les militants laïcs ont largement mis en lumière le conservatisme, devenu indéfendable, des autorités religieuses catholiques. C'est donc bien après la loi de 1905 que s'est consommée, dans les années 1960-1970, la rupture de l'opinion française avec l'Église sur les questions de vie privée et d'intimité.

Les démographes subissent beaucoup moins l'influence de l'Église. S'il leur arrive de citer la Bible ou l'encyclique *Humanæ vitæ*, la doctrine catholique n'est pas au cœur de leur raisonnement. Quand ils s'opposent à la contraception ou à l'avortement, ils le font au nom de la science démographique et des intérêts supposés de la France et des Français.

Les questions de contraception et d'avortement peuvent être considérées comme le catalyseur, en France, de cette rupture finale entre l'opinion et l'Église. La doctrine de l'Église en matière de vie sexuelle reste donc immuable jusqu'au bout, jusqu'à nos jours. Cette attitude demeure surprenante car la réflexion doctrinale de l'Église a évolué dans tous les domaines au XXe siècle, sauf trois exceptions : l'interdiction de la contraception et de l'avortement pour les fidèles, celle pour les femmes d'accéder à la prêtrise et le maintien du célibat des prêtres. Ces trois prises de position sont en décalage avec l'opinion de la majorité des fidèles et avec l'évolution des autres religions chrétiennes. La question sexuelle, question de genre, est bien au cœur des défis que l'Église doit affronter.

³³⁰ Henri Leridon et alii, *opus cité*, 1987, p. 24.

III Experts communistes et compagnons de route

A Le PCF et les médecins

Après-guerre, dans l'élan de la Résistance, le PCF occupe une place éminente dans le paysage politique et intellectuel français. Le parti communiste intervient dans tous les débats, y compris ceux qui nous occupent.

Le milieu médical reste néanmoins largement imperméable à l'idéologie communiste. Le nombre de médecins adhérents au PCF est sans doute assez faible même s'il est impossible de le connaître avec exactitude. Arthur Kriegel, jeune médecin communiste dans les années cinquante, estime qu'1 % des étudiants en médecine adhèrent au parti pendant cette période³³¹.

Le PCF classe les médecins parmi les intellectuels, « un secteur influent de la communauté, apte à recevoir et à disséminer des idées sociales et politiques »³³². À partir de 1952-53, le parti lance d'ailleurs une campagne de recrutement en organisant des « Journées nationales d'études » à Paris en mars 1953³³³. Cette manifestation rassemble plus de 600 intellectuels de différentes disciplines. Six commissions sont créées dans le domaine de la philosophie, de l'histoire ... et de la médecine³³⁴. Seuls 60 médecins, pour toute la France, participent à ces Journées³³⁵. Ils sont à peine plus nombreux les 16 et 17 octobre 1954 aux « Journées d'études des médecins et membres des professions médicales communistes » à Saint Ouen. Le D^r Yves Cachin, responsable des médecins pour le PCF, se félicite : « plus de deux cents médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, ont participé (à cette réunion) [...] venus de tous les coins de France (26 départements) »³³⁶. Malgré la satisfaction affichée, ce chiffre montre la faible pénétration par le PCF du milieu médical et paramédical. Les médecins communistes sont rares, ils n'en sont pas moins actifs. Depuis 1947-48, ils sont organisés, comme les autres intellectuels, en « cercles idéologiques » dont le responsable est nommé par la direction du parti. Une commission nationale des médecins est donc créée avec, à sa tête, le D^r Yves Cachin. Celui-ci est le neveu du dirigeant communiste Marcel Cachin et, à ce titre, bénéficie de la confiance du PCF.

Pour gagner la bataille idéologique et élargir son audience pendant cette période de Guerre froide, le parti lance alors de nouvelles revues marxistes,

³³¹ Entretien du 12 décembre 2002.

³³² Selon Léo Figuères, en 1962, cité dans David Caute, *Le communisme et les intellectuels français 1914-1960*, Paris: Gallimard, 1969, p. 13.

³³³ David Caute, *op. cité*, p. 30-31.

³³⁴ D'après David Caute, *op. cité*, 1969, p. 62-63.

³³⁵ Jeanine Verdes-Leroux, *Au service du parti*, Paris, Fayard, 1983, p. 167.

³³⁶ Yves Cachin, "Documents", *La Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 4, décembre 1954, p. 85.

dirigées vers les intellectuels et les médecins, au-delà du cercle restreint des adhérents communistes.

La Nouvelle Critique, dont le rédacteur en chef est Jean Kanapa, est la plus influente. Elle est créée en décembre 1948, au moment de l'affaire Lyssenko, pour « galvaniser une nouvelle génération d'intellectuels »³³⁷ et faire triompher « la science prolétarienne » sur « la science bourgeoise ». La revue défend en effet les travaux de Pavlov, fondements théoriques de l'accouchement sans douleur³³⁸. *La Raison* est moins connue et ne paraît que de 1951 à 1958. Elle se qualifie de cahiers de psychologie scientifique, « organe du pavlovisme français »³³⁹, où paraissent en 1954 et 1955 deux articles défendant l'ASD³⁴⁰. Cette revue est fondée en réalité pour contrecarrer les idées freudiennes et la psychanalyse. Une revue marxiste plus ancienne³⁴¹, *La Pensée* se fait aussi l'écho des débats scientifiques ; revue du « rationalisme moderne » dans le domaine de l'art, de la science et de la philosophie, elle comprend dans son comité de patronage le P^r Jeanne Lévy, le D^r Henri Desoille et le D^r Jean Dalsace, médecins communistes influents. Elle aussi publie des articles théoriques sur l'ASD³⁴². La diffusion de ces deux dernières revues n'est pas connue et semble très limitée. Ces publications participent cependant à la diffusion de la pensée marxiste dans le domaine scientifique.

D'autres revues sont destinées spécifiquement aux médecins. *Le Médecin Français* est une revue issue de la Résistance. Deux de ses directeurs successifs, les D^r Maurice Tenine et Jean-Claude Bauer, ont été exécutés par les Allemands sous l'Occupation et sont des héros de la Résistance communiste. Elle arrête sa parution en janvier 1952.

En juin 1953 lui succède *La Revue de la Nouvelle Médecine*. Elle est dirigée par le D^r Yves Cachin et se présente ouvertement d'obédience communiste. Dès l'éditorial du numéro 1 (non signé), en juin 1953, le ton est donné. Il débute par une apologie « des pays de structure socialiste [...] (où sont intervenues) des modifications radicales dans l'organisation de la protection de la santé, dans les besoins de très larges masses populaires en matière de santé, dans l'exercice de la profession médicale, dans l'orientation même de la science médicale ». En ce qui concerne la France, on y affirme sa confiance en des lendemains qui chantent : « Dans notre pays, en France, la structure sociale n'a pas subi [...] de modifications fondamentales; pourtant la poussée des forces

³³⁷ Selon les termes de J. et D. Kotek, *L'affaire Lyssenko*, Paris, éd. Complexe, 1986, p. 150-151.

³³⁸ Par exemple, Étienne-Émile Baulieu, « L'accouchement sans douleur a des bases scientifiques », *La Nouvelle Critique*, février 1953, n° 44, p. 138-146.

³³⁹ Jeanine Verdes-Leroux, *op. cit.*, 1983, p. 160.

³⁴⁰ R. Angelergues, « Perspectives nouvelles pour l'étude de la douleur », 1954, n° 9-10, et Henri Vermorel, « Le pape et l'accouchement sans douleur », 1955, n° 13.

³⁴¹ Fondée en 1939, elle reparait en 1944 jusqu'à aujourd'hui.

³⁴² Par exemple celui du D^r Angelergues, « Naissance et disparition de la douleur », mars-avril 1955, n° 60.

montantes de la société, avec à sa tête la classe ouvrière, fait craquer le régime actuel dont le déclin n'est nié par personne. [...] Ainsi, la médecine se développe dans la mesure où l'apport rationaliste et matérialiste la féconde, dans la mesure aussi où les éléments les plus éclairés, les plus progressifs d'une époque donnée, y font passer le souffle de leurs aspirations généreuses »³⁴³. Ces médecins se veulent l'avant-garde éclairée de la médecine française, à l'image de Marat et des Résistants comme « les Docteurs Tenine et Bauer, fondateurs du journal clandestin *Le Médecin Français* [...] morts sous les balles des pelotons d'exécution nazis »³⁴⁴. Cette référence aux deux médecins résistants, morts pour leur cause, est une façon évidente de relier cette revue nouvelle au *Médecin Français*. La Résistance reste une référence systématique pour les militants communistes des années 45-50.

Cette revue veut guider les médecins communistes dans leur engagement qui doit être total. Ils veulent faire triompher « l'humanisme socialiste » en faisant éclater au grand jour les « contradictions fondamentales » de la science médicale et l'incapacité de nombre de chercheurs à les résoudre car ils ont « tendance à recourir à l'irrationnel au lieu d'en trouver la véritable solution dans un matérialisme dialectique dont ils ont souvent une connaissance insuffisante, sinon déformée [...] incroyables perversions de la science médicale [...] qui semblent être l'apanage de notre XXe siècle, à l'époque du capitalisme décadent »³⁴⁵. Parmi ces « perversions » : pour mémoire, celles des médecins nazis des camps de concentration, et pour l'actualité, celles des médecins américains, « empiristes sans principes, qui acceptent de préparer et de mettre en œuvre la guerre bactériologique »³⁴⁶.

« L'école pavlovienne fécondée par la doctrine du matérialisme dialectique » est le modèle à suivre et donc ces médecins veulent s'efforcer « de faire connaître les conceptions du grand physiologiste Pavlov et de ses continuateurs soviétiques ». À l'inverse, ils s'engagent à lutter « contre l'envahissement de la médecine française par les doctrines irrationnelles susceptibles de faire reculer la science médicale, et en premier lieu, contre la psychosomatique d'importation américaine »³⁴⁷. En pleine Guerre froide, l'ASD, issu des théories de Pavlov, va donc constituer un moyen d'affirmer la supériorité de la science soviétique sur la pseudoscience américaine.

³⁴³ *Revue de la Nouvelle Médecine*, Éditorial, n° 1, juin 1953, p. 3 et 4.

³⁴⁴ *Revue de la Nouvelle Médecine*, Éditorial, n° 1, juin 1953, p. 5.

³⁴⁵ *Revue de la Nouvelle Médecine*, Éditorial, n° 1, juin 1953, p. 5.

³⁴⁶ *Revue de la Nouvelle Médecine*, Éditorial, n° 1, juin 1953, p. 6. La guerre de Corée se termine officiellement le 27 juillet 1953. Elle donne lieu en France à une campagne de propagande communiste dénonçant l'utilisation de l'arme bactériologique par les Américains. Les médecins communistes français sont particulièrement actifs et accusent les États-Unis de semer la peste et d'autres bacilles en Corée du Nord, voir par exemple, l'article de Pierre Vellay, dans *La Nouvelle Critique*, "Il faut répondre à ces hommes", novembre 1952, p. 15 à 28.

³⁴⁷ *Revue de la Nouvelle Médecine*, Éditorial, n° 1, juin 1953, p. 6.

Ces médecins ne sont pas seulement des théoriciens. Ils veulent agir dans la cité pour lutter en faveur d'une plus grande justice sociale : « il est impossible au médecin de composer avec l'inégalité sociale devant la maladie ». Ils veulent avoir « une attitude combattante [...] pour la gratuité de la médecine, pour l'extension des organisations de médecine sociale et préventive, [...] pour le travail en équipe (en vue) de plus d'efficacité ». Tous ces projets s'opposent « aux conceptions réactionnaires des Conseils de l'Ordre des Médecins, qui prônent la lutte contre les réalisations sociales ». Pour ces médecins communistes, un seul axe : « les claires perspectives de Maurice Thorez, secrétaire général du Parti Communiste Français, donnant son approbation aux revendications élevées par les délégués de la CGT exigeant « la gratuité des frais médicaux et pharmaceutiques »³⁴⁸. Dans le domaine strictement politique, ils veulent lutter contre « le gouvernement et l'État capitalistes [...] (qui aspirent à mener) une politique de fascisation du régime ». Le rédacteur ne fait pas dans la nuance... Ils veulent, enfin, mener « le combat [...] (leur) contribution à l'avènement de ce monde meilleur, de ce « monde à l'endroit » que chantait le poète Paul Eluard, et qui sera celui de l'humanisme socialiste »³⁴⁹.

La *Revue de la Nouvelle Médecine* va donc défendre l'ASD sur les plans théorique et pratique. Elle publie dix-sept articles sur l'accouchement sans douleur entre juin 1953 et juin 1956, dont sept de Fernand Lamaze qui trouve ainsi une tribune privilégiée. En mai 1954, un numéro spécial est entièrement consacré à l'ASD après deux ans d'expérimentation en France. Cette revue sera toujours suspecte, aux yeux du monde médical, de propagande communiste, ce qui suffit à la disqualifier. Le risque pour ces médecins convaincus est donc de ne s'adresser qu'à des militants ou sympathisants communistes, ce qui limite leur influence et peut donc entraver celle de l'ASD. Cet engagement est à la fois une force, par l'unité idéologique et la rigueur de l'organisation qu'elles entraînent, et une faiblesse face à un milieu médical largement anticommuniste.

Le *Bulletin du Cercle Claude Bernard* est autre revue d'une vingtaine de pages, qui paraît de 1953 à 1955. Pendant ses deux années d'existence, elle garde un aspect modeste, artisanal, certains numéros n'ayant parfois pas de pagination. Comme son nom l'indique, elle est l'expression du Cercle Claude Bernard, créé par le P^r Étienne-Émile Baulieu. Il le baptise Claude Bernard qu'il admire en tant que scientifique fondateur de la méthode expérimentale, fondamentale pour toute la recherche médicale, et en tant que pédagogue, en particulier au Collège de France³⁵⁰. Cette association se veut laïque et

³⁴⁸ *Revue de la Nouvelle Médecine*, Éditorial, n° 1, juin 1953, p. 7 et 8. Il fait référence au discours tenu par Maurice Thorez au Vélodrome d'hiver à Paris le 27 octobre 1949.

³⁴⁹ *Revue de la Nouvelle Médecine*, Éditorial, n° 1, juin 1953, p. 8 et 9.

³⁵⁰ Pour le P^r Étienne-Émile Baulieu, la physiologie, fondée par Claude Bernard, est la science la plus importante pour la biologie et la médecine. Enfin, alors que Pasteur avait un côté bourgeois, Claude Bernard était resté malgré sa notoriété un anticonformiste. Étienne-Émile Baulieu, entretien du 11 juillet 2008.

rationaliste. Si le P^r Baulieu, président du Cercle, est un militant communiste, le Cercle est indépendant du PCF qui ne le finance pas mais représente une « main tendue »³⁵¹ aux médecins progressistes, communistes ou non, souvent chrétiens de gauche. Le PCF considère ce type de regroupement comme une des « organisations de masse » destinée à valoriser l'idéologie communiste. Étienne-Émile Baulieu affirme cependant qu'il ne s'agissait pas, dans son esprit, d'une simple « courroie de transmission » mais que les échanges et les influences étaient réciproques.

Le Cercle Claude Bernard a aussi pour objectif de rapprocher les étudiants en médecine et les praticiens. « Au service d'une médecine nouvelle », il « considère comme nécessaire l'apport des chercheurs et médecins hospitaliers avec celui des praticiens »³⁵². Cette volonté de rassembler des médecins universitaires, non universitaires et des étudiants est une démarche rare et proprement révolutionnaire dans le milieu médical. Le Cercle organise des conférences sur divers sujets : traitement de la tuberculose, préparation aux concours des Hôpitaux de Paris... Il programme ainsi, le 4 décembre 1952, un exposé de Fernand Lamaze sur l'ASD « tel qu'il en a été le témoin » lors de son voyage en URSS pendant l'été 1951, en présence de 700 médecins³⁵³. La présence d'un aussi nombreux public montre l'intérêt de la profession pour l'ASD et le rayonnement du Cercle Claude Bernard malgré ses faibles moyens. Un an plus tard, le D^r Lamaze fait une nouvelle conférence au Cercle, cette fois sur « l'expérience française de l'accouchement sans douleur », telle qu'elle se déroule aux Bluets. Cet exposé est suivi par celui d'autres médecins pratiquant l'ASD (sur les modalités pratiques etc.) et par un débat retranscrit dans la revue du Cercle³⁵⁴. Parmi les autres sujets abordés dans cette revue : « Les effets thermiques de l'explosion atomique »³⁵⁵, le compte rendu d'un ouvrage sur Lyssenko par S. Segal³⁵⁶, et un grand article sur « La santé des travailleurs nord-africains en France »³⁵⁷. Elle annonce aussi une série de cours sur « Les travaux de Pavlov » du 2 février au 13 avril 1954³⁵⁸. Si le choix d'articles sur Lyssenko et Pavlov reste dans l'orthodoxie communiste, celui sur l'immigration peut correspondre aux attentes de lecteurs non communistes.

Ces revues communistes ou proches du parti ont cependant un faible rayonnement. Leur parution est irrégulière, leurs moyens restreints, et leur influence limitée.

³⁵¹ Dans le comité de patronage de la revue se retrouvent des médecins communistes comme le P^r Desoille, le P^r Jeanne Levy et les D^r Le Guillant, et d'autres non communistes, comme Robert Debré et Fernand Lamaze.

³⁵² Bulletin du Cercle Claude Bernard, janvier 1952, n° 1, p. 3.

³⁵³ Bulletin du Cercle Claude Bernard, février 1954, n° 8, p. 2.

³⁵⁴ *Bulletin du Cercle Claude Bernard*, février 1954, n° 8, p. 2-12.

³⁵⁵ Bulletin du Cercle Claude Bernard, janvier 1952, n° 2, p. 7.

³⁵⁶ Bulletin du Cercle Claude Bernard, juin 1952, n° 5, p. 4.

³⁵⁷ *Bulletin du Cercle Claude Bernard*, février 1954, n° 8, p. 14-15.

³⁵⁸ Bulletin du Cercle Claude Bernard, février 1954, n° 8, p. 5.

Les médecins participent au même titre que tous les communistes à la lutte idéologique pendant la Guerre froide. En tant que médecins, l'affaire du « complot des blouses blanches » en URSS, qui éclate le 13 janvier 1953 dans la *Pravda*, leur donne l'occasion de s'exprimer publiquement. Cette prise de position, en soutien à Staline, est renforcée par leur fonction : des médecins jugent d'autres médecins. Le 27 janvier 1953, paraît donc dans *L'Humanité* une « Déclaration de médecins parisiens » : « Un groupe de médecins terroristes vient d'être découvert en Union Soviétique ; ils ont attenté à la vie des dirigeants de l'URSS; ils ont été démasqués comme des agents des services de renseignements américains [...] Les médecins français estiment qu'un très grand service a été rendu à la cause de la paix par la mise hors d'état de nuire de ce groupe de criminels ». Ce texte est signé par une dizaine de médecins: Yves Cachin, Henri Chrétien, Jean Dalsace, Hector Descomps, Pierre Frumusan, Paul Hertzog³⁵⁹, H.P. Klotz, Victor Lafitte³⁶⁰, Jeanne Lévy, Raymond Leibovici³⁶¹. Par ce texte, ces médecins français semblent plus prouver leur fidélité au parti que leur conviction d'un complot de médecins soviétiques, juifs pour la plupart. Jean Dalsace explique son geste en 1964 en invoquant « une vieille habitude d'obéissance aux directives du Parti »³⁶².

Après la mort de Staline, quand les médecins accusés sont innocentés le 3 avril 1953, une lettre aux lecteurs de *La Revue de la Nouvelle Médecine*, en juin 1953, revient sur cette affaire. Elle rappelle qu'un « groupe de dix médecins parisiens jugea nécessaire de publier une déclaration dans laquelle ces médecins exprimaient leur confiance dans le pouvoir et dans la justice soviétique et manifestaient leur mépris pour les campagnes réactionnaires osant accuser l'Union Soviétique d'antisémitisme et d'arbitraire ». Cette prise publique de position vaut à ces médecins d'être présentés « dans le corps médical (par) des esprits de mauvaise foi [...] comme des robots soumis à l'obéissance passive ». Le rédacteur de cette lettre, signée Y. C. soit Yves Cachin, ne reconnaît nullement leur erreur. Pour lui, « la réhabilitation des médecins par le gouvernement soviétique » est la preuve que « celui-ci (le gouvernement soviétique) ignorait la Raison d'État et avait le seul souci de la justice et de la vérité ». Il concède cependant que cette affaire et son dénouement positif posent le problème de « l'attachement inconditionnel à l'union Soviétique » et nécessitent « des éclaircissements, une explication approfondie »³⁶³.

³⁵⁹ Ce chirurgien est l'époux de Marcelle Hertzog-Cachin, fille de Marcel Cachin.

³⁶⁰ Le D^r Victor Lafitte travaille à la clinique des Bluets où il représente l'orthodoxie communiste et pavlovienne. En conflit avec Fernand Lamaze, il doit quitter les Bluets en 1953.

³⁶¹ Raymond Leibovici est un résistant communiste très connu, décédé en 1982. Selon Dominique Beurrier, *Contribution à l'étude de la presse médicale clandestine française pendant la seconde Guerre mondiale*, thèse de médecine, Paris VI Pitié Salpêtrière, 1994, p. 23.

³⁶² Selon le *Dictionnaire du mouvement ouvrier français (1914-1939)*, dans la notice qui lui est consacrée.

³⁶³ *Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 1, juin 1953, p. 113-114.

Yves Cachin revient sur cette affaire en novembre 1953 toujours dans la *Revue de la Nouvelle Médecine*³⁶⁴. Il commence par tracer le portrait idéal du médecin communiste, « soucieux de rester sur le terrain solide des faits, fidèle à un système de pensée et à une morale de l'action dont l'inspiration est proprement le fait de l'esprit scientifique ». Il réaffirme sa foi dans un système soviétique qui sait revenir sur ses erreurs premières alors que « nombre de médecins (français), fort éloignés du communisme par ailleurs, convinrent qu'il eût été impossible à un état capitaliste de prendre de telles décisions (de réhabilitation), si contraire à la Raison d'État telle qu'on l'entend et qu'on la pratique dans notre régime ». Cette réhabilitation est donc « la vérification dans les faits du caractère supérieur de la société socialiste »³⁶⁵. Il affirme ensuite que les anticommunistes « se trompent lourdement s'ils pensent que la réhabilitation des médecins soviétiques a jeté le trouble chez les médecins communistes [...] qui ont eu raison de faire confiance à l'État soviétique. [...] Les professionnels de l'antisoviétisme, plus spécialement dans le corps médical, [...] (ont envoyé) à tous les médecins de France des tracts (qui) nient la possibilité de tels crimes et tentent de présenter ces arrestations comme un signe d'antisémitisme » ont échoué à ébranler les convictions des médecins (communistes) français³⁶⁶. Ceux-ci continuent à constater « que l'Union Soviétique (leur) montre la voie et propose des solutions valables tant en ce qui concerne la pratique médicale que l'essor de la science médicale ». Pour preuve, « il n'est que de voir l'extraordinaire essor de l'école pavlovienne pour en juger »³⁶⁷.

Les affirmations d'Yves Cachin ne résistent cependant pas à la consultation des archives. Dans le fonds Thorez-Vermeersch³⁶⁸ aux Archives nationales, une lettre du D^r Dalsace datée du 22 juin 1956 conteste l'innocuité de la prise de position publique du PCF et des médecins communistes en faveur de Staline dans cette affaire. Jean Dalsace écrit : « Cette union (de l'ensemble des médecins français) a été rompue une première fois à l'occasion du « complot des médecins soviétiques. Quelques médecins communistes, dont je fais partie, ont été entraînés à écrire, ou à signer, une certaine lettre publiée dans *L'Humanité*. Cette lettre [...] marquait notre attachement inconditionnel à la politique menée par Staline, cette lettre a créé une véritable scission parmi les médecins »³⁶⁹. Le milieu médical semble, selon Dalsace, avoir été particulièrement secoué par cet exemple de soutien inconditionnel à Staline de

³⁶⁴ Yves Cachin, "Le monde à l'endroit", *Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 2, novembre 1953, p. 67-73.

³⁶⁵ Yves Cachin, *article cité*, 1953, p. 70-71.

³⁶⁶ Yves Cachin, *article cité*, 1953, p. 68.

³⁶⁷ Yves Cachin, *article cité*, 1953, p. 72.

³⁶⁸ Je tiens ici à remercier Annette Wiewiorka pour ses renseignements quant à la localisation des archives Thorez-Vermeersch.

³⁶⁹ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre du D^r Dalsace », 22 juin 1956, p. 4.

la part des médecins communistes français. L'issue du « complot des blouses blanches » ne peut que renforcer la méfiance particulière d'un corps médical déjà réticent à l'idéologie communiste.

B L'ASD, un enjeu idéologique de la Guerre froide

L'accouchement sans douleur, tel qu'il va être appliqué en France à partir de 1952 par Fernand Lamaze, est une méthode créée en URSS en application des théories de Pavlov, prix Nobel de médecine en 1904. Cette caractéristique fait de l'ASD un enjeu de la Guerre froide : défendre et propager l'ASD devient un acte militant pour les médecins communistes et le PCF tout entier.

Pour les partisans de l'ASD, l'URSS est le paradis de l'ASD, le pays idéal, qui a fait de l'accouchement sans douleur une cause nationale, un « problème d'État »³⁷⁰. En 1953, Lamaze déclare dans *L'Humanité* du 28 août : « L'accouchement sans douleur est un don magnifique fait par l'Union Soviétique à l'humanité tout entière »³⁷¹. L'État soviétique met en effet des moyens extraordinaires au service de cette cause. Dans le domaine de la recherche, en particulier, « l'attention accordée par l'État à la science soviétique a largement favorisé les travaux de Pavlov », comme en témoignent les conditions matérielles de la station biologique de Koltouchi, « construite à son usage » par un décret de Lénine lui-même³⁷².

Sur le plan des réalisations concrètes, Lamaze signale en 1952, dans son premier article en France sur l'ASD, que « le climat social de l'Union Soviétique, la gratuité des soins, le nombre considérable des médecins et du personnel hospitalier »³⁷³ favorisent l'accouchement sans douleur. Les D^r Lamaze et Vellay, en 1952, décrivent « le luxe du personnel médical (actuellement, plus de 250 000 médecins contre 25 000 à l'époque tsariste) qui, en Union Soviétique, permet à chaque femme en travail d'avoir en permanence, auprès de son lit, un médecin-accoucheur, une sage-femme, une infirmière qualifiée ; les vastes locaux qui sont la règle dans les maternités soviétiques - tout cela soulignait nos insuffisances »³⁷⁴. Ainsi, grâce à l'importance accordée aux problèmes de la santé en URSS la médecine soviétique peut jouir de généreux financements et d'un personnel médical nombreux. La seule Maternité de Moscou compterait 600 membres du personnel (médecins, psychothérapeutes, infirmières, sages-femmes, monitrices) pour 300 accouchements par an³⁷⁵. Des chiffres aussi importants sont cités pour d'autres Maternités de Moscou: la Maternité Clara Zetkin, par exemple, avec 247

³⁷⁰ Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 21.

³⁷¹ Cité par Léon Chertok, "Déclin de l'ASD?", *Le Concours médical*, 25-6-1966, p. 4628.

³⁷² Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 21.

³⁷³ Fernand Lamaze, "L'ASD", *Défense de la Paix*, n° 9, février 1952, p. 51. Cette revue a pour directeur Pierre Cot, compagnon de route du PCF.

³⁷⁴ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 14446 et 1460.

³⁷⁵ Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 21.

personnes spécialisées (dont 32 médecins) pour 150 lits³⁷⁶. Les grandes villes ne sont pas les seules concernées: « le kolkhoze Marx en Géorgie qui compte 1 500 habitants a un hôpital de 100 lits avec 94 personnes spécialisées dont 26 médecins. La maternité a 10 lits; le travail y est fait par 3 médecins-accoucheurs, 3 sages-femmes et 4 infirmières »³⁷⁷. Ces chiffres extraordinaires sont rapportés sans être mis en doute par ces médecins.

Dans ces conditions idéales, l'URSS est le seul pays au monde où cette méthode a été largement diffusée³⁷⁸. Fernand Lamaze en est persuadé en 1952: « L'Union Soviétique paraît bien être, actuellement, le seul pays du monde où, grâce à un climat social particulier, une méthode comportant de tels bienfaits ait pu être généralisée et appliquée sur l'ensemble d'un territoire qui compte plus de 200 millions d'habitants »³⁷⁹. En 1953, 300 000 femmes auraient accouché sans douleur dans la RSS de Russie. L'ASD concernerait 17,7 % des femmes dans les villes en 1949 et 55,6 % en 1954; dans les campagnes, il s'agirait de 3,6 % des femmes en 1949 et de 36,7 % en 1954³⁸⁰. Mais certains médecins font part de leurs doutes. En 1961, le P^r Mahon écrit, dans un article sur l'ASD destiné aux sages-femmes : « Malcovati qui, dans sa maternité de Milan, atteint 25 %³⁸¹, a rapporté au dernier congrès de psychoprophylaxie que Nicolaïev, en visite chez lui, lui avait dit qu'on ne faisait pas mieux dans les maternités soviétiques »³⁸². Cette remarque, rapportant les paroles du grand médecin italien pionnier de l'ASD, contraste avec les chiffres officiels soviétiques cités dans les revues médicales françaises. L'excellence du système de santé soviétique ne s'arrête pas au sortir de la maternité, selon ces médecins enthousiastes, car il existe en URSS « une protection particulière accordée par le régime soviétique à la femme et à l'enfant »³⁸³.

L'ASD est ainsi intrinsèquement lié à la supériorité idéologique du communisme. Pour le P^r Velvovski, dans un article de la revue *Défense de la Paix* en février 1952: « Leur suppression généralisée (des douleurs de l'accouchement) ne peut intervenir que dans un pays où les préoccupations sociales et non l'intérêt égoïste sont l'élément moteur. C'est possible là où la femme possède des droits égaux à ceux de l'homme et là où elle bénéficie de la sollicitude et du respect de l'État et de la société »³⁸⁴. Il ajoute : « C'est

³⁷⁶ Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 217.

³⁷⁷ Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 217.

³⁷⁸ La technique de l'ASD est aussi appliquée en Chine communiste à partir de juin 1952 : F. Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-1954, t.138, n° 3, p. 52.

³⁷⁹ Fernand Lamaze, "L'ASD", *Défense de la Paix*, n° 9, février 1952, p. 51.

³⁸⁰ Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 22. Léon Chertok, *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur (Histoire, théorie, pratique)*, Paris, L'Expansion Scientifique Française, 1957, p. 161.

³⁸¹ De femmes accouchant avec la méthode de l'ASD.

³⁸² R. Mahon, *article cité*, 1961, p. 221.

³⁸³ Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 218.

³⁸⁴ I.Z. Velvovski, « Pour une maternité heureuse », *Défense de la Paix*, février 1952, p. 57.

possible dans une société où règnent non les idées d'anéantissement de l'humanité mais les principes humanitaires où l'on respecte la personne humaine. C'est possible là où l'idéal de la société est la paix et la civilisation et non la guerre et la destruction [...] C'est possible là où la science sert l'homme et non l'obscurantisme et la destruction »³⁸⁵. L'ASD permet aux communistes d'opposer le modèle soviétique au modèle impérialiste des États-Unis. Pour le P^r Velvovski, l'URSS a bâti une société « où règnent non les idées d'anéantissement de l'humanité mais des principes humanitaires, où l'on respecte la personne humaine [...] Où l'idéal [...] est la paix et la civilisation et non la guerre »³⁸⁶. L'ASD est ainsi recadré dans son contexte idéologique et sert le communisme.

En conséquence, l'ASD sert à redorer le blason de la science soviétique, récemment mise à mal aux yeux des occidentaux par l'affaire Lyssenko. À partir de 1947-1948, les intellectuels et les médecins communistes sont en effet mis à contribution pour défendre la science soviétique à travers les théories de Lyssenko³⁸⁷. Or l'ASD peut constituer la preuve expérimentale que Lyssenko a raison. La théorie de Pavlov, comme celle de Lyssenko, promet que le monde peut changer, en mieux. Comme l'explique lumineusement Aragon, pour Lyssenko et désormais toute la science soviétique : « Les caractères héréditaires sont modifiables sous l'influence des modifications du milieu, et cela dès la première génération [...] Les caractères acquis par des individus sont transmissibles et fixables, pour la création de nouvelles espèces »³⁸⁸. Pour les partisans de l'ASD, un nouveau type de femme, libérée des traditions doloristes, peut naître grâce à la science soviétique³⁸⁹. Les communistes français, qui doivent affronter les critiques des occidentaux au sujet de Lyssenko, traité de charlatan, sont donc confortés, grâce à l'ASD, dans leur confiance en la science soviétique.

Parmi les scientifiques communistes, peu de voix s'élèvent contre les théories de Lyssenko à l'exception du P^r Jacques Monod³⁹⁰. Selon Jacques

³⁸⁵ I.Z. Velvovski, *article cité*, 1952, p. 57.

³⁸⁶ Velvovski, *article cité*, 1952, p. 57.

³⁸⁷ Lyssenko, « généticien soviétique », qui « en prouvant » l'hérédité des caractères acquis et l'influence du milieu sur le matériel génétique héréditaire, « allait exactement dans le sens de la dialectique matérialiste » selon Jacques Monod, *préface citée*, 1971, p. 10.

³⁸⁸ Louis Aragon, *article cité*, 1948, p. 5.

³⁸⁹ Les conséquences en sont parfois étonnantes : en 1955, le D^r Pierre Perriguet, de Strasbourg note que « sur 11 femmes présumées membres ou sympathisantes du parti communiste, aucune ne se trouve dans les échecs [...] Six figurent dans le lot excellent. Sans vouloir tirer d'un nombre aussi petit de cas des conclusions très audacieuses, il nous semble qu'il faut voir là le rôle primordial de la foi ; la discipline philosophique a certainement joué chez ces femmes vis-à-vis d'une méthode dont l'origine soviétique ne leur était certes pas inconnue »³⁸⁹.

³⁹⁰ Résistant, généticien, prix Nobel en 1965, Jacques Monod (1910-1976) le rappelle dans sa préface en 1971, à l'ouvrage de Jaurès Medvedev sur *Grandeur et chute de Lyssenko*. Jaurès Medvedev a été arrêté et interné en hôpital psychiatrique à cause de cet ouvrage

Monod, les scientifiques communistes sont « entièrement sincères, intimement convaincus », en apparence tout au moins³⁹¹. « Ces malheureux se trouvaient devant le dilemme suivant. S'ils acceptaient, si seulement ils examinaient sérieusement les pensées qu'à la lecture des textes lyssenkistes leur dictaient la logique, la raison et toute leur culture scientifique, l'effrayante conclusion s'imposait que les partis communistes, leurs chefs et Staline en personne s'étaient laissé duper grossièrement par un charlatan. Mais si le Parti était capable de faire une erreur aussi monumentale où, quand, dans quelles circonstances retrouver la confiance totale, la certitude sans ombre et sans faille, clef de voûte d'une entière et permanente adhésion? Pensée destructrice, insupportable qu'il fallait à tout prix exorciser, fût-ce de la suprême humiliation: se mentir à soi-même »³⁹². Peut-on étendre ce raisonnement aux fondements scientifiques de l'ASD affirmés par la science soviétique?

A partir de 1952, la promotion de l'ASD permet de nouveau d'exalter la science soviétique, science réputée « prolétarienne » en opposition avec la science « bourgeoise ». Cette distinction des deux sciences est une construction théorique exprimée dès le 28 février 1948 par Laurent Casanova, salle Wagram à Paris, sur « La responsabilité de l'intellectuel communiste »³⁹³. Cet outil théorique devient un argument de Guerre Froide. Il est réutilisé à partir de 1952 en faveur de l'ASD, en particulier dans les revues marxistes destinées aux intellectuels. Dans *La Nouvelle Critique*, en 1950, Marcel Prenant affirme : « Aujourd'hui, deux pratiques s'affrontent: la pratique bourgeoise dirigée par la recherche du profit capitaliste maximum (y compris par la pratique guerrière) et la pratique prolétarienne (socialiste) orientée vers la libération du prolétariat, et

qui ne put paraître en URSS. Il ne sera libéré qu'à la suite des protestations des dissidents soviétiques, au premier rang desquels Soljenitsyne et Sakharov, in Denis Buican, *L'éternel retour de Lyssenko*, Paris, Éditions Copernic, 1978, p. 173.

³⁹¹ Marcel Prenant, résistant, déporté, professeur d'anatomie et d'histologie comparée à la Faculté des Sciences de Paris, membre du comité central du PCF, est l'un de ces biologistes qui vont être amenés à soutenir Lyssenko en France, malgré ses réticences de scientifique. En 1948, il se « voit contraint de transiger », d'après ses mémoires, et affirme que les techniques, issues des méthodes de Lyssenko, fonctionnent très bien en URSS. Il dénonce l'incapacité de la science occidentale à comprendre ses résultats et à les reproduire. Cependant, après un voyage en URSS qui ne le convainc pas, Marcel Prenant est finalement sanctionné par le PCF pour ses réticences et mis en accusation lors du congrès du PCF en avril 1950. Il n'est pas exclu mais ne fait plus partie du Comité Central.

³⁹² Jacques Monod, préface à *Grandeur et chute de Lyssenko*, de Jaurès Medvedev, Gallimard, 1971, p. 9, 12, 13 et 14.

³⁹³ Laurent Casanova est cité dans J. et D. Kotek, *opus cité*, p. 152. Il reprend la formulation même de Lyssenko dans un article du 18 octobre 1947 de la *Literatournia Gazeta*, cité dans la revue *Europe*, un an plus tard en octobre 1948, n° 33-34 p. 26.

au delà, de la société toute entière. »³⁹⁴. Par cette rhétorique, les intellectuels communistes français reprennent celle de Jdanov, l'idéologue de Staline³⁹⁵.

Pour Étienne-Émile Baulieu, l'ASD est une « science, de la science d'avant-garde, de la science du peuple, de la science de l'humanisme du XXe siècle, celle des constructeurs du communisme »³⁹⁶. Un peu plus loin, dans son enthousiasme, il cite Staline pour qui la science d'avant-garde « sait créer de nouvelles traditions, de nouvelles normes, de nouvelles conceptions ». Le sentiment d'être à l'avant-garde apparaît totalement exaltant pour ces médecins communistes. Étienne-Émile Baulieu ne s'en tient d'ailleurs pas là: « Les déserts deviennent vergers au pays de Staline et la prophétie « tu enfanteras dans la douleur » a fait son temps »³⁹⁷. En 1954, Colette Jeanson prédit, elle aussi, l'avènement d'un homme nouveau, « l'homme total », qui « pressé de tous côtés par son milieu, mais pesant sur celui-ci, peut se ressaisir –lui et son milieu–, se transformer en le transformant »³⁹⁸.

Or les travaux de Pavlov sont aux fondements de l'ASD. Fernand Lamaze et Pierre Vellay rendent hommage en décembre 1952 à la « physiologie matérialiste pavlovienne ». Celle-ci est à l'origine d'une « méthode précise, rationnelle, sans dangers, qui a pu être répandue et appliquée systématiquement dans toute l'Union Soviétique »³⁹⁹. Dans un ouvrage collectif publié en 1957, Étienne-Émile Baulieu écrit : « L'étude de l'œuvre de Pavlov nous fait, avec lui, rêver avec enthousiasme à l'horizon qui s'ouvre devant notre science, et à son influence de plus en plus profonde sur la nature et le destin de l'humanité »⁴⁰⁰. Or « le pavlovisme est inséparable du marxisme »⁴⁰¹ qui

³⁹⁴ Marcel Prenant, "Sur le débat des deux biologies", *La Nouvelle Critique*, 1950, juillet-août, p. 48. Seul biologiste au sein du comité central du PCF, Marcel Prenant (1896-1983), résistant, dirigeant FTP et déporté, est exclu de cette instance en avril 1950, à cause, semble-t-il de son soutien trop tiède à la ligne du PCF à propos de la science. Selon Stéphane Tirard, "Pour Prenant, la raison scientifique l'a emporté sur ses convictions politiques", in *Historiens et Géographes*, article cité, 1997, p. 104.

Marcel Prenant ne s'éloigne cependant du PCF qu'en 1959. Il demande d'ailleurs, en vain, sa réintégration en 1966: d'après l'ouvrage de Bernard Legendre, *Le stalinisme français. Qui a dit quoi? (1944-1956)*, Paris: Le Seuil, 1980, p. 171.

³⁹⁵ Notamment à celui des sciences physiques, ce qui amène les soviétiques à proscrire en URSS la théorie de la relativité d'Einstein, considérée comme science bourgeoise. Cette remarque est tirée de l'article de Stéphane Tirard, "Les biologistes français et l'affaire Lyssenko", *Historiens et Géographes*, n° 358, juillet-août 1997, p. 97.

³⁹⁶ Étienne-Émile Baulieu, « Les bases de l'ASD », *La Nouvelle Critique*, février 1953, n° 43, p. 139.

³⁹⁷ Étienne-Émile Baulieu, "Les bases de l'ASD", *La Nouvelle Critique*, février 1953, n° 43, p. 139.

³⁹⁸ Colette Jeanson, *op. cité*, 1954, p. 181-182.

³⁹⁹ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1445.

⁴⁰⁰ R. Angelergues, Étienne-Émile Baulieu, J. Lafitte, Levy et Roelens, *opus cité*, 1957, p. 105.

⁴⁰¹ R. Angelergues, "Naissance et disparition de la douleur", *La Pensée*, mars-avril 1955, p. 63.

analyse les faits, ici la douleur de l'accouchement, à la lumière du type de société qui les produit. « Comment serait-il possible d'envisager l'étude de la physiologie humaine en ignorant la réalité des phénomènes sociaux, alors que ce sont ces phénomènes qui agissent directement sur l'activité nerveuse? » s'exclame le D^r René Angelergues. Un médecin communiste a pour mission, politique, de propager l'ASD car « la douleur de l'accouchement est un exemple caractéristique du reflet dans l'activité nerveuse supérieure d'une idéologie sociale. Nous remportons aujourd'hui des victoires individuelles en transformant l'une après l'autre l'activité nerveuse de chaque femme. Nous aurons remporté la victoire définitive quand l'idéologie sociale elle-même aura été transformée »⁴⁰². Le devoir exaltant de ces médecins est de contribuer « à la réalisation de cette œuvre grandiose: l'humanisme socialiste »⁴⁰³, à l'imitation de ce qui se passe en URSS.

Dans l'entretien qu'il m'a accordé en juillet 2008, le P^r Étienne-Émile Baulieu est revenu sur cette période. Pour lui, Pavlov est un vrai scientifique même s'il lui a fallu faire, à l'époque, « une gymnastique intellectuelle pour raccorder le pavlovisme à l'ASD ». Pavlov représente le savant parfait : un vrai scientifique, appliquant une méthode expérimentale (comme Claude Bernard) et un humaniste travaillant pour le bien des hommes. Le P^r Baulieu a d'ailleurs lui-même toujours affirmé que ce type de recherche était son idéal. Il reconnaît aujourd'hui avoir fait preuve, dans ces publications, de « naïveté idéologique » car écrire ces articles était une façon de soutenir le communisme et de participer au débat politique. Étienne-Émile Baulieu quitte le PCF à la fin de 1956, après l'intervention soviétique en Hongrie⁴⁰⁴.

Si l'ASD est partie prenante de ces débats sur la science soviétique, les adversaires de l'ASD font rarement allusion à l'origine idéologique de l'accouchement sans douleur. Peu de commentaires anticommunistes dénoncent, par exemple, une fausse science, une supercherie, destinée à auréoler de gloire la science soviétique⁴⁰⁵. Comment l'expliquer ? La première raison concerne la nature même des publications médicales: elles se veulent scientifiques et strictement scientifiques; l'idéologie n'est pas leur domaine. L'arrière-plan politique existe mais il reste implicite. La seconde raison concerne la position dominante du communisme dans le paysage intellectuel français : attaquer frontalement les partisans de l'ASD en dénonçant leurs soutiens politiques, c'est prendre le risque d'être taxé d'anticommunisme primaire. Selon Arthur Kriegel,

⁴⁰² R. Angelergues, *article cité*, mars-avril 1955, p. 65.

⁴⁰³ R. Angelergues, *article cité*, mars-avril 1955, p. 65.

⁴⁰⁴ Toutes ces remarques sont tirées d'un entretien avec le professeur Baulieu, qui a eu lieu le 11 juillet 2008.

⁴⁰⁵ Témoignage de François Leguay, directeur de la Maternité des Bluets jusqu'en 1957, lors de l'émission de radio *La Fabrique de l'Histoire*, France Culture, le 22-12-03, rediffusée le 18-1-04.

les communistes font preuve à cette époque de « terrorisme intellectuel » et nul ne peut les attaquer sur ce terrain⁴⁰⁶.

L'enjeu pour le PCF va donc bien au delà de la lutte contre la douleur de l'accouchement. Mais le milieu médical reste en retrait de cette confrontation, malgré la volonté du parti communiste d'y impliquer ses intellectuels, ses médecins. Mais, où est donc la place des femmes qui accouchent? Ne représentent-elles qu'un des moyens de faire triompher le communisme, sont-elles instrumentalisées au service d'une cause, celle de l'idéologie marxiste ?

C Les communistes pour l'ASD et l'affaire Lamaze

Le PCF mobilise ses médecins et ses organisations de masse pour promouvoir l'ASD. La CGT joue un rôle central dans l'expérimentation de l'ASD en France par Fernand Lamaze à la clinique des Bluets.

Les médecins communistes sont les premiers à être mis à contribution et servent de relais même quand ils n'exercent pas ou ne sont pas spécialisés en gynécologie obstétrique. Dans la région lilloise le D^r Simonot, résistant, déporté, communiste, membre du conseil municipal de Lille, sert d'intermédiaire pour implanter l'ASD dans le Nord de la France. Contacté par le parti, il propose en réunion de cellule une formation aux Bluets pour une sage-femme, Madame Paule Le Masson, épouse d'un journaliste à *Nord Matin* militant dans la même cellule. Paule Le Masson se forme donc aux Bluets. Elle-même n'est pas communiste (elle a appris son métier au début de la seconde Guerre mondiale à l'école de sages-femmes catholique de Lille) mais elle joue un rôle actif dans l'application de l'ASD dans la région grâce à son mari inscrit au PCF⁴⁰⁷.

Les médecins, favorables à l'ASD, communistes ou non, travaillent en liaison étroite avec les organisations d'obéissance communiste. Le D^r Ploquin par exemple, qui exerce en milieu rural dans la Creuse, à Châteauroux, remercie publiquement l'UFF en 1975. Selon lui, l'UFF a « le mérite d'avoir été la première (organisation) à faire connaître l'immense intérêt pour les femmes d'une préparation à la fois individuelle et sociale, et d'avoir analysé les raisons qui faisait rentrer cette méthode dans le cadre d'une nouvelle éthique de la femme ». L'ASD permettrait en effet de « se réaliser dans la maternité en maîtrisant parfaitement et son corps et ses pensées. [...] Les membres de cette organisation féminine ont intégré (cette nouvelle éthique) dans un contexte dialectique matérialiste particulier »⁴⁰⁸.

⁴⁰⁶ Entretien du 12 décembre 2002. D'après Stéphane Tirard, *article cité*, 1997, p. 101: « Face à toute dénonciation du totalitarisme, (le scientifique communiste) renvoie aux atteintes à la liberté de pensée imposées, aux États-Unis, par les anti-évolutionnistes ».

⁴⁰⁷ Entretien avec Madame Paule Le Masson, le 5 mai 2004.

⁴⁰⁸ Max Ploquin, "Plaidoyer pour une parfaite réalisation de l'accouchement réellement sans douleur par la méthode psycho-prophylactique en milieu hospitalier", *BOSFPPO*, n° spécial, 1975, p. 1.

L'UFF, Union des femmes Françaises, organisation de masse du parti, est également logiquement au premier rang des partisans de l'ASD. Elle compte 626 000 adhérentes en 1945, puis ce chiffre descend officiellement à 200 000 en 1950 et à 100 000 en 1964⁴⁰⁹. Elle publie en 1955 une brochure⁴¹⁰ pour faire connaître l'ASD aux femmes et les inciter à faire pression pour la généralisation de la méthode dans toute la France. La commission nationale de l'enfance et des activités sociales de l'UFF est en charge de cette publication. Une sous-commission réservée à l'ASD est aussi créée, ce qui montre l'importance accordée à l'accouchement sans douleur à l'UFF.

Dans cette brochure, l'UFF rend d'emblée hommage à la CGT : « L'UFF est reconnaissante à la grande organisation des travailleurs, la CGT, d'avoir donné aux médecins de la Polyclinique-Maternité des Métallurgistes à Paris, la possibilité de faire en France les premières expériences de cette méthode »⁴¹¹. Après une préface de Fernand Lamaze est racontée, sous la forme de feuilleton sentimental, l'histoire merveilleuse d'Arlette et de Pierre qui attendent leur premier enfant et vont pouvoir bénéficier de l'ASD. Cette romance sert de support pour donner des informations précises sur le déroulement de l'accouchement avec de nombreux schémas. Elle est suivie de témoignages relevés dans la presse, puis d'un texte du D^r Annie Rolland sur la possibilité de pratiquer l'ASD partout, même à la campagne. Colette Jeanson, dans l'article final, compare la méthode soviétique à celle de Read, en faveur bien sûr de l'ASD. Elle apporte une caution intellectuelle avec un article savant et conclut de façon rassurante: « Mais d'autres (que Read), en niant réellement la douleur, ont trouvé la véritable voie »⁴¹², c'est-à-dire l'ASD. Cette brochure est donc complète et attrayante mais aussi informative et précise. Elle est convaincante et à la portée de toute lectrice. L'ouvrage se termine par un appel à militer en faveur de l'ASD auprès de toutes les femmes et hommes de France: « L'(UFF) est, sans distinction d'opinion politique ou religieuse, aux côtés de tous ceux qui, avec confiance et hardiesse, travaillent à rendre plus belle la vie des hommes, à mettre au service du bonheur de l'humanité les découvertes de la Science »⁴¹³.

L'UFF consacre ainsi des moyens importants, financièrement et humainement, à la propagation de l'ASD. Car l'accouchement sans douleur constitue un objectif rassembleur qui permet de rallier à l'UFF, et au PCF, des non-communistes, selon le modèle bien rodé du Mouvement pour la Paix. L'ASD correspond aussi parfaitement au « maternalisme jamais démenti » de

⁴⁰⁹ Selon Sylvie Chaperon, *thèse citée*, 1996, p. 110 et 389.

⁴¹⁰ UFF, Comment vous préparez à accoucher sans douleur par la méthode psychoprophylactique., Brochure publiée par l'UFF, 1955.

⁴¹¹ UFF, *brochure citée*, 1955, p. 6.

⁴¹² UFF, *brochure citée*, 1955, p. 60.

⁴¹³ UFF, *brochure citée*, 1955, p. 6.

l'UFF⁴¹⁴, cette idéologie qui exalte la maternité et les valeurs qui y sont traditionnellement rattachées.

Pour propager cette méthode d'accouchement, la clinique des Bluets, à Paris, devient le lieu d'expérimentation et de réussite de l'ASD. Cette clinique ou policlinique est une création du syndicat des métallurgistes, la CGT-Métaux, et comprend une Maternité. Créée en novembre 1938⁴¹⁵ dans le XI^e arrondissement de Paris, elle constitue une « vitrine » de la CGT-Métaux et du PCF. Il s'agit bien d'une *policlinique* et non d'une *polyclinique*, car son nom est inspiré d'un modèle soviétique et la CGT tenait à marquer cette origine en respectant le « vocable » russe⁴¹⁶. Cet établissement est à l'origine un dispensaire ; il comprend, à partir de 1945, un service de chirurgie puis une Maternité de 42 lits, où peuvent se dérouler 140 accouchements par mois et 1 680 par an⁴¹⁷. La clinique des Bluets (dont le nom est parfois déformé en « Bleuets ») est « le symbole d'une contre-société ouvrière et communiste, la preuve qu'une autre société peut être fondée sur la solidarité »⁴¹⁸. La CGT peut financer l'ASD, qui exige un personnel nombreux, sans tenir compte des nécessités d'une quelconque rentabilité puisque la recherche du profit est étrangère à la philosophie de ce syndicat.

Le D^r Pierre Rouquès confie la direction de la Maternité à son ami Fernand Lamaze en 1947. Les patientes sont des femmes du quartier (le XI^e arrondissement de Paris), surtout des femmes militantes ou épouses de militants. La réputation de la Maternité⁴¹⁹ et de Fernand Lamaze vont attirer de plus en plus de candidates à l'ASD. Dans les archives de la CGT-Métaux, une lettre, adressée au « Camarade André Lunet, secrétaire général de l'USTM » (Union syndicale des Travailleurs de la Métallurgie, autre dénomination de la CGT-Métaux) en donne un exemple : « Mon cher André, notre ami Astoin serait très heureux que Madame Edith Guilmart, étudiante en lettres, puisse se faire inscrire à la clinique des Bluets en vue d'un accouchement vers le 10 décembre (1955) comme envisagé. Il m'a demandé d'insister tout particulièrement pour qu'on veuille bien les recevoir, elle et sa mère étant des éléments progressistes

⁴¹⁴ Selon l'analyse de Sylvie Chaperon, *thèse citée*, 1996, p. 413.

⁴¹⁵ Michel Dreyfus, *Une belle santé : la maternité de l'hôpital des Métallurgistes* Pierre Rouquès, Paris : Hôpital des Métallurgistes, 1997, p. 7-8 et 12.

⁴¹⁶ Selon les explications données par Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *article cité*, 2002, p. 48.

⁴¹⁷ D'après Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 28. En novembre 1997, en un peu plus de 50 ans, 75 000 naissances y ont eu lieu.

⁴¹⁸ D'après l'intervention de Marianne Caron-Leulliez lors du colloque de Châteauroux en septembre 2002.

⁴¹⁹ La clinique des Bluets existe toujours. Elle n'est plus située rue des Bluets dans le XI^e arrondissement de Paris mais rue Lasson dans le XII^e. Elle continue à pratiquer l'ASD dans une version actualisée et a fêté le cinquantième anniversaire de celui-ci par une exposition en 2002.

favorables aux idées de la classe ouvrière »⁴²⁰. Léon Mauvais, auteur de cette lettre, est membre du Comité Central du PCF (1950-1964) et de la Commission exécutive de la CGT (1953-1975). Nul doute que sa demande a été agréée !

Une note envoyée des Bluets à André Lunet, responsable de la CGT-Métaux, non signée et non daté mais rédigée avant mars 1957 et la mort de Fernand Lamaze, montre la volonté d'étendre la propagande autour de l'ASD au delà du milieu des militants communistes ou cégétistes. « Depuis quelques semaines il nous a semblé, aussi bien aux médecins de la polyclinique qu'à moi même, que le moment était venu d'élargir et d'organiser la campagne pour le développement de l'accouchement sans douleur en France, en s'appuyant en particulier sur les femmes ayant accouché dans douleur (sic). Les médecins accoucheurs, en particulier le D^r Lamaze, ont jusqu'à présent fait à travers la France de multiples conférences publiques pour exposer la méthode et ses avantages. [...] À plusieurs reprises ces derniers temps, des femmes ayant accouché sans douleur nous ont manifesté leur bonne volonté et leur désir d'être utiles pour le développement de la méthode ; certaines ont même proposé, ce qui est très touchant mais difficilement réalisable, de venir prendre des gardes pour aider d'autres femmes pendant leur accouchement. Pour toutes ces raisons, il nous a semblé nécessaire de grouper toutes les femmes ayant accouché sans douleur et autour d'elles, celles qui, sans avoir expérimenté la méthode, s'intéressent à la question. [...] Une telle action doit avoir un caractère très large. Je pense que les possibilités sont immenses d'associer à ce travail les femmes de toutes opinions. [...] L'ampleur du sujet, l'intérêt qu'il suscite dans tous les milieux nous avait amené à penser qu'il convenait de mettre sur pied pour cette action une organisation spécifique, comité pour le développement de l'ASD, association, mouvement... quelle que soit l'étiquette qu'on lui donne ». En effet, l'auteur de la lettre ne veut pas d'une action chapeauté par l'Union des Femmes Française car « beaucoup de femmes seraient d'accord pour agir mais seront très réticentes pour le faire sous la direction de l'Union des Femmes Françaises qui a une tendance politique à leurs yeux. Une organisation particulière pourrait regrouper toutes les femmes quelle que soit leur orientation politique. Elles pourraient aussi obtenir le concours d'organisations de femmes : femmes travailleuses syndiquées à la CGT et également, si le travail est bien fait, d'organisations de femmes catholiques, protestantes, associations familiales etc. [...] Les comités UFF seraient les premiers à y jouer un rôle actif et même prépondérant. [...] Beaucoup de médecins qui réalisent l'ASD après être venus en stage à la polyclinique sont au point de vue politique très éloignés de nous. Ils n'accepteront certainement pas de collaborer avec l'UFF alors qu'ils le feraient avec une organisation indépendante, même si l'UFF participe à celle-ci. J'ajouterais nos propres médecins, et en particulier le D^r Lamaze. [...] Un certain nombre de précédents existent déjà : mouvement de l'enfance [...] le mouvement de la Paix, [...] les comités contre la CED⁴²¹ parce que cette forme

⁴²⁰ Archives de la CGT-Métaux (USTM,), carton B, « Lettre à André Lunet », Léon Mauvais, 23 mai 1955.

⁴²¹ Ce qui permettrait de dater cette lettre de 1954.

d'organisation pouvait permettre à un plus grand nombre de personnes de participer à l'action. Je pense que l'ASD a suffisamment d'importance pour justifier un mode d'organisation comme celui-là ». Quel que soit l'auteur de cette note, il fait preuve d'une perception très nette de l'importance de l'ASD pour rassembler des femmes de tous horizons dans la mouvance communiste. Cependant aucune organisation de ce type n'est créée : occasion manquée ou refus de lutter sur un front secondaire ?

Logiquement, Fernand Lamaze met systématiquement en valeur l'action de la CGT sans que l'expérimentation de l'ASD aurait été impossible en France dans le secteur hospitalier public ou privé traditionnel. En mai 1955, il loue « l'appui confiant, résolu, prolongé, du syndicat des Métallurgistes de la Seine »⁴²².

Passées les premières années exaltantes, un conflit oppose la CGT-Métaux, gestionnaire des Bluets, et Fernand Lamaze dont la fonction est remise en cause en mars 1957. Cet affrontement, dont les sources gardent les traces écrites, se termine par la mort de Fernand Lamaze d'un arrêt cardiaque le 6 mars 1957, quelques heures après une confrontation particulièrement violente. Selon Pierre Vellay, ami et fidèle de Lamaze : « la situation à la polyclinique se dégrada de façon progressive dans les mois qui précédèrent la mort de M. Lamaze : l'accouchement sans douleur avait perdu de sa valeur aux yeux de l'administration et du syndicat de la métallurgie ; il devenait un poids lourd financièrement parlant. Des bruits circulaient, entretenus par certains, selon lesquels M. Lamaze vieillissait ; notre activité dans le privé était trop importante et nuisait au temps que nous pouvions consacrer au service. [...] (Lamaze) supportait fort mal toutes ces « magouilles ». [...] La réunion qui se tint la nuit à la polyclinique (le 5 mars 1957) où tout se passa en sous-entendus dura des heures. Nous savions, en sortant que nous étions condamnés. [...] Je raccompagnais M. Lamaze à son domicile : un homme abattu, ne comprenant pas que l'on se fût servi de lui. [...] Quelques heures plus tard, il mourut d'une crise cardiaque. Lorsque j'ai été interrogé après sa mort, j'ai dit ce que je pensais, mais je ne souhaitais pas la polémique »⁴²³.

Ce témoignage a posteriori révèle bien le choc causé à Fernand Lamaze par l'attitude de la CGT. Sa mort, quelques heures après, ne peut être dissociée de ce conflit. Pourtant, en 1957, les proches de Fernand Lamaze n'incriminent pas publiquement la CGT ni l'affrontement du 5 mars. Pierre Vellay affirme qu'en gardant le silence il ne voulait pas de « polémique ». S'agit-il d'une sorte de devoir de réserve pour ménager les relations avec la CGT et derrière elle le PCF, véritables promoteurs de l'ASD en France ? Pierre Vellay s'est toujours défendu d'avoir pris sa carte au PCF. Il se considère un compagnon de route⁴²⁴,

⁴²² Fernand Lamaze, « Les maternités soviétiques et l'accouchement sans douleur », *La Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 5, mai 1955, p. 62.

⁴²³ Pierre Vellay, *Un homme libre*, Paris, Grasset, 1985, p. 41-42.

⁴²⁴ Il semble cependant très proche des positions du PCF en cette période de Guerre froide. Il publie par exemple un article à propos de la guerre de Corée dans *La Nouvelle Critique* où

à même de garder un esprit critique et une liberté d'expression. Par contre, dans ses mémoires publiées en 1985, Pierre Vellay dénonce les responsabilités de la CGT.

Ce jugement concorde avec les textes rassemblés dans les archives du syndicat des Métaux. La CGT-Métaux et le PCF semblent en effet être très critiques vis-à-vis du D^r Lamaze . En 1953 déjà, celui-ci est soumis aux critiques d'un médecin communiste des Bluets, le D^r Victor Lafitte. Ce dernier, psychiatre, est-il un communiste simplement trop zélé ou bien joue-t-il le rôle de « l'œil du parti » ? Un texte dactylographié, signé par quatre médecins des Bluets, non daté, sans nom de destinataire (« Cher Camarade »), dénonce les manœuvres du D^r Victor Lafitte : « [...] Tu sais que, sous la direction du D^r Lamaze, que nous considérons, non seulement comme un homme d'une honnêteté et d'un dévouement rare, mais encore comme un communiste (à qui il ne manque que la carte), l'accouchement sans douleur est devenu une réalité. [...] Or, à plusieurs reprises, le camarade Lafitte a critiqué les méthodes employées et laisse entendre à la section du XI^e et à la Fédération qu'il existait de graves divergences entre les doctrines pavloviennes et les méthodes employées à la Maternité des Métallurgistes. [...] (Lors d'une réunion provoquée par la Fédération) après avoir, par quelques paroles flatteuses fait l'éloge du D^r Lamaze, le camarade Lafitte s'est lancé dans une critique tendancieuse du D^r Lamaze, ne citant que des textes incomplets et donnant ainsi aux responsables du Parti, non médecins, une idée fautive des conceptions du D^r Lamaze. [...] Son gros argument est le suivant : la technique utilisée à la polyclinique est mauvaise, car les Soviétiques ont décrit des techniques différentes. Cet argument nous paraît très spécieux. En tout état de cause, les faits sont là et nous devons les considérer en marxistes. [...] La position du camarade Lafitte nous paraît trop dogmatique. A priori ce n'est pas une faute envers le pavlovisme d'appliquer des techniques un peu différentes de celles des Soviétiques dans la forme, mais reposant sur les mêmes bases physiologiques car nous sommes dans des conditions économiques, sociales, politiques et ethniques différentes. Les résultats très favorables sont indiscutablement liés à l'application des théories pavloviennes. [...] Cette critique tardive et maladroite a créé des malaises à la polyclinique où le camarade Lafitte, connu pour ses responsabilités dans le Parti, risque de perdre la confiance de certains camarades. [...] Ses arguments tendancieux nous ont paru défendre un point de vue un peu trop personnel, tout en se réclamant des plus hautes nécessités politiques »⁴²⁵. Ce texte démontre l'importance théorique et politique de l'expérience des Bluets pour le PCF et la CGT. Il révèle également l'atmosphère des Bluets et le conflit qu'a dû affronter Fernand Lamaze, accusé

il accuse les troupes américaines de mener une guerre bactériologique. Il y parle de « témoignages aussi accablants qu'indiscutables », in Pierre Vellay, « Il faut répondre à ces hommes », *La Nouvelle Critique*, novembre 1952, p. 28.

⁴²⁵ Archives de la CGT-Métaux, carton B, « Lettre » signée des docteurs Darcour, Lefebvre, Bourgon et Devoret, non datée.

de défaut d'orthodoxie pavlovienne. Finalement, Victor Lafitte doit quitter la policlinique en 1953, où il est remplacé par le D^r Angelergues.

En 1957, un nouveau conflit éclate, à propos du déficit financier de la Maternité. Le bilan financier du Centre de santé des Métallurgistes, d'après une étude comptable non signée et sans date précise, chiffre ce déficit à 5 millions de francs en 1956 et prévoit 10 millions de pertes en 1958⁴²⁶. En effet, si la policlinique garde un bilan financier positif, la Maternité, où l'ASD demande un effectif élevé de personnel pour entourer correctement les patientes, coûte cher à la CGT et lui fait perdre de l'argent. Ce texte suggère des solutions. Il constate d'abord le coût important des salaires des médecins, en particulier celui de Fernand Lamaze, en regard d'une masse de travail qualifiée de « peu importante » : « Ils (les trois médecins de la Maternité, y compris Lamaze) effectuent la visite journalière et viennent pour tous les cas d'accouchements difficiles (forceps, par exemple). Ils font d'autre part, chacun, un cours par semaine dans le cadre de la préparation à l'accouchement sans douleur. Ils ne font aucun accouchement puisque ce sont les sages-femmes qui les font tous. [...] J'ai posé la question suivante : serait-il possible que deux médecins assurent la vie du service au lieu de trois ? Elle (la sage-femme) m'a répondu que cela ne faisait aucun doute étant donné que déjà depuis longtemps nous en faisons quotidiennement la démonstration. En effet, Monsieur Lamaze, pour diverses raisons qu'il n'est pas dans mon intention d'analyser, et surtout en fonction de son âge⁴²⁷, ne fait pratiquement plus grand-chose. Le travail est fait par les deux autres médecins. Il existe par conséquent une possibilité de faire une économie très importante sans qu'en aucun cas le nombre et la qualité des soins en soient affectés. Il reste évidemment à créer les « conditions » pour prendre de telles mesures et cela n'est guère facile. L'accouchement sans douleur est aussi une question « politique ». Le nom du D^r Lamaze y est présentement attaché et ceci à juste titre. [...] L'application de l'accouchement sans douleur est un travail d'équipe. [...] Les docteurs Lamaze, Vellay [...] ne peuvent nier avoir une activité importante comme travailleurs indépendants »⁴²⁸. Cet audit financier suggère le renvoi de Fernand Lamaze accusé de creuser le déficit de la Maternité en percevant un salaire non justifié par son activité.

Si le nom du D^r Lamaze est attaché à l'ASD, les Bluets peuvent cependant se passer de lui car : « Le rôle de la Maternité en 1957, c'est-à-dire au moment où l'ASD, selon la méthode psychoprophylactique, est devenu une réalité presque unanimement reconnue, où, pour l'ESSENTIEL, la bataille de l'ASD est gagnée. Il reste encore beaucoup à faire pour qu'elle [la méthode ?] soit complètement généralisée en France. Il reste beaucoup à faire pour que l'ASD

⁴²⁶ Archives de la CGT-Métaux, carton A, « Note sur la situation financière et les solutions à envisager », 1957, p. 1.

⁴²⁷ Fernand Lamaze est âgé de 66 ans.

⁴²⁸ Archives de la CGT-Métaux, carton A, « Note sur la situation financière et sur les solutions à envisager », 1957, p. 23-24, 26 et 31.

soit réalisé partout dans des conditions parfaites. [...] Est-ce que le rôle de la Maternité de Métallurgistes consiste à pallier toute seule à ces difficultés ? NON ! Le voudrions-nous que nous ne le pourrions pas. [...] Le rôle de la Maternité c'était de démontrer que la méthode d'accouchement sans douleur psychoprophylactique, découlant des travaux de Pavlov, enseignée et introduite en France par le D^r Lamaze est LA méthode d'accouchement sans douleur. Pour l'essentiel la Maternité a rempli son rôle »⁴²⁹. Même le prestige de Fernand Lamaze ne semble pas pouvoir le sauver, la CGT semblant vouloir tourner la page.

Fernand Lamaze est-il mis au courant ? Les archives de la CGT-Métaux possèdent une lettre de sa main, adressée le 2 mars 1957 à André Lunet, responsable de la CGT-Métaux, dans laquelle il écrit : « J'ai bien reçu votre lettre et serais très heureux de rencontrer Benoît Frachon⁴³⁰. [...] Je continue de m'étonner que des décisions graves, mettant en danger l'existence de la Maternité et celle de la Polyclinique, aient pu être prises par l'USTM⁴³¹, sans consultation médicale préalable. Je suis d'autre part fâcheusement impressionné par les bruits qui courent concernant le remplacement de Monsieur Legay comme directeur. En d'autres temps, j'avais été amené à donner ma démission ; je l'ai reprise dans l'intérêt de l'Accouchement Sans Douleur et du Centre de Santé Pierre Rouquès. L'œuvre que nous avons réalisée depuis 5 ans et qui a donné à la Maternité un prestige international étant mise en danger par les décisions de l'USTM, je ne pourrais rester à la tête de la Maternité, si de telles mesures n'étaient pas rapportées, mais je jugerais de mon devoir de donner publiquement les raisons de mon départ »⁴³². Fernand Lamaze se montre donc très combatif face aux premières mesures annoncées⁴³³. Visiblement il n'est pas au courant des projets de son licenciement personnel. Il use d'une tactique qui semble avoir déjà bien fonctionné (dans quelles circonstances et à quel propos ?) : la menace de sa démission et des explications publiques qui devraient l'accompagner.

Le 5 mars 1957 une réunion houleuse a lieu dans la soirée. Fernand Lamaze meurt quelques heures plus tard, le 6 mars. Le jour même Pierre Vellay, fidèle parmi les fidèles, envoie une lettre de la part de Madame Lamaze aux responsables de la Maternité : « Considérant que les événements de ces dernières semaines n'ont pas été sans influence sur sa mort tragique, elle vous prie de ne faire aucune manifestation et de la laisser entièrement à sa douleur »⁴³⁴.

⁴²⁹ Archives de la CGT-Métaux, carton A, « Note sur la situation financière et sur les solutions à envisager », 1957, p. 2.

⁴³⁰ Dirigeant de la CGT.

⁴³¹ C'est-à-dire la CGT-Métaux.

⁴³² Archives de la CGT-Métaux, carton A, « Lettre à André Lunet », 2 mars 1957.

⁴³³ Dont fait partie le licenciement de François Legay, qui sera effectif quelques semaines après la mort de Fernand Lamaze.

⁴³⁴ Archives de la CGT-Métaux, carton A, « Lettre de P. Vellay », 6 mars 1957.

La commission médicale de la polyclinique réagit le 8 mars 1957 : « La Commission médicale, unanime, bouleversée par les circonstances qui ont précédé la mort du D^f Lamaze, considère de son devoir de placer les dirigeants de l'UFSM devant leurs responsabilités. Il est en effet indiscutable, sur le plan médical, que l'épreuve extrêmement pénible qui a été imposée au D^f Lamaze au cours de ces dernières semaines, n'a pas été étrangère à sa mort prématurée. Physiquement épuisé par les luttes qu'il avait menées contre les ennemis traditionnels de la classe ouvrière, il n'a pu supporter les derniers coups portés par ceux qu'il avait considérés si longtemps comme ses amis. Il n'avait pas été plus convaincu que nous, lors de la réunion du 5/3/57, par les concessions purement verbales qui nous avaient été faites devant notre attitude résolue et unanime et devant nos arguments. [...] Ces attaques systématiques réalisent un véritable sabotage de cette œuvre sociale. [...] La commission médicale estime donc que l'on ne s'y prendrait pas autrement pour détruire cette Maison qui fait leur fierté »⁴³⁵. Visiblement les membres de la commission médicale ne sont pas au courant des projets de la direction de la CGT-Métaux du renvoi du D^f Lamaze. Cette note de protestation, signée par tous les médecins des Bluets, reste « à l'interne ».

Le D^f Vellay, un des signataires de la note en question, fait une déclaration au journal *Le Monde* le 8 mars, sous le titre : « Le D^f Lamaze, promoteur de l'accouchement sans douleur, est mort à cause de ses détracteurs »⁴³⁶. Il y cite les attaques des « confrères » et celles du Conseil de l'Ordre et déclare : « Ces infamies perpétrées à l'égard d'un homme aussi humain et aussi peu vénal que le D^f Lamaze, le touchèrent profondément : il eut une première attaque à l'époque. Depuis lors, il n'a pas cessé de donner des signes de grande fatigue. Il a succombé à un infarctus, et je reste persuadé que ses détracteurs ont sensiblement raccourci le temps qu'il lui restait à vivre... ». Aucune allusion donc au conflit qui agite les Bluets ni aux attaques « internes » contre Lamaze : la discipline communiste reste appliquée, seul le titre peut avoir passagèrement inquiété la CGT et le Parti.

Le 11 mars, *L'Aurore* fait remarquer que Lamaze avait « pris position contre l'intervention russe en Hongrie »⁴³⁷. *Le Figaro* du même jour et *Le Monde* daté du 12 mars rapportent la réunion agitée qui s'est tenue le 5 mars à propos de la Maternité des Bluets : « C'est à la suite de cette violente discussion, où le D^f Lamaze se voyait renié que celui-ci fut victime d'une syncope. Il succombait le lendemain à une crise cardiaque » écrit *Le Figaro*. *Le Monde*, qui publie le même texte, précise qu'à la Fédération cégétiste de la Métallurgie parisienne en l'absence du secrétaire général, « on déclare ne pas être informé ». Quelqu'un a donc parlé, s'agit-il de Pierre Vellay ou d'un membre de la famille de Fernand Lamaze? Les 25 et 28 mars ces deux journaux

⁴³⁵ Archives de la CGT-Métaux, carton A, « Lettre de la Commission médicale du Centre de santé D^f Rouquès », 8 mars 1957.

⁴³⁶ *Le Monde*, 8 mars 1957.

⁴³⁷ *L'Aurore*, 11 mars 1957.

reçoivent et font paraître une mise au point de l'Union Fraternelle des Métallurgistes : « Le D^r Lamaze n'a eu à subir aucune attaque personnelle lors de la dernière réunion de la Commission médicale à laquelle il a assisté et c'est avant cette réunion qu'il a eu un malaise ». Le communiqué de presse envoyé par la CGT-Métaux est plus détaillé : « Messieurs, Tous ceux qui sont la cause de la disparition prématurée du D^r Lamaze pour l'avoir pendant 5 années calomnié, combattu ou ignoré. Tous ceux qui n'ont jamais pardonné au D^r Lamaze de s'être appuyé sur la classe ouvrière et ses organisations pour réaliser l'accouchement sans douleur. Tous ceux dont les manœuvres se sont brisé sur sa rigoureuse honnêteté intellectuelle et scientifique, voudraient maintenant nuire à sa mémoire et dissocier son œuvre de la classe ouvrière. [...] Les syndicats de la Métallurgie n'ont jamais renoncé à l'accouchement sans douleur à leur Maternité et cette proposition n'a jamais été faite au D^r Lamaze ni à ses collaborateurs »⁴³⁸. En juin 1957, dans un hommage (non signé) au D^r Lamaze, on peut lire dans la *Revue de la Nouvelle Médecine* : « par delà certaines nuances de pensée, nous savions bien, lui et nous, que nous poursuivions le même combat pour le progrès, pour plus de justice et de démocratie, pour la libération complète de l'homme et de la femme de toute servitude »⁴³⁹. Ce texte, comme le précédent, passe sous silence le conflit qui vient d'opposer Fernand Lamaze à la direction de la clinique des Bluets. Il enrôle le D^r Lamaze dans le camp du progrès social, « convaincu de la marche en avant de l'humanité, fermement décidé à s'appuyer sur les organisations ouvrières et démocratiques, il frayait le passage [...] à la culture et à l'humanisme qui devraient triompher demain dans une France vraiment socialiste »⁴⁴⁰. Rappelons que Lamaze n'a jamais pris sa carte du PCF.

Michel Dreyfus, dans son ouvrage sur la clinique des Bluets, rappelle que Lamaze avait eu une crise cardiaque quelques années plus tôt, qu'il était démoralisé, prêt à démissionner. Selon lui, Lamaze est épuisé par le combat mené en faveur de l'ASD depuis 1952 et « ces fatigues [...] ont pesé infiniment plus » que le conflit avec la CGT. Il cite la lettre du D^r Dalsace au secrétaire général de l'Union Syndicale des Métallurgistes, ce même 6 mars 1957 : « Il (Lamaze) s'est trouvé personnellement attaqué, non plus par la bourgeoisie officielle mais par ceux qu'il considérait comme ses camarades de combat, par les responsables du syndicat des métallurgistes qui lui doit tant. C'est vous dire la part de responsabilité que vous avez dans sa mort survenue quelques heures après une discussion que son organisme et sa sensibilité n'ont pas pu supporter »⁴⁴¹. Mais cette interprétation est toujours restée à « usage interne », elle n'a pas été rendue publique.

Cette crise, dont le paroxysme est atteint avec la mort de Fernand Lamaze, débouche paradoxalement sur la poursuite de la pratique de l'ASD aux Bluets.

⁴³⁸ Archives de la CGT-Métaux, « Communiqué de presse », 18 mars 1957.

⁴³⁹ *Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 8, juin 1957, non paginé.

⁴⁴⁰ *Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 8, juin 1957, non paginé.

⁴⁴¹ Michel Dreyfus, *op. cit.*, 1997, p. 40-41.

Pour Pierre Vellay: « La disparition de M. Lamaze a obligé en quelque sorte la polyclinique à relancer la psychoprophylaxie obstétricale. J'en donnerai pour preuve la création de l'Association Fernand Lamaze, qui est une recherche de dédouanement vis-à-vis de celui qui fut rejeté sans élégance. »⁴⁴². Pierre Vellay n'exercera plus aux Bluets car, selon lui, « il y a des situations qui ne sont pas acceptables »⁴⁴³. Il démissionne et le D^r Hersilie lui succède.

De nombreux hommages post-mortem sont alors rendus à Fernand Lamaze dans un esprit hagiographique, sans allusion au conflit avec la CGT-Métaux. *Les Lettres Françaises*, revue culturelle du PCF, publie un article de Jean-Paul Le Chanois, réalisateur en 1956 du film *Le D^r Laurent*. Il trace le portrait d'un homme militant jusqu'au bout de ses forces pour l'ASD: « Infatigable, il l'était pour son travail, pour sa clientèle, pour ses élèves, pour ses cours, ses conférences, ses voyages. [...] Que ceux qui se lamentent sur la nature humaine, sur la décadence des Français, que ceux qui médisent des bons sentiments, examinent la vie d'un homme comme le Professeur (sic) Lamaze: ils y trouveront tout ce qu'il y a de meilleur, de tonique et de confiance dans l'homme lui-même et son avenir »⁴⁴⁴. Colette Jeanson signe le second article des *Lettres Françaises* consacré à Fernand Lamaze et complète ce portrait en mettant l'accent sur les qualités de ténacité de Lamaze: « Qu'on se reporte alors à la lutte qu'il a dû mener - et qu'il menait encore - contre des adversaires dont beaucoup ont cherché à le disqualifier; qu'on réfléchisse au poids de la tradition et de la routine, à celui des opinions politiques et des croyances religieuses, ou à celui de l'argent et l'on verra à quels obstacles il a dû se heurter »⁴⁴⁵. Pas un mot sur le conflit interne aux Bluets. En 1973 encore, quinze ans après, le D^r Hersilie écrit que Lamaze a mené une véritable « bataille d'Hernani [...] avec lucidité, ténacité, sens de l'humain. [...] avait sacrifié véritablement sa vie » pour l'ASD⁴⁴⁶.

Enfin en 1988, plus de trente ans après sa mort, *Les Cahiers de l'Institut CGT d'Histoire Sociale* publie à la rubrique « Dans notre mémoire » une note sur Fernand Lamaze, dans le droit fil de la tradition communiste: « Le 10 mars 1957, le D^r Lamaze disparaissait, victime d'une crise cardiaque. Un hommage unanime lui fut alors rendu, en premier lieu par la bureau confédéral de la CGT. Cet homme [...] fut en la matière un innovateur [...] Il ne trouva pas auprès des pouvoirs publics le soutien nécessaire et c'est la CGT qui lui offrit la possibilité de mettre sa méthode en application à la Polyclinique des Métallurgistes « Pierre Rouquès » à Paris »⁴⁴⁷. Ce rappel plutôt tiède de

⁴⁴² Pierre Vellay, *op. cité*, 1985, p. 42.

⁴⁴³ Pierre Vellay, *op. cité*, 1985, p. 43.

⁴⁴⁴ Jean-Paul Le Chanois, "Le Docteur Lamaze ou la vérité", *Les Lettres Françaises*, 14-20 mars 1957.

⁴⁴⁵ Colette Jeanson, "Tout était si simple avec lui", *Les Lettres Françaises*, 14-20 mars 1957.

⁴⁴⁶ Serge Bazelaire et Roger Hersilie, "Historique de la psycho-prophylaxie", *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 5.

⁴⁴⁷ *Cahiers de l'Institut CGT d'histoire sociale*, septembre 1988, n° 27, p. 1.

l'œuvre de Fernand Lamaze reste dans le registre de l'hagiographie officielle, celle d'une CGT unique et ferme soutien de Fernand Lamaze et de sa méthode, jusqu'au bout.

La volonté de Fernand Lamaze de diffuser l'ASD, triomphe de la science médicale soviétique, à partir de 1952, et le soutien essentiel qu'il trouve auprès des structures du PCF et de la CGT, lient les communistes à l'histoire de l'ASD. L'ASD reste une référence essentielle pour illustrer l'action du PCF et de la CGT en faveur des femmes. Au delà de la langue de bois, les archives donnent cependant un autre éclairage sur les relations entre Fernand Lamaze et les pionniers de l'ASD avec la CGT. Elles prouvent le projet d'éviction de Fernand Lamaze de son poste des Bluets, rendu caduc par sa mort le 6 mars 1957, et peuvent donner lieu à une interprétation moins favorable au PCF et à la CGT. Cinq ans après le début de l'expérience aux Bluets, ces deux formations ont semble-t-il été tentées de l'arrêter, officiellement pour des raisons financières ; mais le coût de l'ASD n'a-t-il pas toujours été élevé ? Ce qui apparaît comme un obstacle financier insurmontable en 1957 l'était-il moins en 1952 ou 1953 ? La personnalité de Fernand Lamaze, sa clientèle privée, existaient avant 1957. En réalité, l'ASD avait peut-être fait son temps idéologiquement parlant. La CGT peut estimer avoir joué suffisamment son rôle d'organisation d'avant-garde au service des femmes et de la science prolétarienne. Or en 1957 l'ASD n'a pas encore triomphé en France même s'il est de mieux en mieux considéré et soutenu par l'Église. L'impression persiste que Fernand Lamaze, l'ASD et les femmes ont été instrumentalisés par la CGT et le PCF. L'ASD aurait servi d'argument idéologique sans que ces organisations soient conscientes du progrès important qu'il pouvait représenter pour les femmes. Cette vision à courte vue aurait été balayée par la mort de Fernand Lamaze à laquelle il ne fallait pas ajouter la fin de l'ASD.

IV Des experts aux militants

Sur trente ans, l'influence des experts recule, en particulier celle des démographes malgré le rayonnement d'Alfred Sauvy. Les médecins, engagés en faveur de l'ASD puis de la contraception et de l'avortement, adoptent, dans un premier temps, une stratégie prudente recherchant le consensus. À partir des années soixante, les jeunes médecins font montre d'une plus grande audace, agissant ouvertement contre la loi. Cette évolution correspond à deux générations de médecins et à un contexte différent, marqué par Mai 68.

Après-guerre, ces médecins cherchent à lutter d'expert à expert, cherchant à démontrer scientifiquement (et humainement) le bien fondé de leurs positions en faveur de l'ASD et d'une contraception médicale. À partir des années soixante, ils sont relayés par de jeunes médecins qui contestent les experts officiels et le Conseil de l'Ordre. Cette nouvelle génération de militants choisit de prendre l'opinion à témoin par des actions directes et publiques éloignées de la prudence de leurs aînés. Ils n'agissent pas au même niveau et ne recherchent

pas la reconnaissance scientifique de leurs pairs ni de l'État : ils les mettent devant le fait accompli.

A Prudence et lobbying

Le 8 mars 1956, le D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé fonde l'association Maternité Heureuse, dont l'intitulé est tout à fait rassurant alors qu'il s'agit principalement de contraception. Cette création n'est pas un cas de génération spontanée : Marie-André Lagroua Weill-Hallé écrit son premier article médical sur la question en 1953⁴⁴⁸ et fonde cette association trois ans après, au moment de la publication de l'ouvrage de Jacques Derogy, *Des enfants malgré nous*, et du dépôt d'une proposition de loi à l'Assemblée nationale, le 23 février ⁴⁴⁹. On assiste ainsi dans les six premiers mois de l'année 1956 à une véritable offensive, qu'on peut imaginer concertée, des partisans du droit à la contraception. La politique de « sensibilisation » menée par le D^r Lagroua Weill-Hallé dès 1953 aboutit donc à une reconnaissance publique. En 1956 elle décide donc de passer à une étape supérieure, en créant une association, une structure collective à même de peser dans le débat en cours.

Dans les statuts de Maternité Heureuse, l'article 1 définit les buts de la nouvelle association : « L'étude des problèmes de la maternité, de la natalité et de leurs répercussions familiales, sociales et nationales ; la recherche des informations scientifiques françaises et étrangères relatives à ces problèmes ; l'étude de tous les problèmes pouvant améliorer la condition de la maternité et de la naissance »⁴⁵⁰. Dans la revue éponyme, elle précise en 1957 ces objectifs: « il s'agit de mener parallèlement deux actions, l'une scientifique, l'autre pratique. La première est la poursuite de vastes enquêtes menées par des psychologues, des sociologues, des médecins pour apprécier, entre autres données, le degré de maturité des esprits au regard de ces questions. D'autre part, il s'agit de créer des centres spécialisés où les couples iront demander conseil, quel que soit leur degré d'évolution familiale. Ces centres comporteront une section pré maritale : préparation en vue du mariage et de la constitution de la famille ; une section maritale : conseils aux couples mariés sur le plan psychologique et médical ; une section pour les couples plus âgés, destinée à les aider à surmonter les difficultés conjugales qui peuvent se présenter à eux »⁴⁵¹. Elle revendique un aspect scientifique, d'expert en la

⁴⁴⁸ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Le contrôle des naissances à l'étranger et la loi française de 1920 », *La Semaine médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 mars 1953, p. 145-152.

⁴⁴⁹ Cette proposition de loi, pour abolir les articles de la loi de 1920 opposés à la contraception, est déposée par des députés progressistes ; elle est suivie le 16 mars et le 25 mai de deux autres propositions semblables, sans succès.

⁴⁵⁰ In MFPP, *D'une révolte à une lutte. 25 ans d'histoire du Planning Familial.*, Paris, Tierce, 1982, p. 84.

⁴⁵¹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Raisons d'être de notre association », *Maternité Heureuse*, 1957, n° 1, p. 11.

matière pour pallier l'inexistence de la recherche, tant médicale que sociologique, sur le sujet. Elle tient, parallèlement, des propos rassurants en visant des objectifs de conseil conjugal⁴⁵², comportant même une « préparation au mariage » concurrente de celle des organisations de l'Église catholique. L'expression Birth Control n'est pas citée.

Cet aspect rassurant est renforcé par la parution, dans le même numéro, d'un courrier émanant d'une « assistante sociale catholique du Nord » qui évoque quelques cas de familles très nombreuses et très démunies (dix enfants, six enfants etc.), mal logées, dont la mère est épuisée par les grossesses successives⁴⁵³. Ces références marquent l'absence d'agressivité vis-à-vis des catholiques et montrent que l'association met en valeur les indications « sociales » de la contraception pour tenter de modifier la loi.

Ces précautions sont à usage interne – puisque la revue s'adresse aux adhérents – mais aussi externe, la loi de 1920 réprimant toute propagande de la contraception. L'audace de la création de ce mouvement est en quelque sorte tempérée par la prudence de sa stratégie dans un contexte légal répressif. Les années cinquante ne sont pas non plus favorables aux provocations puisque le débat public sur la contraception est récent et que Maternité Heureuse ne bénéficie d'emblée que de rares soutiens.

Selon la même stratégie, le D^f Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé affiche sa volonté de respecter la loi. Quand elle demande en 1955 dans un article d'une revue spécialisée en gynécologie la modification de la loi de 1920 pour permettre aux médecins de prescrire des contraceptifs, elle le fait en ces termes : « la solution d'un pareil problème [...] viserait à obtenir, sous une forme qui reste à déterminer, *une atténuation de la loi sur les anticonceptionnels*, permettant de résoudre des cas aussi douloureux que ceux que nous avons cités »⁴⁵⁴. Le registre est compassionnel et fait appel aux sentiments d'humanité de son lectorat de gynécologues obstétriciens. En 1960, dans un autre article portant sur le cas de 218 femmes venues la consulter dans un but contraceptif entre juillet 1957 et juillet 1959, elle précise : « en aucun cas nous ne l'avons fourni nous-mêmes aux femmes (le diaphragme). Avec notre prescription, elles se le sont procuré, soit en allant en Angleterre, soit en demandant à des amis de le rapporter, soit en écrivant directement au Family Planning Association de Londres, qui le leur a fait parvenir »⁴⁵⁵. Ainsi, le D^f Lagroua Weill-Hallé ne tombe pas sous le coup de la loi en ne fournissant pas de diaphragme à ses patientes, elle se limite à les aider à l'utiliser correctement.

⁴⁵² Aujourd'hui encore, les militantes du Planning accueillent les femmes et les couples sous l'appellation officielle de conseillères conjugales, activité qui correspond à un financement précis de la part des Conseils généraux.

⁴⁵³ Courrier, *Maternité Heureuse*, 1957, n° 2, p. 34-36.

⁴⁵⁴ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1955, p. 432.

⁴⁵⁵ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 339.

En 1962, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé justifie ce parti pris alors qu'elle est bousculée par des militants plus remuants qui ouvrent, sans son accord, les premiers centres d'accueil du Planning: « Nous tenons à rappeler ici que notre mouvement a cheminé vers le succès, grâce à la prudence de ses manœuvres, tout au long de ces quatre années, où le plus gros du travail a été fait dans le silence et le calme. Que d'entrevues – apparemment sans suite – que de démarches sans résultats tangibles, et cependant grâce auxquelles nous avons pris contact avec tous les milieux. Nous avons voulu ces contacts, fraternels, et nous avons tenu à ne jamais répondre au sectarisme, qui nous a parfois été opposé, par une autre forme de sectarisme »⁴⁵⁶. Ce lobbying acharné s'est révélé efficace puisque le succès du mouvement est tel, suscitant des adhérent(e)s et militant(e)s en si grand nombre, qu'elle doit faire cette mise au point pour préciser et conserver les valeurs originelles du MFPPF.

La modération affichée du Planning sert d'argument aux médecins qui veulent modérer le débat sur la contraception et parvenir à un *modus vivendi* entre les extrêmes. Le D^r André Berger, par exemple, invité à jouer ce rôle dans le numéro spécial de la revue *Vitalité française*, juste après le vote de la loi Neuwirth, rassure les lecteurs : « En s'intitulant d'abord « Maternité heureuse », le Mouvement français du planning familial a voulu bien marquer qu'il ne s'inspirait pas de l'esprit antinataliste de Malthus. Ce ne sont d'ailleurs ni des économistes ni des spécialistes de démographie qui furent à son origine, mais des médecins – psychologues et psychiatres – mieux informés que quiconque de la dangereuse fréquence des avortements clandestins et des crises provoquées dans de nombreux foyers par la crainte de grossesses involontaires, ainsi que des graves perturbations observées dans le développement de ceux des enfants qui ont à souffrir d'un rejet dont ils continuent à être l'objet même après leur naissance »⁴⁵⁷. Ce modéré met en valeur des arguments consensuels et y insère habilement l'action du MFPPF.

Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé persiste dans cette attitude jusqu'en 1967, tant qu'elle est présidente du mouvement, en refusant, par exemple, tout action du Planning Familial en faveur du droit à l'avortement. Cette modération lui est alors reprochée par la majorité des militantes du MFPPF ce qui entraîne sa démission. Néanmoins, avant 1967, cette stratégie est payante puisqu'elle aboutit en un peu plus de dix ans, un délai très bref finalement, au vote de la loi Neuwirth.

B À partir des années soixante, d'autres formes d'action

En 1961 les militants du Planning de Grenoble, autour du D^r Henri Fabre, ouvrent le premier centre d'accueil du mouvement en France. Ils passent outre l'opposition de la direction du mouvement devenu MFPPF en 1960, en

⁴⁵⁶ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Mise au point », *Bulletin du MFPPF*, 1962, n° 20, p. 1.

⁴⁵⁷ André Berger, « Du planning familial à la loi Neuwirth », *Vitalité française*, janvier-février 1968, n° 490-491, p. 268.

particulier de sa présidente Madame Lagroua Weill-Hallé. Devant ce coup de force, l'équipe parisienne du Planning ouvre à son tour un centre, suivie de celle de Lens dans le Pas-de-Calais. Les centres du Planning vont ensuite se multiplier. Même si ces centres sont destinés uniquement aux adhérents du Planning, prudence légale oblige, ils mettent fin au silence public autour de la contraception imposé par de la loi de 1920. Leur succès immédiat révèle l'attente massive des femmes et des couples en matière de conseils contraceptifs. L'ouverture de ces centres témoigne bien d'un changement de tactique puisque le MFPP devient visible et accessible dans des locaux ouverts au public. Ces ouvertures marquent une étape fondamentale vers le vote de la loi Neuwirth, avec la preuve du soutien de l'opinion au mouvement.

Après le vote de la loi Neuwirth et Mai 68, le débat se reporte sur le droit à l'avortement. Il change de nature, car il ne s'agit plus d'une confrontation entre experts, entre médecins. La polémique ne porte pas sur les effets de tel ou tel médicament ni sur les techniques d'avortement, même si la méthode Karman est mise en avant et appliquée par les partisans de l'abolition de la loi. Le conflit se pose en termes de droit à l'avortement, l'aspect scientifique restant secondaire. Les médecins engagés pour ou contre ce droit s'adaptent donc et passent à l'action directe, spectaculaire: « choc des photos » pour l'association Laissez-les-vivre, avortements publics et filmés pour le MLAC, pétitions (dans les deux camps) signées par des centaines voire des milliers de médecins. Ces pratiques nouvelles sont bien loin des stratégies feutrées des années cinquante. Elles sont le fait d'une nouvelle génération de médecins, quelle que soit leur couleur idéologique, bien qu'ils apparaissent plutôt aux deux extrémités du spectre politique.

Pour la seule année 1973, les opposants à l'avortement rassemblent 10 031 signatures de médecins (pour environ 60 000 médecins en France) en avril, suivis en juin par 3 422 juristes puis 343 universitaires. En novembre 73, une pétition de pasteurs protestants, également opposés à l'avortement, est rendue publique. En face, en cette même année 1973, paraissent en février le manifeste des 331 médecins reconnaissant pratiquer des avortements puis celui plus modéré des médecins de l'ANEA (cf. III-I-A ci-dessus). Toujours en février, le GIS (Groupe Information Santé) tient une conférence sur la méthode Karman à l'hôpital Lariboisière à Paris. Le 8 avril un avortement public est effectué à l'hôpital Saint Antoine par les militants du MLAC. Pendant toute l'année 1973 le film *Histoires d'A.* est diffusé de façon « sauvage » en France puisqu'il a été interdit. Certes, l'année 1973 est exceptionnelle mais les méthodes employées pour diffuser leurs idées par les médecins militants de l'un ou l'autre bord sont semblables et issues du bouillonnement de Mai 68.

Ainsi à la lutte à l'intérieur des institutions, à la volonté de parvenir à une reconnaissance officielle en tant qu'expert qui était la stratégie de leurs aînés, ces médecins préfèrent la lutte contre ces mêmes institutions (Conseil de l'Ordre, facultés de médecine, etc.). Cette tactique caractéristique de la période d'après 68 rend malheureusement impossible le travail de repérage de ces médecins partisans du droit à l'avortement car ils ne se soucient plus de convaincre leurs pairs. Par contre, les revues médicales sont remplies des

protestations indignées de leurs adversaires qui, tout en développant d'autres types d'actions, continuent à jouer le jeu des publications officielles. Rappelons que seuls les opposants au changement peuvent y publier facilement, de par leur statut de notables de la profession. Les sources médicales et démographiques donnent ainsi une image faussée de l'opinion des experts.

C À partir de 1970, les féministes en action

Ces pratiques nouvelles correspondent à l'émergence sur la place publique des féministes⁴⁵⁸ en France, qui manifestent ainsi « une prise de conscience individuelle ou collective de l'oppression spécifique des femmes »⁴⁵⁹.

Avant 1970, les féministes sont invisibles dans les sources. Par contre les appréciations misogynes abondent dans les écrits médicaux. En 1952 par exemple, le P^r Laffont éclaire les étudiants en médecine, dans la préface de son manuel de gynécologie, sur la « nature » des femmes: « La clientèle féminine peuple abondamment les antichambres des praticiens auxquels elle pose chaque jour les questions les plus embarrassantes. Comment comprendre en effet ce qu'est la féminité à l'heure où les analyses les plus délicates, les dosages les plus subtils nous indiquent, par des courbes de plus en plus précises, le perpétuel déséquilibre dans lequel se meut l'organisme féminin ? Comment se reconnaître parmi le flot envahissant des découvertes pour arriver à comprendre un être fragile, chaque jour plus instable du fait de son inadaptation aux conditions mêmes de l'existence ? [...] Parmi les sciences en perpétuel renouvellement la Gynécologie tient une place particulière et, depuis vingt ans, le Gynécologue voit son étonnement grandir à tout instant. C'est que l'humeur de la femme est le siège de réactions biologiques étrangement complexes. Il n'est pas de mois, de semaine, ni même de jour, qu'elle ne soit en but [sic] à des remaniements profonds qui traduisent les bouleversements de son système neuro-hormonal. « Toute la femme est dans son utérus » disaient les anciens. Nous savons tous aujourd'hui que son comportement dépend surtout de ses ovaires qui sont stimulés ou freinés par les hormones. [...] Selon son tempérament et ses aptitudes, il (le médecin) jugera toutes les questions gynécologiques en physiologiste, défenseur des organes de la femme, et aussi en obstétricien qui saura présider à l'épanouissement de la fleur féminine après l'avoir cultivée, et non mutilée, pendant sa croissance. Devoir grandiose qui portera en lui sa récompense »⁴⁶⁰. Le P^r Laffont exprime ici une vision chimiquement moderne et socialement traditionnelle. La femme serait fondamentalement instable mais toujours irresponsable de son état, un déséquilibre qu'il n'attribue plus à l'action de l'utérus mais, comme il est un médecin de son siècle, à celle des

⁴⁵⁸ J'userai du vocable féministes plutôt que de celui de MLF, dénomination qui est toujours actuellement l'objet de conflit à l'intérieur du mouvement des femmes.

⁴⁵⁹ Selon la définition de Christine Bard, citée par Sylvie Chaperon, *Le creux de la vague... Mouvements féminins et féministes 1945-1970*, thèse d'histoire, Institut universitaire européen, 1996, p. 18.

⁴⁶⁰ Amédée Laffont, *Manuel de gynécologie*, Paris, Masson, 1952, p. II et III.

hormones. On peut remarquer le vocabulaire fleuri de ce patron qui sollicite ainsi de ses lecteurs une vieille complicité masculine, ce texte s'adressant d'évidence à des étudiants masculins. Si les sources médicales et démographiques ne sont pas toujours aussi chargées de misogynie, elles envisagent en général les femmes uniquement sous l'angle de leur fécondité, future, présente ou passée et insistent toujours sur les déséquilibres inhérents à la nature féminine. Si le propos est modernisé par la référence aux hormones, il n'en relève pas moins de la tradition misogyne du corps médical. Ce type de texte ne suscite aucune analyse ni aucune critique, féministe ou autre, à cette date.

Les féministes ont en effet peu de visibilité et donc peu d'influence dans les débats nationaux avant 1970. Elles n'apparaissent pas dans celui sur l'ASD ni, en tant que telles, dans celui sur la contraception. Le XXe siècle a beau être celui des féminismes⁴⁶¹, les années cinquante représentent le « creux de la vague » selon l'expression de Sylvie Chaperon⁴⁶². Certes, Simone de Beauvoir fait paraître *Le deuxième sexe* en 1949 mais cet ouvrage fondamental pour la formation d'une conscience féministe n'engendre aucun mouvement revendicatif et s'attire de violentes attaques à la fois de la droite et du PCF⁴⁶³. Les intellectuelles françaises le lisent mais cette analyse féministe du sort fait aux femmes n'est pleinement reconnue qu'une vingtaine d'années plus tard. Pour Sylvie Chaperon, dans les années 1950-1960, une génération de femmes, pour qui le suffrage et l'égalité devant la loi relève de l'évidence, « élabore des revendications par une réflexion sur la vie privée. [...] Les questions de travail, celles de la contraception et de la sexualité sont posées en termes d'épanouissement. [...] Pour la génération (suivante) du baby boom [...] le droit à la contraception donne consistance à l'idée de libre disposition de son corps et permet d'aller plus loin avec le droit à l'avortement »⁴⁶⁴.

À partir de 1968, et surtout de 1970, un mouvement féministe s'organise de nouveau en France et intervient, avec succès, dans le débat public sur l'avortement. Les féministes françaises investissent le champ de la médecine en considérant que maîtriser sa fécondité est la condition première d'une émancipation, voire d'une libération des femmes.

À partir de 1970⁴⁶⁵, les féministes sont logiquement partie prenante des luttes pour le droit à l'avortement, en militant au MFPP, à Choisir et au MLAC. Elles forment également de nombreux groupes distincts qui trouvent à

⁴⁶¹ Selon Éliane Gubin et al., dir., *Le siècle des féminismes*, Paris, L'Atelier, 2004.

⁴⁶² Sylvie Chaperon, *Le creux de la vague. Mouvements féminins et féministes 1945-1970*. Thèse d'histoire, Institut Universitaire Européen, 1996.

⁴⁶³ Sylvie Chaperon a analysé cette violente opposition communiste, *thèse citée*, 1996, p. 309-312.

⁴⁶⁴ Sylvie Chaperon, *thèse citée*, 1996, p. 16.

⁴⁶⁵ L'année 1970 est celle de la première manifestation publique du MLF, le 26 août à l'Arc de triomphe à Paris. Il y eut cependant de nombreux groupes de réflexion sur l'oppression des femmes avant cette date, en 1970.

s'allier dans la lutte pour le droit à l'avortement, tout en gardant une indépendance totale d'analyse et de pratiques liées, pour la plupart, à leur engagement dans les différents mouvements politiques d'extrême-gauche.

Mais pour l'historienne, ces féministes françaises sont un peu invisibles car elles revendiquent souvent, par principe politique, l'anonymat et le caractère collectif de leurs actions. Elles sont donc difficilement repérables dans les sources, au contraire de leurs adversaires qui investissent les publications scientifiques. Les féministes lyonnaises font heureusement exception car leurs témoignages et analyses ont été recueillis par le Centre Lyonnais d'Études Féministes⁴⁶⁶, qui a respecté leur hétérogénéité. Parmi les nombreux groupes féministes à Lyon, Choisir et le MLAC se distinguent dans leurs actions en faveur du droit à l'avortement. Les travaux du Centre Lyonnais d'Études Féministes font l'historique de ces actions: à partir de l'automne 1972, au moment du procès de Bobigny, l'association locale de Choisir commence à pratiquer des avortements en « clandestinité publique », ce qui entraîne la rupture de ce groupe avec la direction parisienne de Choisir et la création, autour du D^r Michel Debout, d'une association Choisir-Lyon-MLAC en juillet 1973⁴⁶⁷. Deux centres clandestins d'avortement fonctionnent alors à Lyon jusqu'en avril 1975, appliquant le « droit minimum de ne pas être mère »⁴⁶⁸. D'autres actions publiques sont à l'actif de ces militantes : le 26 mai 1973, elles organisent une marche en mémoire des victimes de l'avortement, en tenue de deuil, la veille de la fête des mères !⁴⁶⁹

Dans le domaine médical, ces féministes désignent clairement le Conseil de l'Ordre comme un opposant majeur à la cause de la libération des femmes : les dirigeants de l'Ordre sont ainsi qualifiés de « momies fascistes ». Elles écrivent dans le même tract : « Le conseil disciplinaire de l'Ordre sert de rouage et de caution morale à cette société qui opprime les femmes en les empêchant de disposer de leur corps. Il ne s'agit en fait que de contrôler la reproduction que nous assurons pour mieux remplir usines et supermarchés »⁴⁷⁰. À Paris, le 22 novembre 1972, des féministes envahissent et occupent le siège parisien de l'Ordre des médecins.

Mais ces féministes ne remettent pas seulement en cause l'Ordre des médecins, symbole du pouvoir médical. Certaines d'entre elles osent critiquer publiquement l'ASD et le lieu mythique de son application, les Bluets. Pour accoucher « autrement » elles s'organisent en effet à la clinique des Lilas à Paris. Cette Maternité privée à but non lucratif est créée, au départ en 1964, par

⁴⁶⁶ Centre Lyonnais d'Études Féministes, *Chronique d'une passion. Le mouvement de libération des femmes à Lyon*, Paris, L'Harmattan, 1989.

⁴⁶⁷ Ce que décrit la thèse de médecine du D^r Thibaud Françoise, *Avoir un enfant ? Si je veux !*, Lyon, 1974, n° 455,74f.

⁴⁶⁸ Centre Lyonnais d'Études Féministes, *opus cité*, 1989, p. 53.

⁴⁶⁹ Centre Lyonnais d'Études Féministes, *opus cité*, 1989, p. 46.

⁴⁷⁰ Collectif, *Douze femmes au quotidien*, Paris, Ed. La Griffonne, 1981, p. 28. Ces citations sont extraites d'un tract de 1972 reproduit dans les annexes.

l'association Naissance qui cherche à reconstituer un lieu dans l'esprit des Bluets mais sans la tutelle de la CGT ni du PCF. Jusqu'en 1968, on y pratique le même type d'accouchement qu'aux Bluets, ensuite on y expérimente d'autres méthodes⁴⁷¹. Cette Maternité a effectivement pour but de « favoriser l'accroissement, le développement et la diffusion de méthodes favorables à la naissance naturelle et humaine de l'enfant » ainsi que de « participer à l'éducation sexuelle et humaine des parents »⁴⁷². À la suite de Mai 68, le personnel des Lilas rejette, sous l'influence des féministes du MLAC, le modèle des Bluets, considéré jusque là comme la « maison-mère »⁴⁷³. On assiste alors à une « complète reconsidération de la préparation et de l'environnement à la naissance. [...] La forme des cours change, le langage employé est repensé [...] Un vrai dialogue est engagé avec les usagers; leurs souhaits, leurs désirs sont pris en compte. Le côté froid et inhumain du lieu d'hospitalisation est supprimé »⁴⁷⁴.

L'ASD est aussi contesté pour son inefficacité à empêcher la douleur des femmes. L'ouvrage de Marie-Josée JAUBERT, *Les bateleurs du Mal joli*⁴⁷⁵, révèle la profondeur du fossé entre partisans de l'ASD et les féministes : « Dans la maternité comme dans la société, tout est remis en question (à partir de 68): l'ASD finit par être accusé de mensonge »⁴⁷⁶. La remise en cause est donc totale et participe au déclin rapide de l'ASD.

Cette remise en cause, qui choque aujourd'hui encore les derniers partisans de l'ASD, peut être reliée à la contestation plus large par les féministes des experts, des médecins en particulier, accusés de réduire les femmes à leurs capacités, exploitées ou non, de reproduction. Certaines féministes prônent l'autogestion des femmes en matière de santé à l'exemple du mouvement aux États-Unis. Cette revendication s'exprime dans l'ouvrage du collectif de Boston pour la santé des femmes paru en 1971 sous le titre *Our Bodies, Ourselves*, traduit en France en 1977⁴⁷⁷. Cette volonté radicale de se réapproprier une fonction comme l'accouchement et la fécondité n'épargne aucun expert, qu'il prenne position ou non en faveur de la libération des femmes. Elle reste cependant marginale dans le mouvement féministe en France.

⁴⁷¹ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 133-134.

⁴⁷² Marie-Laure Brival, « Les Lilas: mythes et réalités », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 234, décembre 1995, p. 24.

⁴⁷³ En 1976, suite à un déficit trop important, la maternité est mise en liquidation et reprise, un an plus tard, par la DASS, devenant de cette façon un hôpital public.

⁴⁷⁴ Marie-Laure Brival, *article cité*, 1995, p. 24-25.

⁴⁷⁵ Marie-Josée Jaubert, *Les bateleurs du Mal joli: le mythe de l'accouchement sans douleur*, Paris, Balland, 1976.

⁴⁷⁶ Nelly Boudoul, « Suites de couches, le temps d'une génération », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 234, décembre 1995, p. 26.

⁴⁷⁷ Collectif des Boston de santé des femmes, *Notre corps, nous-mêmes*, Paris, Albin Michel, 1977.

CONCLUSION

PROPOSITION DE PROSOPOGRAPHIE

La prosopographie des principaux experts, médecins et démographes, impliqués dans les débats sur le corps des femmes entre 1945 et 1975 en France, est une tentative a priori pleine d'intérêt mais malheureusement limitée.

Elle est en effet limitée par le nombre restreint de ces experts. Elle ne peut concerner que les auteurs des sources choisies pour ce travail, à savoir ceux qui ont produit des textes de référence. Le premier critère est donc l'écrit, qu'il soit scientifique ou militant, publié ou manuscrit.

Le deuxième critère est la fréquence et l'influence de ces écrits : Alfred Sauvy domine le champ de la démographie en France, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé celui de la défense du droit à la contraception. À côté de ces « ténors », d'autres auteurs veulent, au nom de la science et de leurs convictions, intervenir dans le débat, soit publiquement (le D^r Fabre) soit en interne (en particulier des médecins communistes). Ces interventions sont moins connues ou totalement ignorées du grand public, voire de leurs pairs, mais elles témoignent d'une volonté d'influencer le débat, apportant précisions et analyses originales absentes des publications officielles. Elles témoignent d'une volonté de réflexion, fondement d'un engagement.

Les experts en question font donc obligatoirement partie des élites intellectuelles. Ils sont une trentaine pour l'ASD, quatorze pour la contraception. Les médecins sont logiquement les plus nombreux et spécialisés en gynécologie-obstétrique. Aucun n'est médecin généraliste car ceux-ci ne publient pas. Les démographes, dominés par la figure d'Alfred Sauvy, sont au nombre de trois.

Une seule femme : le D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé. Comme aux États-Unis, où elle a voyagé et pu observer le birth control, l'énergie d'une femme, ici une femme-médecin, a largement contribué à la reconnaissance du droit à la contraception. Aucune autre femme ne répond à la qualification d'expert, car les femmes, dans la France des années cinquante, accèdent rarement au niveau de qualification et de reconnaissance de ces experts.

Ces experts sont aussi parisiens, proches du pouvoir et des éditeurs. Deux exceptions pour le droit à la contraception : le D^r Fabre, qui fonde le premier centre du MFPP à Grenoble en 1961 et le P^r Rivière à Bordeaux.

Pour bâtir ce tableau, j'ai choisi comme repère principal leur position vis-à-vis du droit à la contraception, entre 1953, quand Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé publie pour la première fois un article dans une revue médicale sur le sujet, et 1967, aboutissement de ces années de lutte avec le vote de la loi Neuwirth.

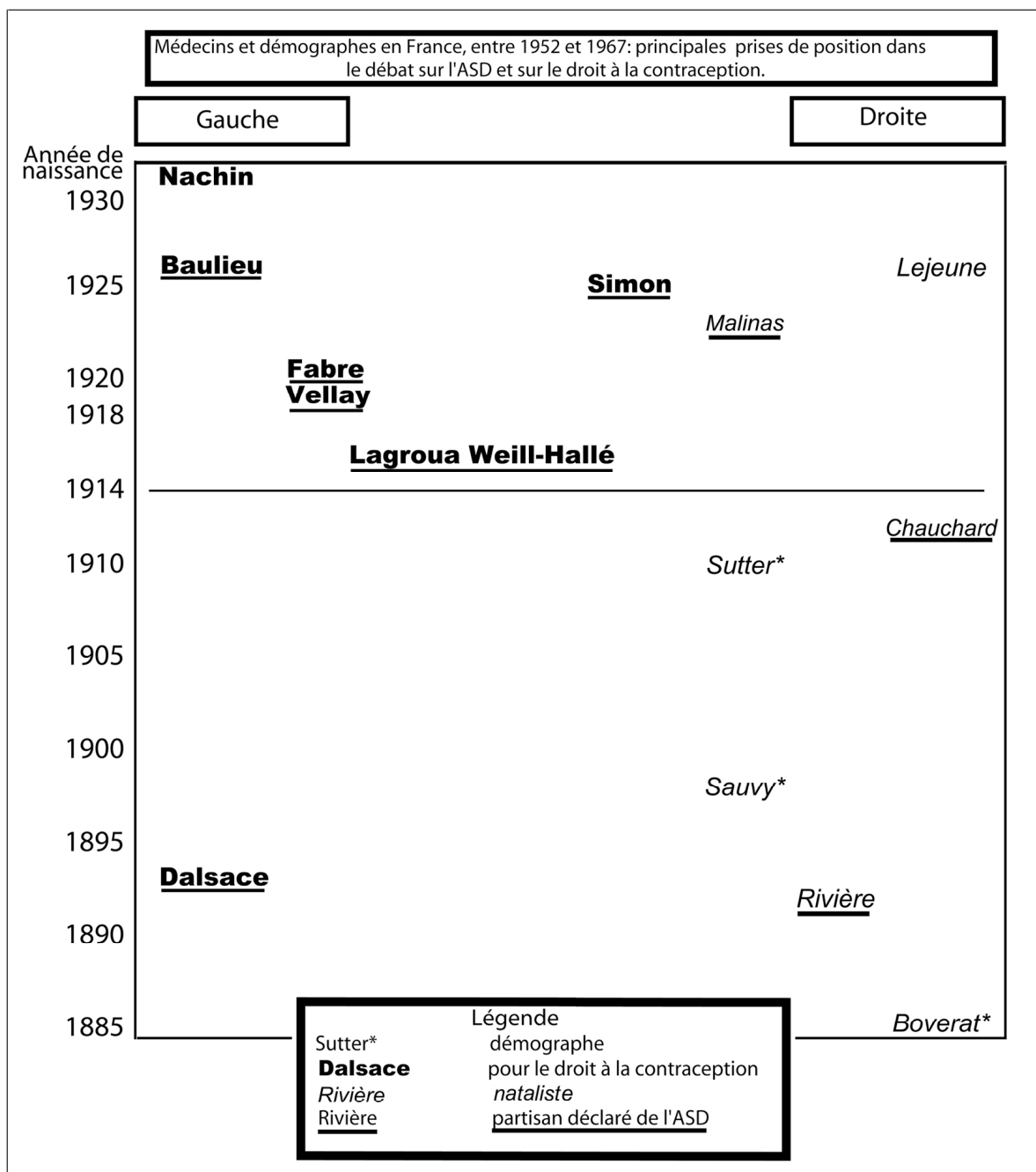
Chronologiquement, le premier débat public intéressant le corps des femmes concerne cependant l'accouchement sans douleur, sur le devant de la scène à partir de 1952 grâce au D^r Fernand Lamaze. Malgré quelques

oppositions liées à l'aspect « soviétique » de l'ASD, celui-ci finit en une dizaine d'années par rallier, superficiellement au moins, les principaux obstétriciens français, y compris les grands patrons des hôpitaux parisiens et de province. Ce succès rapide, pour une idée aussi révolutionnaire, révèle l'établissement d'un consensus dans le monde médical autour de la maternité. Quant aux démographes français, ils n'interviennent pas sur la question, se contentant d'exalter la natalité.

Il est donc délicat de partir du point de vue de l'ASD puisque tous les experts y adhèrent explicitement ou implicitement. Par contre, la bataille pour le droit à la contraception permet une tentative de prosopographie, car, dans ce cas précis, les oppositions sont fortes et durables, révélatrices de positions idéologiques et politiques aisément repérables. De plus les démographes participent pleinement au débat public, alors qu'ils ne sont nullement intervenus à propos de l'ASD. J'ai cependant choisi de ne pas limiter le tableau à l'attitude de ces experts sur le droit à la contraception mais de croiser celle-ci avec leurs prises de position (quand elles existent) sur l'ASD, deux débats quasi simultanés, qui donnent lieu à deux graphiques superposables en un seul.

J'ai écarté les positions vis-à-vis de l'avortement et de la ménopause. En ce qui concerne la ménopause, elle fait publiquement l'objet de discussions dans les années soixante, parallèlement aux études sur les hormones et la pilule, mais le débat autour de son traitement médical reste feutré, marginal, et sans implications politiques nettes, ce qui rend inintéressante toute prosopographie. Les démographes sont en dehors du débat. Quant aux luttes autour du droit à l'avortement, un tableau de ce type ne peut être bâti pour cette « dernière frontière ». En effet, les médecins partisans de ce droit et qui s'expriment, sont jeunes, loin des futurs notables que certains deviendront plus tard. Cette nouvelle génération de médecins, née aux alentours de la Seconde Guerre mondiale, formée au militantisme en 68, refuse d'intervenir de façon traditionnelle, ne cherche pas, la plupart du temps, à soutenir des thèses « militantes » ni à publier dans les revues médicales. Ces médecins (car les démographes ont quasiment disparu du débat public) refusent les institutions et les pratiques de leurs aînés, ils sont donc insaisissables pour l'historien(ne). Aux écrits, ils préfèrent l'action collective dans des groupes comme Choisir ou le MLAC où ils rejoignent les militantes féministes. Ils refusent de se mettre en valeur individuellement et deviennent ainsi invisibles trente ans plus tard.

Par contre les opposants au droit à l'avortement sont faciles à cerner : ils se recrutent presque sans exceptions du côté de la droite catholique et de l'extrême-droite, à l'intérieur d'un mouvement comme Laissez-les-vivre.



J'ai donc placé en opposition sur ce tableau le nom de chacun des quatorze principaux médecins et démographes français, favorables ou opposés au droit à la contraception : à gauche, les partisans de ce droit, à droite les opposants. Sur l'axe vertical, je les ai situés selon leur année de naissance.

Le débat sur le droit à la contraception engendre, en effet, à partir de 1956 une division nette entre les forces politiques de droite et de gauche qui se retrouve par exemple dans la campagne présidentielle en 1965.

À gauche, les médecins communistes forment un groupe original (Dalsace, Baulieu, Nachin), en opposition jusqu'en 1965 avec la doctrine officielle du PCF sur la contraception. Étienne-Émile Baulieu, par exemple, milite, jusqu'à

la fin de l'année 1956, au PCF. En tant que médecin et militant communiste, il défend par ses écrits l'ASD⁴⁷⁸. En 1956, il dénonce, en interne, avec d'autres médecins communistes, la politique anti-contraception de la direction du parti⁴⁷⁹. Après avoir quitté le PCF, il oriente ses recherches vers la contraception. Autre médecin militant au PCF, le D^r Dalsace veut être considéré comme un « médecin communiste »⁴⁸⁰ même lorsqu'il proteste, pour les mêmes raisons que le D^r Baulieu, auprès de Maurice Thorez. Le D^r Nachin, lui, reste un fidèle adhérent du PCF jusqu'en 1981, après avoir lui aussi alerté la direction du parti sur la question de la contraception⁴⁸¹.

Pour les autres, à part le D^r Simon, « proche de l'UDF »⁴⁸², aucun médecin ne s'affiche comme adhérent ou militant politique. J'ai cependant classé à gauche le D^r Vellay, toujours proche du PCF sans avoir jamais pris sa carte⁴⁸³, et le D^r Fabre qui se considère comme un homme de gauche après un bref passage au PCF puis à l'extrême-gauche trotskyste, après la guerre⁴⁸⁴. Les autres acteurs importants de ce débat se veulent sans étiquette politique revendiquée. On ne peut classer, sinon de façon abusive, Madame Lagroua Weill-Hallé parmi les médecins communistes sous prétexte que son mari était un « compagnon de route » du PCF⁴⁸⁵. Elle adhère cependant à l'association France-URSS et écrit pour la *Revue des Travailleuses*, organe de la CGT, dans les années cinquante. Je l'ai donc classée à gauche.

Le D^r Sutter ou Alfred Sauvy n'affichent eux non plus aucune allégeance à un quelconque parti politique. Mais ils adhèrent tous les deux à l'Alliance nationale pour la vitalité française, à laquelle Alfred Sauvy reste fidèle toute sa vie⁴⁸⁶. Alfred Sauvy évite toujours toute référence politique qui lui enlèverait aussitôt son image de « vieux sage de la démographie française » et réduirait son influence. Il n'empêche qu'il co-signe, en 1979, un ouvrage avec Pierre Chaunu, Alain Madelin et Jean-Yves Le Gallou, édité par le Club de l'Horloge⁴⁸⁷, ce qui n'est pas politiquement anodin. Doit-on en conclure qu'il

⁴⁷⁸ Il signe avec R. Angelergues, Victor Lafitte, Jeanne Levy et R. Roelens, un ouvrage qui paraît en 1957, *Pavlov et le pavlovisme*, Paris, Éditions sociales.

⁴⁷⁹ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre des membres de la Commission de travail des médecins communistes auprès du Comité Central », 23 avril 1956.

⁴⁸⁰ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « lettre du D^r Dalsace », 22 juin 1956.

⁴⁸¹ Entretien téléphonique, 27 avril 2009.

⁴⁸² Entretien le 12 décembre 2002.

⁴⁸³ Émission de France Culture, *La Fabrique de l'Histoire*, 18 janvier 2004, témoignage du D^r Vellay.

⁴⁸⁴ Entretien le 7 mai 2008.

⁴⁸⁵ Entretien avec le D^r Arthur Kriegel le 12 décembre 2003.

⁴⁸⁶ Selon la notice chronologique parue dans la revue de cette association, *Population et Avenir*, mars-juin 1996, n° 627-628, non paginé.

⁴⁸⁷ Pierre Chaunu, Alfred Sauvy, Gérard Calot, Annie Lesur, Godfrain Jacques, Alain Madelin, Jean-Yves Le Gallou et Christiane Papon, *Le défi démographique*, Paris, Le Club de l'Horloge, 1979, 152 p.

se situe à l'extrême-droite et à partir de quand ? Est-ce une évolution personnelle ou bien la révélation d'une appartenance politique celée ? C'est pourquoi je l'ai situé à droite ainsi que le D^r Jean Sutter, non seulement adhérent mais aussi administrateur de l'Alliance de 1961 à 1970⁴⁸⁸. Fernand Boverat, considéré comme un expert en démographie, malgré son absence de formation initiale dans ce domaine, est également classé à droite : il est vice-président de l'Alliance nationale pour la vitalité française de 1943 à 1962 et a signé un grand nombre d'ouvrages de tonalité nettement à droite voire à l'extrême-droite⁴⁸⁹. Les P^r Malinas, Chauchard et Lejeune sont eux aussi classés à droite, à cause de leur opposition au droit à la contraception et de leur engagement catholique pour les deux derniers cités. Ces trois médecins finissent pas militer à Laissez-les-vivre dès 1970. Quant au P^r Rivière, il affiche son soutien à Vichy, son catholicisme et son anticommunisme⁴⁹⁰. Je l'ai donc aussi classé à droite.

Après toutes ces réserves, que nous apprend donc ce tableau ?

Une première opposition intervient, sans surprise, entre les médecins et démographes de droite, voire d'extrême-droite, opposés à la contraception et les médecins de gauche, partisans de cette même contraception. Les sources médicales et démographiques confirment donc la rupture de fond, droite/gauche sur le droit à la contraception⁴⁹¹. Au contraire, l'ASD ne donne pas lieu, sauf au tout début, à une confrontation de type politique. On constate un consensus, en tout cas pour les six médecins qui s'expriment sur le sujet. Partisans du droit des femmes, comme le D^r Lagroua Weill-Hallé, et natalistes catholiques, comme le P^r Chauchard, ainsi que communistes ou proches des communistes, comme le D^r Vellay, se retrouvent du même côté, en faveur de l'ASD. La défense de l'ASD réunit donc les principaux experts français au delà des clivages politiques.

Un deuxième constat est que l'on peut opposer deux générations d'experts sur le droit à la contraception. Certes, une rupture de ce type est un peu la tarte à la crème des historiens. Il se trouve néanmoins qu'elle est adaptée à notre sujet : schématiquement, les médecins et démographes nés avant la Guerre de 14-18 sont opposés à la contraception ; ils sont cinq sur sept, autorités reconnues, parvenus à l'âge, la cinquantaine ou soixantaine, où ils s'affirment comme des références dans leur domaine. Madame Lagroua Weill-Hallé naît en 1916 et on peut donc prendre la guerre de 14-18 comme ligne de partage. Pour

⁴⁸⁸ D'après la liste des administrateurs relevée par Mireille Le Maguet, *mémoire cité*, 1997, p. 130.

⁴⁸⁹ Par exemple, *La race blanche en danger de mort*, Paris, Éditions de l'Alliance, 1931.

⁴⁹⁰ Par exemple, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 10, 15 mai 1941, dans son article sur « Les indications actuelles de l'avortement thérapeutique », il dénonce « les années d'incohérence intellectuelle et morale d'avant-guerre » à la page 393. Il s'oppose aussi, dans un premier temps, à l'ASD pour des raisons idéologiques, par anticommunisme.

⁴⁹¹ À l'exception du PCF.

les médecins nés après la guerre, six sur huit sont favorables à la contraception. Même les militants communistes, Étienne-Émile Baulieu et Claude Nachin, se révèlent être partisans de la contraception en opposition avec le politique officielle de leur parti. Une exception : le D^r Dalsace, né en 1893, et partisan de la contraception dès avant la Seconde Guerre mondiale ! Mais le D^r Dalsace est un précurseur tout à fait original.

Ces conclusions confirment sans surprise la vieille opposition droite/gauche sur la question de la contraception, opposition à laquelle échappe le débat sur l'ASD. Elles constatent parallèlement la pertinence du repère des générations pour classer ces experts : les notables nés avant 1914 sont contre le droit à la contraception, les suivants sont pour, sauf exception. Cette différence s'explique peut-être par le traumatisme hérité des pertes humaines de la Guerre de 14-18 ou par la rigidité de pensée souvent induite par la réussite professionnelle et l'accès à la notabilité.

Mais ces conclusions sont incomplètes. Dans le domaine de l'intime et des prises de position publiques sur ce sujet, d'autres facteurs interviennent, tenus secrets : vie personnelle, nombre d'enfants désirés ou acceptés, stérilités... Ce tableau n'a d'autre ambition que de constituer un cadre assez large pour montrer que chacun de ces experts y a exercé finalement sa liberté de choix.

PARTIE 2 :

DEVENIR MÈRE

INTRODUCTION DE LA PARTIE 2

L'accouchement est un événement majeur dans la vie de la plupart des femmes⁴⁹². Il est particulièrement valorisé pendant la période du baby-boom (1941-1964). À partir de 1945, les femmes sont régulièrement célébrées en France en tant que mères, dans un climat de natalisme triomphant. Pour les femmes, devenir mère est en effet un destin encouragé par tous, médecins, démographes, famille, pouvoirs publics. Après 1945 elles bénéficient, avec leurs enfants, d'une sécurité accrue lors des accouchements grâce aux progrès médicaux. Pour y avoir accès, elles sont de plus en plus nombreuses à accoucher à l'hôpital pour les plus modestes ou en clinique privée. L'effondrement de la mortalité maternelle après la Seconde guerre mondiale constitue une révolution qui rassure les femmes et les médecins.

En conséquence, le problème de la douleur ressentie pendant l'accouchement devient central à partir de 1945. La douleur était en effet restée longtemps à l'arrière-plan devant les exigences de sécurité et avait presque toujours été négligée malgré les souffrances des parturientes. L'éviter devient alors une préoccupation majeure des femmes comme de nombreux accoucheurs et sages-femmes. En 1952, le D^r Fernand Lamaze introduit l'Accouchement Sans Douleur (ASD)⁴⁹³ à la clinique des Bluets à Paris, entraînant un renouveau de la recherche médicale en France sur le sujet. L'ASD vise à faire disparaître la douleur de l'accouchement par un conditionnement d'un type nouveau. Les médecins qui l'introduisent en France ont l'ambition plus large de contribuer à l'émergence d'une femme nouvelle consciente de ses droits à maîtriser son destin, si possible en adoptant le modèle communiste. Cette méthode d'origine soviétique bénéficie logiquement du soutien du PCF et de ses organisations satellites pour des raisons idéologiques évidentes en période de Guerre froide. L'ASD donne également un immense espoir aux femmes qui le plébiscitent, et il s'impose rapidement en une dizaine d'années.

À partir des années soixante, l'ASD commence néanmoins à être critiqué, spécialement par les femmes, déçues devant les échecs de la méthode. Une dizaine d'années plus tard, parallèlement à l'émergence d'une nouvelle génération de féministes en France, l'ASD est radicalement contesté car le contexte d'après Mai 68 est à la dénonciation des injustices faites aux femmes, y compris la douleur de l'accouchement. Au même moment, l'anesthésie péridurale commence à être appliquée à plus grande échelle en France. Particulièrement bien adaptée aux accouchements, elle est réclamée par les femmes qui ont perdu confiance dans l'ASD. Elle le remplace progressivement car elle garantit l'indolorisation au prix d'une médicalisation accrue des accouchements. Ce triomphe de l'anesthésie péridurale, sans ambition éducative ni libératrice, à la différence de la méthode Lamaze, relègue l'ASD à l'arrière-

⁴⁹² En moyenne, 90 % des femmes donnent naissance à un enfant.

⁴⁹³ Que je nommerai parfois « méthode Lamaze ».

plan. Les femmes y ont gagné une plus grande maîtrise de leur corps et la disparition de la douleur de l'accouchement.

L'étude de l'accouchement, particulièrement de l'ASD, entre 1945 et 1975, permet d'analyser l'évolution vers une prise en charge de plus en plus médicalisée du corps des femmes, avec leur approbation. Elle montre également combien le discours des experts sur le corps des femmes est lié aux a priori idéologiques et reflète, par dessus tout, le consensus nataliste qui caractérise pendant longtemps en France la droite comme à la gauche jusqu'au PCF.

CHAPITRE 1 – DEVENIR MÈRE AU TEMPS DU BABY-BOOM (1941-1964)

Le baby-boom, selon l'expression imagée forgée en 1954, représente la hausse considérable et temporaire du taux de natalité dans les pays occidentaux après-guerre. En France, elle commence paradoxalement pendant la Seconde Guerre mondiale et se termine en 1964, année à partir de laquelle le taux de natalité commence à chuter. Ce phénomène caractérise la période étudiée, exceptées les dix dernières années. Il induit une représentation dominante normative des femmes, ainsi réduites à la fonction de mères de famille réelles ou potentielles, qui perdure au delà de ses limites chronologiques.

Statistiquement cette période connaît donc une forte natalité qui mobilise les femmes françaises. En 1946, en France, l'indice synthétique de fécondité est de 2,9 enfants par femme et les mères ont en moyenne 26 ans à la première naissance. En 1960, il est de 2,7 enfants par femme et l'âge moyen de la première naissance s'est abaissé à 24 ans. En 1970, l'indice de fécondité diminue et atteint en 1975, 1,9 enfant par femme, ne permettant plus le renouvellement des générations⁴⁹⁴. Les démographes et les natalistes français peuvent se réjouir : ils ont atteint leur but, la France connaît une natalité élevée, au niveau des autres pays occidentaux. L'exception française, qui en faisait un pays de faible natalité depuis le XIXe siècle, n'est plus.

La Fondation Alexis Carrel est la première institution à signaler la reprise de la natalité : « le phénomène humain le plus intéressant est l'accroissement rapide de la fécondité légitime auquel nous assistons à partir de 1941. Pour 1943, cette augmentation atteint presque 37 %. Ce redressement est-il dû uniquement à la législation familiale introduite fin 1939 avec le Code de la famille dont l'application a été poursuivie depuis ? Un choc psychologique a-t-il joué en faveur de la natalité ? Ou, au contraire, le nouveau genre de vie que mènent depuis 4 ans la plupart des ménages a-t-il eu une part prépondérante dans l'augmentation constatée ? [...] Il n'en reste pas moins que nous assistons à un phénomène sans précédent dans l'histoire démographique de la France. [...] La France a-t-elle enfin pris conscience de l'abîme où elle était sur le point de sombrer ? Les statistiques semblent l'indiquer : souhaitons que l'avenir n'apporte aucun démenti à cet espoir »⁴⁹⁵. La Revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation se fait également l'écho, dès le printemps 1946, d'une reprise de la natalité, faisant naître chez ses militants, « une vague d'euphorie démographique ». Elle tempère néanmoins cet enthousiasme : « Aurons-nous une hausse de natalité aussi brutale que celle de 1920 (plus de 100 %) ? [...]

⁴⁹⁴ Source INSEE, in Margaret Maruani, *Femmes, genre et société. L'état des savoirs*. Paris : La Découverte, 2005, annexes statistiques, p. 436.

⁴⁹⁵ Jean Bourgeois, « Evolution de la population française de 1939 à la fin de 1944 », *Cahiers de la Fondation française pour l'Étude des problèmes humains*, novembre 1945, n° 4, p. 110-111 et 118.

L'important est que cette hausse soit durable et ne soit pas, comme celle de l'autre après-guerre, un simple feu de paille, car nous sommes à un point de notre histoire démographique où la reprise d'une chute de la natalité serait un arrêt de mort pour notre pays ». Selon la rhétorique habituelle de la revue, l'auteur espère que « 1946 soit le départ d'un redressement réel et définitif qui nous sauvera de la déchéance »⁴⁹⁶.

Les commentaires sont identiques dans la revue de l'INED, *Population*, qui constate, dès son numéro 1, « la reprise de la fécondité [...] dont les causes demeurent obscures »⁴⁹⁷. Dans le numéro 2, Alfred Sauvy s'enthousiasme : « La reprise de la natalité (est) une victoire des forces de vie à un moment les plus délicats de notre histoire. [...] (C'est) un symptôme réconfortant »⁴⁹⁸. En 1947, il peut chiffrer le phénomène : « Avec un excès de près de 300 000 naissances sur les décès, le bilan provisoirement établi de l'année 46 fait apparaître le gain absolu le plus élevé qui ait jamais existé en France »⁴⁹⁹. En 1950, il attribue sans barguigner le mérite du baby-boom à l'INED : « Il y a cinq ans était créé l'I.N.E.D. Il y a cinq ans aussi que le nombre de jeunes Français, en déclin à peu près continu depuis près d'un siècle, a commencé à se relever. [...] La coïncidence des dates n'est pas fortuite [...] tous deux sont dus à une cause commune : une prise de conscience nationale »⁵⁰⁰.

En 1951, Alfred Sauvy écrit dans la revue nataliste *Vitalité française* : « Nous comptons sur eux, sur ces petits⁵⁰¹ ; c'est en eux qu'est toute notre foi. En grandissant, ils vont faire de grandes choses. L'épaisse carapace malthusienne qui les recouvre encore, ils vont la briser comme l'oiseau naissant perce la coquille de l'œuf. [...] Un peu plus tard, vous produirez, enfants, mais aussi vous transformerez, vous rénoverez un pays qui a oublié de vivre pendant un demi-siècle. Et vous réveillerez si bien une économie assoupie que nous croyons déjà entendre crier la pierre sous la scie, vrombir les turbines des barrages et chanter une jeunesse qui croit en elle »⁵⁰². Il dénonce « les forces stérilistes : financiers, [...] naïfs, [...] court-voyants, [...] égoïstes et phobanthropes⁵⁰³ de toutes catégories ». Cette énumération de qualificatifs plus ou moins orthodoxes ressemble au chapelet d'injures du Capitaine Haddock. Le ton est ici militant, à la différence des articles de *Population*, mais le fond est identique. Il exalte les militants de l'Alliance, dont il fait partie : « ceux qui n'ont pas perdu la foi nationale. [...] Ceux-là qui voient large, qui voient clair, qui voient haut, parce qu'ils ont le courage de soulever leurs paupières, ceux-là soutiendront de toute leur force, jusqu'à leur dernier souffle, le sort de cette

⁴⁹⁶ Jean Tortat, « Attention aux bobards », *Vitalité française*, mars-avril 1946, n° 374, p. 107.

⁴⁹⁷ Jean Bourgeois, « La situation démographique », *Population*, 1946, n° 1, p. 133.

⁴⁹⁸ Alfred Sauvy, « Faits et problèmes du jour », *Population*, 1946, n° 2, p. 197.

⁴⁹⁹ Alfred Sauvy, « Faits et problèmes du jour », *Population*, 1947, n° 1, p. 5.

⁵⁰⁰ Alfred Sauvy, « L'I.N.E.D. a 5 ans », *Population*, 1950, n° 4, p. 617.

⁵⁰¹ Il s'agit des enfants nés en 1946.

⁵⁰² Alfred Sauvy, « Ils ont cinq ans », *Vitalité française*, janvier-février 1951, n° 404, p. 178.

⁵⁰³ Terme qui semble désigner le contraire d'un philanthrope...

jeunesse qui monte, donnant le plus bel exemple de l'Histoire d'une nation renaissante après un moment de défaillance. Une France est morte. Vive la France ! »⁵⁰⁴. Ces accents gaulliens, rares chez Alfred Sauvy, montre son enthousiasme. Il n'en laisse pas moins de côté les mères, pourtant essentielles à la natalité, qu'il ne crédite d'aucun remerciement. Il réserve son humanité et son empathie aux enfants.

Mais les démographes français ont la hantise de la fragilité du baby-boom à l'image de celui qui a suivi la Première Guerre mondiale et n'a duré que quelques mois. C'est pourquoi ils cherchent à repérer le moindre fléchissement, annonciateur d'un retour à une baisse de la natalité. En 1954, Louis Henry commente ainsi les chiffres des naissances (800 000 en 1953 au lieu de 858 000 en 1950) : « Ce qui frappe, c'est la chute brutale de 1950 à 1953, après quelques années de stabilité ». Il parle, un peu plus loin de « l'espèce de « crise » de la fécondité que nous traversons actuellement »⁵⁰⁵. En 1955, Alfred Sauvy commente, dans le même registre : « Les résultats (de la natalité) ont démenti les craintes des sceptiques et parfois dépassé les espoirs des optimistes. [...] (Mais) la disparition récente du cauchemar de la stérilité et du déclin démographique a eu pour résultat une certaine désaffection des pouvoirs publics et de l'opinion vis-à-vis de la famille. [...] Les défaillances d'un siècle et demi n'ont pas été rachetées par 10 ans de natalité suffisante »⁵⁰⁶. Notons l'expression « cauchemar de la stérilité », bien peu scientifique pour la revue de l'INED. Alfred Sauvy, malgré les résultats exceptionnels de la natalité française, craint le désengagement de l'État et veut poursuivre la mobilisation de celui-ci et de la population en faveur d'une natalité toujours plus élevée. Il doit affronter le dilemme de tous les natalistes français à cette date : comment éviter de crier victoire pour ne pas risquer un ralentissement de l'effort national.

A la lecture de leurs articles, les démographes de l'INED semblent, à l'exemple d'Alfred Sauvy, avoir pour politique de modérer le constat du baby-boom, phénomène inexplicable qui contredit leurs analyses toujours pessimistes de la situation démographique de la France. Cette attitude de dénégation se retrouve dans la revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation. En 1948, par exemple, l'Alliance annonce le « recul » de cette natalité en Europe : « la France et la Grande Bretagne ont atteint leur maximum en 1947, [...] et en France une diminution sensible se produit actuellement »⁵⁰⁷. Six mois plus tard, Fernand Boverat signe un nouvel article sur la question intitulé : « La diminution future de la natalité française », utilisant comme références

⁵⁰⁴ Alfred Sauvy, *article cité*, 1951, p. 178.

⁵⁰⁵ Louis Henry, « Mise au point sur la natalité française », *Population*, 1954, n° 2, p. 212 et 219.

⁵⁰⁶ Alfred Sauvy, « Vue générale et mise au point sur l'économie et la population française », *Population*, 1955, n° 2, p. 206.

⁵⁰⁷ Fernand Boverat, « Evolution et perspectives de la natalité », *Revue de l'Alliance nationale contre la dénatalité*, novembre-décembre 1948, n° 391, p. 129.

« l'Angleterre » et la « Hollande » qui voient leur natalité diminuer. Certes, « ce phénomène de régression ne s'est pas encore produit chez nous. [...] (Mais) le nombre annuel de nos naissances a toutes les chances de diminuer considérablement d'ici vingt ans. [...] Il ne faut pas oublier que le relèvement de notre natalité survenu depuis 1946 est certainement dû, pour la plus grande part, à des causes accidentelles : retour des prisonniers, déportés et travailleurs forcés, dont la rentrée au foyer a souvent provoqué la naissance d'un enfant ». Il pose donc la question : « Comment va évoluer la reproductivité française ? »⁵⁰⁸. L'auteur fait preuve d'un scepticisme obstiné qu'il est facile aujourd'hui de critiquer puisque nous connaissons la suite de l'histoire. Il semble cependant prisonnier des schémas de l'Entre-deux-guerres, ceux des hommes de sa génération. Quant au vocabulaire employé, il est peu respectueux pour les femmes : le terme de reproductivité est plutôt employé pour les animaux, en zoologie, que pour les humains. Maladresse ou indice de la place à laquelle Fernand Boverat entend cantonner les femmes ?

Alfred Sauvy finit cependant par reconnaître officiellement le phénomène du baby-boom en 1956 : « La reprise de la natalité a persisté au-delà de l'influence classique des phénomènes de l'après-guerre (retour des prisonniers, déportés, réunion des couples). Il a bien fallu se rendre à l'évidence. LA REPRISE DE LA NATALITE EST UNE REALITE »⁵⁰⁹. Mais en 1967, l'INED constate officiellement la baisse des naissances à partir de l'année 1964, qui marque la fin du baby-boom, tout en espérant qu'il « est de toute façon prématuré de conclure à un revirement du comportement »⁵¹⁰.

I Le natalisme : un consensus national

L'idéologie nataliste, en France, ne souffre aucune remise en cause, à la différence d'autres pays occidentaux, comme les États-Unis, où émergent très tôt les préoccupations des démographes face à l'augmentation de la population mondiale. Les experts français apparaissent unanimement natalistes, voire maternalistes, dans les sources.

A Des experts natalistes et maternalistes

Le natalisme, doctrine qui recherche l'accroissement de la population par la stimulation de la natalité, est né au XIXe siècle en France : on relie son apparition en 1896 à la fondation de l'Alliance nationale pour l'accroissement

⁵⁰⁸ Fernand Boverat, « La diminution future de la natalité française », *Vitalité française*, mai-juin 1949, n° 394, p. 225-226.

⁵⁰⁹ Alfred Sauvy, « Limitation des naissances : faits, doctrines et attitudes politiques », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 41.

⁵¹⁰ Roland Pressat, « Les aléas de la natalité française », *Population*, 1967, n° 4, p. 628.

de la population française par le statisticien Jacques Bertillon⁵¹¹. L'Alliance⁵¹² est toujours active après 1945 et encore aujourd'hui. Elle change de dénomination : en 1945 elle s'appelle l'Alliance française contre la dépopulation, puis en 1949, Alliance nationale pour la vitalité française.

Elle publie une revue, *Vitalité française*, qui constitue une mine pour l'étude de l'idéologie nataliste en France. On peut y lire, par exemple, dans une critique du film à la gloire de l'accouchement sans douleur, *Le cas du D^r Laurent*, en 1957 : « Il montre la lutte contre les préjugés et l'incompréhension menée par un médecin qui veut épargner à ses clientes les douleurs de l'accouchement. [...] Toutes les futures mamans, tous les parents qui ont des filles appelées à transmettre la vie, verront ce film avec intérêt, sympathie et réconfort »⁵¹³. Ainsi, dans cet article, le futur rôle de toute jeune fille est d'évidence de devenir mère. Plus de dix ans après, en 1970, Marcel Felgines écrit dans la même revue : « Ce que la femme doit attendre de sa vocation maternelle, c'est qu'elle la privilégie au lieu de l'asservir et s'accomplisse dans les conditions qui lui permettent d'accueillir la vie sans crainte »⁵¹⁴. La « vocation maternelle » de la femme est donc toujours d'actualité pour l'Alliance, dans un contexte pourtant bien différent de celui des années cinquante.

Si l'Alliance est l'association emblématique du natalisme français, l'idéologie nataliste affleure dans la plupart des écrits, médicaux et démographiques, sur l'accouchement, la contraception et l'avortement que les auteurs soient des militants de l'association, comme les démographes de l'INED, ou des experts sans engagement nataliste revendiqué.

De nombreux médecins exaltent également de façon systématique l'image de la femme-mère de famille, si possible nombreuse, selon un maternalisme assumé et totalement opposé à l'avortement, assimilé au refus de la maternité. Par exemple, en 1945, le D^r Pierre Guilloux oppose, dans sa thèse de médecine intitulée *L'avortement est un crime*, la figure de la mère à celle de l'avortée, sans réaliser qu'il s'agit de la même femme. Pour lui, « la mère est une femme saine et forte, les puissantes décharges hormonales, dues à la grossesse, contribuent à son plein épanouissement physique et moral. La beauté moderne stérile, aux formes longues et grêles, aux hanches trop fines, au ventre plat, est belle assurément, mais d'une beauté froide. Elle semble sortie du cerveau d'un intellectuel impuissant, elle n'inspire pas le désir. Combien au contraire sont appétissantes ces Vénus bien en chair de la Grèce antique, ces rieuses filles des peintres flamands, ces madones au sourire angélique de la Renaissance italienne.

⁵¹¹ Francis Ronsin, Hervé Le Bras et Élisabeth Zucker-Rouvillois, *Démographie et politique*, Dijon, Éditions universitaires, 1997, p. 95.

⁵¹² Elle a fait l'objet du DEA de Mireille Le Maguet, *opus cité*, 1997. Je la citerai ainsi pour abrégé.

⁵¹³ « Informations familiales et sociales », *Vitalité française*, 1957, n° 436, p. 114.

⁵¹⁴ Marcel Felgines, « Réflexions sur l'avortement », *Vitalité française*, novembre-décembre 1970, n° 503, p. 492.

Ces femmes sont vraiment belles, car elles le sont voluptueusement et surtout sensuellement. On devine qu'elles ont été mères »⁵¹⁵. Alors que « la femme sans enfants a pour unique souci sa toilette et ses sorties. Elle utilise le salaire de son mari pour satisfaire ses vains caprices, et comme il lui faut toujours plus d'argent, elle en vient à travailler de son côté pour s'en procurer. Le travail des femmes est une des grandes causes d'immoralité et de prostitution. Tout s'enchaîne, la prostitution appelle les maladies vénériennes et celles-ci, la vérole surtout, s'entendent à causer pour la race de forts sérieux dommages »⁵¹⁶. CQFD, pour Pierre Guilloux, « tout s'enchaîne » en effet, par un prétendu raisonnement sans aucun fondement scientifique révélateur d'une idéologie pétainiste qui n'est pas morte en France avec la Libération. À la fin de sa thèse, le D^r Guilloux oppose aux familles sans enfants « les familles nombreuses [...] dans la majorité des cas saines physiquement et moralement. Le père et la mère, par la force des choses, sont travailleurs et économes et leur exemple ne peut être que bienfaisant pour leurs enfants qui en grandissant se rendent compte de leurs sacrifices, de leur mérite, les admirent et se donnent pour idéal de les imiter »⁵¹⁷. Ce type de commentaire exaltant la mère et la famille nombreuse française abonde dans les documents, y compris les thèses de médecine, sans attirer de commentaires critiques puisqu'on les retrouve d'une source à l'autre.

Vingt ans plus tard, une médecin-femme dénonce de façon identique la femme « moderne » : « Actuellement la femme refuse souvent sa condition de femme. D'inférieure qu'elle était, elle veut devenir l'égale de l'homme voire sa supérieure. Comme lui, elle fume, met des pantalons, fréquente les cafés et travaille à l'extérieur de son foyer. Elle se veut forte oubliant les malaises et les faiblesses qui faisaient nos bourgeoises grands-mères si charmantes. [...] Lors de la grossesse, elle se sent trahie. Elle la plus forte, « on l'a mise enceinte ». Qu'importe si elle a ou non décidée cette grossesse. Elle porte en elle la « participation du mari » qu'elle avait refusée dans bien d'autres domaines »⁵¹⁸. Le fait d'être elle-même une femme qui travaille ne semble pas troubler le D^r Mireille Farouch. Sa caricature de femme libérée, incongrue dans une thèse, peut s'interpréter comme la répétition d'un cliché ou une réaction aux revendications libertaires et féministes de 1968.

Les médecins qui prônent l'accouchement sans douleur font également souvent preuve de maternalisme. Le D^r Read, inventeur de la méthode d'accouchement sans douleur qui porte son nom, parle des « femmes dont la destinée est de perpétuer l'espèce »⁵¹⁹. Dans le même ouvrage, il insiste : « Aux femmes saines d'esprit la maternité est la réalisation de leurs plus hautes

⁵¹⁵ Pierre Guilloux, *L'avortement est un crime*, thèse de médecine, Paris, 1945, n° 154, f. 42.

⁵¹⁶ Pierre Guilloux, *thèse citée*, 1945, f. 76.

⁵¹⁷ Pierre Guilloux, *thèse citée*, 1945, f. 77.

⁵¹⁸ Mireille Farouch, *Les douleurs de l'accouchement*, thèse de médecine, Paris, 1968, n° 810, f. 14.

⁵¹⁹ Grantly Dick Read, *L'accouchement sans douleur*, Paris, Ed. Colbert, 1953, p. 4.

ambitions, l'accomplissement de leur plus pressant besoin et la perfection ultime de leur vie physique »⁵²⁰.

Les médecins catholiques se révèlent de fervents soutiens de l'ASD, dans la même perspective. En 1955, par exemple, le P^r Rivière et le D^r Chastrusse, médecins catholiques militants, s'exclament : « Quand les conditions de milieu et d'éducation le permettent, une préparation spirituelle exaltant la noblesse de la fonction maternelle, rappelant le sens général de la souffrance, pourra compléter et couronner la préparation psychologique et physique de la future mère »⁵²¹. En 1967 encore, le D^r Faillières rapporte que 39 d'entre ses patientes (sur 80) exercent « la noble profession de mère de famille », alors que les autres professions ne font l'objet d'aucun commentaire⁵²². La représentation maternaliste des femmes fait quasiment figure de lieu commun dans les sources, avec symétriquement l'image dévalorisée de la femme moderne sans enfants, que les auteurs soient catholiques ou non.

Les natalistes sont cependant bien conscients que la douleur de l'accouchement peut constituer un frein à la natalité. Ils sont donc partisans de l'ASD comme prophylaxie de ce qu'ils nomment la dénatalité. Déjà en 1935, le D^r Henri Bon, auteur d'un *Précis de médecine catholique*, écrit : « L'anesthésie obstétricale dans la mesure où elle ne peut nuire ni à la mère ni à l'enfant, est non seulement licite mais un devoir pour le médecin chrétien. Il y a une souffrance [...] (qu'on) doit soulager. [...] Il y a en jeu plus que l'intérêt du patient⁵²³ : il y a sa vie morale ; il y a la vie morale de son conjoint ; il y a de l'existence possible de nouvelles créatures de Dieu. Une des plus grandes causes de la restriction des naissances et du mauvais usage du mariage est indéniablement la crainte des douleurs de l'enfantement : crainte ressentie évidemment par la femme, mais bien souvent éprouvée par un mari qui ne veut pas de cette souffrance pour celle qu'il aime, d'autant plus que cette souffrance lui apparaît comme la rançon de son plaisir à lui. Alors c'est la vie fautive, les remords de conscience, l'éloignement des pratiques religieuses. Il faut, en effet, bien penser qu'avec tous les adoucissements de la vie moderne, avec l'usage des anesthésiques pour toutes les interventions même minimales, il y a diminution d'aptitude, d'entraînement à la souffrance. Les douleurs de l'enfantement s'en trouvent accrues d'autant. La maternité ne doit pas être un îlot douloureux et terrifiant, au milieu de la surface apaisée des misères humaines. Le médecin accoucheur a donc un rôle de premier plan pour l'avenir de la race, l'avenir des familles et, ce qui est au-dessus de tout, la vie morale des membres de la famille. Les médecins chrétiens doivent mettre toute leur science, tout leur zèle, toutes leurs peines pour réaliser l'accouchement sans douleur »⁵²⁴. Le D^r Henri

⁵²⁰ Grantly Dick Read, *op. cit.*, 1953, p. 7.

⁵²¹ Marc Rivière et L. Chastrusse, "La douleur en obstétrique", compte rendu, *BFSGO*, 1955, t.7, n° 1, p. 83.

⁵²² Jean Faillières, *article cité*, 1967, p. 75.

⁵²³ Notons le masculin pour désigner une femme qui accouche...

⁵²⁴ Henri Bon, *Précis de médecine catholique*, Paris, Alcan, 1935, p. 502-503.

Bon réunit tous les arguments catholiques et natalistes pour justifier la lutte contre la douleur de l'accouchement avant et après la Seconde Guerre mondiale.

Le D^r Read affirme à propos des femmes célibataires que « la représentation mentale de la douleur, de l'angoisse, de la mort qui est associé dans leur esprit à l'idée d'accouchement, a conditionné une telle peur qu'elles cherchent un refuge dans la virginité et le célibat ». Quant aux femmes mariées, « on connaît des exemples de femmes, qui ayant eu un enfant, se sont refusées ultérieurement à toute vie sexuelle, de peur d'avoir à subir à nouveau les souffrances de l'accouchement »⁵²⁵. L'accouchement dans la douleur est un repoussoir pour les femmes, il peut donc empêcher toute vie sexuelle et par là toute maternité future.

Les défenseurs français de l'ASD donnent aussi dans ce type d'argument. Dès 1954, Fernand Lamaze et ses collaborateurs soulignent, dans l'article qui officialise l'ASD dans le *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, cet aspect positif : une des conséquences de la pratique de l'ASD sur « le plan social » est, en effet, « la disparition de la crainte de nouvelles maternités, avec comme conséquence une diminution certaine du nombre des avortements »⁵²⁶, et son corolaire, l'augmentation du nombre de naissances. Le D^r Vermorel utilise le même argument dans sa thèse en 1955 : « Avec la pratique de l'ASD la crainte de nouvelles maternités ira en diminuant »⁵²⁷. Il affirme, comme Fernand Lamaze, que « la suppression des douleurs de l'accouchement serait un facteur de diminution du nombre des avortements : parmi les causes de ceux-ci, il y a en effet la peur de l'accouchement lui-même »⁵²⁸. Dans cet esprit, en 1957, le D^r Jacques Courtois met en valeur l'harmonie entre la mère et l'enfant, grâce à l'ASD, et donc « l'acceptation, dans la joie, de la maternité dès la conception. [...] Au lieu d'entendre « C'est le dernier car j'ai trop souffert » on entend dire « C'est merveilleux, pour le prochain je ferai mieux encore »⁵²⁹. En 1958, un autre médecin catholique, le D^r Émilien Mourgues, reprend cet argument, notant que « l'ASD peut devenir l'un des facteurs contribuant à faire changer le comportement fondamental des jeunes ménages français à l'égard de la maternité »⁵³⁰. Or en 1958, on n'observe dans les faits aucune réticence de la part des jeunes couples français à l'égard de la maternité, en pleine période de baby-boom.

Fernand Lamaze et ses collaborateurs rejoignent ici les médecins catholiques qui constatent : « elles ne sont pas rares, les femmes, qui restent longtemps fatiguées, asthéniques, sans ressort, redoutant, sinon refusant de ce

⁵²⁵ Grantly Dick Read, *op. cité*, 1953, p. 46-47.

⁵²⁶ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, tome 138, n° 3, p. 56.

⁵²⁷ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 273.

⁵²⁸ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 273.

⁵²⁹ J.A. Trégastel, *L'accouchement naturel*, Paris, Edition du Levain, 1957, p. 20-21.

⁵³⁰ Émilien, *op. cité*, 1956, p. 11.

fait une nouvelle maternité »⁵³¹. En 1954, le Révérend Père Roguet, répondant aux questions des auditeurs sur Radio Luxembourg, déclare : « Certaines femmes se sont fait un tel épouvantail des douleurs de l'accouchement quelques fois avant, le plus souvent après une première expérience, qu'elles ont souhaité ne pas avoir d'enfants, ou n'en plus avoir après le premier. Un procédé qui supprime cette hantise et qui favorise ce qui est le but premier du mariage et de la famille : avoir des enfants, mérite donc la sympathie des chrétiens »⁵³².

En 1960, le D^r Oliva conclut un article sur ces mots : « Le vrai succès, je le répète, consiste en ce que la femme, consciente de sa mission sublime, considère comme un honneur de mettre son enfant au monde »⁵³³. En 1966, encore, le D^r Michelon, décrivant l'ASD, écrit : « il s'agit donc de détruire le conditionnement (qui rend l'accouchement douloureux), en créant de nouveaux réflexes conditionnés, qui associeront l'idée d'accouchement avec des notions positives et heureuses, qui sont celles des joies de la maternité »⁵³⁴.

En 1971 encore, le D^r Vellay, constatant les grands progrès réalisés pour l'accueil des femmes dans les maternités, s'écrit : « Il faut que la femme s'y sente un peu chez elle, et qu'elle ait envie d'y revenir ; voilà une politique de la natalité qui serait intelligente et utile. »⁵³⁵. Dans la même veine, en 1971, un article dénonçant « l'incitation à la dénatalité » paraît dans la revue de la Société française de PPO⁵³⁶.

Pour certains médecins, tous les arguments sont utiles pour encourager la natalité. Le P^r Yves Malinas fait ainsi précéder un de ses articles dans *Le Concours Médical* par quatre citations qui donnent le ton : « *Croissez et multipliez... celui qui néglige ce devoir diminue l'image divine puisque l'homme est à l'image de Dieu* (La Genèse). *Il n'est de force ni de richesses que d'hommes* (J. Bodin, XVI^e s.). *Il n'y a qu'un seul homme de trop sur terre, c'est M. Malthus* (Proudhon). *Nous ne concevons pas que les Nations Unies puissent proposer, pour n'importe quel pays et pour n'importe quelle époque, des mesures propres à limiter les mariages ou les naissances dans le mariage. Toute proposition en ce sens doit être qualifiée de barbare* (Rabichko, représentant de l'URSS à la commission de la population des Nations Unies)⁵³⁷. Pour Yves Malinas, en 1966, tout est bon pour refuser la contraception : la Bible et les soviets.

⁵³¹ Michel Chartier, « L'ASD », *Cahiers Laennec*, n° 4 (spécial sur la douleur), décembre 1952, p. 48-49.

⁵³² RP Roguet, "La porte ouverte", émission de Radio Luxembourg, retranscrite dans la revue *Familial Digest. Panorama chrétien*, décembre 1954, p. 78.

⁵³³ Oliva, "Considérations sur la douleur de l'accouchement et son abolition par la PP", *BOSIPPO*, 1960, n° 1, p. 21.

⁵³⁴ Bruno Michelon, *L'ASD*, Paris, Ed. Intermedica, 1966, chapitre 2, sans pagination.

⁵³⁵ Pierre Vellay, *article cité*, septembre 1971, p. 4396.

⁵³⁶ P. A. Chadeyron, F. Aulard-Mackler et A. Nemeth, "Le stéréotype de la mère : incitation à la dénatalité", *BOSFPO*, 1^{er} trimestre 1971, p. 57-68.

⁵³⁷ Yves Malinas, « Faut-il adorer le pilule ? », *Le Concours Médical*, 18-6-1966, p. 4431.

Les femmes proclament également le bien-fondé de ce raisonnement. En 1949, le docteur Cormanchi rapporte l'enthousiasme d'une de ses patientes : « Cela ne me ferait rien d'en avoir un autre ! »⁵³⁸.

Les patientes qui accouchent sans douleur à la clinique des Bluets témoignent, elles aussi, de leur enthousiasme à procréer. Une infirmière, Madame D., ayant accouché en 1953, conclut le rapport, que la clinique demande à toute parturiente de rédiger, par ces mots : « je voudrai un autre enfant, dans deux ans, et celui-là je vous assure que je n'aurai pas une seconde d'inquiétude en l'attendant »⁵³⁹. En 1953, M^{me} Laborde écrit : « Mon mari est quand même un peu surpris quand je lui déclare que je suis toute prête à recommencer »⁵⁴⁰. En 1955, M^{me} G., témoigne : « Lorsque j'ai lu un premier reportage sur l'accouchement sans douleur j'ai senti, qu'enfin, des médecins avaient compris. À cause de cela, j'acceptai la conception d'un deuxième enfant »⁵⁴¹. Même les maris témoignent en ce sens, l'un d'eux s'écrit en 1956 : « Votre méthode n'est pas une vue de l'esprit. Elle trace son chemin dans les faits, dans la moisson d'enfants que leurs parents chaque jour peuvent voir venir au monde avec joie »⁵⁴².

L'avenir s'annonce donc radieux et les futures générations sont elles mêmes mises à contribution. Une jeune femme qui a réussi son accouchement sans douleur peut s'exclamer, en 1960, dans un livre en hommage à Fernand Lamaze : « Nous vivons l'époque où un homme peut dire à son fils : tu iras dans la lune. Mais c'est aussi l'époque où une femme peut tenir à sa fille ce langage inouï : comme je t'ai portée, tu porteras tes enfants sans angoisse, et, comme moi, tu enfanteras dans la joie »⁵⁴³. Le partage des rôles est ici clairement affirmé, au fils la conquête spatiale, à la fille l'accouchement dans la joie.

En 1946, le D^r Péquignot est l'un des rares médecins à mettre en perspective l'idéologie nataliste dominante en France. Il écrit : « Ne nous laissons pas impressionner par le fait qu'actuellement toutes les grandes « familles spirituelles du pays » sont natalistes. Les problèmes de tactique politique momentanée peuvent embrouiller les cartes. Ils n'obscurcissent qu'un temps les problèmes. Aux dix-huitième et dix-neuvième siècles, il était de « gauche » d'être nataliste, et Diderot, dans le Supplément au Voyage de Bougainville, faisait la théorie du capital humain (l'enfant est la dot que la femme doit apporter au fiancé). Il était de droite sinon « clérical » d'être « Birth Control ». On oublie que Malthus était un évêque anglican. [...] De

⁵³⁸ Cormanchi, "Les infiltrations du sympathique lombaire en accouchement", *Le Concours médical*, 19-3-1949, p. 617.

⁵³⁹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 234.

⁵⁴⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 51.

⁵⁴¹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 117.

⁵⁴² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 317.

⁵⁴³ Marjorie Karmel, *J'ai accouché sans douleur. Thank you, doctor Lamaze !*, Paris, Fayard, 1960. Ce livre va populariser la méthode Lamaze aux États-Unis.

même le communisme russe était pro abortif après la révolution d'octobre, et le parti communiste avait encore en 1930, comme plate-forme électorale, l'avortement légal. Toutes ces positions ont changé »⁵⁴⁴. Le D^r Péquignot rappelle ici que le natalisme est un marqueur politique de circonstance qui peut évoluer, ainsi en URSS où l'avortement est de nouveau interdit après 1936. Son allusion aux revendications du PCF est exacte ainsi qu'au tournant nataliste de ce dernier en cette même année 1936. Le D^r Péquignot omet cependant de remarquer que l'idéologie catholique a toujours exalté la natalité sans faiblir, qu'il s'agit donc là d'une constante. Avec ce rappel justifié, l'enjeu idéologique semble bien dépasser le cas intime de chaque femme et l'instrumentaliser en tant que mère.

B Le couple médecin/parturiente

Les relations entre le médecin et sa patiente sur le point d'accoucher est centrale dans l'expérience des femmes. Le médecin n'intervient normalement qu'à la fin pour recevoir l'enfant après que la sage-femme ait aidé la parturiente pendant la première phase de dilatation et parfois au début de celle d'expulsion. Les sages-femmes ne laissent pas de traces écrites à cette époque, il est donc impossible de cerner leur comportement avec les patientes. Par contre les médecins accoucheurs écrivent et publient.

Pour que la natalité augmente, enfin !, il faut que les femmes accouchent. Elles le font de moins en moins souvent à domicile à partir de 1945. Yvonne Knibiehler cite les chiffres suivants : « En 1952, les cliniques d'accouchement accueillent 53,2 % des parturientes, en 1962, 85,5 %, en 1974, 98,5 % ; les accouchements à domicile se réduisent en proportion »⁵⁴⁵. La disparition relativement rapide des accouchements à domicile est liée aux progrès médicaux d'après-guerre qui font des Maternités publiques ou privées des lieux où la sécurité des mères et des enfants semble garantie. Pour Nathalie Mayer, « Le baby-boom va de pair avec une accélération des progrès en obstétrique et en gynécologie, comme en pédiatrie, et notamment en néonatalogie. Ces avancées médicales ne purent cependant être pleinement appliquées et généralisées que dans des structures hospitalières. La technicité accrue de la naissance et l'extension de l'assurance – maternité à toutes, par le biais de la sécurité sociale, conjuguèrent leurs effets pour entraîner massivement les parturientes, de toute origine sociale, dans les maternités, à partir de la deuxième moitié du XXe siècle. [...] Cette entrée massive des parturientes dans les hôpitaux, ou les cliniques, est une mutation révolutionnaire dans l'histoire de la naissance. Celle-ci cesse, dès lors, d'être un événement privé, familial et communautaire, pour devenir essentiellement médical ou chirurgical. Ce passage sonne le glas de l'accouchement à domicile. [...] Et c'est peut-être aussi parce que les femmes ont pensé que dans cet univers plus scientifique et technique, de haute

⁵⁴⁴ Henri Péquignot, *article cité*, 1946, p. 180-181.

⁵⁴⁵ Yvonne Knibiehler, *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Librairie Académique Perrin, 1997, p. 59.

compétence médicale et chirurgicale, et de plus grande sécurité obstétricale, l'on répondrait mieux à leur attente de ne plus souffrir, qu'elles se sont décidées à entrer à l'hôpital pour mettre au monde leurs enfants »⁵⁴⁶.

Les futures mères accouchent donc pour la plupart dans des hôpitaux publics ou des cliniques privées : en 1954, « plus de la moitié des accouchements en France » se passent en dehors des structures publiques⁵⁴⁷. Il faut relier ces chiffres à la situation déplorable de l'accouchement dans les hôpitaux publics en France juste après la guerre. Selon le D^r Vellay en 1957 : « dans ce domaine bien peu de progrès avait été réalisé, la faute essentielle étant d'ailleurs imputable aux Services Publics, qui n'avaient jamais alloué de crédits suffisants pour l'amélioration des conditions d'accouchement dans les hôpitaux. Cette situation hospitalière avait atteint une telle acuité que, vers 1952-1953, il se produisit une sorte de désertion des hôpitaux au profit des cliniques privées. Cela se traduisit à Paris par la fermeture de quelques Maternités (Saint Louis), bien que le nombre d'accouchements n'eût pas diminué. La salle commune d'accouchement et d'hospitalisation était devenue insupportable à beaucoup de parturientes après la dernière guerre. »⁵⁴⁸. Outre l'inconfort et le peu de respect pour l'intimité des patientes, cette situation entraîne chez celles-ci une « attitude passive au cours de l'accouchement lui-même, que renforçait, de façon manifeste, l'atmosphère générale dans laquelle elles se trouvaient (Locaux souvent malpropres, mal éclairés, sombres, tristes - plusieurs lits dans une même pièce, avec d'autres femmes s'agitant ou criant, paroles inconsidérées, mais néfastes du personnel médical aussi bien que para-médical- attitude de ce dernier parfois hostile ou simplement désagréable). Les facteurs négatifs jouaient au maximum »⁵⁴⁹. Il n'y a rien à ajouter à cette description réaliste de l'état des hôpitaux français dans les années cinquante.

Du côté du privé, l'accueil et les conditions de séjour sont bien meilleures. Il est d'ailleurs possible d'y pratiquer « une certaine psychoprophylaxie. Les contacts, entre la parturiente et le médecin de son choix, étaient meilleurs, moins superficiels, moins rapides, les entrevues ayant lieu dans un cadre plus agréable. La personnalité, les qualités humaines de l'accoucheur jouaient favorablement auprès des patientes. L'accoucheur avait une action sédative, rassurante, équilibrante »⁵⁵⁰. Les inégalités sociales jouent donc pleinement jusque dans la prophylaxie de la douleur ressentie lors d'un accouchement.

⁵⁴⁶ Nathalie Meyer, *Prise en charge de la douleur de l'accouchement*, thèse Strasbourg, 1997, n° 84, f. 161.

⁵⁴⁷ "Chronique de l'ASD", *La Revue de la nouvelle Médecine*, n° 4, décembre 1954, p. 55.

⁵⁴⁸ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *Analgesie psychologique en obstétrique : Journées d'études sur l'analgesie psychologique en obstétrique, Paris, 7 avril 1957*. Pergamon Press, 1959, 172 p. – Intervention du D^r Vellay, p. 27-28.

⁵⁴⁹ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r Vellay, p. 28.

⁵⁵⁰ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r Vellay, p. 28.

Le médecin accoucheur et la femme forment un « couple » éphémère qui semble parfois se substituer au couple officiel le temps de la naissance.

« Chemin faisant, nous avons indiqué les grandes lignes du comportement de l'accoucheur ; à sa tâche traditionnelle d'assurer la sécurité de la parturiente et de son enfant, s'ajoute celle de rendre l'événement aussi indolore qu'il est possible, par les moyens les mieux appropriés ; étant entendu que la sécurité passe avant l'indolore, mais que l'indolore doit être recherché et réalisé aussi complètement que possible. C'est encore une occasion de montrer le caractère original, unique même dans les rapports entre les êtres humains, qui existent entre la parturiente et son accoucheur pendant « le bout de chemin » qu'ils doivent parcourir ensemble : [...] si la parturiente souffre dans sa chair, l'accoucheur peine avec elle ; et je sais des accouchements dont l'accoucheur sort presque aussi fatigué que la parturiente qui, elle, peut alors se reposer ; alors qu'il continue cette existence dans laquelle, aux fatigues diurnes de tout le monde, s'ajoutent les fatigues nocturnes qui lui sont propres, dans ce métier d'athlète qui le tue bien souvent avant l'âge »⁵⁵¹. Ainsi s'exprime le P^r Hanon montrant une empathie certaine avec ses patientes et un certain apitoiement sur lui-même... Il est rare qu'un médecin déclare aussi clairement son empathie vis-à-vis des patientes, ce qui ne veut pas dire que les autres accoucheurs ne l'éprouvent pas.

Quant à la femme enceinte, elle est souvent décrite comme une femme hypersensible et ambivalente vis-à-vis de sa grossesse. En 1962, paraît un ouvrage destiné aux monitrices d'accouchement sans douleur. Leur profession vient d'être officiellement reconnue et cet ouvrage se veut un guide pour ces femmes (il n'est pas question de « moniteurs ») qui aident d'autres femmes à accoucher. Dans la masse de conseils que renferme ce livre, l'un des plus importants est la patience et le contrôle de soi car la femme enceinte est « vite anxieuse, vite découragée, vite affolée » ; elle exige donc de la monitrice « une ferme mais sereine autorité, seule capable de créer autour d'elle un climat de confiance et de sécurité »⁵⁵². En janvier 1973 encore, le P^r Merger « met l'accent sur la psychologie très particulière de la femme enceinte, au début de sa grossesse, dont elle n'est pas responsable, et qui comporte essentiellement une sorte d'ambivalence d'après laquelle, pour elle, le fœtus est tantôt une partie de son moi, tantôt au contraire un parasite et selon qu'elle pense d'une façon ou de l'autre elle peut vouloir garder ou non sa grossesse. Ceci est bien connu des psychiatres et des obstétriciens qui portent attention à la psychologie de leurs patientes »⁵⁵³.

Dans un article de 1974, le D^r Pierre Vellay précise à son tour la psychologie de la femme enceinte : « Pendant les trois premiers mois, il y a une forte ambivalence chez la femme, entre ses sentiments de joie, de fierté et ceux

⁵⁵¹ F. Hanon, *L'accouchement conditionné*, Paris, Ed. Revue Médicale Française, 1958, p. 121.

⁵⁵² Zelda Rennert, Blanche Cohen et Christiane Goirand, *L'enseignement de l'ASD*, Paris, Vigot, 1962, p. 10.

⁵⁵³ In Bull. du Conseil National de l'Ordre des médecins, janvier 1973, p. 26.

de refus ou de difficulté d'acceptation ». Il relie cet état à de nombreux facteurs, en omettant cependant celui d'un « accident » ou d'une absence de contraception, supposant donc par automatisme qu'il s'agit d'une grossesse désirée. En cela, il adopte la position traditionnelle des médecins de son temps. Ensuite, « le second trimestre correspond à une période de calme. La femme sentant son enfant bouger, puise dans cette sensation une source de joie et de sécurité ». En cas d'ASD, elle va vivre sa grossesse en commun avec son mari, ce qui va contribuer à la rassurer. « Le troisième trimestre [...] est bien souvent le plus anxiogène à l'approche de l'inconnu qu'est l'accouchement pour des femmes non préparées surtout. » En résumé, pour Pierre Vellay : « Nous devons constater qu'aussi bien pendant la grossesse que, lors de l'accouchement, la femme présente une grande « labilité émotionnelle ». Elle est, sur le plan psychologique, d'une assez grande fragilité. Ses réactions sont souvent excessives [...] se traduisant aussi bien par de larmes que par un rire inextinguible. D'une façon générale, la femme enceinte subit une altération de son état émotionnel à des degrés divers, compte tenu de sa personnalité et des modifications importantes de son système neuro-endocrinien. En interrogeant soigneusement les femmes enceintes, on peut se rendre compte qu'une femme sur deux présente un état d'anxiété ou des insomnies ». Enfin, la préparation à l'ASD permet grâce au langage, à l'amélioration des relations médecin-patiente et à l'intégration du père, de diminuer ces troubles. Il invoque la « valeur thérapeutique » de la préparation à l'ASD⁵⁵⁴. On retrouve dans ce texte l'attention particulière des pionniers de l'ASD vis-à-vis de leurs patientes. Le portrait que dresse Pierre Vellay se veut exact, même s'il met à mal la vision idyllique traditionnelle de l'état de femme enceinte. La représentation de la femme enceinte en fait une caricature de femme comme si la grossesse exacerbait ses caractères habituels.

Pour aider cette femme qui doit accoucher, divers moyens sont utilisés, y compris les plus modernes et attrayants, à savoir des films sous la forme de documentaires rassurants, dès les années cinquante. En 1965, le D^r Roger El Bhar peut même consacrer sa thèse de médecine à *L'étude des moyens cinématographiques dans l'application de la méthode psychoprophylactique*, méthode largement appliquée en France à cette époque. Pour ce médecin, le film constitue un « contre-inhibiteur spécifique ». Il précise cependant, dans l'esprit du temps, qu'il faut « ne pas hésiter à choisir la plus belle des parturientes » pour filmer son accouchement !⁵⁵⁵

Un de ces documentaires, intitulé *Les premiers jours de la vie*⁵⁵⁶, tourné en 1970, financé par Nestlé/Guigoz, est visible aux archives départementales de

⁵⁵⁴ Pierre Vellay, « Psychologie de la femme enceinte », *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.*, 1974, 3, p. 1132.

⁵⁵⁵ Roger El Bhar, Contribution à l'étude des moyens cinématographiques dans l'application de la méthode psychoprophylactique, thèse de médecine, Paris, 1965, n° 776, f. 15 et 22.

⁵⁵⁶ *Les premiers jours de la vie*, documentaire couleur sonore, 20 mn 23 s, réalisation non précisée.

Bobigny. Ce film en couleurs, bercé d'une musique de science-fiction, assurément pour favoriser l'émotion, montre des images du fœtus puis de l'embryon et enfin la naissance de l'enfant. Il est plus consacré à l'enfant qu'à la mère, jolie femme bien maquillée jusqu'au bout. Celle-ci accouche cependant dans la sérénité requise sur fond de musique cette fois-ci classique, la *Symphonie pastorale*, bien adaptée à cet événement. Les paroles rassurantes du médecin, le D^r Vellay, restent audibles, dans une ambiance couleur sépia, tout à fait rassurante elle aussi. Ce documentaire reçoit le prix des dix meilleurs films au festival du film médico-chirurgical lors des Entretiens de Bichat de 1971. Rassurer la femme enceinte fait donc partie de la pédagogie habituelle des cliniques et hôpitaux.

II Amour maternel

A Désir d'enfant et sentiment maternel

Ces deux sentiments sont toujours présupposés dans les sources médicales. Pourtant, à partir des années soixante, quelques médecins cherchent à mieux les cerner. Comment les mesurer ? Faut-il, avant la naissance, tenir compte des déclarations des femmes ? Faut-il, après la naissance, compter les baisers, interpréter les regards, prendre comme critère l'allaitement ?⁵⁵⁷.

L'idée qu'une grossesse puisse être non-désirée, le terme lui-même est révélateur, émerge petit à petit à partir des années soixante et suit ainsi l'évolution de l'opinion en faveur de la contraception.

En 1960, le D^r Lagroua-Weill-Hallé fait une enquête auprès de 218 de ses patientes. Ces femmes, qui ont en moyenne 2,3 enfant chacune, déclarent avoir désiré 57 % de leurs enfants ; 43 % des enfants ne le sont donc pas. Mais le D^r Lagroua-Weill-Hallé ajoute : « Chez les femmes interrogées, les enfants non désirés étaient cependant des enfants aimés par les parents. Notre enquête n'a pas porté sur les difficultés familiales d'ordre économique ou psychologique causées par la présence de ces enfants non souhaités »⁵⁵⁸.

En 1961 paraît dans *Le Concours médical* une enquête pionnière sur les attitudes devant la maternité⁵⁵⁹. Les auteurs mettent tout de suite en valeur l'originalité de leur démarche en reliant leur recherche au « problème de la

⁵⁵⁷ William Ray Arney consacre un chapitre à cette question dans son ouvrage : *Powers and the Profession of Obstetrics*, Chicago, The University of Chicago Press, dans le chapitre 5 p. 155-174.

⁵⁵⁸ Marie-Andrée Lagroua-Weill-Hallé, « Considérations préliminaires sur 218 femmes ayant reçu des conseils médicaux d'orthogénisme. Technique et prophylaxie mentale », *Gynécologie pratique*, 1960, XI, p. 327.

⁵⁵⁹ Jean Sutter et Francis Morin, « Les attitudes devant la maternité », *Le Concours médical*, 1961, t.49, p. 6233-6243.

diffusion de la contraception dans notre société »⁵⁶⁰. Rappelons que celle-ci n'est toujours pas autorisée en France. Ils ont interrogé 1020 femmes enceintes, venues accoucher dans les hôpitaux Saint Antoine, Lariboisière et Tenon à Paris, leur posant la question : « Auriez-vous pris une pilule pour éviter cette grossesse ? ». Sur ces 1020 femmes, 30 % aurait utilisé la pilule, ce qui représente presque un tiers de femmes qui aurait souhaité éviter leur grossesse. Elles sont plus nombreuses dans les familles ouvrières (40 %) que dans celles de cadres (25 %). À l'inverse, 47 % n'auraient pas utilisé la pilule : on peut en conclure qu'elles désiraient leur grossesse. Mais 23 % ne se prononcent pas et peuvent donc se répartir d'un côté comme de l'autre⁵⁶¹. Les femmes qui auraient souhaité éviter cette grossesse donnent deux raisons principales : la taille insuffisante de leur logement⁵⁶² et le nombre de leurs enfants antérieurs soit deux raison « objectives », « acceptables ». Suivent les raisons économiques : salaires trop faibles⁵⁶³ etc. Ces réponses restent conformes aux attentes des enquêteurs, quelle femme aurait pu s'écrier : « Je ne supporte pas les bébés ! », ou : « Le préservatif a craqué et voilà le résultat ! ». Ces réponses conformistes n'en montrent pas moins qu'au minimum un tiers des femmes ne désiraient pas être enceinte.

En 1963, à l'initiative de l'INED et du D^r Jean Sutter, déjà auteur de l'enquête de 1961, une thèse de médecine sur les *Attitudes devant la maternité* paraît à Grenoble⁵⁶⁴. Elle est fondée sur un questionnaire auquel 1 200 femmes ont répondu, soit 67 % des accouchées à l'hôpital de Grenoble, entre septembre 1961 et juillet 1962. Ces femmes, patientes de l'hôpital public, sont pour la plupart de milieu ouvrier et urbain. 60,8 % de ces accouchées n'ont pas désiré leur grossesse actuelle ; elles invoquent plusieurs raisons : leur mari fait son service militaire (ils ont été envoyés en Algérie), le ménage n'est pas installé (problèmes de logement), la santé de la femme est fragile et 10 % d'entre elles sont célibataires⁵⁶⁵. Une fois enceintes, plus de 200 femmes se déclarent satisfaites de l'être alors qu'elles faisaient partie des 645 qui ne l'avaient pas désiré, soit presque un tiers de celles-ci. L'auteur en conclut, peut-être hâtivement, qu'il est « probable aussi qu'après leur accouchement, la satisfaction des femmes augmente encore »⁵⁶⁶. Il n'empêche qu'on retrouve le chiffre de plus d'un tiers des femmes enceintes sans désirer cette grossesse.

En 1965, le D^r Michel-Wolfromm affirme dans un article du *Concours médical* que 43 % de ses patientes n'ont eu aucun accident, c'est-à-dire ni

⁵⁶⁰ Jean Sutter et Francis Morin, *article cité*, 1961, p. 6233.

⁵⁶¹ Jean Sutter et Francis Morin, *article cité*, 1961 p. 6233-6235.

⁵⁶² La crise du logement est un des principaux problèmes de l'époque et constitue donc une explication toute trouvée pour expliquer le non-désir d'enfant.

⁵⁶³ Jean Sutter et Francis Morin, *article cité*, 1961, p. 6238.

⁵⁶⁴ Solange Siebert, *Attitudes devant la maternité. Enquête auprès de 1 200 accouchées*, thèse de médecine, Grenoble, 1963, n° 5, 123 f.

⁵⁶⁵ Solange Siebert, *thèse citée*, 1963, f. 32-33.

⁵⁶⁶ Solange Siebert, *thèse citée*, 1963, f. 35.

enfant non désiré ni avortement⁵⁶⁷. Ce qui revient à dire que la majorité des femmes ont eu ou l'un ou l'autre, et, parfois, et l'un et l'autre...

En 1966, le D^r Perdrix, dans sa thèse sur les multipares (femmes ayant eu au moins cinq grossesses), écrit : « Aucune des multipares que nous avons interrogées ne désirait le jour de son mariage devenir une mère de famille nombreuse »⁵⁶⁸.

En 1966 encore, le D^r Pigeaud, de Lyon, écrit : « On sait, par des enquêtes précises⁵⁶⁹, que le pourcentage des enfants réellement désirés diminue après chaque grossesse, tandis que celui des conceptions involontaires, avec enfant non désiré, s'accroît régulièrement : 40 % dès la première naissance, 46 % après la seconde, 60 % après la troisième, quatrième et cinquième, 100 % après la sixième. [...] Sur 1010 femmes enceintes, 594 avaient désiré la grossesse actuelle »⁵⁷⁰. Le chiffre est plus important et atteint plus de 50 % des femmes enceintes n'ayant pas désiré leur grossesse.

Les années soixante voient ainsi les démographes et les médecins reconnaître l'absence de désir de grossesse d'une partie importante des femmes enceintes, entre 30 et 50 %. Il est impossible de comparer avec les années précédentes puisqu'il n'y a eu aucune enquête de ce type. Il serait cependant étonnant de ne pas retrouver la même proportion de femmes sans désir de grossesse, sauf à supposer que l'arrivée de la pilule en France exacerbe le non-désir d'enfant.

Les auteurs ne tirent généralement aucune conséquence de ces enquêtes malgré l'énormité des chiffres. Le désir d'enfant est considéré comme naturel chez les femmes. Il relève, avec le sentiment maternel qui l'accompagne, de l'ordre du tabou : ils sont implicites et indiscutables dans les sources. L'opposé du désir d'enfant ne porte d'ailleurs pas de nom, on ne peut parler de refus de l'enfant puisque ces enfants naissent et sont élevés, comme les autres. On ne peut parler que de non-désir d'enfant, ce qui laisse le désir comme repère fondamental.

Au moment même de ces enquêtes, à partir des années soixante, quelques auteurs tentent d'analyser cette carence et cette ambiguïté du désir d'enfant chez les femmes enceintes. Pour le P^r Hanon, en 1958 : « Dans les Maternités, il y a plus de mobilisées que de volontaires ». Il écrit : « Nous nous élevons contre « l'espérance joyeuse » de la maternité dont elles (les publications néo pavloviennes) prétendent qu'elle est, et doit être, l'attitude de la femme normale. Il y a une euphorie de la gestation (surtout après le troisième mois), une euphorie du post-partum immédiat qui apparaît comme une trêve à tous les

⁵⁶⁷ C Koupernic et Hélène Michel-Wolfromm, « Cinq cent cinquante femmes parlent de la contraception », *Le Concours médical*, 14-21-28 août 1965, p. 4915.

⁵⁶⁸ Jacques Perdrix, *Existe-t-il un fondement médical à la contraception chez les multipares ?*, Paris, 1966, n° 67, f. 105.

⁵⁶⁹ Dont il ne donne d'ailleurs pas les références.

⁵⁷⁰ Henri Pigeaud, « Les limites d'une contraception légitime », *Lyon médical*, 1966, n° 6, p. 321.

problèmes. Mais la vie, la simple vie de tous les jours est ainsi faite. [...] Bien souvent la maternité est simplement acceptée, subie, peut-être plus souvent que désirée ; si on en excepte la première grossesse et chez les femmes très jeunes, toutes d'instinct et peu averties des lendemains, on n'entend pas très souvent la femme à laquelle on confirme son état de grossesse dire que « ça tombe bien ». D'autant que la venue d'un enfant amène un réel bouleversement pour la mère : « bouleversement de l'existence sociale pendant plus d'une année ; des vacances gênées ou supprimées ; de l'appartement devenu insuffisant ; du revenu financier, du train de vie diminué quelle que soit la situation de fortune ; de l'emploi de la femme perdu ou, pis encore, conservé malgré la fatigue et les interruptions qui nuisent à la carrière (quand il y en a une), à son perfectionnement et à son avancement ; aucune législation sociale, aussi large soit-elle, ne pourra jamais compenser les pertes, les sacrifices consentis par les parents ; rien ne le peut sinon, et sur un autre plan, les joies profondes de la maternité et de la paternité »⁵⁷¹. Le D^r Hélène Michel-Wolfromm constate également que le désir d'enfant est « rarement simple, ressenti comme un instinct biologique [...] Suivant les statistiques, 65 % à 80 % des femmes qui proclament leur désir de maternité refusent inconsciemment l'enfant dont elles semblent espérer la naissance. [...] Cette ambivalence (du désir d'enfant) (est liée) aux idées pessimistes sur l'avenir du monde, à la fréquence des troubles psychosomatiques pendant la grossesse, à l'existence d'un conflit conjugal ou d'une inquiétude excessive sur le sexe de l'enfant ou les chances de malformation »⁵⁷². Ce constat lucide n'envisage cependant pas le simple non-désir d'enfant ni l'échec de contraception.

Malgré ces chiffres et ces analyses, le désir d'enfant constitue souvent l'explication principale du phénomène de baby-boom. Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George⁵⁷³ sont d'avis qu'il existe un « réel désir d'enfant » dans les années cinquante : « Si la natalité a augmenté, ce n'est pas parce qu'on a endoctriné les femmes (on l'avait fait, en vain, dans l'entre-deux-guerres) mais parce qu'elles l'ont alors voulu. Et l'ASD s'est inscrit dans ce climat ». Or le baby-boom s'arrête en France justement dans les années soixante, au moment où le non-désir d'enfant commence à être chiffré dans les sources médicales et démographiques et où la contraception hormonale devient accessible. Faudrait-il donc postuler une évolution entre la période de la guerre et les quinze années suivantes, qui aurait consisté en un changement radical d'attitude face à la maternité passant du désir au non-désir d'enfant ? Quelles raisons invoquer ? Une autre interprétation semble possible : on peut supposer chez les femmes enceintes des années soixante une libération de la parole qui les mène à pouvoir reconnaître quasi publiquement leur non-désir de grossesse et à transgresser le tabou des années précédentes. Les revendications des femmes et des couples

⁵⁷¹ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 44.

⁵⁷² Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1963, p. 10.

⁵⁷³ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George. *Article cité*. 2002, p. 44.

pour le droit à une contraception efficace montrent incidemment que le non-désir d'enfant n'est plus censuré.

Une fois né, l'enfant, même non désiré, doit être aimé et les médecins et sages-femmes sont vigilants. Ils utilisent souvent l'allaitement comme critère simple pour distinguer les « bonnes » mères des autres. Peu de statistiques paraissent cependant sur l'allaitement maternel. Claude Didierjean-Jouveau chiffre à 36,6 % celui-ci en 1972, et à 46 % en 1975-76⁵⁷⁴.

En 1957, dans une enquête menée par le D^r Vellay sur 50 parturientes ayant échoué lors de leur ASD : 20 % seulement ont été heureuses à l'annonce de leur grossesse (contre 100 % pour les femmes ayant réussi leur ASD), 5 % des maris l'ont été (contre 100 % pour les réussites), 30 % des familles ont bien accueilli cette grossesse (contre 90 % des réussites). À la question : « Aimez-vous les enfants? », 65 % d'entre elles répondent qu'ils leur sont indifférents et 90 % d'entre elles refusent d'allaiter (contre 8 % pour les réussites)⁵⁷⁵. Le test de l'acceptation ou du refus de l'allaitement par la nouvelle mère est considéré comme un indicateur fiable de l'accueil réservé au nouveau-né.

Renversant le raisonnement, certains cherchent à promouvoir l'allaitement pour améliorer les relations entre la mère et l'enfant, ce qui sous-entend qu'elles ne sont pas naturellement bonnes. En 1969 le D^r Thérèse Dardare décrit les incitations à l'allaitement lors de la préparation à l'ASD : « il faut, pour informer les femmes des bienfaits et des difficultés de l'allaitement maternel, les décharger entièrement de tout sentiment de contrainte ou culpabilité. [...] Il faut croire à la persuasion par les femmes ayant déjà allaité. [...] Le groupe prend ici vis-à-vis de la femme la force de persuasion que représentaient la mère et les traditions familiales. Ceci dit, on ne souligne peut-être pas assez la frustration à la fois pour l'enfant et la mère de la séparation que représente l'accouchement et combien l'allaitement maternel représente, pour l'un comme pour l'autre, une transition bénéfique permettant de diminuer le choc de cette frustration. [...] Que ce soit fausse pudeur, peur d'être déformée ou encore fausse culpabilité du plaisir ressenti, le refus d'allaiter est souvent le fait d'une sexualité mal intégrée. [...] Le plaisir qu'on y trouve est souvent réel : on l'a appelé la « sexualité permise ». L'allaitement maternel est, avec la gymnastique post-natale, une des grandes « thérapeutiques » de la dépression du post-partum. Bénéfique pour la mère comme pour l'enfant, l'allaitement maternel est un des symboles majeurs de la féminité »⁵⁷⁶. Cette envolée dithyrambique n'est pas contrebalancée par l'information sur les contraintes et les problèmes de

⁵⁷⁴ Claude Didierjean-Jouveau, « Histoire de l'allaitement, histoires d'allaitement », intervention lors de la rencontre du 13 mars 2004 de la Société d'Histoire de la Naissance, compte rendu p. 12.

⁵⁷⁵ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de P. Vellay, p. 36-37.

⁵⁷⁶ Thérèse Dardare, Étude critique sur le plan pédiatrique des méthodes d'éducation des futures mères pendant la préparation à l'accouchement sans douleur et lors de l'hospitalisation à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, Paris, 1969, n° 941, f. 62-63.

l'allaitement maternel, qui n'occupent qu'un paragraphe très réduit sur les neuf consacrés à l'allaitement.

L'importance de l'allaitement, comme critère pour distinguer les « bonnes mères » des autres, est remis en cause en 1971, lors du congrès de la Société française de PPO, par Claude Revault d'Allonnes et le D^r Yvonne Vittoz. Elles y déclarent : « l'incitation à allaiter fait aussi partie des modèles fréquemment proposés (avec l'ASD)- pour ne pas dire imposés- dans les maternités. Or dans le refus d'allaiter que certaines femmes opposent plus ou moins ouvertement au modèle de mère-nourrice idéale, il y a toute autre chose que la fuite devant son devoir de mère, et donc aucune raison de culpabiliser ces femmes. Il y a la crainte du renforcement du lien physique à l'enfant[...] Il peut y avoir la certitude que ce lien fusionnel avec l'enfant fait pencher la balance de son côté, au détriment du père qui sera frustré.[...] Il y a souvent la crainte narcissique d'une atteinte à l'intégrité corporelle, d'une déformation blessante et irrécupérable, entraînant une diminution de l'attrait érotique : toutes conséquences qui ne sont pas sans importance et dont personne mieux que la femme ne peut mesurer le poids vécu »⁵⁷⁷. Ces deux auteurs, femmes, revendiquent ainsi la liberté de choix pour la mère d'allaiter ou non et justifient son choix. Elles combattent un modèle, on dirait aujourd'hui une représentation, traditionnel et réducteur face aux motivations plus profondes et plus variées des femmes.

Les deux intervenantes ne sont visiblement pas suivies puisque trois ans plus tard, les membres de la Société française de PPO peuvent entendre le même D^r Yvonne Vittoz-Meynard relier l'allaitement, encouragé par les équipes médicales, à la dépression du post-partum. Elle remarque que « l'allaitement avec ses difficultés est un des motifs le plus souvent invoqué par les femmes après la naissance pour expliquer leur état dépressif ». D'autant qu'elles sont soumises à une sorte de mise en demeure de nourrir leur enfant, par l'institution et les médias. Le D^r Vittoz-Meynard rapporte l'influence des mères et des livres, par exemple celui de « Laurence Pernoud (qui) affirme de façon péremptoire : « Vous devez nourrir votre enfant. Après lui avoir donné votre sang (sic !) vous lui donnerez votre lait ». Pourtant, pour ce médecin, « un sein donné à contrecœur (quand ce n'est pas avec répulsion) ne peut être préférable à un biberon chargé d'amour »⁵⁷⁸. Ces remarques qui cherchent à combattre les lieux communs autour de l'allaitement synonyme de « bonne mère » restent isolées et leur portée très réduite dans les sources.

B L'ASD, source d'amour maternel

Dans ces conditions, l'absence de douleur lors de l'accouchement est réputée servir de prophylaxie au non-désir d'enfant et de terreau au sentiment maternel.

⁵⁷⁷ Cl. Revault d'Allonnes et Y. Vittoz, *article cité*, 1^{er} trimestre 1971, p. 96.

⁵⁷⁸ Y. Vittoz-Meynard, *article cité*, 3^{ème} trimestre 1974, p. 18-19.

Dès les années cinquante, Fernand Lamaze affirme que l'ASD permet un « renforcement des éléments affectifs de la part des parents à l'égard des enfants »⁵⁷⁹. Le D^r Vellay constate que l'ASD peut même faire accepter un enfant non désiré : « Nous avons vu, dans certains cas de grossesse non désirée, un couple déborder d'émotion et heureux de la naissance, grâce à la réussite totale de l'accouchement »⁵⁸⁰. Les D^r A. et P. Rolland, qui travaillent dans les Pyrénées, écrivent à la future mère : « Vous allez accoucher sans douleur, cela va représenter un gros travail mais vous en sortirez grandie [...] et votre enfant aura, grâce à vous, et avant même d'être dans vos bras la preuve de votre amour militant »⁵⁸¹. L'amour maternel « militant » procéderait donc de l'ASD. Dans le même élan d'enthousiasme, Colette Jeanson, qui soutient l'action de Fernand Lamaze, écrit en 1954 : « N'y a-t-il pas pour l'enfant, né ainsi librement, une promesse de liberté ? Trop de femmes aliènent « la chair de leur chair » pour compenser instinctivement, entre autres choses, l'aliénation de leur accouchement douloureux »⁵⁸². À mère libérée, promesse d'enfant libéré. En 1956, dans un effort pour théoriser ces conséquences positives, les D^r Lamaze et Muldworf remarquent que « tous les psychologues de l'enfance s'accordent sur ce fait que le comportement de la mère à l'égard de son nourrisson est capital pour le développement ultérieur de l'enfant ». Citant alors un chercheur soviétique, ils affirment que « la préparation psychoprophylactique enrichit et rationalise ce qu'on appelle « l'instinct » maternel, rend les mères plus conscientes : tout au moins elle rend possible et plus efficace une *puériculture* à la fois scientifique et humaniste »⁵⁸³.

Leurs patientes témoignent volontiers dans le même sens. Madame Cohen, qui accouche d'un second enfant, en 1954, écrit : « La sensation du passage de l'enfant, de mon propre corps au monde, est absolument inoubliable. J'ai mis des mois à aimer mon fils alors que le sentiment qui me lie à ma fille qui vient de naître est déjà d'une force extraordinaire, et je sais que c'est parce que je l'ai mise au monde consciemment »⁵⁸⁴. Autre témoignage : « Beaucoup de gens objectent qu'on n'a pas le même amour pour ses enfants quand on n'a pas souffert pour les mettre au monde. [...] On peut leur dire que l'ASD nécessite tant de travail, d'ardeur, de dynamisme, de sang-froid, de volonté – je pèse mes mots – qu'il comporte autant de don de soi-même qu'un accouchement douloureux »⁵⁸⁵. M^{me} D., toujours en 1954, compare, elle aussi, ses réactions avec celles ressenties lors d'un précédent accouchement : « je me souviens comment je m'étais réveillée de mon premier accouchement, en pleurant, et incapable de m'intéresser au bébé qui était déjà tout habillé dans un coin. je me

⁵⁷⁹ F. Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, t.138, n° 3, p. 56.

⁵⁸⁰ P. Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 283.

⁵⁸¹ A. et P. Rolland, *article cité*, 1954, p. 57.

⁵⁸² C. Jeanson, *op. cité*, 1954, p. 170.

⁵⁸³ F. Lamaze et B. Muldworf, *article cité*, 1956, p. 555-556.

⁵⁸⁴ P. Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 299.

⁵⁸⁵ C. Jeanson, *op. cité*, 1954, p. 147.

rappelle même que mon premier sentiment en le voyant avait été : « pourquoi a-t-on apporté un bébé ici? », tellement il me semblait peu à moi »⁵⁸⁶. L'ASD fait aussi de quasi miracles : Madame Planadevall, toujours accouchée aux Bluets, reconnaît : « Moi qui envisageais la venue d'un enfant comme une calamité, qui avais une absence totale d'instinct maternel - que je réalise maintenant être due à la peur de souffrir - et qui m'imaginai même ne pouvoir m'attacher à l'enfant » mais tout est bien grâce à l'ASD, puisque « je suis très heureuse maintenant de l'avoir. »⁵⁸⁷.

Même type de réflexion de la part du Révérend Père Roguet, répondant aux questions des auditeurs de Radio Luxembourg en décembre 1954, : « Des psychiatres pourront vous dire aussi que les douleurs de l'accouchement ont souvent laissé des traces profondes dans l'inconscient de telle ou telle mère et lui ont inspiré un ressentiment déplorable contre l'innocent qui a causé ces souffrances »⁵⁸⁸.

En 1959, le D^f Claude Jubécourt analyse ainsi l'action de l'ASD : « À travers les réponses qui nous sont faites, nous avons cru percevoir chez ces femmes l'existence d'un sentiment maternel plus précoce et plus fort qu'il ne l'est d'habitude pendant la grossesse. [...] La mise en relief au cours de la préparation d'émotions fortement positives (joie d'être mère, rôle noble de la maternité, enrichissement que constitue pour la femme la naissance d'un enfant) a favorisé le développement de ce sentiment. L'amour maternel s'est épanoui »⁵⁸⁹.

L'ASD permet parfois de surmonter la déception de l'un ou l'autre parent quant au sexe de l'enfant. Ainsi Madame Malézieux, accouchant de son troisième enfant, note : « Voilà... c'est fini, l'enfant est là sur mon ventre, chaud et vivant ; j'ai espéré un instant que j'avais mal vu ; mais non...c'est bien une fille (notre troisième)...et je me retourne vers mon mari ; il est tellement déçu ce Papa ! Heureusement qu'il l'a vue naître ! C'est égal ; c'était tellement beau que, malgré cette déception, ces instants resteront de ceux que l'on garde dans le secret de son cœur pour les réunir à deux de temps en temps. [...] Cette naissance est, par cette méthode, préparée, désirée et acceptée et c'est là une des plus belles réussites de l'ASD »⁵⁹⁰. Dans un autre témoignage rapporté par le D^f Vellay, en 1957, M^{me} C., qui a eu deux accouchements précédents sous anesthésie, déclare qu'après son ASD réussi, elle a ressenti « un sentiment de détente et de calme mêlé de surprise d'avoir « réussi » et de bonheur d'avoir vu et senti naître mon bébé. Ce qui fit que j'oubliai totalement la déception que

⁵⁸⁶ P. Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 98.

⁵⁸⁷ P. Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 181.

⁵⁸⁸ RP Roguet, *article cité*, 1954, p. 78.

⁵⁸⁹ Claude Jubécourt, *La préparation à l'accouchement « sans crainte »*, thèse de médecine, Paris, 1959, n° 167, f. 29.

⁵⁹⁰ P. Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 310-311.

j'aurai pu connaître d'avoir une troisième fille »⁵⁹¹. Tous les témoignages en ce sens font référence à la naissance d'une fille, jamais d'un garçon.

Plus généralement, de nombreuses accouchées avec l'ASD notent : « Mon bébé est très calme, ce qui me change des aînés »⁵⁹² et ne peut qu'encourager l'amour maternel.

Les témoignages de nouvelles mères optimistes pour l'avenir, après un ASD réussi, abondent dans les sources médicales. Par exemple, Madame V. : « Puisque tout a si merveilleusement marché pendant la naissance, ils (les parents) se sentent très sûrs que tout continuera, l'éducation, la santé, que sais-je, normalement et pour le mieux dans cette voie »⁵⁹³.

Fernand Lamaze le confirme : « Un enfant né dans ces conditions sera à même de ressentir pendant toute son existence les effets d'une telle naissance. Et en conséquence, il sera une source d'économie pour la collectivité et une force active et productrice pour son pays »⁵⁹⁴. Pour lui, l'ASD a deux conséquences positives : l'une au niveau individuel (pour la femme, l'enfant, le couple) et l'autre au niveau collectif. Cette dimension collective est très rarement évoquée dans les écrits médicaux sauf chez les médecins pionniers de l'ASD, proches des communistes. Dans le même esprit, le D^r Vellay, 17 ans après le premier ASD en France, continue d'affirmer : « La santé physique et morale d'une société se joue à la naissance. Chaque enfant qui naît en constitue l'un des éléments, sa santé initiale est fondamentale à son développement ultérieur, à son épanouissement, à sa productivité. »⁵⁹⁵. « Frappés par le bon état des enfants qui étaient mis au monde par des femmes préparées », les médecins peuvent affirmer : « l'effet heureux de la préparation psychoprophylactique de la mère au cours de la grossesse est une notion actuellement bien établie »⁵⁹⁶. Mais affirmer n'est pas prouver, en particulier dans une revue médicale.

Pourtant, au début des années soixante, les médecins ne se contentent plus de simples affirmations. Car, si « nombreux sont ceux qui ont constaté de façon empirique des améliorations de l'état de santé des nouveau-nés après l'accouchement préparé, [...] le stade où nous en sommes arrivés en psychoprophylaxie ne nous permet plus de nous satisfaire d'approximations. Il convient que nos constatations cliniques soient vérifiées par des recherches d'une rigoureuse objectivité »⁵⁹⁷. Mais, même pour ces médecins convaincus,

⁵⁹¹ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de P. Vellay, p. 44.

⁵⁹² Par exemple, Madame Roumegoux, in P. et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 304.

⁵⁹³ Madame V., in P. et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 320.

⁵⁹⁴ F. Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, p. 56.

⁵⁹⁵ P. Vellay, *article cité*, septembre 1971, p. 4396.

⁵⁹⁶ P. Muller, "Les effets bénéfiques pour l'enfant de la préparation psychoprophylactique seule ou associée à des méthodes de régularisation du travail", *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1965, p. 13.

⁵⁹⁷ J.-P. Guillaumin, G. Sée et L. Chavannes, "L'état du nouveau-né en fonction du comportement de la mère durant l'accouchement", *BOSFPPO*, septembre 1965, p. 34.

« il est malheureusement singulièrement difficile d'apporter des preuves statistiques irréfutables pour étayer de manière définitive l'impression extrêmement favorable » qui est la leur⁵⁹⁸. En 1965 le P^r Muller de Strasbourg écrit avec bon sens : « En raisonnant logiquement on doit fatalement s'attendre à un effet favorable de l'ASD sur l'enfant. Comment concevoir qu'une méthode qui améliore le comportement de la parturiente, qui lutte contre les spasmes, qui raccourcit la durée du travail dans son ensemble, mais surtout celle de la période d'expulsion, puisse avoir une action fâcheuse sur le nouveau-né? »⁵⁹⁹.

En 1969, le D^r Thérèse Dardare rend compte d'une expérience faite à la Maternité Saint-Antoine à Paris pour éduquer les futures mères pendant la préparation à l'ASD. Le but est de les « préparer à la relation mère-enfant dès la grossesse. [...] Un enseignement de puériculture avant la naissance », en profitant des « cours » d'ASD⁶⁰⁰. Pour développer l'amour maternel des futures mères, ce qui revient à reconnaître qu'il n'est pas si naturel, tout un langage est employé lors de ces préparations : on y parle de « l'union amoureuse » des deux cellules ; le placenta est un « berceau confortable » où la mère dépose « amoureusement » son enfant. Mais « la façon d'aborder les problèmes de la fécondation doit être simple, directe : on fait répéter les mots « tabous » : vagin, utérus, ovaire, dans la description des schémas du tableau ». « On insiste sur tous les phantasmes fréquents de la femme. L'enfant n'intoxique pas la mère ; il ne la vide pas de son sang ». « Le phantasme de l'effraction est détruit : l'enfant ne « force » pas le passage : c'est la mère qui le laisse passer. C'est elle qui le met au monde »⁶⁰¹. Cette pédagogie qui veut rassurer les mères et les rapprocher ainsi de leur enfant suppose bien que le but n'est pas si facilement, si naturellement atteint.

Cet aspect est particulièrement important pour les filles qui sont de futures mères et donc susceptibles d'accoucher à leur tour sans douleur. Pour les vingt ans du premier ASD en France, l'auteur anonyme de l'hommage au D^r Lamaze déclare d'emblée : « Nous accouchons des jeunes femmes que nous avons mis au monde par cette technique. Nous sommes confirmés dans notre opinion, à savoir que l'éducation, le conditionnement sont fondamentaux. En effet, ces jeunes femmes élevées dans un milieu familial éduqué, nourri par l'expérience, n'ont subi aucun traumatisme. Pour elles, l'accouchement sans douleur est entré dans les mœurs. Elles n'ont aucun besoin d'être déconditionnées d'un lourd passé mais simplement renforcées dans un conditionnement créé par leurs parents dès le berceau »⁶⁰².

⁵⁹⁸ P. Muller, *article cité*, 4^{ème} trimestre 1965, p. 14.

⁵⁹⁹ P. Muller, *article cité*, 4^{ème} trimestre 1965, p. 15.

⁶⁰⁰ Thérèse Dardare, *Étude critique sur le plan pédiatrique des méthodes d'éducation des futures mères pendant la préparation avec l'ASD et lors de l'hospitalisation à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine*, thèse de médecine, Paris, 1969, n° 941, f. 33 et 39.

⁶⁰¹ Thérèse Dardare, *thèse citée*, 1969, f. 34-36.

⁶⁰² "Hommage au D^r Lamaze", *article cité*, 1971, p. 9.

Des recherches sont alors lancées pour dépasser ce constat empirique. Une première enquête à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, en 1958-59, ne permet pas « de constater des différences sensibles dans le développement psychomoteur des enfants dont les mères ont bénéficié d'une préparation à l'accouchement sans douleur (accouchements réussis) et ceux qui sont nés dans les conditions d'un accouchement non préparé »⁶⁰³. Plus précisément, 8 enfants sur 26, dans le groupe des mères ayant réussi leur accouchement, et 3 enfants sur 13, pour celles qui ont échoué, ont été jugés « difficiles »⁶⁰⁴, soit un tiers contre un quart et un léger avantage à l'ASD réussi mais les chiffres sont trop réduits pour servir de preuve scientifique.

Une autre enquête est menée au Centre Hospitalier de Saint-Denis, où 10 000 femmes ont accouché avec l'ASD en dix ans, de 1955 à 1965. Ces chiffres considérables servent à alimenter des statistiques, garanties du sérieux de l'enquête, pour un milieu médical qui y est depuis longtemps sensibilisé. Les auteurs relèvent cependant la spécificité des femmes qu'ils reçoivent : il s'agit d'une « banlieue ouvrière où les conditions matérielles sont telles [...] que malgré tous nos efforts 1/3 seulement des femmes enceintes parviennent à suivre la préparation »⁶⁰⁵. Leurs conclusions sont décevantes car ils constatent une « différence légère mais nette pour l'enfant » en cas d'ASD, « bénéfique que l'on est en droit d'attribuer à la préparation psychoprophylactique »⁶⁰⁶. Ce constat modéré contraste avec le ton plutôt militant de la revue et appelle à de nouvelles études de ce type.

Une étude menée en 1965 pour tenter de relier le développement psychomoteur de l'enfant au type d'accouchement de la mère conclut que les observations des « différentes populations d'enfants accouchés sans douleur, ne nous ont pas permis de constater des différences sensibles dans le développement psychomoteur des enfants ayant bénéficié d'un accouchement réussi et ceux qui sont nés par un accouchement non préparé et dirigé »⁶⁰⁷.

Malgré les résultats décevants de ces enquêtes, le sentiment perdure dans les sources d'un ASD qui favorise le développement de l'enfant. En 1974, pour D^r Grisillon : « Les pédiatres ont été les premiers à constater que les enfants nés par la méthode psychoprophylactique s'élèvent plus facilement, sont moins nerveux et se développent le plus souvent sans souci »⁶⁰⁸. À plus long terme, le D^r Hypousteguy se permet d'affirmer « face au drame de l'enfance inadaptée, l'arme la plus efficace, pour ce qui est des causes obstétricales, est la

⁶⁰³ I. Lézine et G. Raimbault, "Problèmes de développement d'un groupe d'enfants nés par accouchement sans douleur, suivis pendant la première année de leur vie", *Archives Françaises de Pédiatrie*, 1960, n° 17, p. 793.

⁶⁰⁴ I. Lézine et G. Raimbault, *article cité*, 1960, p. 792.

⁶⁰⁵ J.-P. Guillaumin, G. Sée et L. Chavannes, *article cité*, septembre 1965, p. 35.

⁶⁰⁶ J.-P. Guillaumin, G. Sée et L. Chavannes, *article cité*, septembre 1965, p. 45.

⁶⁰⁷ I. Lézine, "Développement psycho-moteur de l'enfant et relation mère-enfant", *BOSFPPO*, septembre 1965, p. 62.

⁶⁰⁸ Grisillon, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 13-14.

prévention, et le plus sûre des préventions c'est la méthode psychoprophylactique »⁶⁰⁹.

Sans aller jusqu'à représenter une prévention contre l'enfance inadaptée, l'ASD est en conséquence unanimement considérée comme un moyen de renforcer les liens entre la mère, le père et l'enfant. La femme, qui a accouché avec l'ASD, est toujours censée développer « une relation affective solide à l'égard de son enfant ». Celui-ci est « respecté au maximum, protégé totalement, son risque traumatique est réduit à sa plus simple expression » ; ce ne peut être qu'un enfant sain physiquement et psychiquement⁶¹⁰. Aucune statistique sérieuse, aucune preuve scientifique ne permet d'avancer que l'ASD joue un rôle positif en faveur de l'amour maternel et de l'acceptation de l'enfant nouveau-né. Pourtant, cette impression, qui semble relever du bon sens, mais sans plus, constitue un des arguments majeurs en faveur de cette méthode d'accouchement tout au long de la période étudiée.

III Des risques d'être mère

Ces risques existent et sont redoutés par les futures mères et leur entourage mais ils diminuent sensiblement après 1945, en particulier grâce à l'emploi des antibiotiques.

Le P^r Lantuéjoul et R. Merger constatent cette évolution : « Dans toutes les familles, on savait directement ou par ouï-dire qu'une grand-mère, une tante ou une cousine était « morte en couches ». L'infection puerpérale était meurtrière, les graves accidents traumatiques fréquents. Le travail durait parfois longtemps, deux ou trois jours. La femme en sortait épuisée, après une phase d'infection amniotique fertile en complications. La morbidité était courante : métrite puerpérale, infection pelvienne, phlébites, délabrements tissulaires. La mort du fœtus au cours du travail était un autre sujet de crainte. Les embryotomies, dont on avait quelque écho, éveillaient à juste titre l'épouvante et l'horreur. [...] Aujourd'hui, tout est inversé. On ne meurt plus « en couches ». L'infection puerpérale a disparu, les grands traumatismes périnéaux-pelviens ne se voient plus, les embryotomes⁶¹¹ restent dans leur boîte des mois durant en attendant de gagner le musée des antiquités, l'accouchement prolongé n'est plus, les accouchées se lèvent vite et partent reposées de nos services. Les jeunes femmes de maintenant le savent bien. [...] Nos accouchées d'aujourd'hui n'ont plus la crainte qu'avaient celles d'il y a trente ans. Sans aucune préparation psychique, sans aucune analgésie, nos salles de travail ne sont déjà plus les mêmes. Les progrès de l'obstétrique, l'heureuse terminaison des accouchements, sont la première condition de la réussite de toutes les « méthodes » dont se passionne

⁶⁰⁹ Hypousteguy, *article cité*, 4^{ème} trimestre 1965, p. 69.

⁶¹⁰ "Hommage au D^r Lamaze", *article cité*, 1971, p. 17.

⁶¹¹ Appareils utilisés pour effectuer l'embryotomie nécessaire après la mort du fœtus, avant ou après l'accouchement.

l'opinion. Depuis longtemps, nous faisons de la psychoprophylaxie en faisant de la bonne obstétrique »⁶¹².

A La mortalité maternelle

La mortalité maternelle devient exceptionnelle en France, après 1945. Comme l'écrit, en 1954, le P^r Notter : il y a eu une « amélioration considérable du milieu obstétrical où mortalité et morbidité ont pratiquement disparu, dans les accouchements normaux »⁶¹³.

Elle est définie avec précision. Selon la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, en 1967 : il s'agit de la « mort de toute femme succombant à n'importe quelle cause, que ce soit pendant la grossesse ou les 42 jours suivant son issue, sans tenir compte de la durée ou du siège de la gestation »⁶¹⁴.

Cette définition, relativement tardive, de la mortalité maternelle, est nécessaire pour permettre les comparaisons statistiques entre pays et donc pour progresser. Les chiffres semblent cependant toujours sous-estimés. Ils sont même parfois qualifiés « d'impossibles à établir », car « il eût fallu connaître toutes les femmes enceintes, toutes les avortées, et toutes les accouchées mortes, non seulement dans les services de gynécologie et d'obstétrique, mais aussi dans les autres services hospitaliers publics ou privés, et à domicile »⁶¹⁵. La mort peut, en effet, survenir dans les services de chirurgie, de néphrologie ou de réanimation. Les femmes peuvent « être transportées mourantes, voire déjà mortes, à leur domicile »⁶¹⁶. Les hôpitaux publics connaissent une mortalité plus importante que les cliniques privées car « un service hospitalier reçoit les cas les plus défavorables, les cas d'extrême urgence, des gestantes adressées après accouchement pathologique ou provenant parfois de régions éloignées »⁶¹⁷.

En 1980, Bernard Nicollet note encore qu'un « nombre important de morts maternelles » échappent aux statistiques car il y a rarement autopsie et parfois la mort est attribuée à un facteur (cardiaque etc.) qui n'est pas relié à l'état de grossesse de la femme⁶¹⁸.

⁶¹² Pierre Lantuéjoul et Robert Merger, « La douleur de l'accouchement et sa psychoprophylaxie », *Semaines des Hôpitaux de Paris*, 30 mai 1954, n° 35, 1954, p. 2201.

⁶¹³ Armand Notter, "La méthode dite d'accouchement sans douleurs par préparation psychique et physique", *BFSGOLF*, 1954, 6 :1, p. 73.

⁶¹⁴ Bernard Nicollet, La mortalité maternelle en France. À propos de 242 observations recueillies de 1969 à 1979, thèse de médecine, Lyon, 1980, n° 310, f. 1.

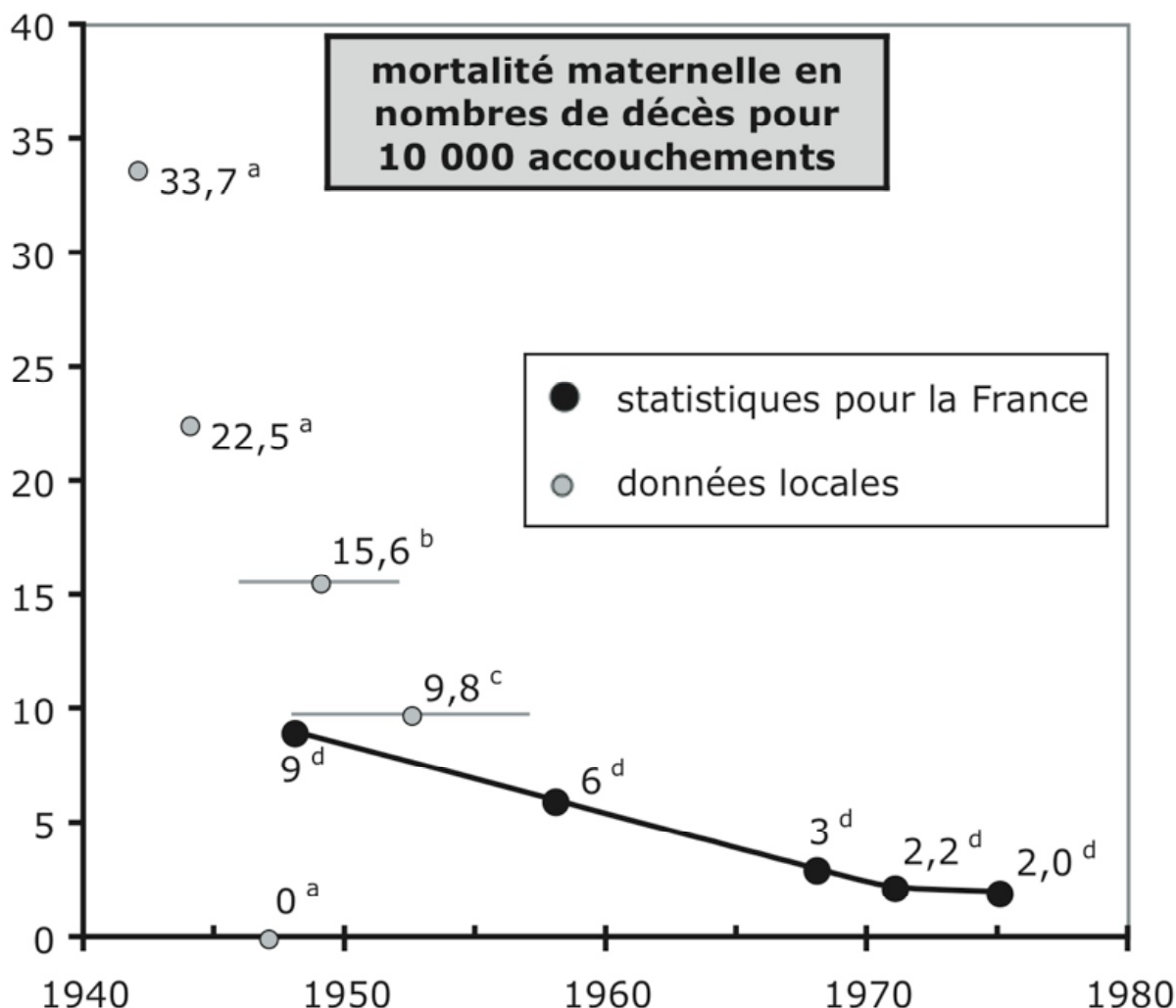
⁶¹⁵ Claude Giraud, *Mortalité maternelle en maternité hospitalière*, thèse de médecine, Lyon, 1971, n° 193, f. 2.

⁶¹⁶ Claude Giraud, *thèse citée*, 1971, f. 3.

⁶¹⁷ Claude Giraud, *thèse citée*, 1971, f. 60.

⁶¹⁸ Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 190.

Malgré ces obstacles, il y a toujours eu, en France, un effort pour chiffrer cette mortalité, préalable à toute action pour la faire reculer.



Taux de mortalité maternelle de 1940 à 1980. a,b,c à la Maternité Baudelocque, Paris; d : données nationales de l'INSEE et de l'INSERM. Sources dans le texte.

Le professeur Lacomme chiffre ainsi cette mortalité, en 1952, à moins de une femme sur mille, au lieu de 6 à 8 pour mille avant la Seconde Guerre mondiale⁶¹⁹, ce qui représente un progrès considérable.

Trois thèses successives, entre 1944 et 1947, précisent les chiffres de mortalité maternelle à l'échelle d'une grande Maternité parisienne, la Maternité Baudelocque. En 1942, le D^r Adam compte 9 femmes décédées à la Maternité pour 2670 accouchements. Bien que 31 femmes aient présenté une infection puerpérale, une seule meurt. Deux autres meurent pendant leur accouchement : pour l'une la cause n'est pas précisée, pour l'autre, cette primipare de 21 ans meurt suite à une forte hémorragie et à un état de choc. Deux autres décèdent à 41 et à 23 ans des suites de leur accouchement, sans plus de précision. Les

⁶¹⁹ Maurice Lacomme, « Leçon inaugurale », *La Presse Médicale*, 12-1-1952, p. 23.

quatre dernières sont touchées par des maladies sans lien direct avec leur état de femme enceinte, par exemple la tuberculose (à 41 ans)⁶²⁰. En 1944, sur 2 665 accouchements, six femmes décèdent : l'une a 38 ans quand elle fait une syncope mortelle pendant l'anesthésie, quatre autres meurent de maladies du type tuberculose, hépatonéphrite, œdème. Une jeune femme de 33 ans, primipare, meurt d'épuisement après un accouchement qui a duré 77 heures⁶²¹. En 1947 il n'y a eu sur 3 002 accouchements aucun cas de mortalité maternelle. Pour les suites de couches, seule une femme a eu une infection puerpérale, guérie grâce aux sulfamides et à la pénicilline⁶²². Le P^r Lantuéjoul, quant à lui, précise que sur 14 762 accouchements à la clinique Tarnier à Paris, entre 1946 et 1952, 23 femmes sont décédées, dont 17 pour des causes extérieures à l'accouchement (tuberculose, cardiopathie, etc.), grâce en particulier aux sulfamides et aux antibiotiques⁶²³.

A Lyon, une série de thèses traitent systématiquement de la question au cours du XXe siècle. Trois périodes sont prises en compte : 1918-1929 (à la clinique obstétricale de La Charité), 1936-1946 (à la clinique obstétricale de l'hôpital E. Herriot), 1948-1957 (toujours à l'hôpital E. Herriot). Cette série permet donc une comparaison fructueuse : « Pendant la période allant d'octobre 1948 à décembre 1957, la mortalité à la clinique obstétricale de Lyon s'élève à 29 décès maternels sur un total de 29 649 accouchements. Ces chiffres représentent une proportion de 1,2 pour 1 000, soit un décès pour 910 accouchements. [...] La comparaison avec les statistiques anciennes permet d'affirmer une très nette amélioration [...] : Année 1812, mortalité : 20 pour mille ; 1912 : 11 pour mille ; 1924 : 4,8 pour mille ; 1937 : 4,3 pour mille ; 1945 : 3 pour mille ; 1957 : 1,2 pour mille. »⁶²⁴.

Pour la France entière, l'INSEE puis l'INSERM (1968) précisent les chiffres suivants : en 1948, il y a eu 667 morts maternelles, soit 9 décès pour 10 000 naissances vivantes ; en 1958, il y en a eu 449, soit 6 décès pour 10 000 naissances vivantes ; en 1968, il y en a eu 242, soit 3 décès pour 10 000

⁶²⁰ Henriette Adam, *Le fonctionnement de la Maternité Baudelocque*, thèse de médecine, Paris, 1944, n° 234, f. 96-96-98.

⁶²¹ Sylvain Asseraf, *Le fonctionnement de la Maternité Baudelocque*, thèse de médecine, Paris, 1946, n° 864, f. 65.

⁶²² Paulette Bauer, *Le fonctionnement de la Maternité Baudelocque*, thèse Paris, 1951, n° 31, f. 8 et 38.

⁶²³ P. Lantuéjoul et P. Leroux, "La mortalité maternelle au cours de l'accouchement et de ses suites immédiates", *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 6 juillet 1954, n° 23-24, p. 352-353.

Dans son ouvrage sur *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Librairie Académique Perrin, 1997, p. 59, Yvonne Knibiehler cite les chiffres suivants : "pour 1 000 000 naissances vivantes ce taux (de mortalité maternelle, couches et suites de couches) est de 81 en 1951, 54,7 en 1959, 31,9 en 1967."

⁶²⁴ Hosni Chams, *La mortalité maternelle à la clinique obstétricale de Lyon de 1948 à 1957*, thèse de médecine, Lyon, 1959, n° 625, f. 61-62.

naissances vivantes⁶²⁵. Les chiffres de l'OMS sont du même ordre pour 10 000 naissances vivantes : 14 pour 10 000 en 1936, 8 pour 10 000 en 1951, 3,2 pour 10 000 en 1967 et 2,6 pour 10 000 en 1972⁶²⁶.

Dans un article plus récent, les auteurs comptent 195 décès en 1971 pour 881 284 naissances. Ce chiffre diminue ensuite pour atteindre 148 décès pour 745 065 naissances en 1975 ; il passe ainsi à moins de 2 décès pour 10 000 naissances vivantes⁶²⁷.

Le problème semble donc presque réglé aux yeux des soignants et de l'opinion. Ces progrès ont pour corollaire un désintérêt progressif des services hospitaliers en France à partir des années soixante. Une thèse de médecine, recensant la mortalité maternelle de janvier 1966 à décembre 1976 dans 16 Maternités de la périphérie parisienne⁶²⁸, est ainsi très pessimiste dans sa conclusion : « Seuls 39 % des chefs de service nous ont donné une réponse », et quand ils répondent, « certains dossiers nous sont apparus très incomplets ». De plus, les chiffres reçus « ne reflétaient pas toujours la vérité » car les statistiques n'ont pas été régulièrement tenues et dépendent de la volonté du chef de service⁶²⁹. Le D^r Clément regrette l'indifférence de la plupart des Maternités interrogées au problème de la mortalité maternelle. Ce n'est visiblement plus un objectif important pour les deux tiers d'entre elles qui n'ont pas répondu. Le D^r Clément considère aussi que ces chiffres, quand ils existent, sont sous-estimés car « un nombre non négligeable de morts maternelles nous sont inconnues. Nous pensons aux drames obstétricaux qui se déroulent aux urgences chirurgicales avant même que les femmes concernées n'arrivent en Maternité. Ces cas, s'ils ne sont pas répertoriés, disparaissent définitivement de toute statistique ». Enfin, « les autopsies sont effectuées dans 37,9 % des cas dans notre étude, alors qu'elles se font dans plus de 80 % des cas dans les pays anglo-saxons » par manque d'amphithéâtre, de service d'anatomo-pathologie et à cause de la résistance des familles et des administrations (problèmes de responsabilité)⁶³⁰.

Lors d'une autre enquête pour toute la France, sur la période du 1^{er} janvier 1969 au 1^{er} janvier 1979, on s'aperçoit pareillement que tous les services contactés, publics ou privés, ne répondent pas au questionnaire envoyé. Il n'y a que 66 services sur les 82 contactés qui envoient leurs observations, recensant

⁶²⁵ Chiffres cités par Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 17.

⁶²⁶ Chiffres cités par Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 22.

⁶²⁷ MH Bouvier-Colle, N. Varnoux, G. Bréart, *Les morts maternelles en France*, Paris : INSERM, 1994, p. 22.

⁶²⁸ Didier Clément, *La mortalité maternelle au cours de l'accouchement*, thèse de médecine, Paris Saint-Antoine, 1978, n° 90.

⁶²⁹ Didier Clément, *thèse citée*, 1978, f. 70.

⁶³⁰ Didier Clément, *thèse citée*, 1978, f. 95.

242 cas de mort maternelle en dix ans⁶³¹. Les chiffres recensés montrent un taux de 3 décès sur 10 000 naissances vivantes (avortements exclus)⁶³².

Indifférence au problème, absence de cas de mortalité ou peut-être volonté de ne pas faire de « publicité » à ces morts maternelles ? N'oublions pas que l'opinion française tient le problème pour réglé, grâce aux antibiotiques, et qu'ainsi, quand une femme meurt à l'occasion de sa grossesse, « la culpabilité de l'obstétricien est immédiatement présumée (car) un consensus largement établi est celui qu'on ne doit plus « mourir en couches » à notre époque »⁶³³.

B Les causes de décès

La moitié environ des décès de femmes lors de leur accouchement est due à des affections médicales sans liens avec la grossesse : cardiopathie, tumeur cérébrale, cancers etc. « l'intervention étant alors faite chez des femmes en état de mort imminente »⁶³⁴.

En ce qui concerne la mortalité strictement obstétricale, la cause la plus fréquente est l'avortement spontané ou provoqué (légal ou illégal), dans 17 % des cas⁶³⁵. Suivent les affections neurologiques (tumeurs, abcès, hémorragie cérébro-méningée...) puis l'infection. Ces facteurs représentent 50 % des cas de mortalité maternelle. Le reste est constituée de causes diverses : rupture utérine, anesthésie (4 % des cas), etc. Il existe même des causes « inexplicables » qui représentent 4 % des morts maternelles recensées⁶³⁶.

L'infection puerpérale, qui intervient dans le post-partum et concerne généralement les voies génitales, comme l'utérus, entraînant une fièvre redoutée, « tuait mères et nourrissons »⁶³⁷, elle « était autrefois la première des préoccupations de l'accoucheur. Aujourd'hui, plus rare et souvent bénigne, nous oublions qu'elle peut revêtir des aspects très graves conduisant, quelquefois encore, à la mort maternelle » : ainsi s'exprime le D^r Bentouhami dans l'introduction de sa thèse soutenue en 1980⁶³⁸. Il rappelle l'historique de la lutte contre ce type d'infection, évoquant la figure légendaire du D^r Philippe Semmelweis⁶³⁹, médecin à Vienne au XIX^e siècle qui, en 1846, observe que « l'infection puerpérale épargne presque toujours les femmes qui accouchent dans la rue, alors qu'à la maternité de Vienne on meurt » beaucoup plus. Il fait

⁶³¹ Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 24-25.

⁶³² Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 65.

⁶³³ Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 13.

⁶³⁴ H. Chams, *thèse citée*, 1959, f. 13 et f. 62.

⁶³⁵ Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 67.

⁶³⁶ Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 67.

⁶³⁷ Zelda Rennert, Blanche Cohen et Christiane Goirand, *op. cité*, 1962, p. 25.

⁶³⁸ Gérard Bentouhami, Les infections puerpérales graves. Étude à propos de 20 cas recueillis à Lyon et à Grenoble entre 1972 et 1977, thèse de médecine, Lyon, 1980, n° 95, f. 2.

⁶³⁹ Le D^r Louis –Ferdinand Destouches, Céline en littérature, a rédigé en 1924 sa thèse de médecine sur ce personnage génial et incompris.

le lien avec les « doigts des étudiants, souillés par de récentes dissections, qui vont porter les fatales particules cadavériques dans les organes génitaux des femmes enceintes ». Il est finalement renvoyé du service pour avoir voulu imposer aux étudiants le lavage préalable des mains et meurt d'une méningite dans un asile d'aliénés quelques années plus tard⁶⁴⁰. Cet exemple d'incompréhension de la part des autorités médicales vis-à-vis d'un médecin, qui a raison et cherche à sauver des vies, est très connu. Le D^r Bentouhami note qu'avant la pénicilline « 70 % des septicémies puerpérales⁶⁴¹ mourraient » et qu'avec la pénicilline on assiste à une chute des décès « à 11 % »⁶⁴².

L'anesthésie mérite quant à elle une place à part car les risques encourus par les femmes justifient pendant longtemps les réticences des accoucheurs français à l'employer, à la différence de ce qui se passe aux États-Unis. Le D^r Léon Chertok fait remarquer, en 1966, que « la tradition obstétricale (française) veut qu'on y utilise modérément les anesthésiques. [...] (Alors que) dans la tradition obstétricale américaine, [...] femmes et médecins (sont) habitués à faire confiance aux médicaments et à l'anesthésie »⁶⁴³.

En 1959 en France, les anesthésies médicamenteuses représentent 6 % des morts et vont se raréfiant⁶⁴⁴. En 1959 toujours, à Lyon, sur 5 238 anesthésies (pour 24 649 accouchements de 1948 à 1957), soit plus de 20 % des femmes qui accouchent, pour des raisons diverses (césariennes, forceps ...), il y a 3 cas mortels, un par anesthésie générale à l'éther et deux par rachi-anesthésie⁶⁴⁵. Sur ces 5 238 interventions, « le taux de la mortalité peut être évalué à 0,4 pour 1 000 »⁶⁴⁶. En guise d'explication, le D^r Chams précise qu'une des femmes décédées « présentait une scoliose pouvant expliquer une erreur de technique », pour la rachi-anesthésie. Les deux autres « ont évidemment payé un tribut correspondant aux risques normaux dans toute intervention »⁶⁴⁷.

À Rennes, entre 1969 et 1976, à la clinique gynéco-obstétricale du CHU, « aucun décès par anesthésie ne figure » dans les statistiques, grâce à « l'utilisation dans le plus de cas possibles de l'anesthésie [...] péridurale »⁶⁴⁸. L'auteur de cette thèse remarque enfin que plus de la moitié de ces décès étaient évitables car dues à des négligences et des erreurs des services, les femmes

⁶⁴⁰ Gérard Bentouhami, *thèse citée*, 1980, f. 5-6-7. Le musée de la médecine à Vienne met en valeur son action sans préciser son renvoi et sa fin tragique...

⁶⁴¹ Le vocabulaire médical fait disparaître les femmes sous les appellations techniques caractérisant la cause de leur mort.

⁶⁴² Gérard Bentouhami, *thèse citée*, 1980, f. 9.

⁶⁴³ Léon Chertok, "L'ASD. Mise au point.", *Cahiers d'anesthésiologie*, mars-avril 1966, 14, 2, p. 160-161.

⁶⁴⁴ Marc Rivière, rapporteur, *compte rendu cité*, 1959, p. 192.

⁶⁴⁵ H. Chams, *thèse citée*, 1959, f. 40.

⁶⁴⁶ H. Chams, *thèse citée*, 1959, f. 57.

⁶⁴⁷ H. Chams, *thèse citée*, 1959, f. 56-57.

⁶⁴⁸ Jocelyne Sauvage, *thèse citée*, 1977, f. 37.

concernées ayant aussi une part de responsabilité (refus d'hospitalisation, refus de transfusion sanguine, avortement provoqué...) ⁶⁴⁹. La technique de l'anesthésie péridurale qui se diffuse en France dans les années soixante-dix permet ainsi un recul significatif de la mortalité maternelle.

Mais toutes les femmes ne sont égales face au risque de mortalité. Le D^r Claude Giraud note que les décès touchent d'abord des « femmes à risques », cardiaques par exemple. Ainsi, en 1971, bien après le vote de la loi Neuwirth, tel décès aurait été « évitable » si la patiente, âgée de 23 ans et morte lors d'une quatrième grossesse, avait « bénéficié, du fait de sa cardiopathie, d'une contraception efficace après son troisième accouchement » ⁶⁵⁰. Il, ou elle, fait la même remarque pour une autre femme, cardiaque elle aussi, et pour une troisième, âgée de 44 ans et grande multipare avec dix enfants et une hypertension artérielle grave ⁶⁵¹. Ce qui représente trois femmes sur les 16 décédées et étudiées dans cette thèse. Il, ou elle, précise, en conclusion, que, parmi les mesures à prendre pour faire reculer ces chiffres de mortalité maternelle, à côté de la création de comités chargés de repérer et d'analyser chaque décès de ce type et d'une meilleure surveillance prénatale : « la prophylaxie de la grossesse (contraception et stérilisation) dans les grossesses à haut risque » est à mettre en place ⁶⁵².

Le D^r Bernard Nicollet dresse également, à l'issue de sa thèse, le « profil de la femme qui meurt » : « on peut assurer qu'il y a plus de risque pour une grande multipare âgée de plus de 40 ans à être enceinte ou à accoucher, que le statut marital ne semble pas jouer, que les femmes césarisées sont beaucoup plus exposées » ⁶⁵³. Néanmoins, Bernard Nicollet remarque qu'en vingt ans « la mortalité maternelle a baissé des 2/3 ».

Malgré ces chiffres rassurants, une enquête, effectuée en 1997, et rapportée par la revue *Les Dossiers de l'Obstétrique*, indique que « 50 % des femmes ont peur d'accoucher, 22 % peur de mourir et 35 % peur de perdre leur enfant » ⁶⁵⁴.

C Séquelles physiques de la grossesse et de l'accouchement

Elles constituent une liste impressionnante rarement détaillée dans les publications sur l'accouchement. En 1958, le P^r Hanon, gynécologue-accoucheur de la Maternité Baudelocque à Paris, dénonce l'optimisme de rigueur qui domine généralement à propos de la grossesse et des suites de l'accouchement : « Quand nous avons établi ces statistiques, nous avons été

⁶⁴⁹ Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 176.

⁶⁵⁰ Claude Giraud, *thèse citée*, 1971, f. 40.

⁶⁵¹ Claude Giraud, *thèse citée*, 1971, f. 45 et 52.

⁶⁵² Claude Giraud, *thèse citée*, 1971, f. 85.

⁶⁵³ Bernard Nicollet, *thèse citée*, 1980, f. 181.

⁶⁵⁴ Claudine Bronner, « Médicalisation de l'accouchement? », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 255, novembre 1997, p. 8.

surpris par leurs résultats, si différents de ce que laisse supposer l'opinion optimiste traditionnelle. Quand nous les avons communiquées, nous avons d'abord rencontré un certain scepticisme. C'est que, lorsque les femmes se plaignent de leur grossesse, leurs plaintes sont assez mal accueillies ; comme si elles exagéraient, un peu comme si elles trichaient à la règle du jeu qui proclame que tout est rose dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches « puisqu'il s'agit de fonctions normales ». Bien souvent, le médecin n'essaie même pas de les traiter et se contente de dire : « ça se passera tout seul ». Faut-il donc qu'une maladie soit mortelle ou chronique pour mériter un traitement ? [...] Ces troubles que l'on appelle sympathiques, ce qui fait sourire amèrement certaines femmes, les médecins les qualifient de mineurs ; alors que si le foie, le rein ou le cœur étaient malades pendant trois mois, on s'en préoccuperait davantage. Ces troubles sont très fréquents, particulièrement les troubles de l'appareil digestif : 69 % des femmes vomissent et 14 % vomissent leur aliments au début de la grossesse ; 73 % ont des troubles douloureux « de l'estomac » : brûlures, crampes, aigreurs, généralement entre le 5^{ème} et le 7^{ème} mois, époque à laquelle elles peuvent avoir aussi des crampes musculaires des membres inférieurs, d'intensité variable, mais frappant une femme sur deux. Les leucorrhées s'exagèrent au cours de la gestation dans 32 % des cas, et 12 % entraînent des lésions irritatives de la vulve et de la face interne des cuisses. Mais enfin, c'est vrai, tout cela passe avec le temps. Ce qui passe moins ce sont les varices : 10 % des primipares, 33 % des multipares ont des varices importantes qui, après l'accouchement, ne disparaissent pas toujours complètement, et récidivent avec aggravation à chaque nouvelle grossesse. Les troubles de la marche ont une incidence sociale importante : l'absentéisme au travail, surtout quand celui-ci est loin du domicile, ou que la station debout est imposée pour la profession, ce qui est fréquent pour les femmes. La même incidence s'observe quand il y a trouble du sommeil : 32 % d'hypersomnies diurnes, 30 % d'insomnies nocturnes, et parfois les deux chez la même femme. Pendant la grossesse, la femme prend de 10 à 18 kg. Souvent elle en garde quelques uns et s'en plaint. [...] À la consultation postnatale faite deux mois après l'accouchement, nous voyons souvent des femmes présentant des déficiences de la paroi abdominale ou des déficiences périnéales. Cette présentation du véritable aspect de la maternité nous a préoccupé. Non pas que nous craignons d'impressionner les jeunes femmes ; nous savons trop quelle abnégation – cette qualité essentiellement féminine – est attachée à l'enfantement [...] mais il paraît important d'attirer l'attention de l'opinion médicale »⁶⁵⁵. Après avoir dressé cette liste impressionnante des troubles ressentis au moment de la grossesse et après l'accouchement par les femmes, il ajoute : « Et nous n'avons fait aucune allusion aux inconvénients esthétiques (auxquels toutes les femmes sont plus ou moins sensibles) de la gestation la plus normale, non seulement pendant qu'elle dure mais aussi à ceux qu'elle laisse parfois après elle (vergetures, varices, cellulites, abdomen distendu, seins tombants etc.) ou aux troubles fonctionnels (périnée moins musclé et plus ou

⁶⁵⁵ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 45-46.

moins continent) »⁶⁵⁶. Plus graves sont les troubles qualifiés de pathologiques de la grossesse : « Si la grossesse était vraiment une fonction « comme les autres », pourquoi y a-t-il une pathologie spéciale des grandes multiparités (épaules, excès de volume, ruptures utérines etc.) ? Pourquoi une femme qui a eu quinze ou vingt grossesses n'est-elle pas dans le même état qu'une primipare, même si elle n'a pas eu ces accidents, même si sa condition sociale lui épargne les pénibles travaux ménagers ? Pourquoi son col est-il déchiré ? Pourquoi a-t-elle plus de risques d'avoir un cancer du col qu'une vierge nullipare ? »⁶⁵⁷.

En 1963, le D^r Roger Géraud reconnaît également que : « la grossesse est une forme d'atteinte possible au narcissisme structural de la femme. Toute femme affectivement évoluée accepte cette déformation gravidique grâce à maintes compensations puisées dans sa vocation maternelle. D'autres la vivent comme une maladie. De la sorte, il arrive que le refus de la grossesse ne soit qu'un refus de la déformation par la grossesse. Il est affligeant de voir combien les hommes restent généralement imperméables à l'argument « plastique », eux qui ne sont pas pour rien dans la place accordée chez nous à l'habillement dans la culture. [...] Il y a peu de femmes qui se contemplent joyeusement gravides, dans leur miroir, et ceci d'autant moins que notre société, elle-même, a placé la beauté plastique au centre de l'univers féminin »⁶⁵⁸.

En 1966, le D^r Perdrix constate : « L'obésité est rencontrée [...] quinze fois plus souvent (chez les multipares) que chez les primipares »⁶⁵⁹.

Le P^r Henry G. Robert fait paraître, en 1971, un livre intitulé *Le préjudice corporel de la maternité*. Unique ouvrage de ce type, en français, il décrit toutes les conséquences négatives possibles de la maternité sur le corps des femmes, sujet toujours tabou aujourd'hui. Il y énumère toutes les atteintes au corps des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement : de l'excès de poids aux varices aux conséquences sur les dents et bien sûr tous les problèmes de la sphère génitale (déchirure du périnée, incontinence des urines), et pour « celles qui n'ont pas de chance » rupture utérine et déchirure du col de l'utérus. Son objectif proclamé est d'essayer d'éviter aux femmes ce genre de problèmes. Il conclut ce tableau effrayant ainsi : « Quel prix faut-il payer ? J'ai, dans le courant de ce cahier, essayé de ne pas trop noircir le tableau du préjudice corporel engendré par la maternité. J'ai essayé de montrer combien il était variable d'une femme à une autre femme. Nous savons que la mère de famille est différente de la jeune fille qu'elle fut ; que la grossesse donne un ventre horrible et mauvais teint ; que l'accouchement dilate, force et quelquefois déchire ; que, à la longue, les formes s'alourdissent, le ventre se fripe, le dos renonce, la graisse gagne, les varices courent, les prolapsus guettent, l'incontinence menace et les tragédies viscérales ne sont pas exceptionnelles. Et pourtant nos mères ont bravé tout cela et nous sommes là ; nos femmes ont

⁶⁵⁶ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 44.

⁶⁵⁷ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 14.

⁶⁵⁸ Roger Géraud, *thèse citée*, 1963, f. 149-150.

⁶⁵⁹ Jacques Perdrix, *thèses citée*, 1966, f. 32.

bravé tout cela et nos enfants nous succéderont sur la scène de ce monde ; et nous avons conscience que, une fois de plus, ça ne s'est pas passé si mal »⁶⁶⁰.

En 1974, Claude Revault d'Allonnes, dans un numéro spécial dans *Les dossiers de l'obstétrique* sur « Maternité : préjudice ? Epanouissement ? », énumère les « menaces » que fait peser la grossesse sur le corps des femmes : déformation, prise de poids, seins abîmés, vergetures, peur d'être alourdie, déformée, abîmée, dévalorisée à ses propres yeux et à ceux des autres »⁶⁶¹. Cette description montre les « dégâts » liés à la grossesse avec toutes les conséquences sur la vie sexuelle des femmes. Les autres intervenants dans ce numéro, qui a le mérite de poser un problème en général occulté, traitent en particulier des varices, en relevant qu'il « en reste toujours des traces » contrairement à l'opinion générale qui veut qu'elles disparaissent après l'accouchement. Le D^r Daniel Anger, dans un discours un peu paternaliste, remarque que « les femmes aiment montrer leurs jambes, et nous savons combien les hommes y attachent de l'importance », une façon transparente de relier l'aspect des jambes des femmes au désir et donc à la sexualité. Il insiste d'ailleurs, dans cet article, pour que le médecin traite ce problème invalidant et inesthétique⁶⁶².

La question des conséquences esthétiques, ou plutôt inesthétiques, de la grossesse, est abordée par deux chirurgiens plasticiens amenés « à ne voir que celles qui sont déformées (et donc à penser) que leur nombre est considérable ». Ces déformations, qu'ils se refusent à appeler « préjudices » tant la grossesse est, pour eux, un « phénomène miraculeux », consistent en ptose mammaire et plis sur le ventre, que leurs clientes leur demandent d'effacer. Ils sont précis : « Si l'on admet qu'il y a 25 millions de femmes en France et que sur ces 25 millions, il en est une quinzaine en période d'activité génitale, nous pouvons écrire que 3 paires de seins sur 4 sont ptosées, que cette ptose provient généralement au décours des grossesses, éventuellement de l'allaitement, ce qui ferait par conséquent une douzaine de millions de paires de seins où pourrait se poser une indication chirurgicale. »⁶⁶³. Quelle vision pour des chirurgiens esthétiques !

L'atteinte peut être plus invalidante encore : l'obésité ou, le pire, le prolapsus génital. Le D^r Philippe Robert le définit ainsi : « On appelle prolapsus génital la tendance à l'éversion puis à l'extériorisation des parois vaginales et des organes adjacents, qui tendent à faire issue par l'orifice vulvaire. Ainsi est

⁶⁶⁰ Henry G. Robert, *Le préjudice corporel de la maternité*, Paris, Baillière, 1971, p. 93.

⁶⁶¹ Claude Revault d'Allonnes, « Le corps après l'accouchement », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 43.

⁶⁶² Daniel Anger, « Varices de la grossesse », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 23.

⁶⁶³ J.J. Elbaz et L. Zumer, « Maternités et préjudices esthétiques », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 2, 1974, p. 16.

réalisée une infirmité extrêmement gênante, que les malades connaissent bien sous le nom de « descente d'organes » ou « descente de matrice »⁶⁶⁴.

Ce tableau montre que les épreuves de la femme enceinte ne se limitent pas à la grossesse et à l'accouchement et que son corps en reste marqué, voire handicapé. La chirurgie réparatrice ne concerne en effet qu'une très faible minorité de femmes car la Sécurité Sociale de l'époque ne rembourse pas la chirurgie esthétique. Chacune connaît bien le lien entre son corps (ce qu'il est devenu) et le désir sexuel, le sien et celui de son partenaire. Les conséquences de la grossesse concernent donc évidemment sa vie sexuelle, problème simplement signalé dans ces sources.

Se pose alors le problème de la prévention. Le D^r Faillières affirme que la psychoprophylaxie permet de minimiser, voire d'éviter ces atteintes corporelles : « Absence ou disparition : [...] des nausées et des vomissements, des prises de poids excessives, des vergetures et des masques de grossesse, des sciatiques, des dégradations de la relation conjugale, des dépressions du post-partum »⁶⁶⁵. Ces affirmations apparaissent optimistes et gratuites car il ne fournit aucune preuve, statistique par exemple, de ce qu'il avance.

La responsabilité des femmes est parfois retenue : « leur manque de volonté quasi général » qui les empêche de faire les exercices ou de mener le genre de vie indispensable pour éviter une partie de ces conséquences (obésité, préjudices osseux et musculaires...). « Un manque d'information chez certains praticiens » peut aggraver la situation⁶⁶⁶. Pour le reste... : « Que les grossesses multiples et répétées abîment une majorité de femmes est inéluctable. Que, dans une société dite de consommation, la femme puisse rêver d'enfanter au moment où elle le veut, sans douleur, cela semble désormais possible. Sans altération de son schéma corporel est un rêve légitime, mais reste encore du domaine du rêve. [...] Elles doivent assumer leurs grossesses [...] Elles doivent en même temps s'assumer sur le plan de leur narcissisme personnel »⁶⁶⁷. Les femmes sont donc toujours renvoyées à elles-mêmes. Or nous sommes en 1974 et, justement, les femmes sont accusées de tout vouloir : « une maternité consciente et volontaire » et « sans aucune déformation corporelle, ce qui est pour le moins une énigme particulière » pour ces médecins⁶⁶⁸.

Mais ceux-ci craignent que « les descriptions faites tout au long de ce bref exposé des accidents possibles pendant la grossesse pourraient pousser beaucoup de femmes à la refuser ». Et il leur serait « désagréable que (leurs) propos puissent servir d'argumentation dans un but psychologique pour la limitation

⁶⁶⁴ Philippe Robert, « Les prolapsus génitaux », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 11.

⁶⁶⁵ Jean Faillières, « La prophylaxie des préjudices », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 2, 1974, p. 34.

⁶⁶⁶ A. Lopez, « Préjudices osseux et musculaires », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 30.

⁶⁶⁷ J.J. Elbaz et L. Zumer, *article cité*, 1974, p. 16 et 21

⁶⁶⁸ J.J. Elbaz et L. Zumer, *article cité*, 1974, p. 16.

des naissances »⁶⁶⁹. Rappelons que la loi Neuwirth a été votée en 1967, et donc sept ans après, certains médecins se sentent encore obligés de s'excuser d'inspirer par leurs écrits une volonté d'éviter la grossesse.

⁶⁶⁹ A. Lopez, *article cité*, 1974, p. 30.

C H A P I T R E 2 – L’A C C O U C H E M E N T, U N E A V E N T U R E D O U L O U R E U S E

La douleur est « une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes »⁶⁷⁰. Cette définition officielle de la douleur s’applique aux sensations parfois violentes qui accompagnent traditionnellement l’accouchement et ses suites, dans le cas, entre autres, d’une épisiotomie. Pour Jean-Pierre Peter : « Les milliers de pages (de la littérature médicale) construisent sur la douleur comme un épais silence, un écrasant, un interminable silence, un silence formidablement bavard »⁶⁷¹. La douleur des femmes, autour de leur accouchement, est particulièrement négligée par les écrits médicaux et par les historiens, sociologues etc. Quelques manuels d’analgésie signalent la douleur de l’accouchement, sans plus de précision, mais la plupart la passent sous silence.

Idéologiquement la douleur de l’accouchement est longtemps justifiée par la doctrine catholique puis par la nécessité de souffrir pour être une « bonne mère ». Elle est également toujours minimisée ou marginalisée jusqu’aux années cinquante.

I Positions vis-à-vis de la douleur

A Justification chrétienne

Les Églises, particulièrement l’Église catholique, ont développé au cours des siècles une justification chrétienne de la douleur de l’accouchement dont l’influence perdure après 1945 avant de s’effacer progressivement dans les années cinquante.

Les femmes ne se récitent plus, au XXe siècle, la prière de la femme enceinte, extraite des *Institutions et prières chrétiennes* de l’évêque Antoine Godeau, en 1643 : « En mon accouchement, fortifiez mon cœur pour supporter les douleurs qui l’accompagnent et que je les accepte comme des effets de votre justice sur notre sexe, pour le péché de la première femme. Qu’en la vue de cette malédiction, et de mes propres offenses dans le mariage, je souffre avec joie les plus cruelles tranchées, et que je les joigne aux souffrances de votre fils sur la croix au milieu desquelles Il m’a engendrée à la vie éternelle. Elles ne peuvent être si rudes que je ne les mérite, car, bien que la Sainteté du mariage

⁶⁷⁰ Définition de l’Internationale Association for the Study of Pain (IASP), citée par David Le Breton, in *Anthropologie de la douleur*, Paris : Ed. Métailié, 1995, p. 13.

⁶⁷¹ Jean-Pierre Peter, « Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l’histoire d’une éliision », *Le Genre humain*, octobre 1988, p. 177.

ait rendu ma conception légitime, je confesse que la concupiscence y a mêlé son venin, et qu'elle m'a fait faire des fautes qui vous déplaisent. Que si votre volonté est que je meure en mon accouchement, je l'adore, je la bénis et je m'y conforme. Seulement je vous demande la vie en mon fruit, afin qu'il reçoive le sacrement sans lequel il ne peut voir votre face. Qu'après cela je le vois porté au tombeau, je me consolerais d'avoir augmenté le nombre de ceux qui suivent l'agneau partout où il va et qui chantent un cantique, lequel ne peut être chanté de nul autre. Mais j'espère que votre miséricorde nous gardera l'un et l'autre... »⁶⁷². Cette prière contient tous les éléments d'une attitude catholique face aux dangers de l'accouchement : le péché originel, l'espoir que l'enfant vive suffisamment longtemps pour pouvoir être baptisé et même, in extremis, l'espoir d'en réchapper. Cette prière n'est bien sûr plus d'actualité entre 1945 et 1975. Elle concentre cependant les angoisses et les attentes des femmes catholiques par rapport à l'accouchement, ses risques et ses douleurs, bien au-delà du XVIIe siècle.

La terreur de l'accouchement se fonde donc sur la malédiction de la *Genèse* : « Il dit à la Femme : j'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi »⁶⁷³.

Les médecins catholiques, au delà du texte biblique, sont enclins à célébrer la douleur de leurs patient(e)s ou, du moins, à les anesthésier le plus légèrement possible en cas de nécessité absolue, sans y inclure l'accouchement. En 1941, dans un ouvrage intitulé *Qu'est-ce que la douleur ?*, le P^r Jean Lhermitte exprime le point de vue d'un médecin catholique tandis que le Révérend Père Morineau exprime celui de l'Église. Le P^r Lhermitte dresse un tableau très critique des différents moyens existants pour anesthésier les patients, de la morphine à la cocaïne et au venin de cobra et il en dénonce systématiquement les dangers. Le Révérend Père Morineau exalte, lui, la souffrance : « la souffrance, et la souffrance patiemment endurée, a toujours été considérée comme une richesse dans l'Église ; la souffrance et la patience des chrétiens apparaissaient comme un témoignage que les trésors de la Passion du Christ n'étaient pas gaspillés. [...] L'âme qui a su se prêter à cette forte leçon assurera sa plénière maîtrise et, quand la désagrégation lente ou le brisement subit de son corps, viendra lui signifier que l'heure de l'éternité est proche, elle partira sans se plaindre »⁶⁷⁴. Dans la douleur, le chrétien, et la chrétienne, doit donc se montrer digne de Jésus-Christ et, par cette épreuve, se préparer sereinement au passage vers l'au-delà. Ce discours relève de la position traditionnelle de

⁶⁷² Marie Brunier et Annick de Chabalière, *L'accouchement une histoire de femmes*, Thèse de médecine : Lyon, 1978, n° 203-204, f. 117. Ce texte est l'une des nombreuses versions des prières, que les femmes récitaient aux XVIIe et XVIIIe siècles.

⁶⁷³ Citation des D^r J. Snoeck et M. Rocmans, "L'analgésie obstétricale", *Gynécologie et Obstétrique*, tome 45, n° 4, 1946, p. 257.

⁶⁷⁴ RP Morineau Benjamin-Marie et Jean Lhermitte, *Qu'est-ce que la douleur?*, Paris, 1941, p. 32-33.

l'Église. Le R.P. Morineau ajoute : « Il faudrait s'exercer à cette endurance. Je crains fort que notre éducation mondaine et jouisseuse néglige cette éducation de la volonté »⁶⁷⁵. L'allusion à « l'esprit de jouissance » est datée et correspond non seulement à la doctrine de l'Église mais aussi à celle de Vichy en 1941.

En 1961, certaines femmes « s'appuient encore sur la tradition biblique » et peuvent déclarer : « Je ne ferai pas l'ASD parce que je pense que c'est contraire à la doctrine chrétienne. C'est complètement ridicule de vouloir lutter contre la parole divine ». Les auteurs de l'article avancent une explication psychologique : « les femmes, qui en prennent prétexte, semblent peu adhérer au contenu de ce qu'elles disent, mais s'en servent pour justifier un refus énergique de se dresser contre les choses apprises, contre l'opinion de la génération précédente »⁶⁷⁶. Il s'agirait donc plus de conformisme que d'une question de foi ou de fidélité à la Bible.

Enfin, les citations bibliques ne sont pas l'apanage des catholiques. Colette Jeanson, dans un ouvrage de propagande pour l'ASD, cite ce texte : « Le Très-Haut a donné la science aux hommes, afin qu'Il soit glorifié de ses merveilles » *Eccl. 38* »⁶⁷⁷. Elle n'hésite pas, plus loin, à reprendre un extrait de l'*Évangile de Saint Mathieu* pour fustiger les opposants à l'ASD : « Et ils sont devenus durs d'oreille, et ils ont fermé les yeux, pour ne pas voir, de leurs yeux, ne pas entendre, de leurs oreilles, ne pas comprendre avec leur cœur et ne pas se convertir »⁶⁷⁸.

Pour Claude Revault d'Allonnes : « l'attitude profonde et générale du christianisme vis-à-vis de la douleur contribue à maintenir le caractère douloureux de l'accouchement. En effet, les doctrines et les pratiques chrétiennes accordent aux souffrances, physiques et morales, une valeur personnelle de formation, et une valeur cosmique de rachat. D'une part, il est inévitable de souffrir dans cette « vallée de larmes » : si ce n'est en accouchant, ce sera, à coup sûr, en élevant l'enfant comme l'a dit le Pape. D'autre part, il est bon et utile de souffrir dans la mesure où cette souffrance est, à l'image de la souffrance du Christ, rédemptrice. Cette idée que la douleur efface le péché [...] (est présente) même chez les femmes non pratiquantes [...] On ne peut pas avoir, on n'a pas le droit d'avoir quelque chose sans avoir souffert pour l'obtenir »⁶⁷⁹. En 1960, à la date de ce texte, l'interprétation catholique de la douleur de l'accouchement disparaît, sauf exception.

La philosophie doloriste, qui donne une valeur intrinsèque et en particulier chrétienne à la douleur, imprègne l'esprit des médecins français depuis le XIXe siècle et les rend non-interventionnistes. Les médecins britanniques, en butte eux aussi au XIXe siècle aux interdits des Églises, semblent parfois moins

⁶⁷⁵ RP Morineau Benjamin-Marie et Jean Lhermitte, *op. cité*, 1941, p. 34.

⁶⁷⁶ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes, M. Bonnaud, « Sur les motivations du refus de l'accouchement sans douleur », *BOSFPPO*, 1961, p. 52-53.

⁶⁷⁷ C. Jeanson, *op. cité*, 1954, p. 176.

⁶⁷⁸ C. Jeanson, *op. cité*, 1954, p. 119.

⁶⁷⁹ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1960, p. 151.

soumis aux autorités religieuses. En 1847, quand le P^r Simpson d'Edimbourg utilise pour la première fois l'éther pour soulager une patiente lors d'un accouchement, « le clergé réagit vivement à ces essais et à la propagation de la méthode et menaça de refuser le baptême aux nouveau-nés dont les mères avaient été anesthésiées. Le brillant obstétricien opposa alors au verset de la Genèse (« Tu enfanteras dans la douleur ») [...] le passage biblique où Dieu, voulant donner une compagne à Adam, fait tomber sur lui le sommeil pour lui prendre une côte et refermer la chair, faisant de Dieu le premier anesthésiste »⁶⁸⁰. De l'humour anglais et du sens de la répartie. Notons que cet argument surprenant, « pourquoi refuser à Eve ce que Dieu lui-même a fait pour Adam ? », n'est jamais employé dans les sources françaises.

Jean-Pierre Peter, étudiant les attitudes des médecins du XIX^e siècle, remarque « l'ancienneté de ces conduites d'abstention (par rapport à la douleur) [...] qui semblerait perpétuer une tradition fondatrice de la corporation, quelque chose comme un code souterrain, vivace, impérieux, qui déterminerait les attitudes à cet égard – codage coercitif et inconscient. Mais vigilant. Féroce. »⁶⁸¹. Analysant une thèse de médecine publiée en 1823⁶⁸², il constate pérennité de cette idéologie de la douleur « comme valeur d'expiation et de rachat, comme modèle de participation à la Passion du Sauveur ».

Si le mot d'anesthésie apparaît vers 1846-47, au moment de l'application des premières techniques médicales pour lutter contre la douleur, les médecins français restent réticents. Jean-Pierre Peter note que ceux-ci ne sont pas prêts à renoncer à la douleur qui constitue un « théâtre d'héroïsme » mettant en valeur le patient et le chirurgien⁶⁸³. Il est rejoint sur ce point par Ann Dally qui qualifie la chirurgie du XIX^e siècle d'« héroïque », de « machiste », pour évoquer la brutalité et la toute-puissance de ces chirurgiens, face à un(e) patient(e) réduit à l'état d'objet⁶⁸⁴. Certains médecins ont même « combattu avec passion » l'anesthésie, invoquant ses dangers, pour ensuite l'accepter malgré les accidents « qui n'en subsistèrent pas moins pendant assez longtemps, sans qu'alors plus personne n'y trouvât prétexte à combattre la nouvelle pratique. »⁶⁸⁵. Quant aux femmes, l'usage de l'anesthésie reste « très exceptionnel au XIX^e siècle » en France, car seules les douleurs ressenties dans

⁶⁸⁰ Nathalie Meyer, *thèse citée*, 1997, f. 142.

⁶⁸¹ Jean-Pierre Peter, *De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*, Paris : Quai Voltaire, 1993, p. 12.

⁶⁸² J.A. Salgues, *De la douleur considérée sous le point de vue de son utilité en médecine*, in Jean-Pierre Peter, *De la douleur*, Paris : Quai Voltaire, 1993, p. 13 à 50.

⁶⁸³ Jean-Pierre Peter, « Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éliasion », *Le Genre humain*, octobre 1988, p. 188.

⁶⁸⁴ Ann Dally, « Women and Macho Medecine », *Clio Medica*, 2001, V, n° 61, p. 9-21.

⁶⁸⁵ J.A. Salgues in Jean-Pierre Peter, *op. cité*, 1993, p. 50-51.

les accouchements jugés anormaux, « laborieux », difficiles, sont prises en compte⁶⁸⁶.

Pour Claude Revault d'Allonnes, « on la croira bonne, utile, efficace non seulement sur le plan spirituel mais dans l'ordre physiologique. Toutes ces attitudes contribuent à entretenir sur un fond sadomasochiste chez les malades, les femmes enceintes et finalement tous les membres de la société, l'attente de la douleur, quand ce n'est pas sa recherche⁶⁸⁷ ».

L'abstention face à la douleur de l'accouchement constitue une permanence dans l'attitude des médecins et sages-femmes après 1945, justifiée par la doctrine catholique des siècles précédents.

B Douleur de l'accouchement et amour maternel

Pour de nombreux médecins la douleur de l'accouchement, phénomène naturel, est fondamentale pour l'épanouissement de l'amour maternel. S'efforcer de la supprimer, en particulier par l'anesthésie, serait donc « une pratique contre-nature »⁶⁸⁸. Cette idée est également héritée des siècles précédents. Elle est remise à l'ordre du jour après 1945 quand la lutte contre la douleur de l'accouchement devient d'actualité.

En 1946, pour le D^r Snoeck, gynécologue : « On doit se demander très sincèrement, en dehors de toute sentimentalité ou effet déclamatoire, s'il est désirable que la femme en travail soit systématiquement rendue inconsciente au moment de la naissance de son enfant. Il nous semble que la généralisation de ce procédé risque d'altérer, dans une certaine mesure, l'affectivité de la mère, et, est de nature dans toute une série de circonstances, à provoquer des conflits dont on imagine facilement les conséquences. Nous estimons donc, que du point de vue éthique social et familiale, il est formellement désirable que les accouchées continuent à être les premières à entendre les cris, à la fois émouvants et rassurants, de l'enfant qu'elles viennent de mettre au monde »⁶⁸⁹.

A plusieurs reprises, les travaux du naturaliste sud-africain Eugène Marais sont cités en référence pour justifier cette affirmation étonnante à première vue. Ce naturaliste a étudié les conséquences d'une anesthésie complète, par éther et chloroforme, sur six biches⁶⁹⁰, au moment de la mise à bas. Elles refusent toutes ensuite obstinément de s'occuper de leurs petits⁶⁹¹. Pour Eugène Marais : « La souffrance de l'accouchement est la clé qui ouvre la porte à l'amour

⁶⁸⁶ Selon Marie-Jeanne Lavillatte-Couteau, dans sa thèse *Le privilège de la puissance : l'anesthésie au service de la chirurgie française (1846-1896)*, 1999, p. 647.

⁶⁸⁷ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1960, p. 151-152.

⁶⁸⁸ Jacques Bonhomme, *Le seuil de la douleur et ses variations au cours de l'accouchement*, thèse de médecine, Paris, 1950, n° 334, f. 19.

⁶⁸⁹ J. Snoeck et M. Rocmans, "L'analgésie obstétricale", *Gynécologie et Obstétrique*, tome 46, n° 4, 1946, p. 259.

⁶⁹⁰ La traduction française parlent de « biches », il s'agit en réalité d'antilopes...

⁶⁹¹ Eugène Marais, *Moeurs et coutumes des termites*, Paris, Payot, 1938, p. 127.

maternel chez tous les animaux depuis la termite jusqu'à la baleine. Là où la douleur est absente, il n'existe aucun amour maternel »⁶⁹². Ce naturaliste sud-africain parle de « libération du complexe de l'amour maternel par la douleur »⁶⁹³. Il ajoute cependant qu'un « tel complexe, de même que tous ceux de l'âme instinctive, a depuis longtemps cessé de se manifester chez l'humain. Les douleurs de l'enfantement sont devenues, psychologiquement, une manifestation inutile et rudimentaire »⁶⁹⁴. Eugène Marais semble signifier par cette phrase que la douleur est devenue inutile au XXe siècle pour entraîner l'amour maternel chez les êtres humains⁶⁹⁵. Cette phrase n'est jamais citée par les médecins qui font référence aux travaux d'Eugène Marais pour prouver que la douleur est nécessaire à l'émergence de l'amour maternel. Soit qu'ils n'aient pas eu accès au texte complet soit qu'ils la considèrent comme inadaptée à leur démonstration. La référence systématique aux travaux d'Eugène Marais est donc incomplète et inexacte, elle n'en constitue pas moins une justification régulièrement reprise pour fonder l'amour maternel sur la douleur de l'accouchement⁶⁹⁶. Des médecins, tel ce psychiatre anglo-saxon, peuvent affirmer que « bientôt l'accouchement sans douleur tuera l'amour maternel »⁶⁹⁷.

Les observations de Marais peuvent être interprétées sans établir une relation de cause à effet entre douleur et instinct maternel. Ainsi, le D^r Vignes suggère que « n'ayant pas eu conscience de la naissance, les biches ne peuvent admettre que celui-là soit leur faon »⁶⁹⁸. L'opinion générale des médecins, à propos de cette expérience, rejoint celle du D^r Vignes et met l'accent sur l'absence de conscience au moment de la naissance qui empêche ces bêtes de reconnaître leur petit⁶⁹⁹. Cette explication limpide montre les limites des comparaisons avec les espèces animales qui réduisent la femme (et tout être humain) à l'état d'une « nature » que nous partagerions avec les autres espèces, argument commode et invérifiable.

L'interprétation abusive des travaux de Marais selon laquelle douleur de l'accouchement et amour maternel sont liés rejoint les positions traditionnelles

⁶⁹² Il est cité par J.A. Hadfield dans la revue britannique *British Medical Journal*, 12 juin 1948, p. 1155 et par A. Plichet, "L'amour maternel naît-il de la souffrance?", *La Presse médicale*, 2-10-1948.

⁶⁹³ Eugène Marais, *Moeurs et coutumes des termites*, Paris, Payot, 1938, p. 126.

⁶⁹⁴ Eugène Marais, *Moeurs et coutumes des termites*, Paris, Payot, 1938, p. 128.

⁶⁹⁵ La traduction en anglais, puisqu'Eugène Marais écrit en africain, n'est pas très claire : "This complex, as we find in all such complexes of the instinctive soul, has long ago ceased functioning in the human. Birth pain has become psychologically a useless rudimentary manifestation", in Eugène Marais, *The Soul of the White Ant*, Plymouth, Clarke, Doble & Brenton Ltd, 1971, p. 91.

⁶⁹⁶ Jacques Bonhomme, *thèse citée*, 1950, f. 19.

⁶⁹⁷ J. A. Hadfield, cité par A. Plichet, *op. cit.*, 1948.

⁶⁹⁸ Henri Vignes, *Les douleurs de l'accouchement*, Paris, Masson, 1951, p. 10.

⁶⁹⁹ Bernard Jamain et R. Giraud, *L'analgésie obstétricale*, Paris, Masson, 1954, p. 3.

d'une minorité de catholiques⁷⁰⁰. Le témoignage d'un couple profondément catholique montre l'influence de cette idéologie. La Maternité de la Sainte Famille à Lille, éditée, dans les années cinquante, une revue intitulée *Maman*, remplie de renseignements pratiques sur son fonctionnement et de conseils aux futures mères. Une partie « témoignages » est constituée de lettres de jeunes mères venant d'accoucher. L'une d'elle, daté de 1954, s'intitule : « Les souffrances de la naissance accumulent des mérites sur l'âme de votre enfant ». La jeune femme écrit : « Lorsqu'au début de mon mariage, je fis part à mon mari des conseils reçus de jeunes femmes dites expérimentées au sujet de l'anesthésie à l'accouchement, je fus étonnée de ses réticences. Je surpris, sur son front, de la tristesse. Il me dit, alors, que ce sujet l'avait bien des fois rendu songeur. Il souffrit de me sentir influencée par cette façon de supprimer les douleurs normales d'une femme qui va enfanter... Mon mari avait toujours pensé que cette souffrance était un capital spirituel pour l'enfant... Ainsi, me dit-il encore, devant ton attitude, j'avais d'abord décidé de ne pas assister à ton accouchement puisque tu ne serais pas « présente » avec moi à la joie de l'arrivée du petit, à la toute première émotion de la contemplation du fruit de notre amour. Réflexion faite, je me suis dit que, puisque je t'aimais et que je te sais fort sensible à la souffrance, j'aurais quand même demandé au docteur de t'endormir. Mais, en retour, j'aurais prié Dieu de m'envoyer quelque cuisante souffrance physique, qui puisse compenser la tienne et être acquise pour l'enfant. [...] Car la souffrance fait toujours mieux aimer celui pour qui on la supporte »⁷⁰¹. Selon ce texte, l'anesthésie menacerait non seulement l'amour maternel mais aussi la sauvegarde de l'âme de l'enfant à naître, et si la mère n'est pas prête à ce sacrifice, c'est au père qu'il revient de souffrir pour l'enfant à naître.

D'autres témoignages de mères confirment la persistance de ce cliché. Le D^r Henri Vignes cite celui de Madame de N. : « Après un accouchement où, faute d'anesthésique, je n'ai pu la soulager, elle affirme qu'elle aurait moins aimé son enfant si elle avait été endormie », et plus loin : « Une fillette marocaine de 8 ans s'étonne que sa jeune belle-mère ne veuille pas regarder son nouveau-né « puisqu'elle a tant souffert pour l'avoir »⁷⁰². Ce dernier exemple est d'ailleurs en parfaite contradiction avec la thèse liant souffrance de l'accouchement et amour maternel !

L'idée préconçue, que l'amour maternel est assuré par la souffrance de l'accouchement, est un lieu commun dans l'opinion publique et peut servir d'argument contre l'ASD. En 1954, le Révérend Père Roguet se voit poser cette question par un auditeur de Radio Luxembourg : « Ne dit-on pas qu'une mère s'attache d'autant plus à son enfant qu'elle a davantage souffert pour lui et par lui? ». Il répond : « Accouchement sans douleur ne signifie pas, nous l'avons

⁷⁰⁰ Michel Chartier, *article cité*, 1952, p. 49.

⁷⁰¹ Témoignage (anonyme), « Les souffrances de la naissance accumulent les mérites sur l'âme de votre enfant », *Maman*, janvier-février 1954, n° 4, p. 27.

⁷⁰² Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 9.

vu, un accouchement sans effort ou inconscient. Il semble qu'une mère puisse s'attacher profondément à son enfant parce qu'elle l'a vraiment mis au monde, vraiment enfanté en y mettant toutes les ressources d'énergie et d'intelligence. et si la souffrance doit attacher une mère à son enfant [...] il y aura bien d'autres sujets, parfois d'ordre physique, le plus souvent d'ordre moral, et d'autres plus graves, pour faire souffrir sa mère »⁷⁰³. Bref, pour ce Révérend Père, l'ASD n'est pas un obstacle à l'amour maternel car il ne consiste pas en une anesthésie rendant la future mère inconsciente. Les souffrances de celle-ci, racines de l'amour qu'elle porte à son enfant, sont simplement repoussées dans le temps, après l'accouchement. Il ne remet donc nullement en cause la nécessité pour la mère de souffrir pour pouvoir aimer son enfant.

Quelques femmes refusent l'ASD de peur d'entraver leur amour maternel. Selon le D^r Chertok : « Ayant souffert de l'accouchement, certaines femmes se sentent garanties de leur amour ; elles ont donné pour avoir. Plus encore, elles sont assurées d'être aimées en retour : si l'enfant leur a fait très mal, il faudra bien pour se faire pardonner qu'il leur donne beaucoup d'amour. »⁷⁰⁴. Une enquête de 1961, menée à l'Hôpital Rothschild de Paris, révèle qu'elles ne sont pas rares. Ainsi M^{me} G, primipare de 24 ans, déclare : « Je le veux avec la douleur, s'il vient tout seul qu'est-ce qui vient au monde? On sent qu'on met au monde si on souffre ». Les auteurs de l'article commentent : « Il semble que nous retrouvons là une dimension de l'esprit où toute relation d'amour implique la souffrance. Ayant souffert dans l'accouchement, certaines femmes se sentent garanties dans leur amour. Plus encore, elles sont assurées d'être aimées en retour : si l'enfant leur a fait très mal, il faudra bien pour se faire pardonner qu'il leur donne beaucoup d'amour »⁷⁰⁵.

Les médecins soutenant l'ASD argumentent contre ce cliché. Le D^r Vignes cite l'observation par un de ses confrères d'une « femme qui avait eu un premier accouchement très douloureux et qui fut accouchée ensuite plusieurs fois sous anesthésie [...] elle en gardait une sorte de ressentiment contre son aîné, contre l'enfant de la douleur - contre le faiseur de dégâts »⁷⁰⁶. À l'opposé, « un grand nombre de femmes accouchent actuellement avec peu ou pas de douleur, il n'apparaît pas pour cela que leur amour maternel en soit perturbé »⁷⁰⁷. Pour les médecins partisans de l'ASD, « la souffrance n'est pas une condition absolue pour créer un lien d'attachement entre la mère et l'enfant »⁷⁰⁸. En 1958, le

⁷⁰³ RP Roguet, *article cité*, 1954, p. 78.

⁷⁰⁴ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes, M. Bonnaud, « Sur les motivations du refus de l'accouchement sans douleur », paru en janvier 1961 dans le *BOSFPPO*, réédité dans *L'énigme de la relation au cœur de la médecine*, Paris : Ed. Les Empêcheurs de penser en rond, 1992, p. 199.

⁷⁰⁵ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes et M. Bonnaud, "Sur les motivations du refus de l'accouchement sans douleur", *BSFPPO*, 1961, p. 53-54.

⁷⁰⁶ H. Vignes, *op. cité*, 1951 p. 10.

⁷⁰⁷ J. Bonhomme, *thèse citée*, 1950, f. 22.

⁷⁰⁸ Emilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 59.

P^r Hanon, dans un raccourci convaincant, déclare : « Pour certains, la douleur de l'accouchement serait le gage et le garant de l'amour maternel ; c'est l'opinion d'un certain nombre d'hommes ; ce n'est pas l'opinion des femmes ; elles ont prouvé le contraire »⁷⁰⁹. En 1959, le D^r Claude Jubécourt apporte un autre argument en faveur de l'ASD : « Il semble que l'enfant ait lui aussi tiré profit de la préparation ; en effet il n'y a pas eu, entre lui et sa mère, la barrière que peut opérer le souvenir de souffrances atroces de l'accouchement »⁷¹⁰.

C Justifications médicales de la douleur de l'accouchement

Les accoucheurs français s'abstiennent en général, avant les années cinquante, de toute intervention contre la douleur de leurs patientes au moment de l'accouchement. Ils justifient cette attitude par une série d'arguments scientifiques et pseudo-scientifiques, qui reviennent régulièrement dans les textes médicaux au début de la période étudiée.

La douleur de l'accouchement est régulièrement qualifiée d'outrancière dans les sources médicales. Les médecins, parfois, ne semblent pas redouter de reproduire, sans aucune preuve scientifique, les clichés les plus éculés sur les femmes. Certains sont ainsi persuadés que « la plupart des douleurs observées par le gynécologue sont exagérées par un facteur psychique ; Beaucoup de femmes sont, sinon des simulatrices, du moins des « exagératrices » : la plupart aiment se mettre en scène, presque toutes ont une tendance invincible à s'appesantir indéfiniment sur leurs petites misères »⁷¹¹. La remarque de ce célèbre gynécologue français ressort de l'histoire du genre. La représentation misogyne qu'il donne de ses patientes reprend les lieux communs sur la femme naturellement simulatrice, car inférieure, et geignarde. Cette représentation d'une femme manipulatrice ne disparaît pas après 1945. Elle affleure ça et là dans les articles médicaux sur la douleur en gynécologie et en obstétrique. Les sages-femmes, elles-mêmes, semblent partager ce point de vue, l'une d'elles en 1953 qualifie les femmes qui réclament l'ASD de personnes « pusillanimes »⁷¹². En 1955, deux gynécologues n'hésitent pas à écrire : « Quand on étudie objectivement les étapes de la parturition, on est conduit à penser que les douleurs alléguées et manifestées par la plupart des parturientes sont disproportionnées à la nature des faits physiologiques qui se déroulent »⁷¹³. Ces réflexions sont cependant datées, elles disparaissent des sources au début des années soixante.

⁷⁰⁹ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 15.

⁷¹⁰ Claude Jubécourt, *thèse citée*, 1959, f. 37.

⁷¹¹ André Binet et alt., *La douleur en gynécologie*, Paris, L'Expansion Scientifique Française, 1934, p. 199-200 dans un article signé L.M. Pierra.

⁷¹² Coulon-Arpin, sage-femme, "Lettre au D^r Carlotti", *Maternité*, 1953, p. 29.

⁷¹³ Marc Rivière et Chastrusse, *article cité*, 1955, p. 82.

Les médecins abstentionnistes se justifient également en arguant que les douleurs de l'accouchement sont limitées dans le temps et intermittentes, laissant à la parturiente des plages de repos entre deux contractions pour affronter la suite⁷¹⁴. Surtout, ils ne voient pas l'intérêt de ces méthodes « sophistiquées ». Ils évoquent le « mal joli » ancestral qui « n'est pas plutôt passé qu'on l'oublie »⁷¹⁵ ou bien « quand c'est fini, on en rit »⁷¹⁶. Ces expressions ne minimisent pas la douleur ressentie mais son impact pour les femmes ; elle est régulièrement citée dans les textes traitant de la douleur de l'accouchement. Dans un *Que Sais-Je* sur la douleur, le P^r Paul Chauchard, en 1947, reprend ce type d'argument : « On ne peut préjuger de ce que donnera l'avenir, mais il semble bien que dans l'accouchement le déroulement normal des événements s'accommode difficilement des procédés analgésiques et qu'il s'agit d'une douleur transitoire à laquelle il faut se résigner, car, suivant la parole célèbre, lorsque l'enfant est né, la femme ne se souvient plus de sa douleur »⁷¹⁷. Le P^r Chauchard écrit ce texte cinq ans avant l'introduction de l'ASD par Fernand Lamaze en France. Il en deviendra un partisan militant. Pour l'heure, ce catholique reprend le cliché commode qui peut consoler les femmes face à l'impuissance revendiquée du médecin à agir contre leur douleur. Même les médecins partisans de la suppression des douleurs de l'accouchement emploient cet argument. En 1954, le D^r Langevin-Droguet remarque : « Après leur accouchement, les femmes oublient vite leurs douleurs, dès qu'elles ont leur enfant dans les bras et nous connaissons toutes des femmes qui gardent un très bon souvenir d'un accouchement laborieux, prolongé. »⁷¹⁸. En 1964, pour le D^r Blum, autre partisan de l'ASD : « Cet acte qui apporte avec lui, de par la naissance de l'enfant tant de joie que la plupart des femmes oublient dès cet instant leurs peines et leurs douleurs... pour ne les retrouver du reste... qu'au début de la grossesse suivante »⁷¹⁹.

Le « mal joli » est-il donc une réalité ou un fantasme consolateur du médecin, impuissant à le combattre, et de la femme, qui a souffert ? Les femmes, semble-t-il, « n'oublient » pas facilement cette douleur puisqu'au contraire elles l'appréhendent quand elles accouchent une deuxième ou troisième fois. Les multipares sont souvent sceptiques devant les promesses de l'ASD, par expérience : « Elles se souviennent de leurs précédents accouchements et admettent difficilement qu'elles pourront ne pas souffrir »⁷²⁰. Le D^r Goirand estime lui aussi que « la peur d'un accouchement antérieur et le

⁷¹⁴ Geneviève Barrier, *op. cité*, 1977, p. 102.

⁷¹⁵ Blanchard, *Le Concours médical*, 11-1-47, p. 51-52.

⁷¹⁶ Henri Vignes, *op. cité*, p. 30.

⁷¹⁷ Paul Chauchard, *La douleur*, Paris : PUF, Que Sais-Je ?, n° 252, 1947, p. 115.

⁷¹⁸ G. Langevin-Droguet, *article cité*, 1954, p. 127.

⁷¹⁹ J. Blum, "Le rôle de l'ASD sur le comportement psychique de la femme enceinte", *BOSFPPPO*, juin 1964, p. 32.

⁷²⁰ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 281.

scepticisme » qui en découle sont responsables de bon nombre d'échecs⁷²¹. Une patiente des Bluets, qui en est à son quatrième accouchement, précise : « Mon accouchement, quoique très facile, ne fut pas parfait. [...] J'avais contre moi [...] le souvenir de mes anciens accouchements beaucoup trop précis à ma mémoire »⁷²². L'argument commode du « mal joli » se fait d'ailleurs plus rare à partir du moment où il est possible de lutter contre la douleur de l'accouchement et qu'il n'est plus nécessaire.

La sociologue Marilène Vuille interprète cette amnésie partielle des douleurs de l'accouchement comme « une obligation sociale de ne pas insister sur cet aspect-là » et non comme un oubli réel. Elle rapporte, comme les sources médicales, que certaines femmes éprouvent beaucoup plus d'appréhension au moment du deuxième accouchement sachant ce qu'elles avaient vécu au premier !⁷²³ Il y aurait donc une sorte de consensus social pour taire ces douleurs et valoriser au contraire les aspects positifs de l'accouchement. Elle se demande « si il n'y aurait pas quelque chose de l'amnésie qui serait nécessaire dans le fait de refaire un enfant »⁷²⁴ : de l'oubli pour éviter la « grève des ventres ».

La douleur de l'accouchement passe aussi pour être utile car, à la différence de celle du cancer ou des rhumatismes, « les femmes qui accouchent tendent vers un but qui est la naissance de leur enfant »⁷²⁵. Dans ce cas de figure, l'issue heureuse de l'accouchement justifie la douleur ressentie.

La douleur aurait une fonction indispensable, elle représenterait une nécessité biologique, « accompagnant un phénomène aussi naturel que l'accouchement avec une rigueur imperturbable »⁷²⁶. Pour le P^r Kreis : « de tout temps, et même avant l'existence de la parole chez les mammifères, le début de l'accouchement a été daté et reconnu par l'avertissement de la douleur »⁷²⁷. La douleur joue donc son rôle naturel d'« avertisseur automatique que par réflexe ou réflexion, tout individu a compris. Il impose le repos ou le ménagement [...] dans l'intérêt de la conservation de l'individu »⁷²⁸. Dans le cas de l'accouchement, « la douleur avait son sens, ne fut-ce que celui de la précision. Car la nature, qui a ses règles, mais aussi ses caprices, n'avait pas établi (au début de l'apparition de l'espèce humaine) une équation absolument patente entre aménorrhée et grossesse ; elle a créé des périodes stériles et aménorrhéiques [...] qui sont trompeuses pour l'individu ; elle admet des périodes fertiles malgré l'aménorrhée prolongée, elle admet des hémorragies

⁷²¹ Christiane Goirand, *article cité*, 1955, p. 56.

⁷²² Pierre Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 261.

⁷²³ Marilène Vuille, *intervention citée*, 14 décembre 2002, p. 19.

⁷²⁴ Marilène Vuille, *intervention citée*, 14 décembre 2002, p. 23.

⁷²⁵ Geneviève Barrier, *op. cité*, 1977, p. 102.

⁷²⁶ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 146.

⁷²⁷ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 146.

⁷²⁸ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 146.

cycliques malgré l'existence d'une grossesse »⁷²⁹. Plus simplement, la douleur de l'accouchement est considérée comme une sorte de « signal, indiquant le début de l'accouchement car les animaux, comme les hommes tout à fait primitifs, ignorent totalement la date de leur parturition »⁷³⁰. Même au XXe siècle, « nombre de femmes, ignorant la date des dernières règles, viennent consulter le médecin pour déterminer la date de la mise à bas »⁷³¹.

Plus tard, au cours du déroulement de l'accouchement, la douleur joue encore son rôle d'avertisseur et le P^r Kreis avoue : « Personnellement, nous serions désemparés, dans nos fonctions d'accoucheurs, si nous n'avions pas la douleur qui nous annonce la moindre pathologie cinétique et qui oriente notre thérapeutique »⁷³². S'il reconnaît ainsi l'utilité de la douleur pour assurer la sécurité d'un accouchement, le P^r Kreis ne partage cependant pas l'attitude de certains de ses confrères, pour qui « plus les douleurs étaient intenses et fréquentes, plus elles enflammaient notre espoir »⁷³³ de voir l'accouchement se dérouler rapidement et sans problèmes. Pour lui, cette conception de l'intensité des contractions, parfois artificiellement augmentée par les accoucheurs, « représente l'erreur majeure de toute la conduite des accoucheurs et des sages-femmes »⁷³⁴. Il fait ici allusion à la technique d'accouchement, datant du début du XXe siècle, qui consistait à augmenter l'intensité des contractions « sur la foi d'une conception mécanique qu'un obstacle ne peut être vaincu que par la force accrue »⁷³⁵. En conséquence, « un certain nombre de femmes, plutôt hantées par la perspective d'une souffrance illimitée, sont amenées à souhaiter plutôt l'intervention (la césarienne) qu'un accouchement que l'on a hypocritement appelé normal »⁷³⁶ car cette technique en stimulant les contractions augmente considérablement la douleur.

Pour le P^r Kreis, la douleur a donc un caractère biologique indispensable, même si « l'humanité ne voudrait ni vieillir, ni mourir, ni souffrir »⁷³⁷. Il regrette que « l'espèce humaine, du moins, a été progressivement et depuis peu de temps, dégoutée de la douleur, grâce à une philosophie sentimentale très extensible. Elle aurait éloigné de nous la « capacité » toute mentale de souffrir »⁷³⁸, au mépris de la science médicale. Il estime que « négliger l'existence de la douleur ou désirer la supprimer est en opposition avec la

⁷²⁹ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 146.

⁷³⁰ H. Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 139.

⁷³¹ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 147.

⁷³² J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 151.

⁷³³ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 51.

⁷³⁴ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 151.

⁷³⁵ J. Kreis, "La violence au cours de l'accouchement", *Le Concours Médical*, 8-12-1951, n° 49, p. 4123.

⁷³⁶ J. Kreis, *op. cité*, 1951, p. 4124.

⁷³⁷ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 146.

⁷³⁸ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 147.

biologie de l'enfantement »⁷³⁹ tout en essayant de la diminuer pour ses patientes. À son exemple, les médecins français reconnaissent généralement le rôle avertisseur et protecteur de la douleur de l'accouchement. Certains vont parfois jusqu'à citer Goethe : « Ce qui fait la conscience de l'homme, c'est la douleur »⁷⁴⁰. Mais ces textes sont en décalage total avec les aspirations des femmes. Réduisant l'accouchement à un phénomène purement biologique, comme leur profession l'y incline, ces médecins pensent à contre-courant.

Autre argument des abstentionnistes : lutter contre la douleur n'est pas le but principal du médecin, surtout dans les accouchements. Pour le D^r Léon Chertok en 1966 : « l'accouchement, s'il n'est pas une maladie, comporte néanmoins des dangers, des « nuisances » possibles pour la mère, mais surtout pour l'enfant. L'idéal visé, c'est donc l'accouchement sans incidents, qui se définit d'abord négativement. Dans cette perspective, que dire de la douleur et du comportement? Ce que l'accoucheur attend de la femme, c'est que son comportement ne vienne pas troubler le processus physiologique, et le contrôle qu'il en a. S'il essaie de supprimer la douleur, c'est bien sûr parce qu'il s'agit d'un impératif humanitaire, mais c'est, plus précisément, plus techniquement, parce que la douleur peut être à l'origine de comportements nuisibles, et risque aussi de retentir sur la dynamique utérine. Mais la suppression de la douleur est une visée latérale et reste formellement assujettie à des impératifs de sécurité »⁷⁴¹.

Claude Revault d'Allonnes peut également affirmer : « Le premier souci de l'accoucheur est donc que tout se passe bien. Son but primordial est la restitution, après la naissance, d'abord d'une femme vivante et en bon état, ensuite d'un enfant vivant et en bon état »⁷⁴². La sécurité est le premier objectif de l'accoucheur et de son équipe. Elle remarque aussi que la méthode de l'ASD n'a pu se développer qu'une fois assurée la sécurité des femmes et des nouveau-nés par l'obstétrique classique⁷⁴³.

Le but premier et principal du médecin, et de l'équipe médicale, est donc bien éloigné de la suppression de la douleur dans l'accouchement pour aider la femme.

Dernier argument évoqué par les abstentionnistes : il ne serait pas légitime de chercher à soulager la douleur de l'accouchement car il n'existerait pas d'indication proprement médicale à aider les femmes. Pour le P^r Mayer, gynécologue accoucheur des hôpitaux de Paris, il faut se demander si « l'analgésie obstétricale comporte les caractères d'un « acte médical authentique », c'est-à-dire relevant d'indications précises ne comportant aucun caractère de complaisance et ne constituant pas une espèce de supplément de luxe dont seules les patientes favorisées par la fortune seraient susceptibles de

⁷³⁹ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 151.

⁷⁴⁰ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 8.

⁷⁴¹ Léon Chertok, *Féminité et maternité*, Paris, Desclée de Brouwer, 1966, p. 50.

⁷⁴² Calude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 74.

⁷⁴³ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 21.

bénéficiaire »⁷⁴⁴. L'absence d'indication médicale est une accusation récurrente en médecine quand est proposée une innovation au corps médical. Le problème se posera exactement en ces termes, plus tard, pour la contraception, l'avortement et la ménopause.

Enfin, l'ASD ôte au médecin une partie de son pouvoir au profit des femmes. Dans la lutte contre la douleur de l'accouchement, le rôle du médecin peut passer au second plan : ce n'est pas lui qui maîtrise l'accouchement mais la femme dominant sa respiration. La femme tend ainsi à acquérir une autonomie inconcevable pour les accoucheurs traditionnels, attachés à leur pouvoir et à leurs pratiques. Car « l'ambition majeure de l'obstétricien « scientifique » c'est l'accouchement entièrement dirigé, c'est-à-dire dont le déroulement se trouve sous le contrôle de l'accoucheur qui en est responsable »⁷⁴⁵. Être accoucheur c'est avant tout « exercer un « art » personnel, difficile, dangereux, comportant les plus graves responsabilités »⁷⁴⁶ et les accoucheurs conservateurs ne veulent y renoncer au profit d'une quelconque autonomie de leur patiente.

Au vu de tous ces arguments, bien enracinés dans la pensée médicale, l'ASD intéresse donc peu les médecins avant 1952. La réticence des médecins français à faire accoucher les femmes « sans douleur » peut être interprétée comme « une résistance inconsciente qu'on rencontre chez tous les médecins lorsqu'on introduit des éléments psychologiques dans les traitements relevant de leur spécialités »⁷⁴⁷, ce qui peut déstabiliser l'accoucheur. Le médecin ne veut pas se trouver en position inconfortable étant donnée l'importance de la psychologie pour réussir ce type d'accouchement. Elle ne lui a pas été enseignée, contrairement à la pratique obstétricale classique.

D Recul de l'indifférence

L'attitude abstentionniste des médecins face à la douleur est en effet de plus en plus dénoncée après-guerre, qu'elle s'exerce aux dépens de tous les patients ou des seules parturientes. Des francs-tireurs contestent le bien-fondé des arguments, qu'ils soient d'origine religieuse ou pseudo-scientifique, pour justifier l'abstention face à la douleur. Le P^f Leriche est célèbre pour avoir lutté toute sa carrière contre ce dolorisme « à la française ». Sommité des années 1930-1940, il est un professeur respecté. Président du premier Conseil de l'Ordre, créé par Vichy, il en démissionne en décembre 1942 pour « maintenir la médecine française hors de l'emprise trop directe de l'occupant »⁷⁴⁸. Il n'est pas inquiet à la Libération et est élu à l'Académie des Sciences en 1945. Ce mandarin s'est toujours intéressé à la lutte contre la douleur, non pas celle des femmes qui accouchent, mais celle des malades qu'il opère : son premier cours

⁷⁴⁴ Maurice Mayer, *op. cité*, 1950, p. 26.

⁷⁴⁵ Léon Chertok, *opus cité*, 1966, p. 50.

⁷⁴⁶ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 77.

⁷⁴⁷ Léon Chertok, *article cité*, 1966, p. 161.

⁷⁴⁸ Robert Clarke, *René Leriche ou l'humanisme en chirurgie*, Paris : Seghers, 1962, p. 40.

au Collège de France, en 1936, en traite, alors que jusque là aucun ouvrage de chirurgie n'a abordé sérieusement la question !

Pour le P^r Leriche, contrairement à ses confrères « la douleur est une manifestation morbide, pathologique, qu'il convient de réduire et non de respecter ». Il critique violemment « les philosophes et les poètes [...] Oublieux de tous les cris déchirants qui ont rempli de tristesse les mondes et les siècles, ils n'ont cessé de répéter que la douleur est un bienfait de l'ordre moral, qu'elle n'est qu'un mot, et qu'une âme valeureuse et toujours, en définitive, maîtresse du corps qu'elle anime ». En tant qu'humaniste, isolé dans sa profession, il écrit : « Presque toujours, ceux qui souffrent, souffrent bien comme ils le disent, et plus qu'on ne saurait l'imaginer. Il n'y a qu'une douleur qu'il soit facile de supporter, c'est la douleur des autres »⁷⁴⁹. Dans *La chirurgie de la douleur*, réédité en 1949, le P^r Leriche critique les « médecins (qui) continuent à penser que la douleur nous est nécessaire à cause de sa valeur séméiologique. Elle serait comme une délicate attention de la nature. Avec quelque impudence, certains m'ont objecté l'utilité de la douleur de l'appendicite aiguë [...] Sans elle, le malade ne serait pas averti de ce qui le menace. Il est trop facile de faire remarquer que cette douleur aiguë n'est utile à l'homme que s'il se trouve au voisinage d'un chirurgien ayant sous la main tout ce qu'il faut pour opérer, et que, pendant des siècles, elle n'a servi à rien. »⁷⁵⁰. Enfin, il récuse « tout souci d'interprétation finaliste de la douleur »⁷⁵¹. En 1951, devant l'indifférence de ses confrères, il constate, pessimiste : « L'étude de la douleur est actuellement dans une impasse »⁷⁵².

Ses réflexions et sa contestation obstinée du dolorisme peuvent s'appliquer aux douleurs de l'accouchement. À partir des années cinquante, les médecins engagés dans la lutte pour la suppression des douleurs de l'accouchement remarquent, à leur tour, que « de façon générale, certains médecins n'attachent que peu d'importance à ce phénomène (la douleur) »⁷⁵³. Ils fustigent « l'indifférence quasi unanime du monde médical »⁷⁵⁴ et la minorité de médecins catholiques qui continue de penser que permettre à la femme d'accoucher sans douleur c'est « contrarier les desseins de Dieu »⁷⁵⁵, comme au XIX^e siècle. Ils contestent un par un les arguments pseudo-scientifiques des abstentionnistes. Ils remarquent avec humour que « ledit avertissement (de l'accouchement par la douleur) vient un peu tard alors que le dégât est fait »⁷⁵⁶.

⁷⁴⁹ Cité par Robert Clarke, *op. cité*, 1962, p. 50-52.

⁷⁵⁰ Cité par Robert Clarke, *op. cité*, 1962, p. 165.

⁷⁵¹ Cité par Robert Clarke, *op. cité*, 1962, p. 165.

⁷⁵² René Leriche, « Orientation actuelle du problème de la douleur », *Journal de Psychologie*, octobre-décembre 1951, p. 497.

⁷⁵³ Henri Vignes, *op. cité*, p. 10.

⁷⁵⁴ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 139.

⁷⁵⁵ L. Jeaucour, *Considérations sur l'accouchement naturel et sans douleur*, thèse de médecine, Paris, 1858, n° 69, f. 29.

⁷⁵⁶ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 8.

Face à ceux qui soutiennent « qu'elle (la douleur) était destinée à prévenir de l'imminence de la parturition », le P^f Jean Hartemann souligne que cette fonction d'avertissement était auparavant « indispensable pour se mettre à l'abri et pour s'organiser », mais qu'elle est obsolète au XX^e siècle⁷⁵⁷. Le D^r Vignes se permet aussi un peu d'humour (toujours rare dans les publications médicales) en faisant remarquer que « cet avertissement aurait pu être donné à moindre frais- quelque chose comme une vague envie d'aller à la selle »⁷⁵⁸. Ces médecins trouvent en effet cet avertissement « bien aiguë » en comparaison avec les autres besoins physiologiques, tout en notant « l'importance de l'acte dont dépend la perpétuation de l'espèce »⁷⁵⁹. En 1957, encore, les D^r Mayer et Morali-Daninos contestent le rôle avertisseur de la douleur : « la douleur faillit souvent dans ce rôle, comme en témoignent certaines maladies graves, dont l'évolution est au début indolore, et aussi que les progrès techniques de détection des anomalies ou des difficultés en cours d'accouchement, suppléent, remplacent avantageusement la douleur, comme signal d'alarme »⁷⁶⁰. En 1958, pour le P^f Hanon : « Cette douleur présenterait une utilité en tant que signal que l'événement est proche, incitant la femme au maximum de précaution ; cette explication finaliste ne présente pas les caractères d'une explication de la douleur ; elle n'explique pas pourquoi la douleur devient de plus en plus violente ni quels en sont les facteurs. On peut donc tenir compte du signal et l'utiliser ; mais rien n'interdit de supprimer ce signal quand sa violence a cessé de servir et qu'elle ne peut que nuire »⁷⁶¹.

D'autres médecins remarquent de façon ironique que « s'il est vrai que la souffrance élève l'âme, on sera alors plus libre pour prêcher la résignation, sachant qu'on peut l'éviter »⁷⁶².

La lutte contre la douleur de l'accouchement devient progressivement légitime. Ainsi le P^f Mayer répond –il positivement à la question de l'indication médicale de l'analgésie de l'accouchement : « Au point de vue médical, l'analgésie est légitime (car) non seulement elle n'apporte pas de risques mais elle peut améliorer les conditions fonctionnelles de l'accouchement et même vraisemblablement contribuer à réduire le taux de mortalité néo-natale »⁷⁶³.

A partir des années cinquante, l'anesthésie lors de l'accouchement n'est donc plus marginalisée. Elle fait, par exemple, l'objet d'une enquête complète dans la revue *La Vie Médicale* en 1950⁷⁶⁴. Elle est qualifiée, dans une autre

⁷⁵⁷ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 9.

⁷⁵⁸ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 9.

⁷⁵⁹ Bernard Jamain et R. Giraud, *L'analgésie obstétricale*, Paris, Masson, 1954, p. 3.

⁷⁶⁰ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de Maurice Mayer et Morali-Daninos, p. 58.

⁷⁶¹ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 15.

⁷⁶² Jacques Bonhomme, *op. cité*, 1950, p. 23.

⁷⁶³ Maurice Mayer, *op. cité*, 1950, p. 28. Celle-ci est estimée à 1,4 pour mille des enfants nés vivants avant la seconde Guerre mondiale et à 0,6 pour mille en 1955.

⁷⁶⁴ *La Vie Médicale*, octobre et novembre 1950, numéros spéciaux sur l'analgésie obstétricale.

revue, de « geste légitime »⁷⁶⁵ en 1954. Les prédictions du P^r Lacomme, en janvier 1952, se réalisent donc : « Ainsi, il n'est pas interdit d'imaginer que dans un avenir proche, peut-être très proche, nos salles de travail seront des temples de silence où somnoleront les patientes en voie d'accouchement »⁷⁶⁶. Il fait allusion aux techniques d'anesthésie médicamenteuses et non à l'ASD qui n'est pas encore expérimenté en France. En effet, les médecins accoucheurs préfèrent une accouchée calme et docile à une femme qui crie. Dans les Maternités où les femmes peuvent accoucher sans douleur, quelle que soit la méthode, le résultat le plus frappant est « le changement d'atmosphère des chambres de travail ; les cris sont devenus rares et le silence et le calme y sont la règle »⁷⁶⁷. En 1964, lors d'une journée sur « l'anesthésie en obstétrique », organisée à la Faculté de médecine de Paris, les conclusions des participants sont les suivantes : « Il n'y a pas de raison morale pour laisser les femmes accoucher dans la douleur ; il y a en revanche de bonnes raisons médicales pour protéger la parturiente et son enfant contre la souffrance ; les moyens utilisables dans ce but peuvent être psychoprophylactiques ou médicamenteux ; les premiers sont toujours anodins, presque toujours applicables, pas toujours suffisants ; de toutes façons ils favorisent la mise en œuvre des seconds »⁷⁶⁸. En 1964, on peut mesurer le chemin parcouru : accoucher dans la douleur ne semble plus acceptable ni par les femmes ni par les médecins.

L'intérêt des patientes pour l'accouchement sans douleur doit aussi jouer en faveur de ce dernier car les médecins réticents sont soumis à la pression de leurs clientes et à la menace de les voir consulter ailleurs.

L'Église elle-même évolue, entraînant avec elle les milieux médicaux catholiques. En premier lieu, les sources médicales invoquant le châtiment infligé par Dieu aux femmes se raréfient. Les médecins catholiques n'expriment donc plus ce type de réticences.

En 1952, dans *Les Cahiers Laennec*, le Père Tesson, professeur à la faculté de théologie de Paris, dans un article intitulé « Analgésiques et perfection chrétienne », note qu'« aucune difficulté ne peut être soulevée du point de vue moral ». Il remarque ensuite que « l'opposition contre la nouvelle méthode⁷⁶⁹ fut beaucoup plus vive chez les protestants, particulièrement en Ecosse, que parmi les Catholiques, en raison probablement de l'attachement plus grand chez les premiers au littéralisme de l'Écriture »⁷⁷⁰. Ce théologien ne voit donc pas

⁷⁶⁵ Morin, "L'analgésie obstétricale", *Revue du Praticien*, 21-2-1954, p. 468.

⁷⁶⁶ Maurice Lacomme, "Leçon inaugurale", *La Presse Médicale*, 12-1-1952, p. 24.

⁷⁶⁷ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r Lepage et Langevin-Groguet, p. 51.

⁷⁶⁸ D^r G. Barrier, "Rôle de l'anesthésiologiste dans une équipe obstétricale", *BOSFPPO*, septembre 1965, p. 74.

⁷⁶⁹ Il s'agit de l'emploi d'anesthésiques lors de l'accouchement. En effet, l'ASD n'est pas évoquée dans ce numéro des *Cahiers Laennec*.

⁷⁷⁰ P. E. Tesson, "Analgésiques et perfection chrétienne", *Cahiers Laennec*, n° 4, décembre 1952, p. 65-66.

d'inconvénient à l'anesthésie de la parturiente à condition que l'enfant « n'en pâtisse pas ». Il met en valeur la position plus souple de l'Église catholique, la comparant avec celle des Églises protestantes. Pour cet homme d'Église, « la parole de Dieu, dans la Genèse, constitue la déclaration d'un état de fait beaucoup plus qu'un ordre ou qu'une malédiction », même si « la grossesse impose à la femme des sacrifices et des peines de toute espèce » lors de « l'enfantement dans son ensemble »⁷⁷¹.

Les médecins catholiques peuvent donc sans scrupules religieux tenter de soulager les femmes qui accouchent par les moyens de la médecine. Les femmes catholiques peuvent s'autoriser à accepter l'anesthésie. En décembre 1954, dans une émission régulière de Radio Luxembourg, le Révérend Père Roguet répond aux auditeurs qui s'étonnent que l'Église ne condamne pas l'ASD au nom de la malédiction de la Genèse (« Tu accoucheras dans la douleur »), en citant le texte biblique et en remarquant qu'il s'agit là d'une « constatation et non d'une obligation ». Il ajoute : « l'auteur de ce texte, en regardant autour de lui, a énuméré quelques unes des misères dont l'homme souffrait à son époque et les a données comme châtement du péché originel, sans prétendre que ces misères soient inéluctables et que l'homme n'ait pas le pouvoir, sinon le devoir, de s'en affranchir »⁷⁷². Cette mise en perspective de la malédiction biblique permet aux catholiques de bénéficier des progrès de l'ASD sans obstacle doctrinal. Le RP Roguet s'adresse au grand public, popularisant l'accouchement sans douleur plus efficacement que les réflexions philosophiques d'un théologien dans une revue confidentielle, bien avant la prise de position favorable du pape en 1956.

Pie XII se révèle en effet partisan de l'ASD dans une allocution à Rome le 8 janvier 1956 sur « L'aspect moral et religieux de la nouvelle méthode : l'accouchement naturel sans douleur »⁷⁷³. En cette même année 1956, le pape reçoit le D^r Read, créateur d'une méthode d'accouchement sans douleur concurrente de l'ASD, bien que celui-ci soit membre d'une secte dissidente protestante, non conformiste⁷⁷⁴. Deux autres interventions du pape ont précédé cette déclaration : l'une, le 29 septembre 1949 devant le quatrième Congrès International des Médecins Catholiques, l'autre le 29 octobre 1951 devant le Congrès de l'Association Italienne des Sages-femmes Catholiques. Le discours papal de 1956 reste cependant la référence fondamentale évoquée systématiquement pour défendre l'accouchement sans douleur, par les auteurs catholiques et les autres. Ainsi ce texte est-il reproduit *in extenso* dans l'ouvrage de Pierre et Aline Vellay, cette même année 1956, à l'intention de leurs

⁷⁷¹ P. E. Tesson, "Analgésiques et perfection chrétienne", *Cahiers Laënnec*, n° 4, décembre 1952, p. 66.

⁷⁷² RP Roguet, "La porte ouverte", émission de Radio Luxembourg, retranscrite dans la revue *Familial Digest. Panorama chrétien*, décembre 1954, p. 75-76.

⁷⁷³ Le discours du pape est reproduit dans Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956.

⁷⁷⁴ D'après Marie-France Morel, dans son intervention au colloque de Châteauroux sur l'ASD en septembre 2002.

lectrices catholiques, eux-mêmes étant plutôt proches du PCF ⁷⁷⁵. Le pape commence par l'ancienne malédiction biblique : « Aux paroles de l'Écriture, il ne faut pas chercher d'échappatoire : elles restent vraies dans le sens entendu et exprimé par le Créateur : la maternité donnera beaucoup à supporter à la mère. De quelle manière précise Dieu a-t-il conçu ce châtement et comment l'exécutera-t-il? L'Écriture ne le dit pas. Certains prétendent que l'enfantement fut, aux origines, entièrement indolore et ne devint douloureux que plus tard [...] et à cause des comportements fautifs des parturientes » ⁷⁷⁶. Après ce rappel de la l'interprétation traditionnelle de la douleur de l'accouchement, il déclare ensuite que « la science et la technique peuvent donc utiliser les conclusions de la psychologie expérimentale, de la physiologie et de la gynécologie, afin [...] de rendre la parturition aussi indolore que possible : l'Écriture ne le défend pas » ⁷⁷⁷. « La nouvelle méthode (l'ASD) est d'autant plus intéressante qu'elle n'entend utiliser que des moyens naturels pour soulager et empêcher la douleur » ⁷⁷⁸. Ainsi le pape indique clairement sa préférence pour l'analgésie psychoprophylactique par rapport à l'analgésie médicamenteuse. Il le fait au nom de la « Nature » car l'ASD permet l'expression « de l'ascèse naturelle qui garde la mère de la superficialité et de la légèreté, et lui permet de faire la preuve de la fermeté et de la solidité de son caractère » ⁷⁷⁹. L'idée de la nécessité d'employer des moyens « naturels » et non médicamenteux pour l'accouchement est une idée-force et un argument récurrent du Vatican : pour l'accouchement ici comme en 1968 dans l'encyclique *Humanae vitae* contre la contraception hormonale. La méthode Lamaze, malgré son origine soviétique, peut donc être appliquée dans les maternités catholiques sans contradiction avec les Écritures ni conflit avec la hiérarchie.

Les Églises protestantes se déclarent, elles aussi, favorables à l'ASD, puisque cette méthode « ne fait courir aucun risque ni à la mère, ni à l'enfant, la femme toujours, et cela est un point essentiel, restant consciente de l'acte qu'elle vit » ⁷⁸⁰.

Certaines maternités catholiques ont d'ailleurs anticipé l'autorisation du pape en pratiquant l'ASD avant 1956. Deux d'entre elles semblent pionnières dans ce domaine : celle de Jallieu dans l'Isère et celle de Cambrai dans le

⁷⁷⁵ Pierre et Aline Vellay, *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, Paris, Le Seuil, 1956.

⁷⁷⁶ "Discours du Pape du 8 janvier 1956", cité dans D^r Pierre Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 372.

⁷⁷⁷ "Discours du Pape du 8 janvier 1956", cité dans D^r Pierre Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 372.

⁷⁷⁸ Discours de Pie XII le 29 octobre 1951, retranscrit dans l'ouvrage du docteur J.A. Trégastel (pseudonyme de Jacques Courtois) *L'accouchement naturel*, Paris, Edition du Levain, 1957, p. 10.

⁷⁷⁹ J.L. Donnet, "Le mythe de l'ASD", *Perspectives Psychiatriques*, 1963, p. 48.

⁷⁸⁰ Fernand Lamaze, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 102.

Nord⁷⁸¹. Ces maternités dynamiques diffuseront plus tard, dans une perspective militante, les méthodes contraceptives naturelles dans les années 70-80, en accord avec les décisions de Rome.

Des couples catholiques fréquentent la Maternité des Bluets, sans ignorer les caractéristiques politiques de la clinique ni l'origine soviétique de l'ASD. Madame Le Flem, catholique, accouche de son deuxième enfant aux Bluets en 1954. Elle fait part de ses scrupules : « Car la terrible parole : « tu enfanteras dans la douleur » ne marquait-elle pas une obligation? N'allais-je pas trahir ma foi? ». Prenant conseil auprès de son confesseur, celui-ci « fut catégorique » : « Soyez sans crainte, vous allez accoucher sans douleur, c'est-à-dire naturellement [...] Avec cette méthode, vous aurez votre enfant dans la joie et toute Joie véritable ramène à Dieu, et sert à Le glorifier »⁷⁸². Madame Truchet, accouchant de son troisième enfant aux Bluets en 1955, écrit : « Nous savons très bien que la méthode de l'accouchement sans douleur n'a pas été inventée dans un esprit chrétien » mais, « pour des parents chrétiens, la possibilité de mettre au monde un enfant consciemment, sous le contrôle de la volonté, est une découverte extraordinaire qui accroît la participation de la personne humaine au pouvoir créateur de la divinité ». Elle ajoute : « nous pensons, comme le Docteur que l'honneur de l'homme est de dominer la bête qui est en lui »⁷⁸³.

Cette convergence entre les partisans de l'ASD en France, en général proches du PCF, et la hiérarchie catholique permet la diffusion massive de l'accouchement sans douleur. Les positions officielles d'une Église, représentée jusque là comme une institution réactionnaire par ses adversaires, restent cependant suspectes chez quelques sceptiques. Ils ne se privent pas de remarquer : « Cela (la pratique de l'ASD en Chine et en URSS) ne tendrait-il pas à détruire la calomnie, tant de fois ressassée – et bien souvent par l'Église elle-même – selon laquelle le socialisme et le matérialisme athée broient et détruisent l'individu »⁷⁸⁴. Rares sont les partisans de l'ASD se permettant ainsi d'ironiser sur les contradictions d'une Église dont ils ont le soutien.

II Douleur(s) de l'accouchement

Le principal moment douloureux auquel sont confrontées la plupart des parturientes est bien évidemment l'accouchement lui-même, ce qui donne lieu à un débat passionné autour de l'ASD introduit en France par Fernand Lamaze en 1952. Je parlerai de cette douleur tantôt au singulier tantôt au pluriel suivant le point de vue des médecins cités.

⁷⁸¹ Citées par Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 140.

⁷⁸² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 195.

⁷⁸³ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 301-302.

⁷⁸⁴ Henri Vermorel, « Le pape et l'accouchement sans douleur », *La Raison*, n° 13, 1955, p. 97.

Toutes les femmes, ou presque, expérimentent cette douleur : « la douleur mais pas n'importe laquelle : la douleur spécifique des femmes ; celle qui renvoie au fait d'être née sexuée fille, qui est liée à l'anatomie et à la physiologie féminines, qui fait partie de la « féminité », de « l'essence féminine », qui exprime la condition de la femme – tout ce qui fait à la fois son poids et son prix »⁷⁸⁵. Les textes remarquent tous que « la notion d'accouchement et celle de douleur sont si intimement liées que les deux mots sont confondus et que celui de la douleur en arrive à désigner la contraction utérine. Dans bien des maternités, la salle de travail s'appelle « salle des douleurs »⁷⁸⁶ et « être en douleur est synonyme d'être en train d'accoucher »⁷⁸⁷.

A Une douleur insaisissable mais réelle

« Il cherchait à faire concevoir à son maître que le mot douleur était sans idée, et qu'il ne commençait à signifier quelque chose qu'au moment où il rappelait à notre mémoire une sensation que nous avions éprouvée. Son maître lui demanda s'il avait déjà accouché. » (Denis Diderot, *Jacques le fataliste*⁷⁸⁸).

En 1957, pour les D^r Mayer et Moralli-Daninos : « les physiologistes eux-mêmes ne sont pas d'accord sur le mécanisme et les fonctions de la douleur de l'accouchement » ; il n'existe donc pas de « dogme théorique absolu » sur lequel fonder une doctrine censée la combattre⁷⁸⁹.

Bref, la douleur, comme la montagne, est une évidence et une expérience qu'il est impossible de définir avec précision.

Le premier problème consiste à mesurer la douleur de l'accouchement. Il est en effet nécessaire de quantifier la douleur ressentie par les femmes pour pouvoir estimer objectivement, scientifiquement, leur accouchement et progresser. Or les conclusions manquent désespérément de « valeur objective »⁷⁹⁰ surtout pour les partisans de l'ASD qui ont l'ambition de fonder une méthode non empiriste, susceptible de forcer la conviction de leurs confrères.

Ils vont donc s'astreindre à mesurer cette douleur en utilisant deux critères : le comportement général de la femme, du point de vue de la sage-femme et du médecin, et son témoignage, écrit après l'accouchement. Du point de vue du comportement, le D^r Angelergues, neuropsychiatre aux Bluets de 1953 à 1957 aux côtés de Fernand Lamaze, écrit : « Lorsque l'accouchée souffre, elle présente en effet un comportement variable dans une certaine

⁷⁸⁵ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 15.

⁷⁸⁶ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 149, 150.

⁷⁸⁷ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 7.

⁷⁸⁸ Cité par Philippe Brenot, *op. cité*, 1992, p. 49.

⁷⁸⁹ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de Maurice Mayer et Morali-Daninos, p. 53.

⁷⁹⁰ Noël Loubier, *Contribution à l'étude de la douleur obstétricale*, Thèse, Lyon, 1956, n° 126, f. 37.

mesure d'une femme à l'autre mais présentant quelques caractères constants : excitation motrice et psychique, instabilité, augmentation diffuse et paroxystique du tonus musculaire au moment de la contraction [...] avec tendance à la somnolence entre les contractions, gémissements, cris ou plaintes, [...] grande difficulté à la concentration de l'attention [...] troubles végétatifs (accélération du pouls, sueurs, ...) [...] Le deuxième élément d'appréciation est le témoignage de la femme qui indique elle-même la nature des sensations qu'elle a perçues [...] lorsque nous lui demandons de rédiger par écrit toutes les sensations qu'elle a éprouvées »⁷⁹¹. Ne pouvant se fonder entièrement sur les paroles des femmes, d'autres observateurs prennent en compte les critères suivants : « Agitation ou calme, crispation ou décontraction, respect des consignes ou indiscipline, plaintes et cris ou silence et bavardage enjoué »⁷⁹². Ils élaborent des grilles avec ces références, pensant ainsi respecter les femmes car il ne s'agit pas « de nous substituer à elle pour apprécier ses sensations, ses impressions »⁷⁹³.

Certains repèrent trois degrés dans l'intensité de la douleur : il y aurait un niveau de douleurs fortes caractérisé par des cris, une agitation motrice, des grincements de dents et des larmes, un niveau de douleurs moyennes avec des gémissements, des cris faibles et espacés, un air souffrant, et un niveau de douleurs faibles avec simplement des gémissements rares et légers⁷⁹⁴. Ces manifestations de douleur sont liées à des symptômes caractéristiques : « dilatation pupillaire pendant la contraction ; accélération du pouls et de la respiration ; oligoanurie, hyperémie (congestion) de la peau de l'abdomen ; augmentation de la tension artérielle »⁷⁹⁵.

En 1950 des chercheurs tentent de produire une mesure scientifique de la douleur avec l'utilisation d'une machine⁷⁹⁶, l'utéro-tensiomètre, placé un peu en dessous de l'ombilic de la femme, qui enregistre les contractions utérines sous forme de courbes⁷⁹⁷. Cet appareil mesure en réalité les contractions mais pas la douleur. Même l'utilisation de l'électro-encéphalogramme, dans les années soixante, pour enregistrer les réactions des femmes pendant leur accouchement n'apporte aucun élément exploitable scientifiquement⁷⁹⁸.

Les témoignages des femmes forment donc le critère essentiel pour estimer la douleur ressentie. Or les médecins abstentionnistes se plaisent à souligner le

⁷⁹¹ René Angelergues, *article cité*, mai 1954, p. 24-25.

⁷⁹² Jack Coenca, *thèse citée*, 1954, f. 61.

⁷⁹³ Jack Coenca, *thèse citée*, 1954, f. 60.

⁷⁹⁴ Léon Chertok, *op. cité*, 1966, p. 53.

⁷⁹⁵ Léon Chertok, *op. cité*, 1966, p. 53.

⁷⁹⁶ Par exemple par le Dr Pigeaud qui veut ainsi contrôler les conséquences de son anesthésie sur les contractions, "Cent cinquante infiltrations du sympathique lombaire au cours de l'accouchement", *Gynécologie et Obstétrique*, tome 44, n° 1-2-3, 1944, p. 2.

⁷⁹⁷ Jacques Bonhomme, *thèse citée*, 1950, f. 51-52.

⁷⁹⁸ Bruno Michelon, *op. cité*, 1966, chapitre 1.

manque de fiabilité des femmes. Le D^r Baux, à Toulouse, en 1954, parle de « 9 (accouchées) sur 10 enthousiastes » après un ASD, certaines « d'ailleurs étant en en opposition avec notre impression personnelle (nous avons classé dans les échecs complets deux femmes qui se déclaraient parfaitement satisfaites de la méthode) »⁷⁹⁹. Car « le rapport n'est pas constant entre la sensation (de douleur) et son expression.[...] Tous les accoucheurs savent les écarts profonds qui peuvent exister entre les souffrances des accouchées et le souvenir qu'elles en gardent. Sans parler de celles qui, par discipline ou par suggestion, affirment avoir accouché sans douleur, certaines femmes, qui ont marqué tous les signes extérieurs de la souffrance, racontent plus tard, avec la plus entière sincérité qu'elles n'ont rien ressenti ou réciproquement »⁸⁰⁰. Le D^r Mourgues, en 1958, rapporte le cas d'« une italienne, primipare (qui pousse) de véritables hurlements (en sorte que) nous eûmes de la peine à nous entendre la sage-femme et moi ». Le médecin finit par calmer cette femme avec une injection médicamenteuse et l'accouchement peut se poursuivre. Le lendemain, « l'accouchée ne se souvenait de rien et déclarait n'avoir pas souffert »⁸⁰¹. Le P^r Lepage, qui applique la méthode de Read, note lui aussi qu'il « est impossible de se baser uniquement sur les dires de la femme : certaines femmes qui ont eu des accouchements pénibles diront que tout s'est bien passé et inversement »⁸⁰². Claude Revault d'Allonnes et le D^r Yvonne Vittoz font le même constat. Elles décrivent, lors du congrès de la Société Française de PPO, en 1971, les cas de ces femmes « pour lesquelles il a été relevé « bon comportement, pas de douleur » et qui reviennent déçues et décevantes, dire qu'elles ont bien souffert, et que la naissance a été pour elles empoisonnée. Pensons aussi à ces moments de sidération, parfois très longs, où la mère ne reconnaît pas immédiatement son enfant, malgré un comportement parfaitement adapté et non douloureux »⁸⁰³.

Ces « problèmes de décalage entre le comportement et le vécu »⁸⁰⁴ perturbent le jugement sur la réussite d'un ASD. Si l'accusation systématique de versatilité féminine est un lieu commun dans l'histoire du genre, les paroles des femmes, après leur accouchement, semblent soumises à des contraintes complexes et multiples, facteurs de ce décalage. Des médecins évoquent « la surcharge émotive (désir de sacrifice, appel à l'admiration, négation suggérée ou affirmation agressive, etc.) » liée à l'accouchement et remarquent un « curieux fait psychologique » maintes fois observé, à savoir « l'amnésie qui suit

⁷⁹⁹R. Baux, "100 premiers cas d'analgésie obstétricale par la méthode psychoprophylactique", *BFSGO*, 1954, t.6, n° 3, p. 334.

⁸⁰⁰ Pierre Lantuéjoul et Robert Merger, *article cité*, 1954, p. 2201.

⁸⁰¹ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 88-89.

⁸⁰² Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r Lepage et Langevin-Droguet, p. 50.

⁸⁰³ Claude Revault d'Allonnes et Yvonne Vittoz, *article cité*, 1^{er} trimestre 1971, p. 92.

⁸⁰⁴ Claude Revault d'Allonnes, "Articulations entre la progression et la régression", *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1971, p. 27.

l'accouchement » qui rend vain tout compte rendu a posteriori, d'autant qu'il s'accompagne souvent d'affabulation ⁸⁰⁵.

Enfin, les témoignages des femmes peuvent être influencés par « l'air du temps » : « Il fut un temps encore récent où l'accouchement le plus normal, avec ou sans anesthésie, ne pouvait être raconté sans évoquer des douleurs dont l'intensité variait selon l'entourage ou les besoins de la cause. Il semblait que l'enfant n'en avait même que plus de valeur. Maintenant, c'est l'inverse qui se produit. La jeune mère est d'autant plus fière qu'elle a mieux supporté le travail, quitte à minimiser ce qu'elle a douloureusement ressenti. Aussi nous n'accorderons qu'une créance relative aux confessions maternelles »⁸⁰⁶.

Tous cependant finissent par reconnaître qu'il est impossible d'estimer objectivement la douleur⁸⁰⁷, trop de variables sont en jeu : le témoignage et les manifestations de la douleur ne sont pas fiables et il est difficile de prendre en compte « la diversité psychologique de ceux qui sont chargés d'appliquer la méthode : médecins, psychiatres, sages-femmes »⁸⁰⁸. Le P^r Leriche, lui-même, finit par renoncer : « Pendant longtemps j'ai cherché à définir une anatomie pathologique de la douleur. C'était une chimère à laquelle j'ai dû renoncer : il n'y a pas une condition anatomique précise de la douleur »⁸⁰⁹. La sensation douloureuse reste ainsi « une expérience purement individuelle parfaitement incommunicable »⁸¹⁰.

Dans ce contexte, rares sont les médecins qui se hasardent à donner des chiffres sur les femmes souffrant lors de leur accouchement. Un seul est disponible dans les sources consultées : le D^r Goirand, à Marseille, partisan de l'ASD, constate en 1955 que 76 femmes, non préparées à l'ASD, sur 100 ont « beaucoup souffert »⁸¹¹.

Malgré toutes les difficultés à disposer de mesures scientifiques et de chiffres précis pour évaluer les douleurs de l'accouchement, celles-ci existent bel et bien. Elles donnent lieu à des témoignages de médecins et de parturientes, à lire avec toutes les réserves émises ci-dessus. Déjà en 1858, le D^r Jeaucour décrit dans sa thèse « le tableau quelque fois déchirant qu'offre aux yeux de l'accoucheur l'acte de l'accouchement. Chacun de nous en a été le témoin et, bien que notre sensibilité soit émoussée par l'habitude, plus d'une fois nous

⁸⁰⁵ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *L'accouchement sans douleur*, Paris, PUF, Que Sais-Je ?, 1964, p. 110

⁸⁰⁶ Maurice Lecomte, *article cité*, 1955, p. 2166.

⁸⁰⁷ Léon Chertok, *article cité*, 1956, p. 2619. On retrouve la même affirmation, "Il n'existe pas de moyens de mesurer objectivement la douleur", dans l'avant-propos de son ouvrage *Féminité et maternité*, Paris, Desclée de Brouwer, 1966.

⁸⁰⁸ Robert Merger et P.-A. Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 5.

⁸⁰⁹ Armand Notter qui cite son confrère dans *L'accouchement sans douleur*, Lyon, Simep éditions, 1968, p. 24.

⁸¹⁰ Bruno Michelon, *op. cité*, 1966, chapitre 1.

⁸¹¹ Travaux cités par le D^r Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 174.

avons gémi au triste sort dévolu à l'espèce humaine »⁸¹². En 1914, le D^r Lafay, partisan lui aussi de l'anesthésie médicamenteuse, rapporte le cas de quinze femmes, toutes décrites hurlant de douleur, perturbant les autres malades de l'hôpital de Tours, menaçant de se jeter par la fenêtre, sans compter celle qui « n'a même pas la force de crier »⁸¹³. Les textes médicaux citent souvent ce « vieux proverbe de l'Obstétrique française de 1800 que l'on peut énoncer ainsi : « Les muettes sont trop rares ; les plaintives rares ; les criardes nombreuses ; les hurleuses trop nombreuses »⁸¹⁴.

Le D^r Grantly D. Read, dans la préface de son ouvrage pionnier sur *L'accouchement sans douleur*, se donne un objectif : « Maintenant que la plupart des dangers ont été éliminés, nous pouvons aller de l'avant, non seulement pour sauver beaucoup plus de vies, mais aussi pour substituer le bonheur à l'épouvante »⁸¹⁵. Tout en tenant compte du lyrisme propre à Read et de sa position militante en faveur de l'accouchement sans douleur, l'expression est révélatrice. Plus loin, il décrit « la terreur et l'agonie de l'accouchement » et les « femmes qui paraissaient souffrir le martyre »⁸¹⁶.

Les D^r Lamaze et Vellay, au lieu de décrire leurs observations personnelles, font témoigner 17 femmes sur 500 ayant accouché aux Bluets entre février et décembre 1952, dans la *Gazette médicale de France*. C'est une première dans une revue médicale. Ces femmes sont des « multipares », ayant donc déjà accouché au moins une fois sans ASD, dans la douleur. Certaines l'ont fait à domicile, comme M^{me} P., 26 ans : « En avril 1950, j'avais accouché chez moi, également d'une petite fille, j'avais souffert. À chaque douleur, je me tortillais dans ma cuisine, et dès le début des contractions, je m'étais affolée. Sur mon lit, je me contractais, je serrais fortement les mains de mon mari et de ma belle-mère, mais je ne trouvais pas de soulagement... »⁸¹⁷. Une autre parturiente, M^{me} R., précise dès le début de son témoignage : « Bien que préparée, j'appréhendais le jour de la délivrance, mais avec beaucoup plus de calme que lors de mon premier accouchement. [...] En effet, pour mon premier, ignorante de tout, je demeurai crispée jusqu'à la venue de l'enfant, c'est-à-dire dans de terribles souffrances. »⁸¹⁸. Enfin, M^{me} D., qui a déjà deux enfants lors de l'accouchement du troisième aux Bluets, écrit : « C'est merveilleux, comparé à mes deux précédents accouchements, surtout le second qui avait été le plus pénible. J'étais alors à me tordre et à me cramponner à la table et surtout à perdre respiration ne sachant l'adapter aux circonstances. Je

⁸¹² L. Jeacour, *Considérations sur l'accouchement naturel et sans douleur*, thèse de médecine, Paris, 1858, n° 69, f. 30.

⁸¹³ Marcel Lafay, *L'accouchement sans douleur. Contribution à l'étude de l'antalgésine*, thèse Tours, 1914, p. 25-45.

⁸¹⁴ Luis Oliva, *article cité*, 1960, p. 5.

⁸¹⁵ Grantly Dick Read, *L'accouchement sans douleur*, Paris, Ed. Colbert, 1953, p. 4.

⁸¹⁶ Grantly Dick Read, *op. cité*, 1953, p. 6.

⁸¹⁷ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1454.

⁸¹⁸ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1452.

suffoquais et l'on dut me faire une pique pour le cœur »⁸¹⁹. M^{me} Dreyfus-Gauthier écrit que « la femme qui met au monde un enfant » est généralement considérée comme « une bête de souffrance qu'on laisse en douleurs en tête à tête avec l'angoisse de ne pas très bien comprendre pourquoi un événement aussi naturel peut être un cruel supplice »⁸²⁰. Dans le même registre, M^{me} G. qualifie son premier accouchement (qui ne s'est pas déroulé aux Bluets) de « tortures qu'on a le cynisme d'appeler un heureux événement »⁸²¹. Les maris témoignent dans le même sens, ainsi M. Jouhaud qui avoue que lors du premier accouchement de sa femme (sans ASD) il s'est « littéralement enfui de la clinique au moment où elle commençait à hurler comme ne le fait pas une bête alors qu'aux Bluets, il a « été pleinement heureux, en harmonie totale avec ma femme »⁸²². Certes, ces témoignages sont à la gloire de l'ASD et évoquent donc presque rituellement les mauvais souvenirs des accouchements précédents. Le contraste entre les deux types d'accouchement constitue un excellent argument en faveur de l'expérience des Bluets. Mais les détails précis livrés par ces femmes semblent révélateurs d'une expérience vécue comme un cauchemar, avant 1952 et l'application de l'ASD.

Dans son introduction aux *Principes et pratique de l'ASD*, paru en 1954, Colette Jeanson reprend les paroles d'Isadora Duncan : « On peut dire ce qu'on veut de l'Inquisition espagnole, aucune femme qui a eu un enfant ne saurait la redouter... Sans trêve, sans arrêt, sans pitié, cet invisible et cruel génie me tenait dans ses griffes, me déchirait les os et les nerfs »⁸²³.

Dans un livre de témoignages sur l'ASD aux Bluets en 1956, Madame le docteur K., qui y accouche de son premier enfant, rappelle le « souvenir de toutes ces femmes hurlant des heures entières, se tordant de douleur, que j'aurai tellement voulu soulager et pour lesquelles je ne pouvais rien »⁸²⁴. Plus tard, en 1957, un médecin catholique, affirme, dans un ouvrage à la gloire de l'ASD, que c'en est fini de ces « femmes ayant perdu toute maîtrise, follement agitées, hurlant de douleur pendant des heures dans une demi-démence indigne de la personne humaine »⁸²⁵.

Dans un ouvrage composé en partie de témoignages⁸²⁶, une femme, ayant accouché en 1974 et 1975, écrit : « On se demande comment une chose pareille peut exister encore de nos jours. Les hommes marchent sur la lune, et on laisse les femmes souffrir comme ça. Ce n'est pas croyable. C'est une vraie torture. Je

⁸¹⁹ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1454.

⁸²⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 130.

⁸²¹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 117.

⁸²² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 200.

⁸²³ C. Jeanson, *Principes et pratique de l'ASD*, Paris : Seuil, 1954, p. 9.

⁸²⁴ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 218.

⁸²⁵ J.A. Trégastel, *L'accouchement naturel*, Paris, Edition du Levain, 1957, p. 20.

⁸²⁶ Giselle Tichané, *Accouche et tais-toi : des femmes parlent*. Paris : Edition du Centurion, 1980.

suis sûre qu'avec une torture comme ça, maintenue pendant dix heures, on ferait avouer n'importe qui ! »⁸²⁷. Dans le même recueil de témoignages, une autre femme, qui a également accouché en 1974, raconte sa surprise : « C'est l'intensité de la douleur. Je crois n'avoir jamais autant souffert de ma vie. C'est une douleur intense, atroce. Quelque chose de viscéral, affreux. »⁸²⁸. Une autre déclare : « Au moment de l'expulsion, j'ai le sentiment d'être aux dimensions du monde entier, que mon corps va exploser et c'est très effrayant. Tu sens qu'il se joue la vie et la mort et que tu es seule. »⁸²⁹. Parfois les femmes sont prêtes à tout pour échapper à cette douleur : « Je disais, faites-moi une pique ou je me jette par la fenêtre. Oh oui, j'aurais fait une bêtise ! C'était affreux, je ne pouvais plus résister ! »⁸³⁰. Une autre, enfin, dont la fille est née en 1972 : « Ce n'est pas possible d'accepter encore ça. Moi, je n'ai encore jamais rencontré de femme qui n'ai pas eu mal »⁸³¹. Or ces femmes témoignent en 1980, soit cinq ou six ans après leur accouchement. Elles restent virulentes, indignées devant la douleur subie quelles n'ont pas oubliée.

Ces descriptions apocalyptiques semblent bien correspondre à une réalité, rapportée par le discours traditionnel des mères, des grands-mères, des amies et voisines, ce discours que les partisans de l'ASD voudraient arriver à effacer dans l'esprit des futures accouchées.

Parfois, les conditions d'hospitalisation, l'atmosphère des salles de travail, et le personnel des Maternités, en particulier les sages-femmes, sont accusés d'amplifier la douleur de l'accouchement. Dans l'ouvrage de Giselle Tichané, des femmes dénoncent l'attitude inadmissible de certaines sages-femmes qui « engueulent » les femmes qui souffrent au lieu de les aider. Elles parlent de sages-femmes « brutales »⁸³², capables de pratiquer des touchers vaginaux en pleine contraction, ce qui multiplie la douleur ressentie à ce moment-là : « La sage-femme qui était là faisait un truc dégueulasse que je n'ai pas du tout apprécié [...] Au beau milieu d'une contraction elle rentrait ses doigts, c'était horrible ! J'avais envie de l'étrangler. Une vraie peau de vache. »⁸³³. Autre témoignage : « Pour les examens en cours de dilatation, tu as beau dire : « Ne me touchez pas, j'ai trop mal », elles s'en fichent. Elles rentrent, plaf, en plein milieu d'une contraction !... Elles pourraient bien attendre un peu ! »⁸³⁴.

D'autres reprochent aux sages-femmes leur indifférence, voire leur négligence. Une femme raconte : « Je suis entrée en clinique à 6 heures du matin et j'ai accouché à minuit et demi. Et j'ai eu des contractions toutes les

⁸²⁷ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 64.

⁸²⁸ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 29.

⁸²⁹ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 39.

⁸³⁰ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 67.

⁸³¹ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 46.

⁸³² Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 44.

⁸³³ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 57.

⁸³⁴ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 64.

deux minutes pendant tout ce temps-là ! À la fin, j'étais tellement épuisée que je ne pouvais plus rien faire. Personne n'est jamais venu me voir pendant toute cette préparation [...] Je suis restée dix-sept heures dans cette pièce sans voir personne. Des femmes sont entrées mais personne ne m'a parlé. J'ai vu trois ou quatre personnes différentes. Elles sont rentrées, hop, toucher vaginal pour voir où en était le col et elles ressortaient sans me dire un seul mot. J'étais terrorisée. [...] De 6 heures du matin à 10 heures du soir je suis restée là sans boire ni manger »⁸³⁵. Certaines trouvent des excuses à un tel comportement : « Je ne voyais jamais la sage-femme, elle était crevée, elle dormait »⁸³⁶.

Quand la sage-femme intervient, elle le fait parfois de façon inattendue et douloureuse pour la parturiente : « L'expulsion a été très longue. Je n'arrivais pas à pousser. La sage-femme que je n'avais jamais vue est montée sur mon ventre et a poussé avec ses genoux. Je me suis fait engueuler. »⁸³⁷.

Certaines sages-femmes sont accusées d'infantiliser les accouchées⁸³⁸. L'une d'elle répond à une femme dont les contractions sont si fortes qu'elle avait l'impression qu'elle « allait mourir » : « Bon, j'ai compris, vous avez besoin de la présence d'un homme », sous-entendu le médecin⁸³⁹. L'infantilisation peut aller jusqu'à la gifle : « À un moment, comme je me paniquais, la sage-femme m'a envoyé une paire de gifles. J'ai eu l'impression que je le faisais exprès, que je faisais du cinéma. Elle me disait que je n'étais pas une grande fille, que je me conduisais comme un bébé ! Sur le moment, je n'ai pas trop réalisé, mais après j'ai trouvé qu'elle avait exagéré ! »⁸⁴⁰. Une autre rapporte les paroles d'un assistant, censé l'aider à respirer efficacement : « il « m'a dit : Faites le chienchien ! »⁸⁴¹. Cette façon d'infantiliser les femmes, de les traiter comme des gamines, les humilie. C'est le constat principal des femmes interrogées par Giselle Tichané⁸⁴². Elles se sentent ravalées au rang des femelles animales : « Tu es traitée comme une pondeuse ; aucun respect », « Pendant l'accouchement, tu n'es rien, rien... Tu pongs vite, vite, et il faut

⁸³⁵ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 65.

⁸³⁶ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 97.

⁸³⁷ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 65.

⁸³⁸ Ce n'est, semble-t-il pas, un phénomène lié aux seules années soixante-dix puisqu'en 1962 un manuel de conseil à l'usage des monitrices d'ASD remarque : « Ce sentiment de sécurité (pour la femme), c'est l'énergie autant que la douceur qui le crée, et la femme voit la monitrice comme l'enfant sa mère, capable de distribuer avec la même sérénité gentillesse et gronderie, et elle est prête à accepter de la monitrice, comme l'enfant de sa mère, ce que probablement elle n'accepterait de personne d'autre. Non seulement elle accepte les remarques sévères mais encore elle les appelle », in Zelda Rennert, Blanche Cohen et Christiane Goirand, *op. cité*, 1962, p. 144.

⁸³⁹ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 67.

⁸⁴⁰ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 19.

⁸⁴¹ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 96.

⁸⁴² Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 120.

faire la place à la suivante, et puis c'est tout »⁸⁴³. Une autre femme, qui doit subir une révision utérine après son accouchement, déclare : « Ca m'a beaucoup choqué. Je n'étais pas au courant que cela puisse se produire et je ne comprenais pas. On aurait dû nous le dire à la préparation. C'est très traumatisant et humiliant. J'ai eu l'impression d'être une vache »⁸⁴⁴.

Ces témoignages sont dérangeants. Les femmes interrogées ont accouché entre 1965 et 1975. Il s'agit de l'unique source décrivant des sages-femmes qui aggravent la douleur des parturientes. Deux interprétations sont possibles : ces déclarations peuvent être considérées comme des exceptions rassemblées dans un ouvrage iconoclaste, elles peuvent aussi être révélatrices d'une réalité toujours celée.

B Facteurs de la douleur de l'accouchement

Les médecins vont chercher à expliquer la douleur de l'accouchement en faisant appel essentiellement à des facteurs physiologiques et psychologiques. Les partisans de l'ASD élargissent la recherche aux facteurs économiques, sociaux et politiques.

Accoucher est un acte physiologique naturel, une fonction normale. Les douleurs de l'accouchement semblent « d'autant plus absurdes, que la nature, en général, a assuré une insensibilité complète à tout organe viscéral au cours et dans les limites normales de ses fonctions »⁸⁴⁵. La douleur n'apparaît pas quand le corps et les organes fonctionnent normalement, sans contrainte, sans pathologie, « sans l'action offensante d'un stimulus trop vif et trop prolongé »⁸⁴⁶. L'accouchement est donc le seul phénomène physiologique qui soit douloureux, comment l'expliquer ?

Le P^r Leriche « s'est élevé contre la conception classique qui proclamait l'insensibilité des viscères »⁸⁴⁷ : « l'activité normale de l'intestin est indolore, mais les contractions intenses qui résultent d'une stimulation exagérée ou d'une sub-occlusion provoquent des coliques violentes. Il en est de même pour le travail utérin »⁸⁴⁸. Si la douleur de la parturition est essentiellement physiologique (elle ne sert pas d'alarme, n'avertit pas d'une lésion), et si, « l'utérus est le seul organe dont les contractions liées à un fonctionnement normal sont douloureuses »⁸⁴⁹, il est sollicité avec beaucoup de force lors de l'accouchement⁸⁵⁰.

⁸⁴³ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 120.

⁸⁴⁴ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 65.

⁸⁴⁵ J. Kreis, *op. cité*, 1938, p. 146.

⁸⁴⁶ Henri Vignes, *Les douleurs de l'accouchement*, Paris, Masson, 1951, p. 7 et 8.

⁸⁴⁷ Luis Oliva, *article cité*, 1960, p. 13.

⁸⁴⁸ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, p. X.

⁸⁴⁹ Jacques Bonhomme, *Le seuil de la douleur et ses variations au cours de l'accouchement*, thèse de médecine, Paris, 1950, n° 334, f. 18. Ce constat est régulièrement affirmé dans les

Accoucher n'est cependant pas un acte anodin comme respirer ou digérer. D'abord, il est réservé aux mammifères, ensuite, c'est un acte « physiologique compliqué et la complication atteint son maximum dans l'espèce humaine où le fœtus, avec sa tête dont le volume est grand relativement aux autres parties du corps, doit subir les aléas d'un mécanisme sans simplicité pour sortir des voies génitales »⁸⁵¹. Il n'est pas non plus exempt de dangers même si les progrès scientifiques les ont considérablement réduits. Pour le P^r Hanon, en 1958 : « la gestation et l'accouchement ne sont pas « des fonctions comme les autres ». [...] Anatomiquement : l'utérus gestant est un organe nouveau, en devenir constant, et qui disparaît après la grossesse. Si les voies génitales basses, vulve et vagin, s'adaptent excellemment (pas toujours et pas toujours sans séquelles) à l'accouchement, leur fonction physiologique permanente n'est pas celle-là qui est exceptionnelle. Hormonalement : la gestation est la seule fonction physiologique dont l'apparition détermine des modifications considérables du système endocrinien de la mère, et qui n'existent à aucun autre moment de la vie de la femme. [...] Biologiquement : toutes les autres fonctions concourent à la conservation de l'individu, alors que la reproduction assure la pérennité de l'espèce, parfois au mépris de l'individu. [...] Alors que les autres fonctions sont normalement sans danger, l'accouchement spontané peut être souvent dangereux (il l'était plus encore) pour la mère et pour l'enfant. [...] La grossesse et l'accouchement ne sont à la charge que de la moitié féminine de l'humanité ; ces fonctions n'existent que pendant une partie de son existence ; elles sont exceptionnelles, occasionnelles, intermittentes, et peuvent être absentes pendant toute l'existence sans danger majeur pour la vie. Le D^r Gaillard constate que, dans l'accouchement normal, « eutocique », « la douleur est une des complications » car « l'organisme (est) fragilisé par la grossesse »⁸⁵². Marie-José Jaubert⁸⁵³ a remarqué, elle aussi, dans son ouvrage très critique à propos de l'ASD, que l'accouchement n'est pas un acte physiologique comme les autres de par sa rareté. Elle souligne que l'utérus n'est sollicité, en tant qu'organe, de façon exceptionnelle, que deux à trois ou quatre fois dans la vie de la plupart des femmes.

Enfin, historiquement et socialement, cette fonction, la plus intime de toutes, a toujours été soumise au contrôle de la société, quelle que soit sa forme »⁸⁵⁴.

publications médicales, ainsi par le D^r Fernande Harlin dans son ouvrage *Douleur et enfantement*, Paris, Denoel, 1958, p. 157.

⁸⁵⁰ Le D^r Bruno Michelon remarque, en 1966, que les contractions existent dès le début de la grossesse et que « dans les dernières semaines, ces contractions sont aussi intenses que celles de l'accouchement, mais elles restent néanmoins parfaitement indolores, et parfois ne sont même pas ressenties par la femme », in *op. cité*, 1966, chapitre 1

⁸⁵¹ Robert Merger et P.-A. Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 53-54.

⁸⁵² Jacques-Louis Gaillard, *op. cité*, 1975, p. 15.

⁸⁵³ Marie-José Jaubert, *Les bateleurs du mal-joli*, Paris, Balland, 1979, p. 127.

⁸⁵⁴ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 14.

L'argument le plus employé pour justifier la douleur de l'accouchement réside dans les effets des contractions utérines, différentes des banales contractions musculaires. En 1954, le D^r Geneviève Langevin-Droguet affirme sans détours : « La douleur est une des caractéristiques principale de la contraction utérine du travail. Elle est physiologique et nulle théorie n'y changera rien. Vouloir la supprimer [...] est une utopie, mais on peut chercher à l'atténuer, surtout à la rendre plus supportable »⁸⁵⁵. En 1961, pour le P^r Mahon : « Nous voudrions marquer ici fortement notre conviction que la contraction utérine de l'accouchement normal n'est pas généralement indolore. [...] La contraction utérine est indolore pendant la grossesse, peu douloureuse au début du travail, douloureuse (ensuite). [...] Qui a dit que la contraction utérine du travail était normalement indolore ? Des psychiatres russes, des néo pavloviens français, guère d'accoucheurs russes, pas Nicolaïev en tout cas, qui, en dehors des 7 à 14 % de cas de femmes très favorisées, reconnaît à la contraction du travail un caractère douloureux modéré mais certain. ». Même les « Russes » ne nient plus cette douleur à cette date. Il est donc possible de critiquer « le postulat que la contraction utérine n'est pas douloureuse parce qu'elle ne doit pas être douloureuse »⁸⁵⁶. Car, à la différence des autres muscles, l'utérus assure une fonction à part, la fonction maternelle, or « la fonction maternelle n'est pas une fonction comme les autres, elle n'est pas permanente, mais exceptionnelle ». De plus « toutes les autres fonctions concourent à la conservation de l'individu, alors que la reproduction assure la pérennité de l'espèce, parfois au mépris de l'individu. »⁸⁵⁷.

Pour aggraver la situation, l'espèce humaine se tient debout et cette station verticale détermine, chez la femme, un axe général vers le bas, l'utérus entraînant ainsi un mécanisme de fermeture de la cavité utérine « à la fois plus précis et plus puissant » que chez les mammifères. Lors de l'accouchement, l'effacement du col de l'utérus est donc rendu « plus pénible et plus lent » et donc plus douloureux⁸⁵⁸. Le col de l'utérus constitue une « barrière solide, destinée à isoler l'œuf du milieu extérieur et à s'opposer à l'expulsion prématurée. L'importance de cet obstacle est d'autant plus grande qu'il s'agit de bipèdes »⁸⁵⁹. Le col de l'utérus joue d'abord son rôle de barrière puis devient un obstacle difficile à franchir lors de l'accouchement. La douleur ressentie par les femmes serait donc liée en partie à cette disposition anatomique spécifique de l'espèce humaine⁸⁶⁰.

⁸⁵⁵ G. Langevin-Droguet, « Préparation physique et psychologique à l'accouchement », *Maternité*, n° 3, mars 1954, p. 122-123.

⁸⁵⁶ Il fait référence ici aux publications de Fernand Lamaze et de ses collaborateurs au début de l'expérimentation de l'ASD en France.

⁸⁵⁷ R. Mahon, *article cité*, 1961, p. 214-215.

⁸⁵⁸ J. Snoeck et M. Rocmans, "L'analgésie obstétricale", *Gynécologie et Obstétrique*, tome 45, n° 4, 1946, p. 258-259.

⁸⁵⁹ Bernard Jamain et R. Giraud, *L'analgésie obstétricale*, Paris, Masson, 1954, p. 2.

⁸⁶⁰ Armand Notter et M. Bertrand, 1960, *op. cité*, p. 345-346.

Une autre explication fait référence au « développement remarquable du système nerveux propre à l'espèce humaine [...] qui semble avoir comme corollaire obligatoire » une perception particulièrement vive de la douleur ⁸⁶¹. La femme est donc un « mammifère » plus complexe que les autres car la conclusion est sans appel : « l'accouchement animal apparaît généralement plus rapide et moins douloureux que l'accouchement humain » car « l'appréhension conditionnée par les rapports sociaux et la longue présience de l'épreuve finale semble l'apanage de la femme »⁸⁶². Un espoir est cependant permis aux femmes si elles imitent l'ourse, mammifère sauvage en liberté, loin de toute influence humaine : celle-ci « ébauche une préparation diététique et physique de relaxation complète (diète hydrique dans les six semaines précédant l'accouchement). Après quoi, l'accouchement de deux ou trois oursons se ferait avec facilité »⁸⁶³.

Pour le D^r Hersilie, partisan de l'ASD, les facteurs physiques et physiologiques sont impuissants à expliquer, seuls, la douleur de l'accouchement. Celui-ci est un acte social qu'on ne peut comparer aux autres activités physiologiques : « la respiration etc. ne sont pas des activités à composantes sociales », or « ce sont ces composantes là qui nous paraissent prégnantes » dans la douleur ressentie lors d'un accouchement⁸⁶⁴.

Quelques médecins relient cette sensation de douleur au lointain passé de l'humanité. Ils n'hésitent pas, par exemple, à rappeler les conditions de vie à l'époque préhistorique pour expliquer cette prégnance de la crainte de la douleur chez les femmes du XXe siècle. « Si les idées d'accouchement et de douleur ont été si intimement associées pendant des siècles, ce ne peut être le fruit du hasard, ni d'une imagination fortuite de l'esprit humain [...] Il paraît établi que, dans les premiers âges des sociétés humaines, les femmes étaient enceintes beaucoup plus tôt qu'à l'époque actuelle, peu de temps après la puberté. Si, une fois la puberté acquise, la fécondation de la femme est possible, ses organes génitaux, et plus généralement son organisme, n'ont pas encore acquis la maturité nécessaire pour une grossesse et un accouchement dans les meilleures conditions.[...] Il semble exister un décalage entre les possibilités de fécondation et les conditions optima de procréation. De ce fait, l'accouchement dans les premiers âges aurait pu ne pas être absolument normal et être ainsi légitimement accompagné de sensations douloureuses »⁸⁶⁵. Cette recherche de causes aussi lointaines dans la préhistoire de l'humanité peut laisser sceptiques.

⁸⁶¹ J. Snoeck et M. Rocmans, "L'analgésie obstétricale", *Gynécologie et Obstétrique*, tome 45, n° 4, 1946, p. 258.

⁸⁶² Armand Notter et M. Bertrand, *op. cité*, 1960, p. 347.

⁸⁶³ Armand Notter et M. Bertrand, *op. cité*, 1960, p. 348. Notter reprend cette description en 1968 dans son ouvrage sur *L'accouchement sans douleur*, p. 35.

⁸⁶⁴ R. Hersilie, *article cité*, décembre 1964, p. 33.

⁸⁶⁵ René Angelergues, Étienne-Émile Baulieu, Lafitte, Levy et Roellens, *op. cité*, 1957, p. 172-173.

En dehors de tout facteur physique, la douleur de l'accouchement est régulièrement attribuée à la peur de l'accouchement : « La peur et l'appréhension, conditionnellement acquises durant les années précédant l'accouchement, seraient le facteur exagérateur psychique d'une sensation pénible mais très supportable durant la contraction du travail »⁸⁶⁶. Une sage-femme, craignant de voir ses clientes se tourner vers les hôpitaux pour accoucher sous anesthésie, n'hésite pas à parler de « psychose de la souffrance et du danger que comporte un accouchement, créées par les journaux et des personnes pusillanimes »⁸⁶⁷. D'autres parlent de « peur et même quelquefois de terreur »⁸⁶⁸.

Pour les chercheurs soviétiques, fondateurs de l'ASD, « la douleur dans l'accouchement n'était nullement éternelle, qu'elle ne constitue nullement les manifestations d'un gène féminin, qu'il ne s'agit nullement d'une propriété immuable et héréditaire. D'où la nécessité, non de rechercher les moyens de « guérir » ces douleurs ou de les atténuer, mais d'en expliquer les origines et, partant, les moyens de les supprimer en tant que phénomènes créés et généralisés »⁸⁶⁹. On peut noter l'optimisme et le volontarisme d'une telle démarche typique de la science soviétique. Logiquement, les médecins français militants de l'ASD, proches des théories soviétiques, relient cette peur acquise depuis des siècles à la douleur ressentie par les femmes : « Dans le cerveau de la femme qui, toute sa vie, a entendu raconter que la douleur est indissolublement liée à une contraction qui précède l'accouchement, la contraction utérine joue le rôle d'un signal qui engendre la douleur. Il fallut trouver des techniques susceptibles, d'une part, de supprimer ce réflexe conditionné préétabli et nuisible [...] et en même temps de créer, d'autre part, de nouvelles différenciations conditionnées qui permettent à la femme de participer activement à son accouchement »⁸⁷⁰. Ce médecin résume ainsi les objectifs de l'ASD : déconditionner de la peur pour reconditionner de façon positive les femmes. Les partisans de Read font la même analyse des origines de la douleur de l'accouchement.

Claude Revault d'Allonnes conclut cependant à l'insuffisance de cette explication de la douleur par la peur : « on ne peut absolument pas affirmer que la peur cause la douleur : si, dans bien des cas, elle peut créer les conditions d'un malaise, préparer les voies de la prise de conscience de la douleur, [...] dans certains cas, elle l'annule. ». Enfin, même « la théorie psychanalytique ne

⁸⁶⁶ Armand Notter et M. Bertrand, *op. cité*, p. 356.

⁸⁶⁷ Coulon-Arpin, sage-femme, "Lettre au docteur Carlotti, vice-président de l'Association de Médecine Rurale", *Maternité*, 1953, p. 29.

⁸⁶⁸ Hay, "Impressions cliniques à parapos de la psycho-prophylaxie", *BOSIPPO*, n° 1, 1960, p. 59.

⁸⁶⁹ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, "Considérations sur l'accouchement sans douleur par la méthode psycho-physique", *Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 1, juin 1953, p. 72.

⁸⁷⁰ René Angelergues, Étienne-Émile Baulieu, Lafitte, Levy et Roellens, *Pavlov et le pavlovisme*, Paris, Ed. Sociales, 1957, p. 32.

peut apporter d'éléments définitifs de compréhension pour les phénomènes de la douleur ni pour les relations de la douleur et de l'angoisse »⁸⁷¹.

Cette peur de la douleur est parfois telle qu'on la retrouve même dans les cas de grossesses dites nerveuses, qui se terminent parfois par un travail douloureux alors qu'il n'est qu'illusion⁸⁷². Ces cas exceptionnels constituent la preuve de l'imprégnation culturelle des femmes face à l'accouchement.

Le rôle néfaste de la tradition reprise par le milieu familial, de la mère à la belle-mère et aux voisines, est reconnu par pratiquement tous les auteurs, qu'ils soient partisans de l'ASD ou de la méthode de Read⁸⁷³. Les coupables : « des amis soi-disant sincères qui, en les regardant avec pitié, expriment leurs espoirs qu'elles vont échapper saines et sauvées. [...] Des mères trop affectueuses qui prient non seulement pour leur fille mais également pour que le pauvre enfant à naître ne souffre pas autant que sa pauvre mère à la naissance. [...] une de ses tantes, vieille fille ! »⁸⁷⁴. En 1954, le D^r Favarel dresse un tableau haut en couleur du rôle de l'entourage d'une jeune parturiente dans les campagnes françaises. Il dénonce l'influence de sa mère, qui lui a raconté « combien elle avait souffert pour la mettre au monde ! », et celle de sa tante qui lui a raconté « cette terrible hémorragie qui faillit l'emporter alors que le médecin venait juste de la quitter ». La jeune femme sur le point d'accoucher se souvient aussi de la voisine qui « lui a raconté qu'on lui avait mis les fers et que depuis elle faisait pipi dans sa culotte ». Il décrit un peu plus loin l'affolement lorsque le travail se déclenche et qu'on va « chercher la mère, la belle-mère, ces deux bidons d'essence que l'on jetterait sur un incendie »⁸⁷⁵. Dans un langage plus châtié, le P^r Vermelin évoque, en 1955, les « sollicitudes familiales inopportunes » à éviter⁸⁷⁶. Même réflexion de la part du D^r René Viaux, qui exerce dans le Tarn : « C'est donc le milieu familial qui entretient le stéréotype de la douleur »⁸⁷⁷. En 1963, le D^r Hélène Michel-Wolfromm regrette encore « l'influence désastreuse des femmes de l'entourage : la sœur aînée, une amie, une compagne de bureau, colportent certains tabous. Il faut user d'autorité pour dégager la femme ensorcelée de ces sortilèges »⁸⁷⁸. En 1974, le D^r Grisillon, évoquant les années quarante et cinquante, parle des « traditions familiales, où les mères dévorantes et castratrices reprenaient, pendant la grossesse, possession de leur fille enceinte, supplantaient le mari à l'intérieur du jeune ménage et,

⁸⁷¹ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 246-247.

⁸⁷² Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 28.

⁸⁷³ Par exemple : Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 150.

⁸⁷⁴ D^r G. D. Read, "La physiologie du travail normal", *Le Progrès médical*, n° 15-16, 10-24 août 1949, p. 348.

⁸⁷⁵ D^r R. Favarel, *article cité*, 1954, p. 667.

⁸⁷⁶ P^r H. Vermelin, *article cité*, 1955, p. 10.

⁸⁷⁷ D^r R. Viaux, "L'accouchement à domicile en milieu rural.", *Le Concours médical*, 3 septembre 1955, p. 3306.

⁸⁷⁸ Hélène Michel-Wolfromm, "La relation entre le gynécologue et la femme en début de grossesse", *BOSIPPO*, 1963, p. 11.

avec une sollicitude maladroite, aggravait la peur de l'accouchement, augmentaient les angoisses, les créaient lorsqu'elles n'existaient pas en racontant, avec un plaisir presque sadique, toutes les histoires les plus effroyables concernant leur propre accouchement, ou celui de leurs amies, pour mieux se valoriser aux yeux de leurs filles »⁸⁷⁹. Cet auteur poursuit en condamnant « les femmes-enfants » qui venaient consulter, amenées par leur mère (il y a vingt ans)[...] Maintenant, les femmes viennent seules, ou, le plus souvent, avec leur mari »⁸⁸⁰.

En 1971, encore, le D^r Vellay continue à dénoncer le milieu familial qui condamne la femme à son « triste sort de femelle reproductrice », maintenue « dans un état de dépendance, de crainte et d'anxiété permanente », victime des « mythes, tabous, informations erronées, racontars »⁸⁸¹. En 1974, il reprend cette condamnation de l'influence néfaste des famille sur ses patientes, en des termes toujours plus sévères. Il traite le milieu familial de « bouillon de culture particulièrement nocif pour la bonne santé mentale de la femme, fragile objet entre les mains de femmes inéduquées et traditionnalistes, abusant quelque peu de la fragilité psychique de la future mère pour qui la grossesse était au départ une aventure semi-tragique ». La peur de la femme enceinte est ainsi attribuée à une « pollution mentale entretenue et aggravée suivant des périodes ». Il accable particulièrement leur mère, qui, pour lui, veut réduire la grossesse à une affaire de femme, excluant l'« Homme », à savoir le mari, et, on ne peut s'empêcher de penser, le médecin. Pierre Vellay explique ainsi « pourquoi bon nombre de mères, sous des prétextes multiples et fallacieux, sont peu portées à encourager leur fille à se faire préparer. Elles ne voient pas pourquoi leur enfant voudrait se différencier et ne ferait pas comme elle ». Quant à la fille, elle ne peut, selon lui, s'empêcher de s'identifier à sa mère et déclarer : « Comment voulez-vous que j'accouche bien, ma mère a accouché par césarienne ou avec les fers », ou bien : « Je ne pourrai pas faire un ASD, ma mère a toujours mal accouché »⁸⁸².

Les femmes, elles-mêmes, témoignent en ce sens. Madame Planadevall, parturiente des Bluets en 1954, se dit terrifiée par ces récits : « Craignant à ce point la souffrance, je ne pouvais qu'envisager l'accouchement avec terreur, après avoir entendu tous les récits d'accouchement-torture qui sont quotidiennement faits par bon nombre de femmes. Je redoutai donc la maternité, davantage encore qu'une opération chirurgicale, puisqu'au moins celle-ci est pratiquée sous anesthésie complète. J'en étais arrivée à ressentir de la répulsion pour les enfants, bourreaux de leur mère et, bien entendu, à n'en pas vouloir. Ce fut donc pour moi une catastrophe lorsque je me suis retrouvée enceinte. J'étais absolument désespérée. L'idée de suicide m'est venue. J'avais l'impression que doit éprouver un animal pris au piège dont il ne peut se

⁸⁷⁹ Grisillon, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 9.

⁸⁸⁰ Grisillon, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 13.

⁸⁸¹ Pierre Vellay, *article cité*, 1971, p. 32.

⁸⁸² D^r Pierre Vellay, « Psychologie de la femme enceinte », *J. Gyn. Obst Biol. Repr.*, 1974, 3, p. 1130.

dégager »⁸⁸³. Il s'agit d'un cas exceptionnel et tout se passe finalement bien, grâce à l'ASD. Toujours aux Bluets, en cette même année 1954, M^{me} Battoglia écrit : « Je m'installais dans un cauchemar irrémédiable. Je confesse qu'ayant côtoyé, pendant mon enfance et jusqu'à mon mariage, des personnes assez superstitieuses, en premier lieu mes proches, je me faisais un monde du moindre rien. Je me souviens que la mort d'une femme sous césarienne m'avait beaucoup affectée, surtout que l'on grossissait ce malheur autour de moi en ne parlant que de cela avec des mines fatalistes »⁸⁸⁴. Là encore, tout finit par s'arranger.

En 1968, le D^r Mireille Farouch reprend, dans un effort de mise en perspective, la vision traditionnelle des rôles des hommes et des femmes : « Là où l'homme cite ses combats, ses souffrances, ses victoires, ses médailles, la femme fait le récit de ses accouchements, de ses peurs, de ses douleurs, de sa solitude »⁸⁸⁵. Claude Revault d'Allonnes théorise également cette dimension aliénante du milieu familial. Elle met en valeur l'apport de la préparation à l'ASD, qui éduque la jeune femme, lui permet de se libérer de cette influence familiale et plus particulièrement maternelle : « cette substitution (de la connaissance scientifique aux préjugés) prend son sens dans la succession des générations : la fille va savoir et savoir faire ce qu'ignorait sa mère, et ceci précisément à propos de la maternité. Ce changement par lequel une femme se trouve rejoindre ou dépasser sa propre mère, a toujours une importante fonction psychologique. Ce n'est du reste pas toujours un dépassement triomphant : on observe souvent des cas de culpabilisation à ce niveau »⁸⁸⁶.

Le milieu de travail n'est pas plus rassurant pour la femme enceinte que son milieu familial. Comme le remarque le D^r Vellay, en 1971 : « La femme enceinte subira, avec générosité, les assauts verbaux de ses collègues qui, loin de la rassurer, déversent sur elle, avec un certain sadisme, une logorrhée à effet soi-disant sédatif, en réalité parfaitement traumatisante »⁸⁸⁷. Cette vision du milieu de travail des femmes peut sembler bien méprisante et composée de lieux communs. Pourquoi le D^r Vellay ne parle-t-il pas plutôt de l'influence positive des femmes qui ont accouché avec l'ASD avec succès ? Sont-elles si rares ?

Or les risques de l'accouchement, à l'origine de cette terreur ressentie et transmise par les femmes, se réduisent considérablement après 1945. Mais les femmes n'ont pas intégré ce recul considérable des risques encourus et « le milieu familial crée ainsi sans le savoir une ambiance d'insécurité »⁸⁸⁸. Dans les années soixante, l'opinion semble reconnaître la diminution considérable du risque mortel de l'accouchement. Laurence Pernoud écrit, dans son ouvrage fameux *J'attends un enfant* : « L'accouchement sans crainte, l'accouchement

⁸⁸³ Pierre et Aline Vellay, *op. cit.*, 1956, p. 178.

⁸⁸⁴ Pierre et Aline Vellay, *op. cit.*, 1954, p. 159.

⁸⁸⁵ Mireille Farouch, *thèse citée*, 1968, f. 14.

⁸⁸⁶ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, décembre 1960, p. 7.

⁸⁸⁷ D^r Pierre Vellay, *article cité*, 1971, p. 32.

⁸⁸⁸ D^r A. Notter, *article cité*, 1954, p. 73.

sans douleur, ne sont devenus possibles que parce que l'accouchement est devenu sans danger »⁸⁸⁹.

Les grossesses non désirées par défaut ou par défaillance de contraception peuvent également induire un accouchement douloureux. Cette situation est peu évoquée dans les sources tellement le consensus sur le désir « naturel » d'enfant est puissant dans l'opinion. En 1955, un psychiatre, le D^r Brisset, rappelle une série d'évidences : « La maternité non désirée n'aboutit pas nécessairement à l'avortement. Elle ne se traduit pas nécessairement par la conscience claire du refus de la grossesse. Les faits sont plus compliqués. Il faut se méfier des réponses simples, qui sont simplistes. Il faut se méfier d'un moralisme dont les bonnes intentions ne suffisent pas. Si l'on examine la situation de la femme, en regard de la grossesse, on est obligé de s'apercevoir qu'elle met en jeu toute la vie de la femme et tous les problèmes de son insertion personnelle dans son milieu. C'est-à-dire sa condition humaine elle-même dans toutes ses dimensions. [...] Nous considérons la maternité comme une image heureuse, l'image même du bonheur. Mais c'est au prix d'une épreuve qui fut longtemps dangereuse, qui reste encore importante, même si l'on en supprime la douleur de l'accouchement. *Un tel bouleversement de la vie de la femme demande de sa part une pleine conscience et une pleine acceptation.* [...] Il est bien naturel que la maternité soit marquée d'une particulière importance. Elle est le fait capital de la vie d'une femme. Elle peut être une expérience féconde, un enrichissement personnel [...] Elle peut être aussi, très objectivement, malheureuse et difficile, source de peines plus que de joies »⁸⁹⁰.

Les partisans de l'ASD passent aussi sous silence ces situations qui peuvent entraver la confiance des femmes dans l'ASD. Pour ces médecins, il est implicite que toutes les grossesses sont désirées, malgré les difficultés sociales ou personnelles. Il semble inimaginable qu'il en soit autrement. Une des rares allusions concerne une des neuf femmes qui témoignent de l'échec de leur ASD donc de leur douleur, dans l'ouvrage de Pierre Vellay et de sa femme Aline : « J'avais contre moi (pour réussir cet accouchement) ce quatrième enfant que j'acceptais difficilement »⁸⁹¹. Plus loin, Madame Mairet parle de « cette grossesse non désirée mais subie, avec une indifférence totale autour de moi, mon mari continuellement absent de par son travail et vraiment ce dernier ne réalisant pas cet accouchement »⁸⁹².

Un facteur rarement, à vrai dire jamais, évoqué est celui de la condition de la femme qui les contient tous. Fernand Lamaze est le seul s'en inquiéter, en 1956 : « Ajoutons que la femme a souvent dans la société actuelle une position subalterne ; elle représente « le sexe faible ». Bien avant l'accouchement, sa sexualité a pu être liée à des émotions désagréables. [...] Les premiers rapports

⁸⁸⁹ Cité par Bruno Michelon, *op. cité*, 1966, conclusion.

⁸⁹⁰ Ch. Brisset, « Incidences psychiatriques de l'avortement », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 446-448.

⁸⁹¹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 261.

⁸⁹² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 299.

sexuels chez une femme non instruite peuvent être l'occasion de traumatismes psychiques la préparant mal à la maternité »⁸⁹³. Fernand Lamaze analyse, en pionnier, la douleur de l'accouchement du point de vue du genre, selon le vocabulaire actuel ; il constitue une exception à cette date. Il n'est pas étonnant que ce médecin plus attaché semble-t-il à l'aspect humaniste qu'à l'aspect idéologique de l'ASD innove ainsi dans son raisonnement par rapport au reste de ses confrères et annonce les critiques féministes des années soixante-dix.

C Spécificité de la douleur de l'accouchement

La douleur de l'accouchement est intensément ressentie mais elle diffère suivant les phases du travail. Les premières douleurs correspondent à l'effacement nécessaire du col de l'utérus, elles sont qualifiées de « mouches » et sont notées toutes les vingt minutes. Suivent les douleurs « préparantes » toutes les dix minutes, celles de la dilatation. Viennent ensuite les douleurs « expultrices » toutes les cinq minutes, au cours de l'expulsion⁸⁹⁴. Ces douleurs expulsives⁸⁹⁵ exercent une « traction sur les organes adjacents (trompes, ovaires) et sur les différents ligaments assurant la fixation de l'utérus, pression sur les viscères intra-pelviens ». Enfin arrivent « les douleurs concassantes du dégagement » accompagnées de « décollements muqueux, de déchirures de tout ordre (qui) exacerbent cette atroce sensation de distension : c'est la « poena magna » des Romains, la douleur la plus vive qu'endure l'organisme humain »⁸⁹⁶. Tous les écrits médicaux rapportent la montée en puissance de la douleur lors d'un accouchement. Certains les interprètent un peu différemment et constatent des douleurs « énervantes, celles que la patiente supporte le plus mal » pendant la dilatation, puis, pendant l'expulsion, « les douleurs sont plus vives et, pourtant, mieux supportées » ; pendant la sortie de la tête, « les douleurs sont violentes du fait de la distension considérable subie par une muqueuse, des muscles et des plexus nerveux particulièrement sensibles », enfin, selon la tradition, « quand l'enfant est au passage [...] les femmes convertissent leurs plaintes en grands cris »⁸⁹⁷. Le P^r Kammerer, psychiatre, fait remarquer : « J'attirerai votre attention sur le fait que pour décrire la douleur, on utilise des modèles de strictions, incisions, ponctions, broiements, écrasements, arrachements, étirements etc.[...] On définit donc la douleur par

⁸⁹³ Fernand Lamaze, *opus cité*, 1956, p. 79.

⁸⁹⁴ Paul Delmas, *Précis d'obstétrique*, Paris, éd. Baillières et fils, 1950, p. 148.

⁸⁹⁵ Quelques médecins pensent que l'expulsion est moins douloureuse qu'il n'y paraît. Le D^r Max Ploquin écrit, dans un article de 1962 : « la phase d'expulsion est dans la plupart des cas la partie la plus facile de l'accouchement », in « Analyse des résultats de cent accouchements sans douleur réalisés après préparation par la médecine psychoprophylactique en clientèle rurale », *BOSFPO*, mars 1962, p. 10.

⁸⁹⁶ J. Snoeck et M. Rocmans, "L'analgésie obstétricale", *Gynécologie et Obstétrique*, tome 45, n° 4, 1946, p. 266-267.

⁸⁹⁷ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 11.

toutes sortes de termes qui décrivent l'action d'un instrument mécanique ou d'une masse matérielle sur un objet matériel »⁸⁹⁸.

Les femmes témoignent aussi : « Quant à l'expulsion, il faudrait mieux que je passe cette phase sous silence. [...] J'ai commencé à crier ; j'ai hurlé [...] J'ai eu l'impression d'être ouverte en deux avec une scie et j'ai basculé dans un trou noir »⁸⁹⁹.

En 1954, le D^r Chérif Kadi, élève du P^r Notter à Lyon propose une autre interprétation aux cris poussés par les parturientes à ce moment précis de l'accouchement : « La femme a tendance à crier à ce moment, le cri n'étant pas forcément le témoin de la souffrance, mais bien plutôt une possibilité pour la femme de chercher à réaliser une capacité vitale plus grande. Notre expérience des salles de travail montre que, par tradition dans les milieux populaires transalpins, les mères se transmettent cette nécessité du cri qui les aiderait à mieux pousser ; les sages-femmes et moi-même avons reçu beaucoup de confidences à ce sujet »⁹⁰⁰.

Dans les années 80, des recherches très précises ont été menées sur l'intensité de la douleur de l'accouchement. « Le D^r Hettelbadt, en Suède, a trouvé que pour le premier accouchement, la douleur était décrite comme sévère dans 37 % des cas et très sévère dans 35 % soit 72 % au total contre 28 % de douleurs modérées. Le P^r Bonica, aux États-Unis, trouve 30 % de douleurs sévères, 20 % de très sévères, 35 % de modérées et 15 % d'accouchements pratiquement sans douleur »⁹⁰¹. Ces douleurs, quand elles sont qualifiées de « sévères » sont reconnues surclasser « alors en intensité toutes les autres formes de douleur »⁹⁰². Les études actuelles permettent « de placer l'intensité de la douleur obstétricale parmi les plus douloureuses après la douleur perçue lors de l'amputation de doigts »⁹⁰³. Marilène Vuille, sociologue, constate dans ses travaux que ces douleurs sont « parmi les plus intenses que l'on puisse éprouver ». Elle rapporte que « sur certains graphiques qui donnaient des échelles, on trouvait la douleur de l'accouchement placée juste en dessous de la section d'un membre »⁹⁰⁴.

La douleur de l'accouchement est couramment jugée inégale selon les civilisations, les femmes occidentales se révélant, d'après ces analyses, bien plus pusillanimes que les autres. À l'inverse, les femmes « sauvages », vivant dans

⁸⁹⁸ P^r Kammerer, *article cité*, 1963, p. 116.

⁸⁹⁹ Jean Gillet, *thèse citée*, 1958, p. 139.

⁹⁰⁰ Chérif Kadi, *Étude de la fonction respiratoire chez les femmes préparées à l'accouchement*, thèse de médecine, Lyon, 1954, n° 3, f. 53.

⁹⁰¹ H. Cardin, M.-Th. Moisson-Tardieu et M. Tournaire, *op. cité*, 1986, p. 19-20.

⁹⁰² J.M. Mantz, P. Diemunsch et A. Tressier, chapitre sur « Douleur et accouchement », p. 253, in P. Queneau et G. Ostermann, *op. cité*, 1993.

⁹⁰³ F. Aubrun et D. Benhamou, « La douleur en obstétrique », in L. Brasseur, M. Chauvin et G. Guilbaud, *Douleurs*, Paris : Maloine, 1997, p. 293.

⁹⁰⁴ Marilène Vuille, intervention lors de la rencontre du 14 décembre 2002 organisée par la Société d'Histoire de la naissance, compte rendu p. 16.

des culture jugées inférieures, sont réputées ne pas souffrir lors de leurs accouchements. Pour justifier une telle affirmation, les médecins citent régulièrement Montaigne : « les douleurs de l'enfantement, par les médecins et par Dieu même estimées grandes, et que nous passons avec tant de cérémonie, il y a des nations entières qui n'en font nul compte », *Essais*, I-XIV⁹⁰⁵.

Les médecins interventionnistes, qui veulent éviter un accouchement douloureux à leurs patientes, affirment avec Read que les femmes des peuplades primitives ne connaissent pas cette douleur de l'accouchement ce qui prouve, selon eux, que cette douleur n'a rien de « naturel ». Le D^r Read déclare, en 1947, lors d'une conférence à Paris : « Ceux parmi nous qui connaissent les races plus primitives ou les races de l'ancienne culture orientale savent bien qu'un accouchement sans douleur et sans peur est un phénomène banal dans la vie de ces femmes »⁹⁰⁶. Cette opinion est communément admise dans le milieu médical français. En 1955, les D^r Rivière et Chastrusse affirment : « Il semble, mais le fait est trop complexe pour être accepté sans réserve, que les manifestations extérieures de la douleur soient d'autant plus évidentes que la femme appartient à une race et à un niveau social élevé »⁹⁰⁷. En 1955 toujours, le P^r Lepage et le D^r Langevin-Droguet analysent ainsi les prétendues différences entre « peuplades primitives » et « peuples civilisés » : « Les femmes des peuplades primitives ne changent guère leur mode de vie pendant leur grossesse, accouchent n'importe où et reprennent presque aussitôt les travaux les plus durs ; elles semblent moins souffrir que les femmes civilisées ». Ils ajoutent : « À l'inverse, le romantisme du XIX^e siècle s'est plu à entourer la maternité d'une ambiance de maladie. Il n'est alors question que de femmes mortes en couches, d'éclampsie et des soins indéfinis que nécessite la grossesse »⁹⁰⁸. Ils appellent de leurs vœux un retour à plus de simplicité, pour en finir avec le siècle précédent. En 1960, le D^r Oliva continue de penser que « la femme sauvage supporte en général beaucoup mieux l'accouchement que l'européenne ». Il ajoute : « le même contraste existe entre la femme de la campagne et celle de la ville, et entre les animaux sauvages ou en liberté et les animaux domestiques »⁹⁰⁹. En conséquence, le P^r Notter n'hésite pas à imputer à « la vie moderne » la douleur de l'accouchement : « L'agitation et le bruit en milieu urbain et de toutes façons la généralisation des lectures de journaux dits de vulgarisation et l'audition ou la vision de programmes de radiodiffusion contribuent à exagérer la sensibilité d'un système nerveux de plus en plus survolté »⁹¹⁰. Il leur oppose les femmes « des peuplades restées à l'état primitif. [...] les préoccupations douloureuses n'interviennent pratiquement pas chez les

⁹⁰⁵ Cité par exemple par Robert Merger et Pierre-André Chadeyron dans *op. cité*, 1964, p. 35.

⁹⁰⁶ D^r G. D. Read, "La physiologie du travail normal", *Le Progrès médical*, n° 15-16, 20-24 août 1949, p. 347.

⁹⁰⁷ D^r Rivière et Chastrusse, *article cité*, 1955, p. 82.

⁹⁰⁸ P^r Lepage et D^r Langevin-Droguet, *article cité*, 1955, p. 549.

⁹⁰⁹ Luis Oliva, *article cité*, 1960, p. 5.

⁹¹⁰ Armand Notter, *L'accouchement sans douleur*, Lyon, Simep éditions, 1968, p. 15.

Africaines Bantoues et Pygmées »⁹¹¹. Le P^r Notter écrit ces lignes en 1968. On peut interpréter ces déclarations comme une manifestation de racisme hérité du colonialisme français, toujours présent à la mémoire des hommes de cette génération.

Cette opinion à propos de l'absence de douleur ou de manifestations de douleur chez les « primitifs » n'est cependant pas partagée par tous les médecins. Un article, paru en 1950, dans une revue médicale américaine⁹¹², contredit ce cliché. Les auteurs commencent par remarquer qu'aucun observateur compétent n'a jamais pu assister à un accouchement chez ces soi-disant « primitifs ». Ils notent ensuite que, chez ces peuples, certaines personnes, hommes et femmes, sont spécialement entraînées pour intervenir, comme les obstétriciens et les sages-femmes aux États-Unis. Ces spécialistes délivrent toute une série de « médecines », en général des herbes destinées à faciliter l'accouchement et à lutter contre la douleur, sans parler des actions relevant de la magie et faisant intervenir des œufs (chez les Jivaros) ou des ossements d'ancêtres taillés en forme de flutes phalliques dont on joue pour soulager la femme (chez les Maoris). Une sorte de terreur semble donc entourer les accouchements, terreur dont les mauvais esprits sont tenus pour responsables. Les femmes enceintes ne sont d'ailleurs pas toujours choyées ni même respectées. Les auteurs concluent : « While in some tribes it does appear that painful reactions are generally less frequent than among us, the overwhelming majority have pain comparable to ours, and in not a few others it appears even more frequently and dramatically »⁹¹³. La discussion qui suit l'article précise que nous croyons souvent que ces « sauvages » sont plus résistants à la douleur que les occidentaux alors qu'en réalité ils sont éduqués pour ne pas l'exprimer. Par exemple, aux îles Samoa la tradition interdit aux femmes de se plaindre pendant leur accouchement, pour des raisons religieuses, par crainte des mauvais esprits, ce qui ne signifie pas qu'elles ne souffrent pas⁹¹⁴. Les auteurs insistent sur l'universalité de la douleur ressentis lors d'un accouchement, en liaison directe avec la physiologie, même s'ils reconnaissent que l'environnement (et donc le type de civilisation) joue un rôle important. Cet article, paru en 1950, n'a cependant pas le moindre écho auprès des médecins français.

⁹¹¹ Armand Notter, *op. cité*, 1968, p. 16.

⁹¹² Lawrence Z. Freedman, M.D. and Vera M. Fergusson, « The question of « Painless Childbirth » in Primitive Cultures », *American Journal of orthopsychiatry*, 1950, XX, April, p. 363-372.

⁹¹³ Lawrence Z. Freedman, M.D. and Vera M. Fergusson, *article cité*, 1950, p. 367. Traduction : « Alors que dans quelques tribus, il apparaît que les réactions douloureuses sont généralement moins fréquentes que chez nous, dans l'écrasante majorité de ces peuples, les femmes ressentent autant de douleur que chez nous, si ce n'est plus fréquemment et plus violemment chez certains d'entre eux »..

⁹¹⁴ Lawrence Z. Freedman, M.D. and Vera M. Fergusson, *article cité*, p. 369.

En 1957, le D^r Léon Chertok ramène le problème à celui de l'expression de la douleur : « dans certaines peuplades, la femme n'exprime pas sa douleur, ce qui ne signifie pas qu'elle ne souffre pas »⁹¹⁵. L'accouchement, dans ces sociétés dites primitives, « est souvent prolongé et douloureux »⁹¹⁶. Pire encore : « la grossesse n'est pas considérée partout comme bénéfique ; elle peut être ressentie comme dangereuse »⁹¹⁷ et les ethnologues notent que « la tendresse n'est pas toujours associée à la grossesse [...] parfois considérée avec mépris »⁹¹⁸. Le D^r Fernande Harlin écrit aussi en 1958 : « Est-ce bien la douleur qui est de moindre intensité ou l'absence d'expression de la douleur? ». Elle note que « religions, croyances, superstitions, interdisent souvent l'extériorisation de la souffrance : - crainte du ridicule,- désir d'éloigner les mauvais esprits, - soumission des femmes qui, dans la mise au monde d'un enfant, sont habituées à ne voir que l'accomplissement d'un banal acte de travail, - interdiction absolue de toute manifestation dans les sociétés de régime autoritaire »⁹¹⁹. On peut noter la possible allusion au régime soviétique dans cette dernière remarque, mais l'auteur ne s'étend pas.

En 1971, un médecin vénézuélien, le D^r Carrera, dans un article publié au *Bulletin officiel de la Société internationale de PPO*, relate son expérience d'accoucheur en Amazonie auprès des femmes indiennes, de 1968 à 1969. Il constate d'abord que la plupart des Indiennes souffrent pendant leur accouchement, même si certaines ont « un accouchement facile et sans souffrances » quand il n'y a pas d'anomalies graves. Il combat donc le « dogme », rapporté par les voyageurs occidentaux selon lequel : « cet acte (l'accouchement) revêtait la simplicité accordée par la coutume aux animaux sauvages vivant en liberté. Ainsi l'Indienne ignorait la douleur et accomplissait son accouchement dans le plus grand naturel.[...] L'accouchement sans douleur était un privilège de la femme primitive, perdu par l'accès à la civilisation ». Il cite en exemple le témoignage de Las Casas : « lorsqu'elles accouchent, elles ont des douleurs minimales et presque insensibles », et celui de l'abbé Lopez de Gamara : « au moment d'accoucher, elles ne font pas les exagérations que d'autres font et ne se plaignent pas autant »⁹²⁰. Le fait que les Indiens emploient certaines plantes contre la douleur de l'accouchement contredit les affirmations des Européens. Surtout, ce médecin note la difficulté, même pour un praticien, d'assister de visu à l'accouchement d'une femme indienne et il doute donc de la valeur des écrits des explorateurs et des missionnaires⁹²¹. D'un côté, le

⁹¹⁵ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 195.

⁹¹⁶ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 196.

⁹¹⁷ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 196

⁹¹⁸ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 197.

⁹¹⁹ Fernande Harlin, *Douleur et enfantement*, Paris, Denoël, 1958, p. 158.

⁹²⁰ Carrera, "Attitude critique face au prétendu privilège de la femme indienne d'accoucher facilement et un essai d'accouchement psychoprophylactique en Amazonie", *BOSIPPO*, janvier-mars 1971, p. 26-27.

⁹²¹ Carrera, *article cité*, 1971, p. 27-28.

D^r Carrera constate des accouchements douloureux, liés à des problèmes graves, dus à l'âge de la gestante ou à des grossesses pathologiques comme dans n'importe quelle région du monde. D'un autre côté, il décrit « des accouchements faciles et presque indolores de femmes mettant au monde leur enfant d'une manière impressionnante »⁹²². Cherchant à expliquer ces différences, il énumère toute une série de facteurs « externes » sans lien avec une quelconque nature ni civilisation indienne. Il cite, par exemple, dans les facteurs d'accouchements douloureux « la sous-alimentation ou famine endémique », « l'hygiène déficiente ou totalement absente », « les affections antérieures à la grossesse, exacerbées par cette dernière ou provoquées par la gestation », « l'âge de la gestante qui n'est souvent qu'une très jeune fille ». Enfin, il dénonce vigoureusement « les pratiques barbares et brutales de « sages-femmes », qui « vont de l'enserrement de la taille avec le bras ou une corde, jusqu'à faire monter une ou deux personnes sur le ventre de la femme étendue sur le sol ». Il qualifie ces actes de « tortures » pouvant durer trois à quatre jours »⁹²³. Par contre, il reconnaît que pour ces peuples, l'accouchement est un acte « tout à fait naturel », ces femmes ayant « un système nerveux particulièrement bien équilibré, avec absence de troubles psychiques et de la personnalité, si fréquents dans nos civilisations trop riches en croyances et coutumes contre nature face à la maternité ». Il évoque, enfin, « la parfaite souplesse des articulations et des muscles pelviens, due sans doute au travail domestique réalisé à genoux ou accroupie » et « la position accroupie adoptée pour l'accouchement ». Mais ces facteurs ne fonctionnent que si la femme est en bonne santé⁹²⁴. Ce constat lui fait entreprendre une expérience d'ASD en Amazonie. Ce médecin combat donc de façon efficace les préjugés sur un accouchement indolore au nom d'une prétendue « nature » des femmes indiennes. Ce témoignage révèle l'enthousiasme militant d'un médecin qui juge nécessaire d'essayer d'appliquer l'ASD au fin fond de l'Amazonie.

En 1960, Claude Revault d'Allonnes, dans une étude sur l'accouchement comme fait culturel, écrit : « les phénomènes de douleur, dans toutes leurs manifestations, n'échappent pas à cette règle de la détermination culturelle. Les modes d'expression de la douleur, s'ils peuvent révéler une forme spéciale de sensibilité physiologique, individuelle ou collective, expriment d'abord une culture ». Elle constate que « certaines sociétés semblent les ignorer totalement (les manifestations de la douleur) ; d'autres les autorisent ; certaines les interdisent. Il y a des sociétés qui minimisent les expressions de la douleur, les négligent, les traitent comme des événements anecdotiques sans portée et sans signification »⁹²⁵. On ne peut s'empêcher, à la lecture de cette description, de penser à la situation faite aux femmes en France. Les recherches actuelles font de l'insensibilité des femmes d'autres civilisations, lors des accouchements,

⁹²² Carrera, *article cité*, 1971, p. 28.

⁹²³ Carrera, *article cité*, 1971, p. 29-30.

⁹²⁴ Carrera, *article cité*, 1971, p. 28-29.

⁹²⁵ Claude Revault d'Allonnes, "L'accouchement est un fait culturel", *BOSIPPO*, 1960, p. 144.

« un pur mythe » car « trois études faites par Ford en 1945, Freedman et Fergusson en 1950, puis par l'ethnologue Lévi-Strauss en 1956 dans les sociétés primitives ont montré, sans l'ombre d'un doute, que l'accouchement était douloureux »⁹²⁶. Les travaux cités sont ignorés par les médecins qui traitent de cette question.

Aujourd'hui, « quelles que soient les latitudes, les ethnies et le niveau culturel, à peine 15 % des accouchements sont pratiquement indolores alors que dans 35 % des cas les douleurs sont modérées, dans 30 % des cas sévères et dans 20 % des cas très sévères.[...] Divers facteurs influencent les douleurs de la parturition. [...] Quant aux facteurs culturels et ethniques souvent allégués, ils correspondent sans doute plus à des différences d'expression de la douleur que de son intensité »⁹²⁷. Pour les médecins actuels, il n'est donc plus question de différences ethniques, bien au contraire.

La douleur de l'accouchement est d'évidence inégale selon les femmes. Tous les cas de figure existent dans l'accouchement, de la douleur la plus vive à son absence totale. Il existe en effet des accouchements indolores, « du moins des cas où l'accouchement ne s'est accompagné d'aucune extériorisation de la douleur »⁹²⁸. Tous les médecins peuvent témoigner avoir vu des femmes accoucher naturellement sans aucune douleur. Le D^r Read a ainsi une révélation, qui se trouve à l'origine de ses travaux, quand une de ses patientes refuse le chloroforme car « cela ne fait pas mal, cela ne doit pas faire mal... »⁹²⁹. Tous ont observé « des femmes qui tricotent ou qui lisent le journal tranquillement jusqu'à la période d'expulsion »⁹³⁰. Statistiquement, un certain nombre de femmes, sans particularité anatomique, ont effectivement des accouchements indolores, autour de 10 %. Ces faits donnent lieu à deux types d'explications : « ou ces femmes doivent être considérées comme normales et les autres comme présentant des anomalies d'ordre somatique ou psychologique ; ou bien, c'est la douleur qui est la règle et l'analgésie est le résultat de particularités structurales »⁹³¹. On voit bien de quel côté penche l'auteur. Les 10 % d'accouchements indolores ne prouvent pas que cette douleur est contre-nature ; le D^r Chertok préfère logiquement prendre en compte les 90 % des femmes qui souffrent à cette occasion. Ces 10 % de femmes qui accouchent naturellement sans douleur auraient des particularités neurologiques ou psychologiques qui entraîneraient l'absence « d'émotions négatives » ou la présence « d'émotions positives » plus fortes que les précédentes⁹³². Claude Revault d'Allonnes

⁹²⁶ H. Cardin, M.-Th. Moisson-Tradiou et M. Tournaire, *op. cité*, 1986, p. 24.

⁹²⁷ J.M. Mantez, P. Diemunsch et A. Tressier, chapitre « Douleur et accouchement », p. 253-254, in P. Queneau et Gérard Ostermann, *Le médecin, le patient et ses douleurs*, Paris : Masson, 1993.

⁹²⁸ Jacques Bonhomme, *op. cité*, 1950, p. 47.

⁹²⁹ Rapporté par Robert Merger et Pierre-André Chadeyron dans *op. cité*, 1964, p. 47.

⁹³⁰ Jacques Bonhomme, *op. cité*, 1950, p. 47.

⁹³¹ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 194.

⁹³² Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 195.

explique ces accouchements indolores en remarquant que « cette analgésie ne se rencontre guère que dans deux cas extrêmes : soit lorsque la naissance est peu valorisée en regard du désir de se marier ou de se cacher (chez certaines mères célibataires jeunes), soit lorsque la famille traditionnelle très structurée a conditionné (on pourrait dire préparé) ses filles à la naissance facile.[...] Il y a forte valorisation de la maternité et de la féminité, une bonne image maternelle et une idéologie vaguement naturiste »⁹³³.

Il est habituel de lire dans les sources médicales que « les femmes bien équilibrées « encaissent » mieux que les autres la douleur. Les femmes frustrées, les primitives, vaquent à leurs affaires pendant les contractions »⁹³⁴. L'intensité de la douleur « dépend du type nerveux de la femme, de l'état fonctionnel de son cerveau au moment de l'accouchement » (rôle néfaste du surmenage, par exemple)⁹³⁵. À côté de femmes « au système nerveux particulièrement fort et équilibré » qui accouchent spontanément sans douleur, d'autres femmes « dociles aux conseils donnés » ont des douleurs modérées. À l'opposé, les femmes en « état de panique préalable, pusillanimes, mal préparées, inquiètes, sont exposées aux phénomènes douloureux les plus impressionnants et les plus difficiles à maîtriser »⁹³⁶. Celles au « au système nerveux faible » sont particulièrement sensibles à la douleur⁹³⁷, celles aussi de type nerveux « déséquilibré »⁹³⁸. Elles sont décrites comme des femmes « sensibles, pusillanimes ou insouciantes », chez lesquelles il est « difficile de faire le départ entre les douleurs vagues et imprécises précédant parfois l'accouchement et les contractions franchement douloureuses du travail »⁹³⁹. Ce portrait des femmes qui souffrent lors de leur accouchement met l'accent sur leurs faiblesses de caractère et leur nervosité. Bref, celles qui souffrent ne peuvent s'en prendre qu'à elles-mêmes, selon un vieux schéma culpabilisateur. En effet, selon le D^r Langevin-Droguet, qui applique la méthode de Read : « Depuis très longtemps, accoucheurs et sages-femmes savent [...] que les femmes nerveuses, geignardes, obèses accouchent mal et « attirent les catastrophes ». C'est là l'intérêt de la méthode : être nerveuse, geignarde, obèse, n'est pas chez certaines femmes un destin auquel elles ne puissent échapper. En 6 ou 7 mois de grossesse, on peut modifier suffisamment le psychisme et la musculature d'une femme pour faciliter son accouchement de façon effective »⁹⁴⁰.

⁹³³ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1960, p. 150.

⁹³⁴ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 30.

⁹³⁵ Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 160.

⁹³⁶ Michel Chartier, *article cité*, 1952, p. 51.

⁹³⁷ Henri Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 161.

⁹³⁸ René Angelergues, intervention dans un débat, *Médecine Nouvelle*, n° 8, février 1954, p. 11.

⁹³⁹ Jean Bordes, *Des accouchements naturellement rapides*, thèse de médecine, Nancy, 1951, n° 41, f. 15.

⁹⁴⁰ G. Langevin-Droguet, *article cité*, 1954, p. 128.

III Douleur de l'épisiotomie

La douleur liée à l'épisiotomie est encore plus rarement mentionnée que celle de l'accouchement dans les sources médicales.

A Indication médicale de l'épisiotomie

« L'épisiotomie est une petite intervention qui consiste à sectionner plus ou moins largement la vulve, le vagin et le périnée au cours de l'accouchement et plus particulièrement au moment de l'expulsion »⁹⁴¹. Cette intervention se pratique depuis le XVIII^e siècle en Europe ; elle a été décrite pour la première fois dans un texte médical en 1742 à Dublin⁹⁴².

L'épisiotomie est un acte prophylactique. Elle prévient les déchirures du périnée qui peuvent survenir dans la phase d'expulsion de l'accouchement. Elle est parfois qualifiée d'épisiotomie « de nécessité » quand elle « est pratiquée en dernier ressort lorsqu'il n'y a plus aucune chance de voir se terminer l'accouchement sans déchirure du périnée ou du sphincter anal. L'épisiotomie se borne alors à limiter les dégâts et à éviter une déchirure complète »⁹⁴³. Cette opération préventive peut aussi être utile à l'enfant quand l'accoucheur doit agir rapidement pour qu'il ne soit pas asphyxié⁹⁴⁴. Elle permet une plus grande liberté de manœuvre au médecin. L'épisiotomie n'est pas toujours effectuée à temps et certaines femmes subissent une déchirure du périnée, beaucoup plus compliquée à réparer correctement.

Les épisiotomies semblent peu nombreuses dans les années quarante et cinquante en France. À la Maternité Baudelocque, en 1942, sur 2670 accouchements 80 femmes ont une « incision du col » à cause d'une souffrance fœtale, de l'arrêt du mécanisme de dilatation ou de la fatigue maternelle⁹⁴⁵. En 1944, dans cette même Maternité, sont notées 24 « incisions du col » sans autres détails sur 2665 accouchements⁹⁴⁶. En 1947, seules 73 femmes, sur 3 002 !, ont eu une épisiotomie prophylactique à cause d'un accouchement difficile (présentation de l'enfant par le siège, forceps...) ⁹⁴⁷. Il n'existe plus de statistiques précises pour les années suivantes, il semble que leur nombre augmente et que l'épisiotomie devienne systématique, selon le témoignage d'une sage-femme étudiante au début des années 70 : « À l'école des sages-femmes, on te l'apprend : primipare : épisiotomie systématique ; c'est très dur

⁹⁴¹ Définition du P^r Lantuéjoul, citée par le D^r Roland Waysbort, dans sa thèse de médecine, *Episiotomie de nécessité. Episiotomie prophylactique*, Toulouse, 1957, n° 72, p. 11.

⁹⁴² Roland Waysbort, *thèse citée*, 1957, p. 13.

⁹⁴³ A. Pontonnier, "l'épisiotomie n'est pas un geste mineur", *Toulouse Médical*, n° 11, décembre 1957, p. 1029.

⁹⁴⁴ Hers Rabinovici, *thèse citée*, 1935-1936, f. 37.

⁹⁴⁵ Henriette Adam, *thèse citée*, 1944, f. 80.

⁹⁴⁶ Sylvain Asseraf, *thèse citée*, 1946, f. 47-48.

⁹⁴⁷ Paulette Bauer, *thèse citée*, 1951, f. 42.

de t'en défaire parce qu'on t'a dit que ça sauvait l'enfant, que ça préservait le périnée, que ça risquait de léser le rectum... »⁹⁴⁸.

Les épisiotomies sont la plupart du temps effectuées « sans anesthésie »⁹⁴⁹, ce qui ne semble pas troubler outre mesure le corps médical. En 1962, le P^r Notter précise anesthésier localement mais ce n'est pas la règle⁹⁵⁰. En effet, pour les médecins : « les tissus sont, en grande partie, anesthésiés du fait de leur distorsion par la tête fœtale. [...] Cependant, chez les pusillanimes, il peut être préférable d'infiltrer la région avec une solution de xylocaïne »⁹⁵¹. En 1971, les esprits ont évolué et le P^r Robert peut écrire : « L'anesthésie est indispensable. Aussi, chaque fois qu'il n'y a pas, disponible, d'anesthésiste qualifié, il faut recourir à l'anesthésie locale », en injectant de la xylocaïne⁹⁵².

Un des avantages proclamé de l'ASD sur les autres techniques d'accouchement est d'aider la femme lors de l'expulsion et de nécessiter ainsi un recours moindre à l'épisiotomie. Fernand Lamaze et Pierre Vellay notent, de façon lapidaire, en décembre 1952 sans donner de précisions : « Très peu d'épisiotomies »⁹⁵³.

B Réparation des épisiotomies et des déchirures à l'issue d'un accouchement

Si l'épisiotomie et plus encore la déchirure peuvent être ressenties douloureusement, leur réparation, qui passe par la suture des bords de la plaie, peut être à l'origine de douleurs importantes.

Les médecins ont en général la réputation d'être négligents, de « considérer ce temps de réparation comme une formalité supplémentaire »⁹⁵⁴. Cette négligence entraîne des périnées mal suturés et douloureux. Le P^r Kreis écrit en 1949 à propos de la suture du périnée : « Il peut paraître prétentieux de sacrifier quelques lignes à cette banale et inintéressante suture du périnée »⁹⁵⁵, ironisant sur l'attitude générale de ses confrères. En 1957, le D^r Pontonnier intitule son article sur les réparations de l'épisiotomie : « L'épisiotomie n'est pas

⁹⁴⁸ Marie Brunier et Annick de Chabalière, *op. cit.*, 1978, p. 152.

⁹⁴⁹ A. Pontonnier, "L'épisiotomie n'est pas un geste mineur", *Toulouse Médical*, décembre 1957, t.58, p. 1027.

⁹⁵⁰ A. Notter, "L'assistance à l'expulsion dans l'accouchement psycho-physique par l'épisiotomie, le vacuum extractor ou le forceps sous anesthésie locale", *Lyon Médical*, n° 44, 4-11-1962, p. 837.

⁹⁵¹ A. Pontonnier, *article cité*, 1957, p. 1030.

⁹⁵² Henry G. Robert, *opus cité*, 1971, p. 52.

⁹⁵³ F. Lamaze et P. Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1459.

⁹⁵⁴ R. Legrand, La place de l'épisiotomie dans la pratique obstétricale moderne, Thèse, Lille, 1947, n° 60, f. 14.

⁹⁵⁵ J. Kreis, "De la suture du périnée après l'accouchement", *Le Concours médical*, n° 47, 19 novembre 1949, p. 2653.

un geste mineur »⁹⁵⁶. Cette volonté de persuader leurs confrères médecins du bien-fondé des précautions à prendre pour effectuer cette opération semble à la mesure des réticences rencontrées.

Pour le P^r Kreis : « Il existe à ce sujet (périnée mal refermée) des plaisanteries grossières et populaires qui démontrent que (cela) peut être une conséquence fâcheuse pour les conjoints. Une dame, je dis dame, m'a avoué en larmes que son mari l'avait comparée à une entrée de métro. Il vaut mieux congédier les accouchées avec des périnées corrects, c'est parfois discrètement rendre un grand service »⁹⁵⁷. Le tableau décrit, en 1957, par le D^r Pontonnier, pour être moins crû, n'en est pas moins terrifiant : « la cicatrice (mal faite) est douloureuse parce que les tissus s'oedémiatent, parce que la peau est sciée par les crins des fils de nylon, parce qu'il se produit souvent une infection par capillarité le long du matériel de suture. Les désunions sont loin d'être exceptionnelles »⁹⁵⁸. Une thèse, soutenue la même année à Toulouse, souligne que les techniques de réparations « laissent souvent un périnée très douloureux pendant les suites de couches [...] Les suppurations ne se montrent pas exceptionnelles [...] suivies parfois de désunion complète ou partielle nécessitant une restauration secondaire tardive »⁹⁵⁹. En 1965, le D^r Danièle Azéma-Odoul constate encore les conséquences invalidantes d'épisiotomie mal réparées⁹⁶⁰. Elle a ainsi interrogé 85 anciennes accouchées : 42 ont répondu, douze d'entre elles présentent des douleurs entraînant « des rapports douloureux » depuis leur épisiotomie⁹⁶¹, soit 28 % des femmes, plus d'une femme sur quatre. La douleur qui en résulte affecte obligatoirement la vie sexuelle des femmes jusqu'à « la frigidity et la mésentente conjugale qui peut en résulter »⁹⁶². Pourtant sur les 21 gynécologues-accoucheurs de Marseille, interrogés à leur tour, la moitié seulement citent « de très rares cas de dyspareunie » et la plupart qualifient les suites des épisiotomies de « satisfaisantes »⁹⁶³. Trois d'entre eux se distinguent. Le D^r Gavaudan note « qu'il existe une catégorie de femmes nerveuses qui « pavoisent en épisiotomisées »⁹⁶⁴, on appréciera l'expression. Le D^r Verdet signale celles qui « souffrent après ce laps de temps (trois semaines), le plus souvent il s'agit de

⁹⁵⁶ A. Pontonnier, "L'épisiotomie n'est pas un geste mineur", *Toulouse Médical*, n° 11, décembre 1957, p. 1027-1038.

⁹⁵⁷ J. Kreis, "De la suture du périnée après l'accouchement", *Le Concours médical*, n° 47, 19 novembre 1949, p. 2655.

⁹⁵⁸ A. Pontonnier, *article cité*, 1957, p. 1027-1028.

⁹⁵⁹ Roland Waysbort, *thèse citée*, 1957, f. 29.

⁹⁶⁰ Danièle Azéma-Hodoul, L'épisiotomie, ses indications, sa technique, ses résultats, Thèse, Marseille, 1965, n° 131.

⁹⁶¹ Danièle Azéma-Hodoul, *thèse citée*, thèse, 1965, f. 60-61.

⁹⁶² Danièle Azéma-Hodoul, *thèse citée*, thèse 1965, f. 22.

⁹⁶³ Danièle Azéma-Hodoul, *thèse citée*, thèse 1965, f. 64-88.

⁹⁶⁴ Danièle Azéma-hodoul, *thèse citée*, 1965, f. 74.

femmes névrosées ; on en trouve environ 10 % »⁹⁶⁵. Enfin, le D^r Verdeuil pense que les femmes qui se plaignent après une épisiotomie « sont le plus souvent des névrosées »⁹⁶⁶. Ces trois commentaires peu amènes reprennent le vieil argument de la névrose féminine pour justifier les plaintes des femmes sans remettre en cause la technique employée. On n'y trouve ni compassion ni volonté d'y remédier.

Les déchirures du périnée ne peuvent pas toujours être évitées. Comme pour l'épisiotomie, peu de médecins s'inquiètent de leur réparation. Les déchirures sont cutanées, elles peuvent aussi être plus profondes, musculaires. Elles restent fréquentes tout en étant sous-estimées selon « une vieille tradition » à seule fin, d'après le P^r Malinas, pour l'équipe médicale, de garder une bonne réputation et « de se glorifier d'un périnée intact »⁹⁶⁷. Il note que ces déchirures doivent être réparées même si « cette attitude heurte bien des habitudes établies » et ajoute : « il ne devrait pas être déshonorant de réparer les dégâts qui ont pu se produire malgré toutes les précautions prises pour les éviter »⁹⁶⁸. Cette insistance, en 1965, révèle combien la résistance doit être forte chez les sages-femmes à qui s'adresse cet article pour reconnaître ces « dégâts » puis pour les réparer, alors que les sages-femmes croient (faussement) « la réparation spontanée de ces lésions »⁹⁶⁹. Les conséquences pour les femmes sont graves : le professeur Malinas fait un tableau précis de ces problèmes en décrivant « un anneau vulvaire béant, un prolapsus de la paroi postérieure, une incontinence partielle, une cicatrisation douloureuse, parfois même de petits abcès chroniques résiduels »⁹⁷⁰.

Souvent, les femmes témoignent qu'elles ont été recousues sans anesthésie locale. Cette femme, par exemple, qui a accouché en 1971 : « On m'a recousue à vif ! Sans aucune anesthésie ! Le gynécologue estimait que, de toute façon, j'étais assez endolorie comme ça et que je ne sentirais rien. À un moment, je lui ai dit que s'il continuait comme ça il allait recevoir mon pied dans la figure. Mais il a continué en disant qu'il faisait de la dentelle ! Sa dentelle, j'ai su ce que c'était la nuit suivante »⁹⁷¹. Une autre déclare : « J'ai été recousue sans anesthésie. Ça faisait très mal. Et après, n'en parlons pas ! Pour les soins, oh ! Là ! Là ! Il y a des sages-femmes sadiques ! Dans ce métier tu trouves des femmes absolument merveilleuses, douces, délicates, mais il y en a d'autres qui sont sadiques et je te jure que tu comprends ! »⁹⁷². En cas de déchirure, être recousue est aussi douloureux : « J'ai été déchirée parce que la tête de Delphine

⁹⁶⁵ Danielle Azema-Hodoul, *thèse citée*, thèse 1965, f. 85.

⁹⁶⁶ Danielle Azema-Hodoul, *thèse citée*, 1965, f. 86.

⁹⁶⁷ Yves Malinas, "La réparation des petites déchirures du périnée sous anesthésie locale", *Maternité*, 14, n° 5, mai 1965, p. 157.

⁹⁶⁸ Yves Malinas, *article cité*, 1965, p. 160.

⁹⁶⁹ Yves Malinas, *article cité*, 1965, p. 160.

⁹⁷⁰ Yves Malinas, *article cité*, 1965, p. 160.

⁹⁷¹ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 34.

⁹⁷² Giselle Tichané, *op ; cité*, 1980, p. 39.

est passé trop vite et on m'a placé trois ou quatre agrafes. Ils ne m'ont pas fait d'anesthésie locale. Ca faisait comme une brûlure mais c'était supportable »⁹⁷³. Une autre rapporte pourtant que cette douleur lui a été insupportable : « J'arrivais à ne pas être dominée par la douleur. Mais ensuite, la couture des points, c'est ce qui é été le plus douloureux. [...] Je venais de faire un effort énorme, la petite était née, j'avais envie de me relâcher, et c'est à ce moment-là qu'il m'a cousue. Les points internes, je ne les ai pas trop sentis, mais les points externes sont très douloureux, je les ai difficilement encaissés. Ca m'avait révoltée ! »⁹⁷⁴.

C L'avenir gynécologique et sexuel de la femme

Les médecins sont bien conscients qu'il faut songer « à l'avenir gynécologique (de la femme) et aussi aux accouchements futurs éventuels », dans une perspective nataliste toujours affirmée⁹⁷⁵. Car une épisiotomie mal réalisée sans cicatrisation correcte peut compliquer les accouchements ultérieurs, en étant l'origine de « véritables éclatements vulvo-vaginaux laissant une cicatrice encore plus détestable »⁹⁷⁶. Le P^r Pontonnier s'en préoccupe aussi en 1956 : « Episiotomies prophylactiques et sutures intradermiques contribueront, nous en sommes persuadés, à réduire le nombre de ces femmes qui, farouchement, se retranchent dans une stérilité volontaire parce qu'elles redoutent bien davantage une déchirure que l'accouchement lui-même. »⁹⁷⁷. Lutter contre la douleur ressentie par les femmes est donc, toujours, une façon d'encourager les maternités. En 1957, dans le même registre, le P^r Pontonnier écrit : « Comment s'étonner si la femme conserve un plus mauvais souvenir de son épisiotomie que de son accouchement? [...] Comment s'étonner si cette question joue un rôle tellement important dans le conditionnement des femmes vis-à-vis de la parturition? ». Il conclut : « Mal suturée, les douleurs qu'elle a provoquées pendant de longues semaines peuvent laisser un souvenir tel que la femme se retranchera dans une stérilité volontaire »⁹⁷⁸. Il estime à « 10 % le nombre de cas de cicatrisation déficiente »⁹⁷⁹, ce qui concerne plusieurs milliers de femmes par an.

D'autres médecins se préoccupent de leur vie sexuelle après l'accouchement et l'épisiotomie. Dans son *Précis d'obstétrique* paru en 1950, le P^r Delmas note que les jeunes mamans doivent assurer la « reprise de la vie

⁹⁷³ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 44.

⁹⁷⁴ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 57.

⁹⁷⁵ P. Leroux et G. Michon, LEROUX Pierre, MICHON Guy, « L'épisiotomie », *Rev Fr Gyn et Obst*, février 1959, 54 (2), p.119-134, p. 132.

⁹⁷⁶ Danielle Azema-Hodoul, *thèse citée*, 1965, f45.

⁹⁷⁷ A. Pontonnier, "Episiotomie prophylactique", *Maternité*, V, n° 6, juin 1956, p. 185.

⁹⁷⁸ A. Pontonnier, "L'épisiotomie n'est pas un geste mineur", *Toulouse Médical*, n° 11, décembre 1957, p. 1028 et 1038.

⁹⁷⁹ A. Pontonnier, *article cité*, 1957, p. 1028.

ordinaire » sous l'angle de la sexualité. La femme, « envisage, sans prudence déplacée, le retour aux rapports sexuels, puisqu'aussi bien il s'agit de jeunes femmes dont le conjoint a pu se résigner, plusieurs semaines durant, à une difficile continence »⁹⁸⁰. La sexualité semble envisagée du point de vue d'une « hygiène » du couple et plus particulièrement du conjoint, frustré par des semaines d'attente. En 1957, le P^r Pontonnier signale qu'une déchirure ou une épisiotomie mal réparées peuvent « alors créer des conflits d'une extrême gravité entre les conjoints » et parle ensuite de « grave dyspareunie à l'origine de redoutables conflits conjugaux »⁹⁸¹. Le point de vue n'est plus centré ici sur la satisfaction sexuelle de l'époux mais sur celle du couple, ce qui constitue un véritable progrès. En 1957, toujours, le P^r Merger, auteur d'un manuel de base pour étudiants en médecine, note au chapitre « Episiotomie » : « La cicatrice peut rester douloureuse et provoquer la dyspareunie »⁹⁸². Le P^r Malinas confirme en 1965 : « une autre conséquence dont, à vrai dire, les malades ne parlent pas toujours volontiers, qui porte sur la fonction sexuelle avec des rapports sexuels parfois douloureux ; dans d'autres cas, une disparition de toute sensibilité et une anaphrodisie consécutive »⁹⁸³. En 1971, le P^r Robert insiste à son tour sur les conséquences parfois désastreuses de sutures du périnée mal faites : « Il est normal qu'une accouchée soit endolorie. [...] Mais celle-ci garde une douleur périnéale qui l'empêche de s'asseoir, qui s'exacerbe au contact au contact, lors des soins d'hygiène, et qui rendra les rapports sexuels immédiatement insupportables. On découvre [...] une cicatrice formant un bourrelet rouge, œdémateux, un peu suintant : un très banal granulome de cicatrice »⁹⁸⁴.

Progressivement, les médecins et le personnel médical sont amenés à prendre conscience du bouleversement, que peut apporter une épisiotomie ou une déchirure mal réparée à la vie sexuelle de la femme. Ainsi Béatrice Legay, sage-femme, parle, dans son mémoire de fin d'études d'une « intimité meurtrie ». Elle rapporte que les femmes épisiotomisées ont le souci de « l'aspect de leur vulve » car « cette intimité secrète, jusqu'alors réservée au plaisir, est bien souvent oedématisée, tuméfiée, douloureuse. [...] La béance vulvaire inquiète aussi. [...] Là aussi (il faut) dédramatiser » et faire toute une rééducation tactile et sensorielle du périnée. Il faut de même informer le couple et lui préciser que « les premiers rapports sont exceptionnellement gratifiés d'orgasmes chez la femme (par) crainte de la douleur »⁹⁸⁵.

Dans un autre registre, Anne Dutruge analysant la pratique de l'épisiotomie la rapproche de « l'excision et de l'infibulation ». Elle parle d'« une structure

⁹⁸⁰ P. Delmas, *Précis d'obstétrique*, Paris, éd. Baillière et fils, 1950, p. 220.

⁹⁸¹ A. Pontonnier, "L'épisiotomie n'est pas un geste mineur", *Toulouse Médical*, n° 11, décembre 1957, p. 1028 et 1038.

⁹⁸² Robert Merger, *Précis d'obstétrique*, Paris, Masson, 1957, p. 671.

⁹⁸³ Yves Malinas, *article cité*, 1965, p. 160.

⁹⁸⁴ Henry G. Robert, *opus cité*, 1971, p. 53.

⁹⁸⁵ Béatrice Legay, *article cité* 1990, p. 17 et 19.

rituelle », un rite initiatique, accepté tel quel par les femmes⁹⁸⁶. Laissons à cet auteur la responsabilité de son interprétation. Ce type de raisonnement rappellent les arguments employés pour justifier la passivité du corps médical français devant les douleurs de l'accouchement, avant les années cinquante⁹⁸⁷.

⁹⁸⁶ Anne Dutruge, *op. cité*, 1994, p. 143-144.

⁹⁸⁷ Ainsi, le D^r Salgues écrit dans sa thèse en 1823 que la douleur peut sembler « une épreuve initiatique nécessaire pour le retour à la santé », cité in Jean-Pierre Peter, *op. cité*, 1993, p. 47.

CHAPITRE 3 – LUTTER CONTRE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

L'expression « accoucher sans douleur » apparaît au XVIII^e siècle dans les *Mémoires d'un homme de qualité* d'Antoine Prévost d'Exiles, l'auteur de *Manon Lescaut*⁹⁸⁸. Il s'agissait alors d'une sorte d'analgésie hypnotique, qui aura son heure de gloire au siècle suivant en France. L'accouchement sans douleur est le terme générique pour tous les moyens (médicamenteux, anesthésiques, analgésiques, naturels) destinés à combattre la douleur de l'accouchement, il est employé dès la première thèse sur la question en 1858⁹⁸⁹. Il n'existe pas une méthode unique mais « une multitude de méthodes par lesquelles on s'efforce de rendre l'accouchement dénué de crainte, d'anxiété et de souffrances »⁹⁹⁰. À partir de 1952, « tant la littérature médicale que la grande presse tend à restreindre le sens de l'expression « accouchement sans douleur » à celui qui est réalisé par psychothérapie », à savoir la méthode de Fernand Lamaze⁹⁹¹. Pour plus de clarté, j'emploierai l'expression « accouchement sans douleur » pour qualifier toutes les méthodes employées, médicamenteuses ou naturelles, et l'expression « ASD » pour la méthode élaborée par le D^r Fernand Lamaze. Je la nommerai aussi « méthode-Lamaze » et méthode « psychoprophylactique » selon les termes scientifiques, conformes à l'appellation soviétique, car « la méthode de l'ASD est l'utilisation de la psychothérapie pour la prophylaxie de la douleur »⁹⁹². Les sources médicales emploient une autre appellation, « l'accouchement naturel » qui peut désigner une variante anglo-saxonne de l'accouchement sans douleur créée par le D^r Read ou la méthode Lamaze, toutes les deux proscrivant le recours aux médicaments⁹⁹³.

L'expression « sans douleur » est d'ailleurs régulièrement critiquée, pour les espoirs extraordinaires qu'elle peut faire naître chez les femmes. Le D^r Fernande Harlin, qui applique la méthode de Read, juge sévèrement ces dénominations : « Le choix est grand, du « sans douleur » au « conditionné », en passant par « sans crainte, sans appréhension, dirigé, contrôlé, naturel,

⁹⁸⁸ Philippe Brenot, *Les mots de la douleur*, Le Bouscat : L'Esprit du temps, 1992, p. 48.

⁹⁸⁹ L. Jeaucour, *Considérations sur l'accouchement naturel et sans douleur*, thèse de médecine, Paris, 1858.

⁹⁹⁰ Robert Merger et Pierre-André. Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 5.

⁹⁹¹ P. Muller, "L'accouchement sans douleur", *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1954, n° 4, p. 525.

⁹⁹² René Angelergues, "Perspectives nouvelles pour l'étude de la douleur", *La Raison*, n° 9-10, 1954, p. 148. Selon les auteurs de l'ouvrage *L'enseignement de l'accouchement sans douleur*, la méthode soviétique s'appelle ainsi dès 1949 et remplace le terme de psychothérapique employé jusque là, in Zelda Rennert, Blanche Cohen et Christiane Goirand, *op. cité*, 1962, p. 13.

⁹⁹³ Maurice Mayer, "La méthode dite de l'accouchement naturel en pratique hospitalière et privée", *AMIF*, n° 33 et 34, avril et mai 1955, p. 11-23 et p. 45-53.

conscient, voire même « pavlovien », « à la russe » ou « à l'américaine », - ces deux derniers termes rapprochant plus l'esprit de la gastronomie que de la parturition »⁹⁹⁴. Au delà de l'humour, le D^r Harlin reproche essentiellement à l'appellation « sans douleur » d'être un « slogan publicitaire qui frappe l'esprit des masses [...] Un coup de bombe » dans l'opinion, en faveur de la méthode Lamaze »⁹⁹⁵.

Le XX^e siècle n'a donc pas inventé l'accouchement sans douleur. Pourtant, en 1952, quand Fernand Lamaze expérimente pour la première fois l'ASD, inspiré des techniques soviétiques, il apparaît en pionnier. Les tentatives précédentes ont certes été nombreuses, en France et à l'étranger, mais elles sont restées marginales. L'ASD n'arrive pas dans un désert mais les techniques employées jusque là se limitent à des expériences variées, peu nombreuses et mal connues. L'ASD arrive aussi en plein baby-boom, il est soutenu par la formidable machine de propagande du PCF et correspond aux aspirations naissantes des femmes à maîtriser leur corps et en particulier la douleur de l'accouchement.

I Les méthodes d'accouchement sans douleur distinctes de l'ASD

Les médecins français et étrangers n'ont pas attendu les chercheurs soviétiques et le D^r Fernand Lamaze en 1952 pour expérimenter des méthodes diverses d'accouchement sans douleur. Aucune n'a cependant été appliquée à grande échelle, faute peut-être de résultats probants. Ces méthodes antérieures à 1952 sont nombreuses et certaines apparaissent carrément insolites, elles ressortent toutes pourtant de la volonté de délivrer les femmes de la douleur de l'accouchement.

Elles connaissent un regain d'intérêt à partir de 1952, car elles concurrencent alors l'ASD, méthode « soviétique », en pleine Guerre Froide. Néanmoins, un certain nombre des médecins français engagés contre la douleur de l'accouchement rejoignent alors Fernand Lamaze et appliquent souvent une méthode syncrétique, mêlant les résultats de leur recherche et ceux de l'ASD.

A En France

Le D^r Lanvin, en 1949, peut déclarer : « Depuis toujours les accoucheurs ont tenté, dans la mesure du possible, de supprimer ou du moins de diminuer les douleurs de l'enfantement »⁹⁹⁶. « Depuis toujours » ou presque, en effet, les chirurgiens et les dentistes, par exemple, ont recherché les moyens d'opérer sans douleur pour ne plus avoir à maintenir leurs patients de force sur la table

⁹⁹⁴ Fernande Harlin, *Douleur et enfantement*, Paris, Denoel, 1958, p. 70.

⁹⁹⁵ Fernande Harlin, *op. cité*, 1958, p. 70-71.

⁹⁹⁶ Lanvin, *Le Concours médical*, 30-7-49, n° 31, p. 1797-1798.

opératoire⁹⁹⁷ et les parturientes vont en bénéficier. Les principaux produits anesthésiques qui vont être adaptés aux accouchements sont découverts à partir de la seconde moitié du XIXe siècle. Les premières thèses en France sur la douleur de l'accouchement datent du XIXe siècle et du début du XXe : 1858⁹⁹⁸ puis 1878⁹⁹⁹, 1914¹⁰⁰⁰ et 1925¹⁰⁰¹. Ces médecins constatent néanmoins leur impuissance à soulager totalement les femmes : « la solution parfaite au problème de la souffrance obstétricale n'est pas encore trouvée » et le médecin en est parfois réduit à « user de son ascendant moral pour développer le courage (de la future mère) »¹⁰⁰².

Dès le XIXe siècle, des médecins pionniers emploient donc des moyens variés : usage de l'éther et du chloroforme à partir de 1847, de l'opium puis de la morphine à partir des années 1850-1875. Ce combat contre la douleur aboutit à la création des premiers analgésiques, actuellement considérée comme « La révolution du XIXe siècle », dans le domaine de l'obstétrique¹⁰⁰³. Les premières expériences sont tentées en Ecosse, où le P^r James Y. Simpson fait usage d'éther lors d'un accouchement, le 19 janvier 1847. « Sa publication dans des revues scientifiques et la correspondance entre savants permirent à la méthode de s'étendre rapidement dans les services de maternité d'Angleterre d'abord, puis quasi simultanément en Amérique et en France »¹⁰⁰⁴. Cette affirmation semble bien optimiste pour la France. Cependant, effectivement, dès la première publication de Simpson, un accoucheur français, le D^r Fournier-Deschamps, emploie l'éther avec succès lors de plusieurs accouchements¹⁰⁰⁵. Au même moment, le chirurgien-accoucheur français Paul Dubois utilise, lui aussi, de l'éther en février 1847, sur cinq primipares, « au travail long et pénible »¹⁰⁰⁶.

A la même époque les progrès réalisés dans la synthèse du chloroforme permettent de l'employer à grande échelle car il se révèle plus puissant, plus rapide, plus sûr (moins inflammable) que l'éther. En novembre 1847, le P^r Simpson utilise pour la première fois le chloroforme dans un accouchement,

⁹⁹⁷ François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, Éditions La Découverte, 2002, p. 82 à 119.

⁹⁹⁸ L. Jeaucour, *thèse citée*, 1858.

⁹⁹⁹ Drouet, *L'analgésie chloroformique dans les accouchements naturels*, thèse, Paris, 1878.

¹⁰⁰⁰ M. Lafay, *L'accouchement sans douleur. Contribution à l'étude de l'"antalgésine"*, thèse de médecine, Tours, 1914.

¹⁰⁰¹ A. Rathelot, *Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur du point de vue du médecin praticien*, thèse de médecine, Montpellier, 1925.

¹⁰⁰² A. Rathelot, *thèse citée*, Montpellier, 1925, p. 90.

¹⁰⁰³ Nathalie Meyer, *thèse citée*, 1997, f. 147.

¹⁰⁰⁴ Nathalie Meyer, *thèse citée*, 1997, f. 141.

¹⁰⁰⁵ Geneviève Barrier, *L'accouchement, avec ou sans douleur?*, Paris : Laffont, 1997, p. 60.

¹⁰⁰⁶ Nathalie Meyer, *thèse citée*, 1997, p. 142.

en imprégnant un mouchoir plaqué sur le nez et la bouche de la parturiente¹⁰⁰⁷. Le P^r Simpson finit par renoncer à l'utilisation de l'éther, gêné par certains de ses effets, et le remplace par le chloroforme. Le 7 avril 1853, le D^r Snow l'utilise pour soulager la reine Victoria lors de la naissance du prince Léopold, son huitième enfant, ce qui lui valut la reconnaissance de la reine et le titre de lord¹⁰⁰⁸. À partir de cette date le combat en faveur de l'emploi du chloroforme est définitivement gagné en Grande Bretagne malgré les risques d'arrêt cardiaque.

Les médecins français se montrent beaucoup moins enthousiastes que leurs collègues anglo-saxons. Trois ans après la reine Victoria, l'impératrice Eugénie accouche « dans la douleur » : « elle refusa le nouveau procédé, lui préférant les reliques de Sainte Marguerite » et souffrit atrocement¹⁰⁰⁹. En France, les médecins sont également très réservés devant les risques de mort subite attribué au chloroforme malgré les affirmations de ses partisans « il est l'agent anesthésique le plus sûr et le plus rapide [...] sans l'ombre d'un danger »¹⁰¹⁰. L'utilisation de ces substances, éther, chloroforme ou autres, donne donc lieu à des débats entre spécialistes, sans déboucher sur un usage systématique lors des accouchements. Les médecins n'éprouvent pourtant pas les mêmes réticences pour en user lors des opérations chirurgicales, à la différence des accouchements. Le D^r Geneviève Barrier attribue cette attitude de refus généralisé au fait que les médecins français sont des hommes, peu sensibles, et pour cause, aux douleurs de l'accouchement¹⁰¹¹.

À l'inverse, l'accouchement sous hypnose, parfaitement naturel, suscite l'engouement au XIX^e siècle. Il est défini comme « l'engagement affectif d'un sujet dans un rapport interpersonnel avec le thérapeute et avec le groupe, dont peut résulter, entre autres, une modification de sa sensibilité à la douleur »¹⁰¹². « Des expériences d'anesthésie hypnotique en obstétrique ont été faites en France par Liebault vers 1860 et entre 1880-1890, à la grande période de l'hypnose, par l'école de la Salpêtrière et par ses disciples à l'étranger »¹⁰¹³. À Nancy, un obstétricien, le P^r Bernheim la pratique vers 1891¹⁰¹⁴. En 1899, le D^r Paul Joire publie un article dans la revue *Hypnotisme et Psychophysiologie*, dans lequel il affirme que l'hypnose laisse la parturiente libre de sentir les contractions, ce qui lui permet un travail efficace, mais que celles-ci ne sont

¹⁰⁰⁷ Dominique Lecourt, dir., *Dictionnaire de la pensée médicale*, article "Obstétrique", Paris, PUF, Coll. Quadrige, 2004, p. 809.

¹⁰⁰⁸ Armand Notter, *L'accouchement sans douleur*, Lyon, Simep éditions, 1968, p. 19.

¹⁰⁰⁹ Nathalie Meyer, *op. cité*, 1997, f. 143.

¹⁰¹⁰ L. Jeaucour, *Considérations sur l'accouchement naturel et sans douleur*, thèse de médecine, Paris, 1858, n° 69.

¹⁰¹¹ Geneviève Barrier, *op. cité*, 1977, p. 66.

¹⁰¹² Cité par Robert Merger et Pierre-André. Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 66.

¹⁰¹³ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de Léon Chertok, p. 19. Léon Chertok fait allusion aux expériences du P^r Charcot en 1888.

¹⁰¹⁴ Nathalie Meyer, *thèse citée*, 1997, f. 143.

« nullement pénibles ». Il termine par ces mots : « Il ne suffit pas dans les accouchements de faire de l'antisepsie et rester spectateur impassible des douleurs contre lesquelles nous pouvons, et nous devons, lutter »¹⁰¹⁵. Cet effort reste cependant limité à un cercle très restreint d'accoucheurs français car l'hypnose nécessite une longue formation pour le médecin et ne peut résister à « la vague déferlante des procédés pharmaceutiques d'anesthésie à la même époque »¹⁰¹⁶.

A partir de la Libération, de nombreux articles décrivent dans la presse médicale les différents moyens employés pour soulager les douleurs de l'accouchement dans le contexte du baby-boom. En 1946, le XIIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française met cette question à l'ordre du jour : « Quelle doit être la conduite de l'accoucheur pendant l'accouchement dit « normal » ? Les rapports, publiés dans la revue *Gynécologie et Obstétrique* font le bilan des procédés existants¹⁰¹⁷.

Ces procédés sont variés, voire inattendus. J'ai renoncé à en dresser la liste exhaustive accompagnée de leurs mérites respectifs. Toutes les méthodes médicamenteuses pour calmer les douleurs de l'accouchement sont décrites dans un article du P^r Vignes en 1951 : elles vont du chloroforme aux barbituriques¹⁰¹⁸, à l'héroïne et à l'anesthésie péridurale¹⁰¹⁹.

Je me limiterai à citer plusieurs exemples significatifs pour illustrer les efforts des médecins français avant 1952. Quelques médecins continuent d'employer les moyens du siècle précédent. Alors que l'éther est totalement abandonné après 1945¹⁰²⁰, le P^r Vignes, répondant en 1950 à un questionnaire sur l'analgésie obstétricale, précise qu'il emploie toujours le chloroforme¹⁰²¹.

Autre exemple de permanence : des expériences d'accouchement sous hypnose sont menées dans les services de l'hôpital de la Pitié, de l'Hôtel-Dieu et de celui de la Charité à Paris, avec des résultats considérés comme positifs puisque « l'accouchée, à son réveil, fut surprise de n'avoir éprouvé aucune douleur »¹⁰²². Mais l'accouchement sous hypnose reste rare dans les années

¹⁰¹⁵ Nathalie Meyer, *thèse citée*, 1997, f. 144.

¹⁰¹⁶ Nathalie Meyer, *thèse citée*, 1997, f. 144.

¹⁰¹⁷ J. Snoeck et M. Rocmans, "L'analgésie obstétricale" et J. Gosselin "Analgésie et anesthésies exceptées", *Gynécologie et Obstétrique*, 1946, tome 45, n° 4, p. 257-287 et p. 292-298.

¹⁰¹⁸ Cette utilisation est "en vogue" après-guerre aux États-Unis mais elle est responsable de "décès et d'encéphalopathies parfois tardives"; en bref "un bilan véritablement catastrophique" selon le constat qu'en fait le D^r F. Thuile en 1954, in F. Thuile, *article cité*, 1954, p. 8.

¹⁰¹⁹ Henri Vignes, *op. citée*, 1951.

¹⁰²⁰ Bernard Jamain et R. Giraud, *L'analgésie obstétricale*, Paris, Masson, 1954, p. 56-57.

¹⁰²¹ Henri Vignes, "On ne supprime pas la douleur sans inhiber la fonction motrice", *La Vie Médicale*, novembre 1950, p. 13.

¹⁰²² Pierre Barbier, "L'accouchement sans douleurs par la psychothérapie", *Revue de Pathologie générale, comparée et hygiène*, n° 640, juillet 1952, p. 476-477.

cinquante. Le P^r Armand Notter relève que « l'hypno suggestion fut appliquée de façon très restreinte [...] sans aboutir à une application pratique satisfaisante »¹⁰²³. Circonstance aggravante, l'hypnose est formellement condamnée par le pape devant les membres du IV^e Congrès international des médecins catholiques le 29 septembre 1949 car elle est réputée entraîner « une indifférence affective à l'égard de l'enfant »¹⁰²⁴. À partir de 1952, les partisans de l'ASD cherchent à se démarquer de l'hypnose, qui, aux yeux d'une opinion médicale déjà très réticente, ne peut qu'affaiblir leur argumentation. Fernand Lamaze, dans son premier article sur l'ASD, écrit que celui-ci est « une méthode rationnelle, sans danger, qu'il ne faut pas confondre avec l'hypnotisme ni avec la suggestion »¹⁰²⁵. En 1956, déroulant l'historique de l'ASD, il y oppose les « insuffisances de l'hypnose » : l'hypnose est certes « inoffensive » mais elle reste « une méthode individuelle », inapplicable à l'échelle de tout un pays, elle n'est pas « à la portée de tous les médecins et de toutes les sages-femmes », surtout « elle se contente de « soigner » les douleurs considérées comme inévitables et nécessaires »¹⁰²⁶. En 1957, lors du congrès de la Société française de médecine psychosomatique, dans un rapport envoyé d'URSS, le P^r Velvovski, un des « pères » de l'ASD, précise : « les techniques hypnotiques sont abandonnées pour des motifs scientifiques et moraux. L'effort principal porte sur la prise de conscience, sur la participation active et raisonnée de la gestante »¹⁰²⁷. Cela n'empêche pas l'hypnose de connaître un regain d'application à partir des années soixante¹⁰²⁸. En 1962, le P^r Notter, à Lyon, expérimente le « training autogène » sur dix patientes. Il s'agit d'une technique de relaxation, « née de l'hypnose appliquée en neuropsychiatrie depuis 40 ans en Allemagne. Les femmes, qui en bénéficient, sont des patientes « à la limite de la névrose d'angoisse, avec insomnie ou hypocondrie », ces névroses ayant été accentuées par la grossesse. Après dépistage, elles sont préparées avec cette méthode, qui consiste en « une induction au calme rappelant la méthode Coué ». Les résultats sont très satisfaisants dans 70 % des cas. Pour le P^r Notter, cette méthode reste cependant d'application restreinte et ne peut être conseillée qu'aux « névroses »¹⁰²⁹. Le D^r Léon Chertok, pionnier de l'ASD, s'en détourne

¹⁰²³ Armand Notter, *L'accouchement sans douleur*, Lyon, Simep éditions, 1968, p. 19.

¹⁰²⁴ Cité dans Pierre et Aline Vellay, *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, Paris, Le Seuil, 1956.

¹⁰²⁵ Fernand Lamaze, "L'ASD", *Défense de la Paix*, n° 9, février 1952, p. 50. Il emploie les mêmes termes en décembre 1952 dans un article, signé avec Pierre Vellay, paru dans *La Gazette médicale de France*, n° 2- XII- 52, n° 23, p. 1445.

¹⁰²⁶ Fernand Lamaze, *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur ?*, Paris, Ed. Savoir et Connaître, 1956, p. 37.

¹⁰²⁷ Congrès de la Société française de Médecine Psychosomatique, "Compte rendu", *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai-juin 1956, p. 218.

¹⁰²⁸ Claude Jobert-Ruff, *thèse citée*, 1992, p. 84.

¹⁰²⁹ A. Notter, J. Guyotat, P. Hayem et M^{me} Revol, « Technique et résultat de la prophylaxie de douleurs de l'accouchement, par le training autogène de Schultz », *Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, t. 14, n° 1, 1962, p. 142-144.

à partir de 1963 au profit de l'hypnose qu'il juge « efficace mais (présentant) l'inconvénient de ne pas être applicable à la masse. [...] Elle constitue une expérience privilégiée et précieuse, nous le savons, mais encore faut-il reconnaître que nous en pouvons pas en expliquer scientifiquement les mécanismes »¹⁰³⁰. Il en devient le spécialiste français.

Les médecins français expérimentent aussi des méthodes totalement inattendues à partir de la Libération. En 1944, le D^r Benoit fait paraître un ouvrage vantant les bienfaits de sa méthode d'accouchement électrique¹⁰³¹. Cette pratique est vite abandonnée, l'appareil fournissant le courant se révélant peu efficace¹⁰³². L'action sur la douleur « paraît très inconstante et toujours limitée » entraînant de graves dangers pour le fœtus, de l'ordre de « 50 % d'enfants nés en état de mort apparente et de réanimation difficile »¹⁰³³ ! Cela n'empêche pas le D^r Benoit de vanter les résultats de l'« électro-obstétrique » en 1950 dans la revue *Clinique*¹⁰³⁴.

En 1948, un article médical signale l'action positive du chanvre indien sur la douleur de l'accouchement¹⁰³⁵. Le D^r Shlesinger se réclame d'une tradition remontant au XIX^e siècle, au Royaume-Uni et en France¹⁰³⁶, utilisant le chanvre indien pour son action sur la contraction utérine. Celui-ci est administré sous forme diluée, en lavement, et soulage, dès son utilisation, les douleurs de rein ressenties pendant de longues heures par la parturiente : « elle reprend courage, bavarde un peu, puis somnole. [...] Elle s'endort presque lors des plus grands intervalles »¹⁰³⁷. Le chanvre indien semble n'avoir été expérimenté qu'une seule fois car il s'agit du seul article relatant une telle expérience.

L'emploi du curare apparaît après-guerre, le D^r Chaillot soutient une thèse à Bordeaux en 1948 sur son utilisation lors des accouchements¹⁰³⁸. En 1949,

¹⁰³⁰ Léon Chertok, « L'accouchement sans douleur », *Cahiers d'anesthésiologie*, mars-avril 1966, 14, 1966, p. 157 et 174.

¹⁰³¹ Frédéric Benoit, *L'accouchement électrique*, Paris, Edition Jouve et Cie, 1944.

¹⁰³² Le P^r Lantuéjoul remarque en 1953 : "Qui met en œuvre encore actuellement "l'accouchement électrique", une des dernières découvertes proposées à l'admiration du public?", *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 12 mai 1953, p. 268.

¹⁰³³ Bernard Jamain et R. Giraud, *L'analgésie obstétricale*, Paris, Masson, 1954, p. 120.

¹⁰³⁴ Frédéric Benoit et Paul Robert Mimet, "Electro-obstétrique", *Clinique*, septembre 1950, p. 5-18.

¹⁰³⁵ Lydie Schlesinger, "De l'action du chanvre indien sur l'accouchement", *Semaine des Hôpitaux*, 2 décembre 1948, n° 90, p. 2929-2931.

¹⁰³⁶ Le chanvre indien ou haschich est ainsi cité dans un ouvrage français de gynécologie de 1934, où il est écrit qu'il est administré « en suppositoire » : André Binet et alt., *La douleur en gynécologie*, Paris, L'Expansion Scientifique Française, 1934, p. 223.

¹⁰³⁷ Lydie Schlesinger, *op. cit.*, p. 2930-2931.

¹⁰³⁸ A. Chaillot *Le curare au cours de l'accouchement*, thèse de médecine, Bordeaux, 1948, n° 174.

six articles paraissent simultanément sur ce produit ¹⁰³⁹. Pour ses partisans, grâce au curare, « les douleurs expulsives se trouveraient considérablement atténuées »¹⁰⁴⁰. Le P^r Vignes fait le point sur le curare en 1950¹⁰⁴¹. Le curare est en effet utilisable à doses « non curarisantes » au cours de la période d'expulsion comme analgésique, sous forme d'injection¹⁰⁴². Ainsi, les douleurs sont « réellement diminuées » jusqu'à la naissance de l'enfant, la parturiente devant parfois faire des efforts volontaires « en coordination avec les contractions utérines qu'elle ne perçoit pas »¹⁰⁴³. Quant à l'enfant, il crie aussitôt après la naissance ; les auteurs affirment : « Nous n'avons jamais constaté du fait de l'usage du curare ni apnée, ni cyanose, ni état de mort apparente »¹⁰⁴⁴ sur cinquante accouchements. Ensuite, le curare disparaît des revues médicales et, semble-t-il, des pratiques.

D'autres médecins adoptent plus radicalement l'anesthésie générale. Elle semble limitée en France aux cas exceptionnels, car elle comporte des risques (même minimes) pour le fœtus alors qu'aux États-Unis le P^r Merger la qualifie de « routine » à la fin des années 50¹⁰⁴⁵. Elle est critiquée systématiquement par les deux écoles d'accouchement sans douleur « naturel » : celle de Read et celle de Lamaze. Le D^r Read lui reconnaît le grand mérite d'obtenir « des résultats magnifiques dans les services compétents » et de réduire « les dangers des accouchements dystociques dont elles (ces techniques) atténuent ou suppriment

¹⁰³⁹ E. Casalta, J.R. Henry et J. Bimar, "Nouvelles observations concernant l'utilisation du curare en obstétrique", *Bulletin de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, tome 1, 1949, n° 5, p. 524-526.

Bernard Jamain, "Emploi du curare en accouchement", *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1949, 25, n° 38, p. 1654.

Laborit H. et Chaillot A. "Utilisation du curare à dose neuro-végétative dans l'accouchement eutocique", *Presse Médicale*, 1949, 57, n° 12, p. 167.

A. Laffont, A. Farragi et A. Cacavelli, "L'association curare-protoxyde d'azote dans l'analgésie obstétricale", *Bulletin de l'Association des gynécologues et Obstétriciens de langue française*, tome 1, 1949, n° 3, p. 270-272.

Robert Merger et Georges, « L'emploi du curare pendant l'accouchement », *Bulletin de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, tome 1, 1949, n° 1, p. 25-26.

G. Surot et Max Sureau, "Contribution à l'étude du curare à doses "non curarisantes" en obstétrique au cours de la période d'expulsion", *Bulletin de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, tome 1, 1949, n° 3, p. 240-243.

¹⁰⁴⁰ J. Ravina, Chambrud R. et Giraud, « L'obstétrique en 1949 », *Paris, Médical*, 18-2-1950, p. 102.

¹⁰⁴¹ Henri Vignes, « L'emploi du curare en obstétrique », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 18-7-1950, p. 2578.

¹⁰⁴² G. Surot et Max Sureau, *op. cité*, 1949, p. 240.

¹⁰⁴³ G. Surot et Max Sureau, *op. cité*, 1949, p. 241.

¹⁰⁴⁴ G. Surot et Max Sureau, *op. cité*, 1949, p. 241.

¹⁰⁴⁵ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 43.

effectivement les douleurs ». Mais ces anesthésies générales ne doivent s'appliquer, de son point de vue, qu'aux accouchements dystociques, soit 5 % des accouchements¹⁰⁴⁶. Cette technique, très confortable pour la mère et l'accoucheur, a un inconvénient majeur aux yeux des praticiens français de l'ASD : la mère est « frustrée d'une joie de qualité exceptionnelle », celle de la naissance de son enfant. Elle « ne conserve pas un mauvais souvenir de son accouchement, elle n'en conserve pas de souvenir du tout »¹⁰⁴⁷. Ce qui amène le P^r Hartemann à remarquer que peut naître chez la femme « l'inquiétude qui, dans ce dernier cas, existe souvent sur l'identité de cet enfant »¹⁰⁴⁸. Le vieux fantasme de la substitution d'enfant après l'accouchement serait donc favorisé par l'anesthésie générale. Le D^r Vellay peut renchérir : « La mère que l'on prive de la joie d'entendre le premier cri de l'enfant qu'elle a fait naître de ses propres forces, est frustrée d'une sensation heureuse d'accomplissement, qu'aucun autre événement dans sa vie ne pourra lui procurer »¹⁰⁴⁹.

A l'opposé de ces efforts un peu dispersés, deux écoles se distinguent en France par leurs recherches en vue de lutter contre la douleur de l'accouchement : celle de Strasbourg et celle de Lyon¹⁰⁵⁰. « L'accouchement médical » naît vers 1925 avec l'Ecole de Strasbourg : « Ils sont partisans de la rupture précoce de la poche des eaux qui permet une accélération de la dilatation »¹⁰⁵¹. Quelques années plus tard, en 1931 à Lyon, les P^r Voron et Pigeaud¹⁰⁵² s'inspirent des travaux de Strasbourg en les modifiant pour aboutir à « l'accouchement dirigé »¹⁰⁵³. Deux thèses sont soutenues en 1933¹⁰⁵⁴ puis en 1938-39¹⁰⁵⁵. Leur méthode est destinée, comme la précédente, à « accélérer les accouchements »¹⁰⁵⁶. Elle consiste à rompre précocement la poche des eaux et à lutter ensuite contre les phénomènes spasmodiques, pouvant entraîner des conséquences fâcheuses pour la femme et l'enfant, par l'injection de médicaments par voie intramusculaire pendant toute la durée de la dilatation. Le nom d'« accouchement dirigé » montre l'état d'esprit qui anime ces médecins :

¹⁰⁴⁶ G. D. Read, "La suppression de la douleur de l'accouchement", *Gynécologie et Obstétrique*, 1958, t.57, n° 5, p. 548.

¹⁰⁴⁷ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 44-45.

¹⁰⁴⁸ Jean Hartemann, *article cité*, 1959, p. 5595.

¹⁰⁴⁹ Pierre Vellay, *article cité*, septembre 1965, p. 19.

¹⁰⁵⁰ Citées par Maurice Lacomme, "Leçon inaugurale", *La Presse médicale*, 12-1-1952, p. 24.

¹⁰⁵¹ Maurice Lecomte et Jacques Battard, « Conceptions actuelles de l'accouchement médical », *Revue du Praticien*, 1954, t.IV, n° 6, p. 459.

¹⁰⁵² Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 80.

¹⁰⁵³ J. Voron et Henri Pigeaud, « Quelques précisions à propos de l'accouchement dirigé », *Gynécologie et Obstétrique*, 1938, p. 94.

¹⁰⁵⁴ Jurus, De l'innocuité et de l'efficacité de divers procédés destinés à accélérer la marche du travail, thèse de médecine, Lyon, 1933.

¹⁰⁵⁵ G. Berrier, *Étude sur 100 observations d'accouchement dirigé*, thèse Lyon, 1938-1939, n° 6. Les 100 observations ont été effectuées en 1937.

¹⁰⁵⁶ G. Berrier, *thèse citée*, Lyon, 1938-1939, n° 6, f. 11.

l'accouchement y est en effet tout entier dirigé par l'accoucheur, selon un protocole qui ne laisse aucune latitude à l'accouchée. En 1954, dans un article du *Progrès médical*, le P^r Pigeaud décrit de nouveau cet « accouchement dirigé » qu'il applique selon le même protocole et qualifie d'accouchement « à douleurs atténuées »¹⁰⁵⁷. L'accouchement dirigé est-il fréquent ? Nous pouvons consulter les statistiques de la Maternité Baudelocque, à Paris. D'après le D^r Paulette Bauer, en 1947, sur 3002 accouchements effectués à Baudelocque, seuls 19 étaient des accouchements dirigés¹⁰⁵⁸.

D'autres médecins emploient des médicaments antispasmodiques pour diminuer la sensation de douleur¹⁰⁵⁹. Les antispasmodiques utilisés favorisent, là encore, la progression du travail et sa régularité ; ils atténuent ainsi la douleur¹⁰⁶⁰.

Il s'agit donc en général de techniques très médicalisées, différentes de celles de Read et de Lamaze. Elles sont abandonnées progressivement à partir de 1952 au profit de l'ASD ou d'une méthode mixte conciliant méthode Lamaze et injection de produits médicamenteux au moment de l'expulsion.

A Lyon, les P^r Notter et Pigeaud pratiquent dans les années cinquante « l'accouchement psychophysique » ou « conditionné »¹⁰⁶¹, « assimilant successivement l'expérience de G.D. Read puis celle de I. Nicolaïev (méthode soviétique) »¹⁰⁶². En 1958, le P^r Hanon, gynécologue-accoucheur à l'hôpital Baudelocque à Paris, fait paraître un ouvrage sur l'accouchement conditionné¹⁰⁶³. Rejetant l'appellation d'accouchement sans douleur, il préconise le conditionnement des futures accouchées, à savoir « un enseignement qui permet à la femme de connaître d'avance, pour être à même de les exécuter correctement, certains exercices¹⁰⁶⁴ qui lui permettront de moins souffrir ou même de ne pas souffrir. [...] Il convient de ne pas renoncer aux médicaments antispasmodiques et anti antalgiques, [...] dépourvus d'action latérale susceptible de créer des entraves à la mise en œuvre des possibilités du conditionnement, [...] et du libre exercice de la volonté pendant l'accouchement. Ainsi pourrions-nous contribuer à libérer les femmes de leur antique servitude par des moyens nouveaux, permettant ainsi à certaines de

¹⁰⁵⁷ Henri Pigeaud, « L'accouchement à douleurs atténuées », *Progrès Médical*, n° 19, 10-10-1954, p. 379.

¹⁰⁵⁸ Paulette Bauer, *Le fonctionnement de la Maternité Baudelocque*, thèse de médecine, Paris, 1951, n° 31, p. 37.

¹⁰⁵⁹ Lanvin, *article cité*, 1949.

¹⁰⁶⁰ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 40.

¹⁰⁶¹ Armand Notter et M. Bertrand, *op. cité*, p. 352.

¹⁰⁶² Armand Notter, *L'accouchement sans douleur*, Lyon, Simep éditions, 1968, p. 20.

¹⁰⁶³ F. Hanon, « L'accouchement conditionné », *Revue Médicale Française*, t. 39, n° spécial, 1958, 128 p.

¹⁰⁶⁴ Ces exercices consistent 30 à 40 respirations contrôlées lentes et profondes qui seront associées à l'exercice de relaxation musculaire, in F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 107.

passer à travers les mailles du filet des pénibles nécessités naturelles »¹⁰⁶⁵. Le P^r Hanon veut donc concilier toutes les techniques de lutte contre la douleur de l'accouchement qu'elles soient médicamenteuses ou naturelles. Remarquons le style de l'auteur.

Ces diverses techniques rendent-elles réellement les accouchements sans douleur ? Nous pouvons exceptionnellement confronter les jugements des médecins avec les témoignages de patientes recueillis et publiés en 1956 par le D^r Vellay et sa femme dans un ouvrage favorable à l'ASD. Ces témoignages condamnent tous l'anesthésie générale ou partielle au profit l'ASD, ce qui n'est guère étonnant. Une patiente, qui doit subir une épisiotomie lors de son accouchement aux Bluets, relate : « Avant de la pratiquer (cette épisiotomie), il (le docteur) me demanda si je voulais du chloroforme. Naturellement, je refusai. Je voulais vivre cette dernière image du film, sentir l'enfant naître de moi »¹⁰⁶⁶. Une autre patiente, M^{me} Mattei note que l'ASD « est bien supérieure aux méthodes d'anesthésie où la parturiente « ne sent rien », se réveille après la naissance de l'enfant qu'on lui a enlevé comme on ôte un appendice, tandis que dans notre accouchement si l'accoucheur est un chef d'orchestre, l'accouchée est le premier violon... »¹⁰⁶⁷. Une autre patiente des Bluets : « Si je redoutais la douleur, je craignait tout autant l'anesthésie au moment de la phase d'expulsion qui annihile totalement la mère, qui l'empêche de réaliser son accouchement »¹⁰⁶⁸.

Les méthodes médicamenteuses restent finalement rarement utilisées en France avant et après 1952. Elles ont mauvaise réputation par les risques qu'elles font courir à la femme ou à l'enfant. Elles sont employées par des praticiens spécialistes et expérimentés peu nombreux et ne concernent qu'une petite minorité de femmes. Pour les médecins, engagés dans la bataille de l'ASD, l'anesthésie, quel que soit le produit employé, reste un pis-aller, utile à la rigueur au moment de l'expulsion. Ils approuvent le D^r Read quand il écrit : « Au lieu d'éducation, on emploie des anesthésiques, les drogues sont l'antidote de l'incompréhension. [...] Le plus grand et (le) moins dangereux des anesthésiques que nous possédons, à savoir la suggestion »¹⁰⁶⁹.

Ces sources médicales nombreuses démontrent le dynamisme de la lutte contre la douleur de l'accouchement : pression des chercheurs qui exploitent un nouveau champ à partir du moment où la sécurité de l'accouchement est assurée? Pression des femmes, de l'opinion? Le P^r Maurice Mayer, gynécologue accoucheur à l'hôpital Saint Antoine à Paris évoque la pression du public et des médias : « C'est en effet là un sujet dont on parle beaucoup, plus encore dans le public et la presse d'information que dans les milieux et publications

¹⁰⁶⁵ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 124-125.

¹⁰⁶⁶ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 52.

¹⁰⁶⁷ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 71.

¹⁰⁶⁸ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 87.

¹⁰⁶⁹ G. D. Read, *op. cité*, 1953, p. 99 et 101.

médicaux »¹⁰⁷⁰. Dans un article de la revue *La Semaine des hôpitaux*, toujours en 1950, le professeur Greenhill, de Chicago, critique cette pression de l'opinion : « Le public a forcé la main aux médecins pour qu'ils fassent de plus en plus d'anesthésie et d'analgésie en obstétrique », entraînant des excès qui ont fait prendre des risques aux praticiens et à leurs patientes¹⁰⁷¹. S'agit-il d'une réelle pression des femmes ou d'un topos commode pour justifier ces recherches et ces excès?

B À l'étranger

Les revues médicales françaises comportent souvent une rubrique informant les lecteurs des pratiques en cours à l'étranger, Europe et Amérique du Nord essentiellement.

Les médecins français peuvent constater le fossé qui sépare leurs points de vue de ceux des Anglo-saxons. « L'état d'esprit des accoucheurs américains (est) très différent du notre, non seulement en ce qui concerne l'accouchement lui-même mais aussi en ce qui concerne la recherche scientifique » notent en 1946 les D^r Lepage et Gueguen en citant des statistiques portant sur 10 000 anesthésies réalisées aux États-Unis pour des accouchements¹⁰⁷². Cette pratique existe bien en France mais à une échelle très limitée sans commune mesure avec cet exemple.

Au Royaume-Uni, aussi, les pratiques diffèrent de celles de la France. En 1947, le D^r Feghali, après une visite aux hôpitaux de Manchester, Londres et Oxford, note que l'utilisation du chloroforme et du protoxyde d'azote y est systématique. Pour vérifier l'action de ce dernier produit, il l'auto expérimente et constate que « l'analgésie à cette dose ne peut entraver la contraction volontaire des muscles de la parturiente qui peut toujours s'en servir à volonté pour aider l'accouchement »¹⁰⁷³. En 1949, le D^r Gueguen, après un séjour à Londres¹⁰⁷⁴, insiste sur l'importance de l'analgésie dans les accouchements, à la différence de la France : « Toutes les femmes au travail reçoivent systématiquement des produits analgésiques »¹⁰⁷⁵. Il cite des chiffres : « en mars 46, 42 % des femmes anglaises étaient analgésiées au cours de leur travail

¹⁰⁷⁰ Maurice Mayer, *op. cité*, 1950, p. 26.

¹⁰⁷¹ J.P. Greenhill "Dangers de l'anesthésie rachidienne en obstétrique", *La Semaine des Hôpitaux*, n° 14, 22 février 1950, p. 610.

¹⁰⁷² F. Lepage et Y. Gueguen, "Anesthésie épidurale continue. Une nouvelle méthode d'anesthésie obstétricale", *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, octobre 1946, p. 328.

¹⁰⁷³ Abdo Feghali, "L'évolution de l'anesthésie et de l'analgésie en obstétrique", *Gynécologie et Obstétrique*, 1947, p. 484. On peut remarquer que son auto expérimentation ne peut l'amener à une telle conclusion, il a dû l'effectuer sur un autre muscle que l'utérus !

¹⁰⁷⁴ J. Gueguen, "Impression d'un séjour dans les services d'obstétrique et de gynécologie de Londres", *Gynécologie et Obstétrique*, 1949, n° 3 du tome 1, rubrique "Variétés", p. V à XI; puis n° 4 du tome 1, p. XI à XV

¹⁰⁷⁵ J. Gueguen, *op. cité*, 1949, p. XI.

[...] En décembre 48, ce pourcentage avoisinait probablement 95 à 100 % »¹⁰⁷⁶. On est loin des pratiques françaises ; il n'existe pas de statistiques sur le sujet en France mais tout indique que seule une minorité de femmes bénéficie d'une analgésie. L'auteur remarque d'ailleurs que « les femmes anglaises considèrent que le médecin, en pratiquant l'analgésie obstétricale, remplit un élémentaire devoir d'humanité et il lui est bien difficile actuellement de se soustraire à cette obligation »¹⁰⁷⁷. Plus encore, les accoucheurs anglais, « loin de freiner cette évolution, semblent au contraire l'encourager » et le nombre d'anesthésistes est « considérable »¹⁰⁷⁸. Cet article témoigne donc de la banalisation de la lutte contre la douleur de l'accouchement en Angleterre et même de l'enthousiasme du corps médical britannique. Les pays anglo-saxon constituent donc des exemples positifs pour les médecins français qui veulent impulser de nouvelles pratiques.

La référence historique absolue en matière d'accouchement sans douleur est d'ailleurs un médecin britannique, le D^r Grantly Dick Read. Il fait figure, dans le monde anglo-saxon, de pionnier en matière d'« accouchement naturel » à l'opposé des pratiques d'anesthésie décrites ci-dessus. Son œuvre date d'avant la Seconde Guerre mondiale mais il est peu connu en France avant les années cinquante et la polémique avec l'ASD. L'ouvrage qui expose sa méthode, *Natural Childbirth*, paru en 1933 en Grande Bretagne, n'est traduit en français que vingt ans plus tard en 1953¹⁰⁷⁹. En 1947, il est néanmoins reçu à la célèbre clinique Tarnier, rue d'Assas à Paris, dépendant de l'hôpital Cochin, par le P^r Lantuéjoul¹⁰⁸⁰. La conférence qu'il donne à cette occasion est retranscrite en août 1949 dans la revue *Le Progrès médical*¹⁰⁸¹ et un de ses articles pour *The British Medical Journal* fait l'objet d'un rapide compte-rendu dans la revue spécialisée des gynécologues obstétriciens de langue française¹⁰⁸². Il est reçu, tardivement, pour une autre conférence par l'Académie Nationale de Médecine le 25 mai 1954¹⁰⁸³. Il intervient ensuite lors des « Journées d'études sur les méthodes psychologiques en analgésie obstétricale » le 7 avril 1957 à la faculté de médecine de Paris où il réaffirme le fondement de sa théorie sur la douleur de l'accouchement « la triade : crainte-tension-douleur »¹⁰⁸⁴.

¹⁰⁷⁶ J. Gueguen, *op. cité*, 1949, p. XI.

¹⁰⁷⁷ J. Gueguen, *op. cité*, 1949, p. XI.

¹⁰⁷⁸ J. Gueguen, *op. cité*, 1949, p. XI.

¹⁰⁷⁹ D^r Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 59.

¹⁰⁸⁰ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 46.

¹⁰⁸¹ G. D. Read, "La physiologie du travail normal", *Le Progrès médical*, n° 15-16, 10-24 août 1949, p. 347-351.

¹⁰⁸² J. Gueguen, « Compte rendu », *BSFGOLF*, 1949, p. 424-425.

¹⁰⁸³ G. D. Read, "L'accouchement naturel", *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 25-5-54, t.138, n° 16-17-18, p. 263-267.

¹⁰⁸⁴ Compte rendu de « Journées d'études sur les méthodes psychologiques en analgésie obstétricale, 7 avril 1957, Paris » *Le Concours médical*, 8 février 1958, p. 702.

Le « Natural Childbirth » de Read, ou accouchement naturel, est donc une technique antérieure à la méthode Lamaze. Il est parfois qualifié d'accouchement « sans crainte » puisqu'il veut lutter essentiellement contre la peur de l'accouchement, responsable, selon Read, des douleurs ressenties par les femmes. Le D^r Read part d'un principe clef : « la civilisation et la culture sont responsables de certaines influences qui ont agi sur l'esprit des femmes et y ont introduit la peur de l'accouchement »¹⁰⁸⁵. Pour Read : « il n'y a pas de fonction physiologique dans le corps humain qui soit cause d'une douleur, tant que le corps est en bonne santé »¹⁰⁸⁶. L'accouchement est une fonction physiologique normale, semblable à la fonction respiratoire, digestive, sexuelle qui ne causent pas de douleurs dans des conditions normales et « ne deviennent douloureuses que lorsque leur physiologie est troublée »¹⁰⁸⁷. Mais « la peur inhibe » et entraîne une « contracture » des muscles et donc une réelle douleur « car l'utérus est doté de nerfs qui enregistrent la douleur résultant d'une tension musculaire exagérée »¹⁰⁸⁸. Les P^r Lantuéjoul et Merger l'interprètent ainsi : « La civilisation et les croyances ont introduit dans l'esprit de la femme la *peur* de l'accouchement. Cette peur, jointe à celle de souffrir, donnent naissance à des réflexes de défense qui engendrent la tension des muscles, et partant la douleur réelle, et s'opposent au relâchement musculaire normal, à l'accouchement naturel. Peur, douleur, contracture sont les trois éléments inséparables de l'accouchement d'aujourd'hui.[...] La douleur est donc un élément artificiel d'apport, qu'on ne pourra supprimer qu'en supprimant d'abord la peur. [...] La peur est le plus puissant ennemi de l'accouchement naturel. [...] Un intrus, la peur, est venu détruire l'harmonie préétablie. Et la cause de la peur, c'est la faute de l'homme avec ses croyances, ses écrits, ses idées fausses »¹⁰⁸⁹.

Read associe donc, pour préparer ses patientes à l'accouchement, une action psychologique à une action physique. Il veut détruire la peur chez ses patientes en créant des relations de confiance par des conversations répétées et personnelles avec l'accoucheur. Il veut y parvenir en éduquant les parturientes, en leur apprenant des notions d'anatomie et de physiologie sur la conception, la grossesse, l'accouchement pour supprimer la peur de l'inconnu. Il y ajoute une préparation physique avec des exercices musculaires et respiratoires, une « gymnastique » qui éduque la respiration pour assurer une meilleure oxygénation (respiration tantôt haletante tantôt profonde), accompagnée

¹⁰⁸⁵ G. D. Read, *L'accouchement sans douleur*, Paris, Ed. Colbert, 1953, p. 10.

¹⁰⁸⁶ G. D. Read, *op. cité*, 1953, p. 19.

¹⁰⁸⁷ G. D. Read, *article cité*, 1958, p. 548.

¹⁰⁸⁸ G. D. Read, *op. cité*, 1953, p. 10.

¹⁰⁸⁹ Pierre Lantuéjoul et Robert Merger, *article cité*, 30 mai 1954, p. 2199.

d'exercices de décontraction musculaire ¹⁰⁹⁰ et destinée « à assouplir la musculature abdominale et le jeu des articulations pelviennes »¹⁰⁹¹.

Sa méthode n'a jamais reçu d'application à grande échelle, ni au Royaume-Uni ¹⁰⁹² (même si elle pratiquée à Londres dans les années 50¹⁰⁹³), ni en France. Par contre, elle est couramment utilisée aux États-Unis dans de nombreux hôpitaux¹⁰⁹⁴. Le D^r Read y connaît une consécration au début des années cinquante. Après une tournée de conférences dans les grandes universités, le magazine *Life* lui consacre sa couverture et un article de vingt pages, en 1950¹⁰⁹⁵. Malgré ce succès Outre-Atlantique, le D^r Read déclare être « un homme seul dont la voix se perd dans le désert »¹⁰⁹⁶. Il déclare selon Colette Jeanson en 1954 : « Je me faisais l'effet d'un boxeur poids plume, affrontant sur le ring une douzaine de poids lourds professionnels [...] Car, ce que 98 % des femmes ont ressenti, ce que 100 % des médecins enseignent ou ont enseigné depuis que l'homme est devenu civilisé, constitue une forteresse presque inexpugnable »¹⁰⁹⁷.

En France, Read est cité, sans plus, dans les thèses de médecine¹⁰⁹⁸ ainsi que dans les articles consacrés aux douleurs de l'accouchement. Sa méthode est assimilée à de « sages règles d'hygiène mentale » qui, « à elles seules, ne résolvent pas le problème de l'analgésie obstétricale »¹⁰⁹⁹. Le P^r Mayer applique sa méthode à Paris, à l'hôpital Saint Antoine, à partir de 1948 après une visite à la Maternité de Birmingham où travaille Read. Le P^r Mayer constate qu'à Birmingham la Maternité « située dans une vaste cité industrielle comporte un aspect général bien plus proche de celui de nos maternités de l'Assistance Publique » que les établissements américains qu'il avait visités auparavant ¹¹⁰⁰. Les patientes y sont des femmes d'ouvriers, ouvrières elles-mêmes et

¹⁰⁹⁰ Cette méthode est décrite très précisément dans Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 49-50.

¹⁰⁹¹ H. Vermelin, "Le problème actuel de l'accouchement", *Revue Médicale de Nancy*, janvier 1955, p. 6.

¹⁰⁹² Le P^r Vermelin note dans un article : "la méthode de Read [...] n'avait guère eu d'adeptes dans son pays et n'en eut pas davantage en France", in "Le problème actuel de l'accouchement", *Revue Médicale de Nancy*, janvier 1955, p. 6.

¹⁰⁹³ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-1954, t.138, n° 3, p. 53.

¹⁰⁹⁴ Dominique Lecourt, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 2004, p. 809.

¹⁰⁹⁵ D'après Marie-France Morel, lors de son intervention sur la méthode de Read, en septembre 2002, lors du colloque consacré à l'ASD à Châteauroux.

¹⁰⁹⁶ G. D. Read, *L'accouchement sans douleur*, Paris, éd. Colbert, 1953, p. 75.

¹⁰⁹⁷ Colette Jeanson, *op. cité*, 1954, p. 122.

¹⁰⁹⁸ Jacques Bonhomme, *thèse citée*, 1950, f. 48-49.

¹⁰⁹⁹ J. Snoeck et M. Rocmans, "L'analgésie obstétricale", *Gynécologie et Obstétrique*, tome 45, n° 4, 1946, p. 276.

¹¹⁰⁰ Maurice Mayer et Jacques Bonhomme, "La méthode de l'accouchement naturel", *La Vie médicale*, septembre 1953, p. 756.

appartenant pour la plupart aux classes défavorisées. La technique de Read s'y révélant parfaitement réalisable, il décide de l'appliquer à l'hôpital Saint Antoine. Cependant le P^r Mayer n'imité pas servilement la méthode de Read : il recourt aux analgésiques si nécessaire car il veut apporter « la meilleure des assistance aux patientes »¹¹⁰¹. Il travaille ainsi jusqu'en 1953 date à partir de laquelle il applique l'ASD. Le P^r Lepage l'emploie aussi à la Maternité Saint-Vincent de Paul à Paris, à partir de 1949¹¹⁰². Dans un article de 1955, il estime qu'il est difficile d'évaluer cette méthode mais il lui attribue « un changement d'atmosphère des chambres de travail où règnent le silence et le calme », le meilleur des arguments en faveur des travaux de Read¹¹⁰³.

La méthode de Read est cependant très critiquée par les médecins français, qu'ils soient abstentionnistes devant la douleur ou partisan de l'ASD. Si la méthode de Read est d'une innocuité absolue, condition *sine qua non* pour être mise en œuvre, elle coûte cher : « elle augmente d'environ 30 % le prix de revient moyen d'un accouchement normal en milieu hospitalier » par la nécessaire présence continue auprès de la femme d'un personnel médical ou paramédical expérimenté¹¹⁰⁴. Elle reste donc quasi confidentielles pour des questions de coût mais aussi à cause de la méfiance qu'elle inspire aux praticiens français¹¹⁰⁵. Ceux-ci sont nombreux à trouver que Read n'apporte rien de nouveau car « les rapports de confiance entre le médecin et sa patiente sont aussi vieux que la médecine »¹¹⁰⁶. En 1953, le P^r Lantuéjoul en fait un bilan mitigé : « les résultats ne sont pas extraordinaires. [...] Dire qu'on a procuré à ces femmes un accouchement sans douleur est un abus de langage. Mais on leur a permis un accouchement plus facile et sans crainte, ce qui n'est déjà pas un résultat négligeable »¹¹⁰⁷.

Les critiques les plus vives viennent des médecins partisans de l'ASD pour des raisons de concurrence et d'idéologie, méthode anglo-saxonne contre méthode soviétique en pleine Guerre Froide. Pour ces derniers, la méthode de Read a eu « une vie bien éphémère » et n'a « à aucun moment intéressé les femmes enceintes dans leur majorité, ou troublé les habitudes acquises des accoucheurs ». « Quelques rares médecins, par curiosité, (l)'ont utilisée avec des succès plus ou moins constants ». Elle n'a trouvé « un regain d'intérêt que dans la mesure où (elle fut opposée), pour des fins pas toujours médicales, à la

¹¹⁰¹ Maurice Mayer et Jacques Bonhomme, *article cité*, 1953, p. 758.

¹¹⁰² Pierre Lantuéjoul, « À propos de l'accouchement sans douleur », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 12-5-53, p. 269.

¹¹⁰³ F. Lepage et G. Langevin-Droguet, « À propos de la préparation physique et psychique des femmes à l'accouchement », *La Presse médicale*, 16 avril 1955, n° 27, p. 549.

¹¹⁰⁴ Bernard Jamain et R. Giraud, *op. cité*, 1954, p. 133.

¹¹⁰⁵ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 46.

¹¹⁰⁶ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 50.

¹¹⁰⁷ Pierre Lantuéjoul, *article cité*, 12-5-53, p. 269-270.

psychoprophylaxie »¹¹⁰⁸. Il est vrai que Read n'a commencé à être connu en France qu'à partir de 1952, année de l'introduction de l'ASD. Les disciples de Lamaze, s'ils rendent parfois à Read « l'hommage qui est dû aux novateurs »¹¹⁰⁹ et lui reconnaissent un rôle de précurseur¹¹¹⁰, lui reprochent essentiellement son empirisme¹¹¹¹. Cette accusation n'est pas fortuite, la méthode de Read est jugée ainsi bien inférieure à la physiologie pavlovienne emblématique de la science soviétique¹¹¹². Ce reproche d'empirisme est récurrent dans les publications françaises, par exemple en 1964 sous la plume des P^r Merger et Chadeyron : « Sans doute Read n'est pas un physiologiste. C'est un clinicien. Il est plus observateur qu'expérimentateur »¹¹¹³. Cet empirisme faciliterait ainsi le dévoiement de cette méthode, au contraire de l'ASD : « Prisonnières au départ d'un étroit empirisme idéaliste, elles (les méthodes de Read) ont subi une détérioration idéologique jusqu'à tomber au rang des pratiques magiques »¹¹¹⁴. Cette accusation revient régulièrement sous la plume des médecins communistes français quand il s'agit de dénoncer la médecine anglo-saxonne et particulièrement américaine¹¹¹⁵. En 1964 encore, le D^r Hersilie reproche à la méthode de Read « de n'être rien d'autre qu'une codification empirique de certaines constatations quotidiennes concernant l'importance des rapports de confiance entre médecins et malades »¹¹¹⁶. Il dévalorise ainsi cette méthode en la réduisant à une mise en confiance de la femme par son médecin.

Les partisans de l'ASD contestent également l'originalité des recherches de Read. Pour Fernand Lamaze, Read pratique « une méthode d'accouchement inspirée par les travaux de Pavlov »¹¹¹⁷, critiquant « l'antériorité historique » reconnue à Read par la plupart des auteurs¹¹¹⁸. Le D^r Angelergues, psychiatre communiste et pionnier de l'ASD, fait l'analyse politique de l'isolement de Read en Grande Bretagne : « Trop révolutionnaire pour la bourgeoisie anglaise très imprégnée du fatalisme religieux, elle (cette méthode)

¹¹⁰⁸ Pierre Vellay, « Le mot "sans douleur" est-il justifié? », *BFSGOLF*, novembre 1956, p. 559.

¹¹⁰⁹ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention des D^r Economides et Vermorel, p. 98.

¹¹¹⁰ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 152.

¹¹¹¹ René Angelergues, "Naissance et disparition de la douleur", *La Pensée*, mars-avril 1955, p. 63.

¹¹¹² Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 352.

¹¹¹³ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 51.

¹¹¹⁴ René Angelergues, Étienne-Émile Baulieu, Lafitte, Levy et Roellens, *op. cité*, 1957, p. 160.

¹¹¹⁵ Voir l'éditorial du numéro 1 de *La Revue de la Nouvelle Médecine*, juin 1953, p. 3 à 9.

¹¹¹⁶ Roger Hersilie, "A propos de l'accouchement sans douleur", *BOSFPPO*, décembre 1964, p. 30.

¹¹¹⁷ Fernand Lamaze, "L'ASD", *Défense de la Paix*, n° 9, février 1952, p. 51. Et, du même auteur et coll., *article cité*, 26-1-1954, t.138, n° 3, p. 53.

¹¹¹⁸ Roger Hersilie, "A propos de l'accouchement sans douleur", *BOSFPPO*, décembre 1964, p. 30.

fut combattue par les milieux dirigeants de l'Angleterre. Ni ses emprunts partiels à Pavlov ni son mysticisme ne favorisaient sa pénétration dans les milieux médicaux. [...] (son idéologie) ne lui permettait pas d'être acceptée et défendue par la classe ouvrière »¹¹¹⁹.

La dernière critique des partisans de l'ASD concerne l'aspect mystique de la pensée de Read : « cet idéalisme (de Read) apparaît d'abord dans l'importance qu'il donne à Dieu en tant que puissance déterminante des phénomènes de l'accouchement, mais il déborde largement le cadre d'une idéologie religieuse. Read n'a pas réussi à se débarrasser de l'idéologie de la classe sociale à laquelle il appartient »¹¹²⁰. Le D^r Angelergues parle aussi de « l'établissement d'une communion mystique entre l'accoucheur et la femme »¹¹²¹. Selon lui : « Il (Read) a surtout créé chez la femme un état d'extase, d'élan mystique vers la pureté retrouvée de la nature primitive, une exaltation mystique qu'il partagerait avec elle. »¹¹²². D'autres font la même interprétation dans un sens positif cette fois : « Il y a en lui de l'apôtre : il en a la foi et la flamme, et l'amour de son prochain »¹¹²³. Read en effet évoque fréquemment sa volonté d'un retour à une pureté originelle de la nature, souillée par la civilisation¹¹²⁴. Il déclare lui-même en mai 1954 lors d'une conférence à l'Académie Nationale de Médecine : « nous avons remis à jour une vérité que les pompes de la civilisation et l'orgueil d'une science égarée avaient enterrée »¹¹²⁵. Ce type de critique de la part des partisans de l'ASD vise à déconsidérer la méthode anglo-saxonne et à prédire son échec à court terme, puisque, selon le D^r Angelergues : « Il y aura de moins en moins de femmes qui seront exaltées et de plus en plus qui en souriront simplement »¹¹²⁶. En bref, cette méthode est ridicule et condamné à terme.

L'originalité de la méthode de Read est totalement passée sous silence. Read se défend en particulier de s'être inspiré des travaux de Pavlov lors d'une conférence donnée à Paris le 25 mai 1954 devant l'Académie Nationale de Médecine. Il y remarque que le premier de ses ouvrages intitulé *Natural Childbirth* a été publié en 1933 sans référence aucune à Pavlov. Par la suite, il fait mention des travaux de ce dernier dans son livre *Revelation of Childbirth*, paru en 1942 ; il y cite les idées de Pavlov sur le conditionnement par des influences causant la peur et entraînant une réaction physique de tension et de

¹¹¹⁹ René Angelergues, *article cité*, 1954, p. 7.

¹¹²⁰ René Angelergues, "Quelques critiques sur les conceptions théoriques et la pratique de Read dans l'accouchement sans douleur", *Médecine Nouvelle*, février 1954, n° 8, p. 6.

¹¹²¹ René Angelergues, *article cité*, 1954, p. 7.

¹¹²² René Angelergues, « Naissance et disparition de la douleur », *La Pensée*, mars-avril 1955, p. 62.

¹¹²³ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 63.

¹¹²⁴ Henri Vermorel, *L'accouchement sans douleur*, Lyon, éd. Camugli, 1955, p. 316.

¹¹²⁵ G. D. Read, *article cité*, 25-5-54, p. 266.

¹¹²⁶ René Angelergues, "Naissance et disparition de la douleur", *La Pensée*, mars-avril 1955, p. 63.

douleur, mais, ajoute-t-il, « beaucoup d'autres causes furent mentionnées dans ce chapitre »¹¹²⁷. Il déplore enfin le manque de communication avec les savants soviétiques avec qui « il fut impossible de collaborer » à la différence de ses collègues européens. Il conclut en affirmant que « ni les droits d'origine ni les revendications ne m'intéressent » après avoir légèrement ironisé sur cette prétendue inspiration pavlovienne¹¹²⁸. Le D^r Read continue ainsi à revendiquer sa position de chercheur solitaire, dégagé des contingences d'un monde en proie à la rivalité des deux blocs. La polémique n'échappe cependant pas à l'arrière-plan de Guerre Froide. Si les défenseurs de l'ASD, côté PCF, se défient publiquement d'une méthode anglo-saxonne, ils accusent le camp anti-communiste d'utiliser la méthode de Read pour les concurrencer et dénigrer la méthode soviétique.

Le P^r Muller fait le point en 1954 pour la Société de gynécologie et d'obstétrique de Strasbourg : « c'est à Paris que convergent deux grands courants, venant l'un de l'Est, l'autre de l'Ouest et qui ont donné lieu chacun à une interprétation française et à l'élaboration d'une technique adaptée aux femmes de notre pays »¹¹²⁹. Quant aux « ardentes et stériles polémiques pour savoir quelle méthode, de l'anglaise ou de la russe, a la priorité (sic), il est en tout cas certain que les deux promoteurs des méthodes Read et Velvovski ont travaillé indépendamment l'un de l'autre ; il s'est produit là un phénomène fréquent dans les sciences médicales, à savoir la découverte à peu près simultanée d'une nouveauté en deux points très éloignés du globe, sans que l'on puisse accuser l'un des inventeurs de s'être inspiré des travaux de l'autre »¹¹³⁰. Malgré cet article de compromis entre l'Est et l'Ouest, la polémique continue, alimentée et alimentant le climat de Guerre Froide qui règne à cette époque. En 1975, le D^r Gaillard, défenseur d'une méthode mixte, intégrant ASD et aide médicamenteuse, porte ce jugement sur le conflit opposant les partisans de Lamaze à ceux de Read : « Il est malheureux d'être obligé d'écrire, à propos de ces deux « écoles », qu'elles représentent la « gauche » et la « droite », reflet de deux mondes. N'insistons pas, et pourtant... quel exemple d'aberration, de part et d'autre, obligeant des médecins à « censurer » des connaissances et des techniques, sacrifiant le bien-être et le progrès des êtres humains à eux confiés, par suite d'idéologies ou... d'intérêts. »¹¹³¹.

¹¹²⁷ G. D. Read, "L'accouchement naturel", *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 25-6-54, p. 265.

¹¹²⁸ G. D. Read, *article cité*, 25-6-54, p. 266.

¹¹²⁹ P. Muller, "L'accouchement sans douleur", *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1954, n° 4, p. 525.

¹¹³⁰ P. Muller, *article cité*, 1954, p. 525-526.

¹¹³¹ Jacques-Louis Gaillard, *op. cité*, 1975, p. 10.

II L'ASD : une « révolution culturelle »¹¹³²

A De la méthode soviétique à la méthode Lamaze

L'ASD est une méthode psychoprophylactique d'accouchement qui cherche à « démontrer l'influence de l'esprit sur le corps »¹¹³³. Le D^r Fernand Lamaze, qui l'introduit en France en 1952, tient au mot de psychoprophylaxie pour une « raison sentimentale [...] ce sont là les termes mêmes employés par les accoucheurs soviétiques. Or je dois tout aux accoucheurs soviétiques. C'est d'eux que je tiens tout ce que je sais en la matière ». En effet, psychoprophylaxie est le terme officiellement employé en URSS, où il a été créé en 1940 par l'obstétricien Velvovski, pour signifier « la primauté de l'action psychique et préventive dans la préparation à l'accouchement »¹¹³⁴.

L'ASD est décrit dans l'article de référence qui consacre cette méthode, en janvier 1954 dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* : « elle consiste, pour les cas normaux, dans une éducation rationnelle, physique et psychique, de la femme et ne requiert l'usage d'aucun médicament »¹¹³⁵. L'agent thérapeutique utilisé dans l'ASD est ainsi « non plus une drogue, mais la parole »¹¹³⁶.

L'inspirateur de cette méthode est le P^r Pavlov (1849-1936), physiologiste soviétique, prix Nobel de médecine en 1904, ce qui garantit le sérieux de ses recherches. En réalité, le P^r Pavlov « ne s'est jamais particulièrement attaché à l'étude du problème de l'accouchement »¹¹³⁷ mais une de ses collaboratrices, la doctoresse Erofeeva, a postulé dans sa thèse en 1912 que la théorie de Pavlov sur les réflexes conditionnés pouvait être appliquée à la suppression de la douleur pendant l'accouchement. Selon elle : « puisqu'il est toujours possible de créer un réflexe conditionné inhibiteur d'un autre réflexe (soit inné, soit acquis), les douleurs de l'accouchement peuvent être annihilées par de nouveaux réflexes conditionnés »¹¹³⁸. La douleur peut ainsi « être supprimée par l'intervention d'un conditionnement nouveau »¹¹³⁹. Il s'agit donc de « reconditionner » les femmes au moyen du langage qui « chez l'homme,

¹¹³² Selon l'expression de Claude Jobert-Ruff, *thèse citée*, 1992, p. 105.

¹¹³³ Armand Notter et M. Bertrand, *op. cité*, 1960, p. 357.

¹¹³⁴ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 60.

¹¹³⁵ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26 janvier 1954, t.138, n° 3, p. 53.

¹¹³⁶ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 17.

¹¹³⁷ René Angelergues, *article cité*, mai 1954, p. 9.

¹¹³⁸ Citée par Hilaire Cuny, in *Ivan Pavlov et les reflexes conditionnés*, Paris : Seghers, 1962, p. 139.

¹¹³⁹ Fernand Lamaze, "Avant-propos", *La Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 3, mai 1954, p. 5-6.

enrichit de façon considérable la possibilité de former des réflexes conditionnés »¹¹⁴⁰, de façon positive.

Pour le D^r Fernand Lamaze, qui met systématiquement en avant sa dette vis-à-vis de la recherche soviétique¹¹⁴¹ : « L'accouchement sans douleur selon la méthode de Pavlov [...] est basé sur deux éléments : un élément psychologique et un élément physique. L'élément psychologique vise essentiellement à supprimer l'idée de la douleur possible (chez la femme). [...] L'élément physique est basé sur la connaissance par la femme du mécanisme de l'accouchement, [...] On fait faire à la femme des exercices de relâchement musculaire qui seront nécessaires le jour venu ». Pour Fernand Lamaze et les pavloviens, « la douleur est socialement conditionnée, un autre conditionnement la supprime ou la prévient »¹¹⁴². Les références systématiques aux travaux de Pavlov et l'utilisation du mot « psychoprophylaxie » dans les sources mettent l'accent sur l'aspect scientifique de l'ASD. Ses partisans affirment de cette façon qu'il n'a rien de commun avec les pratiques douteuses de l'hypnose ou d'autres méthodes psychologiques.

Le décret du Ministère de la Santé Publique de l'URSS du 13 février 1951 constitue la référence théorique et pratique officielle de l'ASD. Il est traduit dans un article du D^r Léon Chertok en 1956¹¹⁴³. Un chapitre y est entièrement consacré à la préparation des futures accouchées, soit cinq ou six cours à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse. « La première séance est une séance individuelle, elle comprend un examen somatique général, un examen gynécologique et une anamnèse psychologique détaillée, avec mise en évidence des traumatismes psychiques éventuels. L'entretien porte ensuite sur la peur des femmes devant l'accouchement, qu'il s'agit de combattre. Il faut créer des « émotions positives », en exaltant les joies de la maternité »¹¹⁴⁴. « La deuxième séance est, comme les suivantes, collective. Elle comporte une partie consacrée à la description du mécanisme de l'accouchement et une partie éducative psychothérapique destinée à déraciner le préjugé sur le caractère inéluctable de la douleur de l'accouchement »¹¹⁴⁵. Ce texte souligne le soin apporté à la lutte contre les préjugés responsables de la douleur de l'accouchement. Les termes « combattre », « déraciner » révèlent que les médecins s'attaquent à un préjugé généralisé et bien implanté. Lors de ces séances, on enseigne aux femmes des techniques d'indolorisation : « respiration rythmée, profonde pendant la contraction, effleurage de l'abdomen [...],

¹¹⁴⁰ René Angelergues, "Perspectives nouvelles pour l'étude de la douleur", *La Raison*, n° 9-10, 1954, p. 143.

¹¹⁴¹ *Le Concours médical*, 13-6-53, n° 24, p. 2163.

¹¹⁴² J.L. Donnet, "Le mythe de l'ASD", *Perspectives Psychiatriques*, 1963, p. 45.

¹¹⁴³ Léon Chertok, *article cité*, 1956, p. 2619-2620.

¹¹⁴⁴ Léon Chertok, *article cité*, 1956, p. 2619.

¹¹⁴⁵ Léon Chertok, *article cité*, 1956, p. 2620.

manœuvres par pression »¹¹⁴⁶. Les deux dernières séances portent sur la phase d'expulsion et font la synthèse de la préparation.

En 1951, Lamaze part en URSS avec tout un groupe de médecins français, cornaqués par le PCF. Ce gynécologue obstétricien de 60 ans, exerce en secteur libéral avec une clientèle aisée mais il également médecin accoucheur salarié de la Maternité des Bluets à Paris, gérée par la CGT. Le D^r Lamaze ne fait pas partie de l'establishment médical de l'époque : il n'a pas fait d'internat, pressé d'exercer après sa démobilisation en 1919. Il n'aura jamais le titre de médecin des Hôpitaux ni de professeur agrégé, qui en aurait fait un mandarin automatiquement respecté de ses pairs et des pouvoirs publics, ce qui a dû compliquer sa tâche quand il a voulu diffuser l'ASD en France. Pour Pierre Vellay, Fernand Lamaze est toujours resté « à l'écart des querelles mesquines de sa profession »¹¹⁴⁷ et apparaît comme un franc-tireur dans le milieu médical de son temps. Il est appelé à travailler à la clinique des Bluets par le D^r Pierre Rouquès, médecin communiste qu'il a rencontré dans la Résistance. Pierre Rouquès le patronne pour ce voyage en URSS. Le 4 septembre 1951, Fernand Lamaze rend visite au P^r Nicolaïev dans son service de gynécologie à Leningrad où il assiste à un accouchement sans douleur. Selon Fernand Lamaze, c'est « une véritable révolution. L'image de cette femme restera toujours gravée dans ma mémoire comme une source de lumière »¹¹⁴⁸. Dès son retour, il propose au conseil d'administration des Bluets de tenter l'expérience au début de l'année 1952. La CGT, gestionnaire de la clinique, accepte car le projet de Fernand Lamaze correspond à la volonté du syndicat et du PCF de faire des Bluets une vitrine de la science prolétarienne, issue d'une contre-société soviétique et communiste, où l'ASD est appliqué à toutes les patientes sans distinction de fortune¹¹⁴⁹.

Le premier ASD est cependant difficile à dater car les sources citent deux dates : le 7 février 1952¹¹⁵⁰ ou en mars 1952 à la clinique des Bluets à Paris¹¹⁵¹.

¹¹⁴⁶ Léon Chertok, *article cité*, 1956, p. 2620.

¹¹⁴⁷ Pierre Vellay, « Hommage à un Ami et à un Maître », *BOSIPPO*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 87-88.

¹¹⁴⁸ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 19-20.

¹¹⁴⁹ Tout ce paragraphe est inspiré de l'intervention de Marianne Leulliez, lors du colloque de Châteauroux sur l'ASD les 28 et 29 septembre 2002.

¹¹⁵⁰ « Hommage au D^r Lamaze », *BOSFPPPO*, 4^{ème} trimestre 1971, p. 9. Cette date est reprise par Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 52.

L'explication, pour justifier de l'existence de deux dates de références, tient peut-être à l'échec de la première tentative rapporté dans le numéro commémoratif des cinquante ans de l'ASD des *Dossiers de l'Obstétrique*, n° 319, août-septembre 2003. Chantal Birman, sage-femme, écrit à la page 8 : « Quand des gens de l'équipe (des Bluets) me racontaient cette première naissance (en fait, la deuxième femme à avoir été préparée, pour la première ça n'a pas marché)... ». Ainsi la première date correspondrait à la première tentative, qui échoue, et la seconde au premier succès.

Avant l'action de Fernand Lamaze, les travaux du P^r Nicolaïev sur l'ASD restent peu connus en dehors de l'URSS. Ils paraissent dans des revues médicales soviétiques dont les articles sont rarement traduits en France. Pourtant, les médecins français sont informés sur cette méthode soviétique avant 1952. En 1950 paraît un article du D^r Zaidman, dans le *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'obstétrique de langue française*¹¹⁵². Le D^r Zaidman y traduit un texte du P^r Nicolaïev ainsi qu'un article du P^r Gourevitch sur « L'analgésie obstétricale »¹¹⁵³. En 1951, Un nouvel article du D^r Zaidman décrit la méthode soviétique, qualifiée de psychoprophylactique¹¹⁵⁴. Il poursuit l'information sur cette technique en publiant cette année-là la traduction d'un article soviétique¹¹⁵⁵. Malgré ces publications, l'ASD n'est reconnu en France qu'à partir du moment où Fernand Lamaze l'applique avec enthousiasme aux Bluets en 1952.

Le D^r Fernand Lamaze n'envisage d'ailleurs pas une « application servile de la méthode telle qu'elle était généralisée en URSS » car cela « mènerait à un échec »¹¹⁵⁶. En effet : « très vite, j'ai mesuré qu'une copie servile de ce qui se passe en URSS n'aurait entraîné en France que des mécomptes. Trop de constatations restrictives s'imposaient, tenant surtout à la différence du climat social entre les deux pays et aux possibilités financières »¹¹⁵⁷. Il finit par développer une technique de respiration différente, courte et rapide semblable à un halètement, connue sous le nom de « respiration artificielle accélérée »¹¹⁵⁸. Elle présente des différences sensibles avec la technique soviétique où « la femme modifie son rythme respiratoire pour le remplacer par une succession d'inspirations lentes et d'expirations profondes ». « En France, on emploie une

¹¹⁵¹ Selon le témoignage de Pierre Vellay, *Un homme libre*, Paris, Grasset, 1985, p. 39. Il s'agissait de l'accouchement aux Bluets de Madeleine Tsouladzé, épouse d'un psychiatre soviétique qui a participé lui-même à l'expérience des premiers ASD en France, avec Lamaze; il est ensuite retourné en URSS.

¹¹⁵² H. Zaidman, "Compte rendu d'un article de A.P. Nicolaëff" ("L'accouchement sans douleur", in *Obstétrique et Gynécologie*, Moscou, 1949, n° 6.), *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française*, 1950, tome 2, n° 4, p. 611-612.

¹¹⁵³ H. Zaidman, "Compte rendu d'un article de JB Gourevitch ("L'analgésie obstétricale", in *Felcher i akovcherka*, 1950, n° 3), *Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'obstétrique de langue française*, 1950, tome 2, n° 4, p. 612.

¹¹⁵⁴ H. Zaidman, "La psychothérapie et l'accouchement sans douleur", *La Presse médicale*, 17-11-51, p. 1531.

¹¹⁵⁵ H. Zaidman, Compte rendu de l'article de D. Daron ("La méthode psychoprophylactique d'analgésie obstétricale, *Felcher i Akovcherka*, 1951, n° 5), *Bulletin de la fédération des Sociétés de gynécologie et d'Obstétrique de langue française*, 1951, t.3,p. 717-718.

¹¹⁵⁶ Fernand Lamaze et coll., article cité, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 26-1-1954, t. 138, n° 3, p. 53.

¹¹⁵⁷ Fernand Lamaze, " L'expérience française de l'accouchement sans douleur", *Médecine Nouvelle*, n° 8, février 1954, p. 2.

¹¹⁵⁸ Léon Chertok, *op. cit.*, 1957, p. 168.

respiration progressivement croissante puis décroissante qui se calque sur la force de la contraction utérine »¹¹⁵⁹. Cette respiration a d'abord « une allure régulière pendant la dilatation », puis quand celle-ci est bien avancée, la femme doit prendre « une respiration haletante qui empêche l'excitation cérébrale réflexe, cause de la douleur ». À la fin, lors de l'expulsion, cette respiration prend la forme d'une « ample inspiration, suivie d'un blocage immédiat et d'une contraction volontaire des muscles abdominaux qui presseront sur l'utérus contracté. [...] (Cette) ample respiration amènera au fœtus l'oxygène indispensable et favorisera un relâchement musculaire total du corps »¹¹⁶⁰. Cette technique de respiration haletante est la marque de la méthode Lamaze d'ASD. Sur un plan symbolique, elle représente le caractère naturel de l'ASD, en opposition avec les méthodes d'analgésie et d'anesthésie en vigueur à l'époque en France. Les femmes maîtrisent leur accouchement par la respiration, sans apport médicamenteux. Claude Revault d'Allonnes, dans les années soixante, insiste sur la dimension culturelle de l'analgésie par la respiration. Elle rappelle que « les modifications du rythme respiratoire dans des circonstances données figurent pratiquement dans toutes les sociétés comme des moyens voulus et explicitement conseillés pour s'adapter à certaines situations », que ce soit le ralentissement ou l'accélération de la respiration. Elle remarque : « Il n'est pas indispensable que ces idées soient scientifiquement vraies pour que la méthode soit techniquement efficace »¹¹⁶¹. Cette mise en perspective ne remet pas en cause cette technique mais la recadre dans un ensemble plus large et la justifie.

Les proches collaborateurs de Fernand Lamaze et tous ceux qu'il a formé ont souvent témoigné de l'exaltation ressentie à son contact. Le D^r Jacques Gaillard, par exemple, écrit en 1975 : « Je fus littéralement pris par l'enthousiasme de son équipe, émerveillée, active, et en adoration devant ce patron extraordinaire [...] Ce que j'avais vu était beau, très beau. »¹¹⁶². Fernand Lamaze, lui même, est conscient de la révolution qu'apporte la pratique de l'ASD, il s'écrie, à la fin d'un discours en 1956 : « Et voilà pourquoi je viens vous dire : Attention ! Attention ! Si vous vous mettez à l'ASD, vous êtes assurés d'avoir des résultats les plus exaltants que pourra jamais vous donner votre vie professionnelle, mais vous serez absolument perdus pour tout autre genre d'obstétrique dans lequel vous avez pu vivre jusqu'à présent »¹¹⁶³.

A partir de 1952, Fernand Lamaze devient un homme public. Il donne inlassablement des conférences et publie des articles quelques mois seulement après le début de l'expérience. En conséquence, « le D^r Lamaze perdit une partie de sa clientèle privée [...] Certaines des portes, qui se sont alors fermées sur lui, lui étaient pourtant ouvertes depuis deux générations. (Il) n'était plus,

¹¹⁵⁹ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 198.

¹¹⁶⁰ H. Vermelin, *article cité*, 1955, p. 9-10.

¹¹⁶¹ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1960, p. 155.

¹¹⁶² Jacques-Louis Gaillard, *op. cité*, 1975, p. 17-18.

¹¹⁶³ Fernand Lamaze, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 104.

pour certaines familles, leur médecin : c'était celui de la classe ouvrière [...] Mais le D^r Lamaze avait choisi. Et son choix devint une attaque aux yeux de beaucoup ; il devint un scandale. Or le scandale ne s'accepte qu'entre soi, et le D^r Lamaze n'était pas des leurs. »¹¹⁶⁴. Mais rien n'arrête Fernand Lamaze, convaincu du bien fondé de l'ASD, « ni les attaques de certains de ses confrères envieux de sa réussite, ni les fausses motivations qu'on lui attribuait, ni la désertion massive d'une « certaine clientèle » à son retour d'URSS, ni les étiquettes que certains lui attribuaient pour mieux le discréditer »¹¹⁶⁵.

Pour convaincre les sceptiques, Fernand Lamaze et Pierre Vellay font paraître un premier article dans une revue non médicale, d'obédience communiste, *Défense de la Paix*, en février 1952¹¹⁶⁶. Il peut sembler surprenant de faire paraître un texte de ce type dans une revue idéologiquement orientée, pour un lectorat forcément limité. En agissant ainsi, peut-être sous la pression de la direction de la CGT, Fernand Lamaze et Pierre Vellay privilégient la dimension idéologique sur la technique médicale, d'autant qu'un seul ASD, tout au plus, a pu être réalisé. Leur article correspond aux objectifs du PCF et de la CGT car ils font l'éloge de la science soviétique capable de vaincre l'ancienne malédiction chrétienne de l'accouchement dans la douleur. Le deuxième article paraît dans une revue médicale, cette fois-ci, mais elle est limitée au cercle restreint des médecins parisiens ; il s'agit de *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, le 18 avril 1952¹¹⁶⁷. En décembre 1952, Fernand Lamaze et Pierre Vellay font paraître le bilan de presque un an d'ASD aux Bluets dans une revue médicale à rayonnement national, *La Gazette Médicale de France*¹¹⁶⁸.

En 1953, Fernand Lamaze donne une conférence le 28 mai dans la salle des Sociétés Savantes à Paris sur « l'accouchement sans douleur par la méthode de Pavlov ». Surtout, *Le Concours Médical*, grande revue d'information des médecins français, en publie un compte rendu plutôt positif¹¹⁶⁹. Le mois suivant, Lamaze publie un article plus détaillé dans la même revue¹¹⁷⁰. L'information des médecins sur l'ASD est donc très rapide, une année seulement après les premières expériences à partir de février ou mars 1952. Fernand Lamaze peut fonder ses conclusions sur 1 100 ASD réalisés à la

¹¹⁶⁴ Colette Jeanson, *op. cité*, 1954, p. 121.

¹¹⁶⁵ Pierre Vellay, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 88.,

¹¹⁶⁶ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, « L'accouchement sans douleur en Union Soviétique », *Défense de la Paix*, février 1952, n° 9.

¹¹⁶⁷ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, « L'accouchement sans douleur », *Semaine Médicale*, supplément à *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 18 avril 1952, 28, n° 15, p. 301.

¹¹⁶⁸ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, « L'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique. Premiers résultats portant sur 500 cas », *Gazette Médicale de France*, décembre 1952, n° 23, 59, p. 1445.

¹¹⁶⁹ G (?) JR, "Compte rendu de la conférence du D^r Lamaze", *Le Concours Médical*, n° 24, 13-6-53, p. 2163.

¹¹⁷⁰ Fernand Lamaze, "L'accouchement sans douleur par la méthode de Pavlov", *Le Concours Médical*, 13 juin 1953, n° 24, p. 2163.

clinique des Bluets en l'espace de 14 mois. En décembre 1953, le P^r Armand Notter décrit la méthode Lamaze lors d'une séance de la Société des gynécologues obstétriciens de Lyon, de façon plutôt confuse, sans la démarquer clairement de celle de Read¹¹⁷¹. La consécration arrive enfin avec un article en janvier 1954 dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* où toute l'équipe des Bluets, sages-femmes incluses, rapporte les résultats de cette expérimentation portant sur 1 863 cas de femmes ayant accouché sans douleur¹¹⁷². D'autres articles suivent dans les revues médicales spécialisées ou militantes telles le *Bulletin du cercle Claude Bernard* en février 54 et la *Revue de la Nouvelle Médecine* où paraissent huit articles entre 1952 et 1956 ! Les premières thèses sur la méthode Lamaze datent de 1954, avec un recul d'une année, le temps que l'ASD se diffuse en France¹¹⁷³.

Les partisans de l'ASD innovent en popularisant cette méthode au delà du cercle des médecins. Ils s'adressent directement aux futures accouchées par le biais des médias. Cette stratégie contribue au succès de l'ASD mais heurte le conservatisme du corps médical par l'irruption de l'opinion dans un débat ordinairement limité aux experts. Les partisans de l'ASD utilisent la presse pour mettre le public de leur côté, face à la réticence affichée des milieux médicaux. Le D^r Vellay écrit en 1971 : « Durant la période du début de l'expérience française, la presse dans son ensemble nous a apporté une aide précieuse dans l'information du public ; il est vrai que cela faisait partie des nouvelles à sensation[...] Après une phase bénéfique durant laquelle la presse, parlant de l'ASD, a dédramatisé la maternité en expliquant ce qu'était la méthode, en mettant en valeur ses bienfaits, (elle) est devenue muette sur ce sujet, considérant probablement que la situation était acquise ou parce que tout simplement l'ASD n'était plus au goût du jour ou ne faisait plus recette »¹¹⁷⁴. Dans un premier temps, Fernand Lamaze peut donc compter sur la presse pour propager sa méthode. En décembre 1952, trois quotidiens français accueillent ainsi des articles de Fernand Lamaze sur l'ASD : *Libération* les 5 et 6 décembre 1952, *L'Humanité* le 6 décembre 1952 et *L'Espoir* le 27 décembre 1952. Ces

¹¹⁷¹ Armand Notter, *article cité*, 1954, n° 6, p. 73.

¹¹⁷² Fernand Lamaze, Pierre Vellay, Roger Hersilie, René Angelergues, A. Bourrel et les sages-femmes, « Expérience pratique à la maternité du centre Pierre Rouquès sur la méthode d'ASD par psychoprophylaxie », *Bull. de l'Académie nationale de médecine*, 26-1-1954, p. 52-58.

¹¹⁷³ Jean Coenca, *La psychoprophylaxie de la douleur dans l'accouchement*, thèse Paris, 1954, n° 45.

J.-H. Dietlin, *Contribution à l'étude de l'accouchement psychoprophylactique*, thèse Bordeaux, 1954, n° 237.

R. Maurel, *La méthode psychoprophylactique d'accouchement sans douleur et la place qui lui revient parmi les méthodes d'analgésie obstétricale*, thèse Paris, 1954, n° 615.

P.-A. Roux, *L'accouchement sans douleur*, thèse Paris, 1954, n° 454.

¹¹⁷⁴ Pierre Vellay, "Image de la maternité. La presse et l'information médicale", *BOSFPPO*, 1^{er} trimestre 1971, p. 76.

publications font suite à la première conférence de Lamaze en décembre de cette même année devant les médecins du Cercle culturel Claude Bernard¹¹⁷⁵.

Cet appel à l'opinion publique a paru scandaleux au monde médical. Dès 1954, le P^r Langevin-Droguet, qui penche plutôt du côté de Read, reproche à l'ASD d'être « une méthode fort intéressante en elle-même », mais placée « sur un terrain fâcheux à la fois publicitaire et politique »¹¹⁷⁶. Comme le précise Pierre Vellay, en 1971, « ceci nous a valu d'ailleurs bien des déboires à Monsieur Lamaze et à moi-même, car le code de déontologie, malgré nos demandes et réclamations incessantes, n'était pas toujours respecté par les journalistes »¹¹⁷⁷. En effet, Fernand Lamaze et Pierre Vellay ont des démêlés avec le Conseil de l'Ordre, en 1954, non sur le bien fondé de la méthode, mais sur l'aspect publicitaire d'un article de presse qui lui est consacré¹¹⁷⁸.

Cette information directe des femmes porte ses fruits. Des parturientes viennent accoucher aux Bluets convaincues par la lecture d'ouvrages ou d'articles de vulgarisation. Le livre de Colette Jeanson, épouse de Francis Jeanson, philosophe proche de Sartre et du PCF, paru en 1954¹¹⁷⁹, *Principes et pratique de l'accouchement sans douleur* est régulièrement cité par les patientes des Bluets. Lola Tranec fait paraître en 1958 un ouvrage divertissant, *Sans douleur, l'accouchement physiologique : expérience, humour et technique*, avec une préface de Pierre Vellay. Son témoignage se lit comme un roman trépidant, celui d'une jeune femme qui veut accoucher avec l'ASD malgré les obstacles rencontrés et qui parvient à ses fins. Il s'agit d'après la préface d'« une histoire vécue »¹¹⁸⁰ mais l'auteur n'est pas n'importe quelle future accouchée, Lola Tranec est une intellectuelle qui, après son Baccalauréat, a étudié à la Sorbonne. Elle commence à cette date une carrière de traductrice d'anglais. Elle est donc peu représentative de la masse des femmes enceintes des années cinquante. Elle campe un personnage de parisienne pétulante, révoltée contre l'ignorance dans laquelle sont tenues les jeunes femmes, ne pouvant supporter de « rester en arrière, dans ce domaine, quand toutes les découvertes scientifiques et médicales nous font avancer à pas de géant »¹¹⁸¹. Elle refuse « la passivité, l'ignorance et la soumission à la prétendue loi de la nature »¹¹⁸². Quand elle découvre la

¹¹⁷⁵ Ces articles sont donnés en référence et remarquablement analysés par Marianne Caron-Leulliez, *article cité*, 1995, p. 183.

¹¹⁷⁶ G. Langevin-Droguet, *article cité*, 1954, p. 123.

¹¹⁷⁷ Pierre Vellay, *article cité*, 1^{er} trimestre 1971, p. 76.

¹¹⁷⁸ Archives du Conseil de l'Ordre, Procès verbal de la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des Médecins, n° 989 et 990, le 30 mai 1954, concernant les docteurs Lamaze et Vellay.

¹¹⁷⁹ Colette Jeanson, *Principes et pratique de l'accouchement sans douleur*, Paris, Le Seuil, 1954, dans D^r Pierre Vellay et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 96, 99, 185, 285 et 291.

¹¹⁸⁰ Lola Tranec, *Sans douleur, l'accouchement physiologique*, Paris : Ed. Sociales Fr., 1958, p. 7.

¹¹⁸¹ Lola Tranec, *op. cité*, 1958, p. 8.

¹¹⁸² Lola Tranec, *op. cité*, 1958, p. 18.

possibilité d'accoucher avec l'ASD, elle se trouve « devant la terre promise » et pendant les cours elle estime être là « pour recevoir la lumière »¹¹⁸³. Ces remarques se veulent au second degré, ironiques, mais servent malgré tout la gloire de l'ASD. Si le ton imite celui d'une nouvelle convertie, cet ouvrage montre un enthousiasme communicatif pour la méthode du D^r Lamaze. L'auteur en profite pour convertir son mari, ce qui lui donne l'occasion d'une explication scientifique accessible au plus grand nombre des fondements pavloviens de la dite méthode : « La femme associe tellement l'idée de contraction utérine avec celle de la douleur (comme le chien la sonnerie avec sa viande) que, même si la douleur est absente, la contraction déclenche la réaction de souffrance »¹¹⁸⁴. Voilà une façon « lumineuse » de faire le lien, entre le bien connu chien de Pavlov et la douleur de l'accouchement. Voilà aussi une femme qui peut en remonter à son mari sur la plan scientifique.

D'autres patientes des Bluets font référence à la lecture des digests alors très populaires. Ainsi Madame Berthelot, en 1954, cite un article de la revue *Constellation*, ou Madame Vasseur un texte à faveur de l'ASD dans *Sélection*,¹¹⁸⁵ malgré l'orientation américanophile de ce périodique. Les émissions de radio sont très écoutées en particulier des retransmissions d'accouchements de type ASD¹¹⁸⁶. Une parturientes des Bluets signale qu'elle a été séduite par la méthode Lamaze grâce à ce média en 1954¹¹⁸⁷.

La diffusion de l'ASD passe enfin par tout un réseau informel. Une des jeunes femmes (20 ans) qui accouche aux Bluets précise : « j'avais donc emporté de la couture, du tricot, le *Faust* de Goethe et un ouvrage de mon ancien professeur de philosophie qui précisément m'avait fait comprendre ce qu'était l'accouchement sans douleur »¹¹⁸⁸. La phrase n'est pas très claire : est-ce le professeur de philosophie qui a décrit l'accouchement sans douleur en cours ou a-t-elle publié un ouvrage sur le sujet? La connaissance de l'ASD s'est transmise dans son cas par le biais d'une enseignante (puisque seules des femmes enseignaient dans les lycées de filles de l'époque) en philosophie, matière d'une grande influence sur les élèves. Le bouche à oreille doit aussi fonctionner tellement l'ASD répond aux espoirs des femmes.

La nécessité de convaincre l'opinion pousse donc les partisans de l'ASD à user de moyens de propagande, au sens strict. Je prendrai l'exemple de l'image de Fernand Lamaze telle qu'elle est décrite par son collaborateur Pierre Vellay avant son décès en mars 1957. En 1956, le D^r Pierre Vellay et sa femme Aline font paraître un ouvrage majeur pour la diffusion de l'ASD, *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*. Feignant selon un procédé bien connu de répondre à la curiosité des femmes, « le docteur Lamaze, qui a introduit la méthode

¹¹⁸³ Lola Tranec, *op. cité*, 1958, p. 26 et 42.

¹¹⁸⁴ Lola Tranec, *op. cité*, 1958, p. 50.

¹¹⁸⁵ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 185 et p. 201.

¹¹⁸⁶ Je n'ai pu trouver de références précises pour ses émissions.

¹¹⁸⁷ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 178.

¹¹⁸⁸ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 66.

psychoprophylactique dans nos pays, comment est-il? Nous aimerions le connaître »¹¹⁸⁹, Pierre Vellay dresse le portrait de « son ami et maître ». Physiquement, Fernand Lamaze apparaît rassurant : de forte corpulence, il possède un « front, haut, large et bombé » et il a « l'œil pétillant »¹¹⁹⁰, signes d'intelligence. Intellectuellement, il est « réfléchi et pondéré, dépourvu de tout sectarisme »¹¹⁹¹. Cet « amoureux des livres » lit en marchant dans la rue ; son bureau est, bien sûr, « envahi par les livres »¹¹⁹². Fernand Lamaze apparaît profondément humain : Pierre Vellay emploie à son sujet les mots de « bonté », « bonhomie », « sympathie », « le personnel de la clinique en parle avec gentillesse », il a « un bon sourire »¹¹⁹³. C'est un homme simple qui prend les transports en commun et vit dans un appartement sombre et assez austère¹¹⁹⁴. Il est profondément français puisque « les joies de l'esprit sont pour lui alliées aux joies gastronomiques ; il connaît les meilleurs crus »¹¹⁹⁵. Dans la continuité de sa conduite pendant la guerre de 14-18¹¹⁹⁶, pendant « les événements de 1940-144 », il a été tour à tour « soldat, rebelle et citoyen » selon l'expression d'Yves Farge¹¹⁹⁷. Pierre Vellay fait allusion à la participation réelle, active et risquée de Fernand Lamaze à la Résistance dans le cadre du Comité National des Médecins, rattaché au Front National d'obédience communiste¹¹⁹⁸. Il n'indique pas la couleur idéologique de l'engagement de Lamaze ; il préfère rester dans le registre d'un hommage à un individu exceptionnel, dans le droit fil d'un exercice d'hagiographie, ou bien il cherche à éviter toute connotation politique. Pierre Vellay retrace ensuite l'histoire de la maternité des Bluets, puis le séjour de Lamaze en URSS en 1951 où il rencontre le P^f Nicolaïev dans son service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Leningrad et où Lamaze a la révélation le 4 septembre 51 qu'un accouchement sans douleur est possible. Selon les mots de Pierre Vellay, Fernand Lamaze agit « en véritable humaniste et en médecin [...] avec une inlassable persévérance, une obstination sans faiblesse » pour diffuser l'ASD en France à partir de la maternité des Bluets¹¹⁹⁹.

¹¹⁸⁹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 15.

¹¹⁹⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 15.

¹¹⁹¹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 20.

¹¹⁹² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 16-17.

¹¹⁹³ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 16.

¹¹⁹⁴ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 16-17.

¹¹⁹⁵ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 17.

¹¹⁹⁶ Que Pierre Vellay développe plus tard dans un hommage à Fernand Lamaze : celui-ci a combattu pendant cette guerre, y a été gravement blessé et en a ramené la Médaille militaire et la Croix de guerre avec cinq citations, in D^f Pierre Vellay, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 87.

¹¹⁹⁷ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 17.

¹¹⁹⁸ Ces précisions sont tirées de l'ouvrage de Marianne Caron-Leulliez et de Jocelyne George, *L'accouchement sans douleur*, Paris, Les Éditions Ouvrières, 2004, p. 27-28.

¹¹⁹⁹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 21.

Ce portrait relève de l'hagiographie, Fernand Lamaze s'avère être un nouveau Pasteur, dont il emprunte la philosophie : « Je ne te demande ni tes opinions, ni ta religion, mais quelle est ta souffrance? »¹²⁰⁰. Cette image est digne des manuels de l'école primaire d'alors. Elle offre parfois un petit côté mystique puisqu'il y est écrit que Lamaze fait « rayonner » la vérité « à partir de cette petite maternité du Centre P. Rouquès, comme une véritable lueur d'espérance pour toutes les femmes »¹²⁰¹. On ne peut s'empêcher de penser aux images de la crèche de Noël et de l'étoile du Berger irradiant une lumière divine sur le monde.

Face à tous les efforts de ses partisans pour le propager, quel accueil l'ASD a-t-il reçu dans le monde médical français? En décembre 1952, la revue des médecins catholiques consacre un numéro spécial à la douleur. Parmi les articles, celui du D^r Chartier des Hôpitaux de Paris sur « l'accouchement sans douleur »¹²⁰². Le D^r Chartier y décrit toutes les techniques utilisées dans ce but en France ; il cite même les travaux de Read mais il ne dit mot sur l'expérience de Lamaze alors que celle-ci a commencé en février-mars 1952 et a déjà fait l'objet d'articles dans la presse médicale.

Les partisans de Lamaze dénoncent donc prioritairement l'indifférence du milieu médical. Ils attribuent cette attitude aux poids des interdits religieux, au fait que l'ASD, dans ses débuts, serait interprété comme « contraire aux principes du christianisme »¹²⁰³. Le futur P^r Baulieu, en 1953, cite en référence le professeur Couvelaire (décédé à cette date et n'ayant pu connaître l'ASD) qui avait déclaré : « Ne faisons rien pour contribuer à diminuer la beauté morale des mères de nos enfants. [...] Nous ne sommes pas pour la maternité par l'amnésie (l'anesthésie) »¹²⁰⁴. Il constate donc une hostilité, des « barrages que dressent les gouvernants provisoires de la France avec, jusqu'à présent, le quitus d'éminents médecins qui, pour être silencieux en cette circonstance, n'en portent pas moins leur part de responsabilité »¹²⁰⁵. Notons, au passage, la qualification de « provisoires » accolée aux gouvernements de la République dans l'espoir, semble-t-il, d'une révolution imminente.

L'ASD reste également longtemps ignoré ou minimisé dans les ouvrages d'obstétrique¹²⁰⁶. En 1971, le D^r Vellay remarque avec une certaine aigreur que « dans le livre excellent du Professeur Varangot, *Progrès en Obstétrique*, éditions médicales Flammarion, sorti il y a quelques mois[...] dans le chapitre consacré à l'analgésie et à l'anesthésique en obstétrique- alors que tous les

¹²⁰⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 21.

¹²⁰¹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 21.

¹²⁰² Michel Chartier, *article cité*, 1952, p. 48-61.

¹²⁰³ Étienne-Émile Baulieu, « Les bases de l'ASD », *La Nouvelle Critique*, février 1953, n° 43, p. 144.

¹²⁰⁴ Étienne-Émile Baulieu, *article cité*, février 1953, p. 144.

¹²⁰⁵ Étienne-Émile Baulieu, *article cité*, février 1953, p. 146.

¹²⁰⁶ Fernand Lamaze ne figure toujours ni dans les dictionnaires de médecins ni dans *Le Petit Robert*, édition 2001.

analgésiques et les anesthésiques sont présentés - Cotte, qui est un anesthésiste connu, ait jugé que dix lignes consacrées à la psychoprophylaxie étaient suffisantes pour satisfaire ceux qu'il appelle les « inconditionnels ». Je crois que c'est là un manque d'objectivité »¹²⁰⁷.

Quand l'ASD n'est pas ignoré, il est critiqué. Evoquant les débuts de l'ASD, dans les années cinquante, le D^r Grisillon rapporte « les critiques, les sarcasmes, les propos ironiques ou malveillants »¹²⁰⁸. En pleine Guerre froide, la critique porte en particulier sur l'origine soviétique de la méthode Lamaze. En 1958, le D^r Fernande Harlin, qui applique la méthode de Read depuis 1950, critique cette façon « d'éduquer le cerveau » qu'elle assimile à « un abus de confiance et (un) désir, à peine voilé, d'une suggestion collective s'adressant à la masse de la société ». Elle poursuit en parlant de « fanatisme » si « l'affirmation de cette théorie doit entraîner le refus d'utilisation de tout ce qui, dans le domaine instrumental et pharmacologique, a constitué jusque là un progrès indiscutable ». Elle oppose le « simple désir aveugle d'endoctrinement » à « l'humanité » nécessaire vis-à-vis des patientes¹²⁰⁹. « Endoctrinement », « suggestion collective », ces termes, rares dans les revues médicales, montrent que ces critiques se placent au niveau politique. Les partisans de l'ASD en sont conscients : Pierre Vellay, en 1971, analyse ces attaques contre l'ASD comme « une question politique. [...] Tout ce qui venait de l'Est était automatiquement suspect, pour ne pas dire irrecevable et dangereux », dans le contexte de la Guerre Froide¹²¹⁰.

Ce type d'attaque reste cependant une exception car la critique politique est par convention exclue des revues et ouvrages médicaux. Dans les *Cahiers Laennec*, le D^r Thuile passe en revue en 1954 toutes les méthodes d'accouchement sans douleur, médicamenteuse ou non. À propos de « la méthode russe » ou plutôt sa « variante française » mise au point par Lamaze et Vellay : « il semble que cette méthode d'accouchement doive remporter l'adhésion d'un bon nombre d'accoucheurs. Inoffensive tant pour la mère que pour l'enfant, elle comporte, dès à présent, un gros pourcentage de succès. [...] Ainsi, grâce à la psychoprophylaxie, la plupart des femmes peuvent espérer accoucher sans douleur »¹²¹¹. Il n'y a, dans cet article d'une revue médicale catholique, pas l'ombre d'une réticence idéologique vis-à-vis de la méthode « russe » à la française, bien avant l'intervention du pape en sa faveur le 8 janvier 1956.

Les critiques portent de préférence sur la prétention des partisans de l'ASD d'être à l'avant-garde de la lutte contre la douleur de l'accouchement par une méthode révolutionnaire. Dans un article datant de 1953, un médecin anonyme ironise sur l'affirmation (déformée par ses soins) de Fernand Lamaze selon

¹²⁰⁷ Pierre Vellay, *article cité*, 1^{er} trimestre 1971, p. 84-85.

¹²⁰⁸ Grisillon, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 11.

¹²⁰⁹ Fernande Harlin, *op. cité* 1958, p. 71.

¹²¹⁰ Pierre Vellay, *article cité*, septembre 1971, p. 4393.

¹²¹¹ F. Thuile, *article cité*, 1954, p. 19.

laquelle « les contractions utérines de travail ne sont douloureuses que parce qu'on le répète depuis des milliers d'années et qu'on ne sait pas s'y prendre »¹²¹². Ce type de critique vise à unir tous les médecins contre Fernand Lamaze, accusé de les tenir pour des incapables.

Le plus souvent les adversaires de l'ASD minimisent son apport. Le 26 janvier 1954, lors de la discussion qui suit la présentation des travaux de l'équipe de Lamaze aux Bluets, le P^r Le Lorier banalise l'ASD en déclarant que « la pratique des accouchements a toujours montré combien l'ambiance peut agir sur l'état de la parturiente suivant qu'elle est entourée de calme ou d'agitation. [...] Chez certaines la dépense d'énergie en mouvements inutiles est considérable ainsi que l'anxiété liée à l'ignorance ou à des idées préconçues ». Il conclut logiquement sur l'intérêt « d'une préparation préalable psychique et musculaire »¹²¹³. Réduire à une préparation plus poussée que d'ordinaire une méthode qui se veut révolutionnaire est une façon de récupérer celle-ci et d'ignorer son aspect novateur. En 1954, les P^r B. Jamain et R. Giraud tentent un premier bilan : « les résultats sont certes encourageants mais rien ne prouve qu'ils atteindront en France le succès qu'ils ont obtenu à l'étranger où jouent sans doute des facteurs particuliers d'éducation et de mystique. Il est encore trop tôt pour juger si cette méthode justifie pleinement les efforts matériels, médicaux, et par conséquent financiers, que sa généralisation entraînerait »¹²¹⁴. D'autant que si « La préparation psychique apparaît d'une importance primordiale [...] il y a bien longtemps que nous avons pu nous rendre compte que la présence rassurante auprès de la femme en travail de son médecin ou de sa sage-femme constituait à la vérité le meilleur des agents d'analgésie »¹²¹⁵. Ce jugement résume les réactions des accoucheurs français au début de l'introduction de l'ASD en France.

Les médecins français, par dessus tout, apprécient peu ce qu'ils nomment la propagande ou la publicité en faveur de l'ASD. En 1954, les P^r Lantuéjoul et Merger parlent de « conférenciers (qui) se répandent dans les milieux les plus divers, faisant miroiter une méthode d'analgésie obstétricale par psychoprophylaxie, que l'on dit nouvelle ». Ils qualifient la popularisation de l'ASD de « débordement littéraire ou verbal » et notent qu'il « est facile de confondre une publicité sanitaire utile et bien faite avec une propagande trop tapageuse pour être convaincante ». Ainsi, « l'opinion [...] hésite entre le sérieux d'une méthode scientifique et le clinquant d'un nouvel orviétan »¹²¹⁶. Laisser penser qu'il est possible d'assimiler l'ASD à un orviétan, drogue inventée par un charlatan de la ville italienne d'Orvieto, est une façon transparente de douter de l'efficacité de la méthode. La « propagande

¹²¹² *Le Concours médical*, 13-6-53, n° 24, p. 2163.

¹²¹³ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, t.138, n° 3, p. 58.

¹²¹⁴ Bernard Jamain et R. Giraud, *op. cité*, 1954, p. 135.

¹²¹⁵ P. Morin, "L'analgésie obstétricale", *La Revue du Praticien*, 21-2-1954, p. 476.

¹²¹⁶ Pierre Lantuéjoul et Robert Merger, « La douleur de l'accouchement et sa psychoprophylaxie », *Semaines des Hôpitaux de Paris*, 30 mai 1954, n° 35, p. 2198.

tapageuse » autour de la méthode Lamaze scandalise unanimement le corps médical pour des raisons de principe et de concurrence. « Il y a déjà longtemps que nous appliquions les principes de l'accouchement naturel sans le crier sur les toits : non seulement depuis que la presse quotidienne des hebdomadaires, des revues périodiques à forme de « digest », des publications spécialisées dans la vulgarisation plus ou moins heureuse de la médecine ont fait connaître les principes de la méthode de Pavlov mais depuis les années trente »¹²¹⁷. Les adversaires de l'ASD assimile cet effort de diffusion aux « arguments publicitaires du genre de ceux employés pour les pâtes alimentaires ou les marques d'apéritif : propagande outrancière par les journaux, les magazines de femmes, les conférences, le cinéma, les disques et la radio... Ces procédés ne sont pas dignes de la médecine. En somme tam-tam et grosse caisse »¹²¹⁸.

Des lettres de confrères protestant contre la « publicité » dont bénéficieraient les D^r Lamaze et Vellay sont envoyées au Conseil de l'Ordre des médecins¹²¹⁹. Ce dernier se garde bien de prendre position sur l'ASD car ce n'est pas sa mission. Par contre, en tant qu'instance disciplinaire, il intervient à la suite de ces plaintes. Les deux médecins reçoivent le 30 mai 1954 un avertissement du Conseil régional de l'Ordre de Paris, dont ils dépendent. Ils font appel de cette décision devant la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre et obtiennent l'annulation de cet avertissement. Le jugement qui annule cette sanction peut être consulté aux archives de la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre¹²²⁰ : « Considérant qu'il résulte de l'instruction que la visite effectuée par un journaliste à la polyclinique de la rue des Bluets à Paris et à la suite de laquelle a paru un article dans le n°62 de *Semaine du Monde* où est cité le nom du D^r L. n'a pas été faite à la demande de ce dernier ; que celui-ci s'est borné à recevoir ce journaliste et à lui fournir des indications sur la méthode d'accouchement qu'il pratique dans cet établissement ; qu'il nie de plus lui avoir donné quelque autorisation que ce soit au sujet de la publication d'un reportage le concernant et que rien ne permet de mettre en doute la véracité de cette allégation d'ailleurs formellement confirmée par le journaliste dont s'agit ; qu'enfin il a protesté immédiatement auprès du Directeur de l'hebdomadaire dont s'agit contre l'utilisation qui a été faite de son nom. Considérant que si le D^r L. n'a pas fait preuve de la réserve et de la prudence qui s'imposent à tout praticien dans de telles circonstances, il y a lieu cependant d'admettre que, dans le cas de l'espèce, il n'a pas commis de faute susceptible d'entraîner une sanction ». Le texte est identique pour le D^r Vellay. Le Conseil national de l'Ordre reconnaît donc la maladresse de Fernand Lamaze et Pierre

¹²¹⁷ R. Vaudescal, "l'accouchement sans douleur", *L'Hôpital*, décembre 1953, p. 384.

¹²¹⁸ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 141.

¹²¹⁹ Archives de la section disciplinaire du Conseil de l'Ordre des Médecins : cf note 13, /Lamaze.

¹²²⁰ Les décisions de cette section disciplinaire sont archivées sous les numéros 989 et 990. Les noms des deux médecins ont été barrés mais il s'agit bien de Lamaze et Vellay car la clinique des Bluets est nommément citée ainsi que leurs prénoms et adresses.

Vellay mais non l'intention de publicité. Il décide logiquement d'annuler la sanction, au terme d'un véritable procès interne avec plaidoiries d'avocats et déposition des accusés. Il ne juge pas sur le fond, le bien-fondé de la méthode et sa réussite, mais sur la concurrence que le Conseil régional de l'Ordre de Paris avait jugée déloyale. Ces plaintes de confrères auprès de leur instance disciplinaire sous-entendent que l'enthousiasme des femmes pour l'ASD les détourne de leur médecin habituel au profit de Fernand Lamaze et Pierre Vellay.

D'autres obstétriciens français rapprochent l'ASD de l'utilisation de l'hypnose, au grand dam de Fernand Lamaze et de ses collaborateurs. Le D^r Barbier, en juillet 1952, évoque « l'hypnotisme », pratiqué en France à partir des années 1860¹²²¹, pour « effacer la crainte de la douleur et réaliser un état de docilité et de confiance des plus surprenants ». Il conclut : « c'est bien là, également, sans aucun doute, une application des théories de Pavlov »¹²²². D'autres signalent l'importance, pour cette technique, de « l'autosuggestion » dont doit faire preuve la patiente¹²²³. Ces deux exemples ramènent la spécificité de la méthode Lamaze à une tradition française d'hypnose et de moyens psychologiques hérités du XIX^e siècle. Or l'hypnose a très mauvaise presse dans le milieu médical en France, y compris chez les défenseurs de l'ASD, et la psychologie est méprisée par les gynécologues obstétriciens français. C'est une façon de banaliser et de déprécier l'ASD.

Enfin, dernier avatar, l'ASD est parfois assimilé à la méthode de Read malgré les protestations de ses partisans. Le D^r Chartier écrit en 1952 : « cette méthode (de Read) est également très répandue, paraît-il, en URSS et est décrite sous le nom de technique psychoprophylactique »¹²²⁴. Cette confusion est également entretenue par la presse, un article, de *L'Aurore* du 26 juillet 1954, affirme : « Il n'y a jamais eu de méthode Pavlov, mais une méthode révélée en 1931 par le professeur anglais Read... Il a plutôt du retard, le camarade Pavlov ! »¹²²⁵. En 1955, ironisant sur l'ASD, le P^r Lepage et le D^r Langevin-Droguet décrivent leur méthode, à savoir celle de Read dont ils soulignent l'antériorité et la légitimité face à la méthode Lamaze, taxée de « méthode nouvelle et merveilleuse », qui aurait fait de l'accouchement « un des actes les plus faciles de la vie »¹²²⁶. Souvent les médecins font ainsi preuve d'un

¹²²¹ Et abandonné dès les années 1860 avec l'utilisation du chloroforme, selon Paul Chauchard, *L'anesthésie*, Paris : PUF, 1947, réédité en 1981, note 21 p. 194.

¹²²² P. Barbier, "L'accouchement sans douleurs par psychothérapie", *Revue de Pathologie générale, comparée, hygiène*, n° 640, juillet 1952, p. 477.

¹²²³ Robert Vaudescal, "L'accouchement sans douleur", *L'Hôpital*, décembre 1953, p. 384.

¹²²⁴ Michel Chartier, *article cité*, 1952, p. 58.

¹²²⁵ Cité par E. Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 139.

¹²²⁶ F. Lepage et G. Langevin-Droguet, *article cité*, 1955, p. 549.

« scepticisme railleur »¹²²⁷, car Fernand Lamaze et son équipe bousculent des « habitudes acquises ou des féodalités obstinées »¹²²⁸.

Sur le plan matériel, le coût de l'ASD est dénoncé car cette méthode « est particulièrement onéreuse, d'application difficile, nécessitant un personnel considérable »¹²²⁹. Ce que confirme le D^r Vermorel, favorable à l'ASD : celui-ci « nécessite un personnel plus nombreux [...] avec la présence en permanence au chevet de l'accouchée d'une sage-femme ou d'un accoucheur, ou à défaut d'une infirmière spécialisée »¹²³⁰. Il est question aussi de « l'adjonction de spécialistes, tel que neuropsychiatre »¹²³¹. Tous ces soignants travaillent en équipe et ce personnel doit être bien éduqué (donc bien formé) et compréhensif (donc partisan de l'ASD), ce qui « limite le champ d'application de la méthode »¹²³². Effectivement, le D^r Hay, qui pratique l'ASD à Montluçon, constate : « L'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie n'est pas rentable. Ce mot peut scandaliser. Je le maintiens »¹²³³. Il entend ici mettre en valeur le temps important passé par le praticien à réunir une équipe, à la former, à étudier la technique etc.

B Les arguments des partisans de l'ASD

Les partisans de l'ASD répondent à ces objections avec deux types d'arguments propres à rallier leur confrères. Ils invoquent des raisons scientifiques et d'autres hors du champ strictement scientifique pour prouver la supériorité de l'ASD sur les autres méthodes. Ils placent donc le débat au niveau des experts et cherchent la reconnaissance du bien-fondé de l'ASD par leurs confrères. Ils se posent eux-mêmes en experts de l'accouchement sans douleur.

Leur argument principal est le caractère scientifique de l'ASD, qui participe ainsi au progrès de la Science. La confiance en l'autorité de la science et en ses progrès est en effet partagée unanimement par l'opinion de l'époque. Incidemment, pour les médecins communistes, l'ASD prouve la supériorité de la science soviétique sur celle de l'autre bloc mais ils ne mettent pas en valeur cette conviction dans les revues médicales.

Les médecins favorables à l'ASD prennent grand soin, par exemple, de le rattacher aux travaux de Claude Bernard, fondateur français de la physiologie. Fernand Lamaze et ses collaborateurs l'affirment dès 1954 dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* : « Se basant sur la physiologie, elle (la

¹²²⁷ René Angelergues, "Naissance et disparition de la douleur", *La Pensée*, mars-avril 1955, p. 61.

¹²²⁸ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, 1953, p. 77.

¹²²⁹ Henri Vermorel, *thèse citée*, f. 225. Il reprend les critiques du P^r Grasset.

¹²³⁰ Henri Vermorel, *thèse citée*, f. 276.

¹²³¹ Henri Vermorel, *thèse citée*, f. 277.

¹²³² E. Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 142.

¹²³³ M. Hay, *article cité*, 960, p. 61.

méthode de l'ASD) remplit les conditions exigées par Claude Bernard »¹²³⁴. Cette filiation entre Pavlov et Claude Bernard est reconnue depuis longtemps : en 1925, le Doyen Henry Roger, en décernant au P^r Pavlov le titre de Docteur honoris causa de la Faculté de Médecine de Paris, déclare : « Le nom de Pavlov survivra à la mémoire des hommes. Il restera gravé en caractères indélébiles à la suite de ceux des grands physiologistes du XIX^e siècle, les Magendie, les Flourens, les Claude Bernard »¹²³⁵. Pavlov est donc ancré depuis longtemps dans la grande tradition des physiologistes français. Claude Bernard est le modèle même du savant laïc, manifestant « une réserve prudente vis-à-vis de toute croyance ou activité religieuse » et professant « un agnosticisme farouche », s'attirant par là les foudres des penseurs catholiques de son époque¹²³⁶. Il représente donc une figure de savant du XIX^e siècle tout à fait présentable pour des médecins progressistes.

Le D^r Vermorel ne s'en tient pas à Claude Bernard, il fait aussi référence à Descartes, « pionnier d'un courant matérialiste » représenté au XX^e siècle par Pavlov¹²³⁷. Il est rejoint par Fernand Lamaze et le D^r Muldworf en 1956 qui concluent ainsi un article démontrant que l'ASD remplace une forme de pensée magique et irrationnelle par une pensée claire et rationnelle : « C'est ce même effort de clarification de la pensée qui a été fourni le long des siècles par Descartes, Diderot et Claude Bernard »¹²³⁸. Cette filiation proclamée entre Pavlov et la médecine voire la philosophie française rend l'ASD moins exotique, moins soviétique, plus acceptable en France.

La référence à Claude Bernard peut toutefois être contestée par les puristes. Ce savant français est en effet sévèrement critiqué en URSS, par exemple dans une encyclopédie des années cinquante : « Les conceptions philosophiques de Claude Bernard sont caractérisées par une inconséquence extrême et des écarts par rapport aux positions justes du matérialisme dans les questions de la connaissance pour se rapprocher de l'idéalisme et de l'agnosticisme[...] On peut ranger Claude Bernard parmi les représentants typiques de la philosophie réactionnaire du positivisme dans les sciences naturelles, propagée par Comte, Littré et autres philosophes réactionnaires français de la période de la Restauration contre-révolutionnaire. [...] En tant que positiviste, Bernard se déclarait l'adversaire [...] du matérialisme qu'il

¹²³⁴ Fernand. Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-1954, t.138, n° 3, p. 53. Il s'agit ici de la méthode expérimentale mise au point par Claude Bernard : observation, hypothèse, expérimentation.

¹²³⁵ Cité par Hilaire Cuny, in *Ivan Pavlov et les réflexes conditionnés*, Paris : Seghers, 1962, p. 148.

¹²³⁶ Mirko D. Grmek, *Le legs de Claude Bernard*, Paris, Fayard, 1997, p. 50.

¹²³⁷ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 23-24.

¹²³⁸ Fernand Lamaze et Bernard Muldworf, *article cité*, 1956, p. 558.

entendait seulement comme une forme de matérialisme mécanique »¹²³⁹. La référence à Claude Bernard semble donc plutôt devoir fonctionner à usage interne en France, elle ne peut être partagée par les chercheurs soviétiques.

Les références scientifiques sont destinés aux médecins mais l'opinion et les principales intéressées, les femmes, sont aussi sensibles à l'exaltation de la science. Lola Tranec termine son ouvrage enthousiaste sur l'ASD par cette phrase : « Dès lors, donner la vie à notre enfant devenait non plus un acte familial et privé, mais un acte social : nous ajoutons une pierre à l'édifice du progrès »¹²⁴⁰. En 1960, Claude Revault d'Allonnes écrit : la « femme moderne » est en « rupture avec le passé ». Elle rejette la « femme d'autrefois et notamment les souffrances physiques éprouvées naguère dans la maternité. [...] Elle a conscience de participer à une ère nouvelle. [...] Le passé est souvent senti comme une sorte de préhistoire de l'humanité, en tout cas comme une préhistoire de la femme »¹²⁴¹. Selon le témoignage d'une jeune mère : « un accouchement avec douleur est retardataire, scandaleux comme la famine ou le moulin à vent ». Pour Claude Revault d'Allonnes, « elle exprimait le sentiment très répandu que la société future sera le règne de la science et de son humanisme au service de la dignité féminine ». Pour cette femme, « l'ASD va presque de soi au temps du plastique, de l'énergie atomique et de la navigation sidérale »¹²⁴². Claude Revault d'Allonnes cite « l'énergie atomique, les matières plastiques, les antibiotiques, les transistors, les exploits aéronautiques (qui) ont déterminé une représentation de la science dans laquelle l'ASD trouve sa place »¹²⁴³. Elle ajoute : « l'enquête sociologique montre, avec des chiffres, qu'un optimisme politique et social antérieur détermine bien souvent le choix de la méthode ASD »¹²⁴⁴. Allusion à la sensibilité communiste de ces femmes? Ou plutôt à leur volonté de participer aux progrès de la science moderne en rejetant les archaïsmes représentés par la douleur traditionnelle de l'accouchement? Pour Claude Revault d'Allonnes : accoucher dans la douleur serait « aussi anachronique que d'écrire avec une plume d'oie ou de communiquer avec le télégraphe Chiappe »¹²⁴⁵.

Le second argument scientifique systématiquement développé par les défenseurs de l'ASD est celui de l'innocuité et du naturel de la méthode Lamaze. En médecine, l'innocuité est une condition *sine qua non* de toute méthode d'indolorisation, elle doit être « inoffensive pour la mère et

¹²³⁹ Ces extraits d'une encyclopédie soviétique sont rapportés dans l'ouvrage de Robert Clarke : *Claude Bernard*, Paris, Seghers, 1961, p. 197-198. L'auteur ne donne aucune précision quant au titre, ni à l'auteur, ni à la date de cette encyclopédie...

¹²⁴⁰ Lola Tranec, *op. cité*, 1958, p. 113.

¹²⁴¹ Claude Revault d'Allonnes, "La femme moderne et l'accouchement sans douleur", *BOSFPPO*, décembre 1960, p. 3.

¹²⁴² Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, décembre 1960, p. 3-4.

¹²⁴³ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1960, p. 157-158.

¹²⁴⁴ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, décembre 1960, p. 5.

¹²⁴⁵ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 91.

l'enfant »¹²⁴⁶. Les partisans de l'ASD revendiquent à leur tour cette innocuité : en 1965, le D^r Hersilie, après treize ans d'expérience de l'ASD, constate « l'innocuité absolue tant pour la mère que pour l'enfant » malgré les critiques injustes essuyées dans les années cinquante sur les « risques » encourus par les femmes, « risques absolument imaginaires ». En 1965, « cette méthode a fait ses preuves »¹²⁴⁷.

Non seulement cette technique est sans danger mais elle est naturelle. Cet argument devient récurrent à partir de janvier 1956, date du discours de Pie XII en faveur de l'ASD devant un Congrès de gynécologie à Rome. Le pape l'utilise pour justifier son soutien à l'ASD¹²⁴⁸. Les médecins catholiques répètent, après lui, que cet « accouchement naturel » est « l'idéal de l'obstétrique classique »¹²⁴⁹.

L'ASD rend enfin toute anesthésie inutile. En 1964, le D^r Vellay peut affirmer qu'avec l'ASD, « le nombre d'interventions ou forceps-ventouses ne nécessitant pas d'anesthésie est dix fois supérieur à celui où l'anesthésie est nécessaire. [...] Le nombre de césariennes est extrêmement réduit et ne dépasse pas 2 %. [...] Le nombre d'hémorragies de la délivrance est bien moindre »¹²⁵⁰. Ces constatations font de l'ASD un accouchement techniquement léger, qui peut rester totalement naturel.

Les partisans de l'ASD disposent de nombreux autres arguments pour promouvoir l'ASD. Mais le principal avantage de l'ASD est d'engendrer une médecine plus humaine donc plus efficace¹²⁵¹. Ses partisans font tous remarquer que l'ASD « a amené une humanisation et une dédramatisation de l'accouchement »¹²⁵². Le D^r Jacques Gaillard, décrivant en 1955 un ASD, assure : « durant tout le travail, la femme est tenue au courant et guidée affectueusement »¹²⁵³. Ce dernier terme est tout à fait extraordinaire dans la bouche d'un médecin et démontre la dimension humaine qu'apporte l'ASD.

L'ASD modifie la vision du médecin qui le pratique. Le D^r Pierre Vellay y fait référence en 1957 : « Il convient d'insister sur le bénéfice très grand que retire l'accoucheur des conditions nouvelles de sa pratique et de la structure du groupe dans laquelle elle se situe. Il apprend à critiquer et à contrôler son propre comportement, prend conscience de toutes les erreurs qu'il était

¹²⁴⁶ Cormanchi, *Le Concours médical*, 19-3-49, n° 12, p. 616-617.

¹²⁴⁷ Roger Hersilie, "La place de la méthode psychoprophylactique dans l'analgésie obstétricale", *BOSFPPO*, mars 1965, p. 17.

¹²⁴⁸ Cité dans J.A. Trégastel, *L'accouchement naturel*, Paris, Edition du Levain, 1957, p. 10.

¹²⁴⁹ J.A. Trégastel, *L'accouchement naturel*, Paris, Edition du Levain, 1957, p. 20.

¹²⁵⁰ Pierre Vellay, "Psychoprophylaxie et anesthésie", *BOSFPPO*, décembre 1964, p. 4.

¹²⁵¹ Pierre Vellay, "Psychoprophylaxie et anesthésie", *BOSFPPO*, décembre 1964, p. 11.

¹²⁵² Léon Chertok, "Étude de la psychoprophylaxie des douleurs de l'accouchement", *Semaine des Hôpitaux*, 10-14 Août 1956, p. 2619-2626.

¹²⁵³ Jacques-Louis. Gaillard, "Technique de l'accouchement dirigé indolore avec éducation psychique, respiratoire et neuromusculaire", *Le Concours médical*, 16 avril 1955, p. 1614.

auparavant capable de commettre dans ses rapports avec les femmes et qui avaient des répercussions défavorables très profondes sur les parturientes. L'accoucheur acquiert une plus grande qualité humaine et prend, en un mot, conscience de son rôle psychothérapeutique »¹²⁵⁴. En 1960, l'un d'eux déclare lors d'un congrès : « Je crois que nous apportons beaucoup aux femmes par l'accouchement sans douleur, et je crois que l'accouchement sans douleur amène beaucoup au médecin en ce sens qu'il lui impose un effort de réflexion et, en ce sens, je crois que nous restons assez jeunes dans notre travail médical (applaudissements) »¹²⁵⁵. Cette volonté de progresser en recherchant la meilleure façon d'appliquer l'ASD s'oppose à l'image du médecin notable incapable de se remettre en cause. Il s'agit là d'une conception dynamique de la médecine qui est loin d'être la norme à cette date en France. En 1971, cette idée d'une médecine plus humaine grâce à l'ASD se retrouve dans un hommage au D^r Lamaze. Il y est affirmé qu'« au fond d'eux-mêmes, l'accoucheur et la sage-femme éprouvent une très grande satisfaction à travers un travail bien exécuté et où la relation humaine rivalise avec la technicité. Ils se sentent en sécurité [...] Ils sont respectés, écoutés mais jamais stupidement adulés [...] L'effort de chacun (parturiente, accoucheur, sage-femme) étant fortifiant pour l'autre, tout le monde se sent comblé »¹²⁵⁶.

L'ASD représente aussi « l'occasion d'entrer plus intimement en contact avec nos clientes. [...] Ce contact se retrouvera dans l'avenir et les consultations qui suivront la grossesse n'auront plus le même caractère. la femme ayant « fait l'ASD », comme l'on a coutume de dire, aura bien plus de facilité à lui confier tous ses soucis et tous ses problèmes. [...] Des problèmes conjugaux, des problèmes sexuels, des problèmes de Planning Familial... »¹²⁵⁷. Quel intérêt pour le médecin? Le D^r Blum répond clairement : « Si certains médecins désirent rester dans leur rôle purement scientifique avec comme unique préoccupation la relation « Médecin-Organe-Malade », d'autres, par contre, essayeront de mieux connaître leur patient, dans leur ensemble social et familial afin d'expliquer la somatique, et créeront ainsi le climat particulier qui rendra la consultation plus agréable et plus efficace »¹²⁵⁸. En 1974, le D^r Grisillon écrit : « nous avons appris aussi à les écouter (les femmes), à considérer « la femme » comme un tout et non plus simplement un utérus(qui se contracte ou non), un vagin, un périnée. En un mot, la psychoprophylaxie a certainement contribué à rendre à l'Obstétrique un caractère plus humain »¹²⁵⁹.

¹²⁵⁴ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r P. Vellay, p. 40.

¹²⁵⁵ Zilbergwag, "Discussion sur la communication du D^r Hersilie", *BOSFPPO*, juin 1960, p. 63.

¹²⁵⁶ "Hommage au D^r Lamaze", *article cité*, 1971, p. 18.

¹²⁵⁷ Jean Blum, "Le rôle de l'ASD sur le comportement psychique de la femme enceinte", *BOSFPPO*, juin 1964, p. 32.

¹²⁵⁸ Jean Blum, *article cité*, 1964, p. 32.

¹²⁵⁹ Grisillon, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 13.

Concrètement, le D^r Vellay fait établir pour chacune de ses patientes une fiche d'observation très détaillée qui comprend une étude sur le passé pathologique de la femme, sur le « climat psychologique » de celle-ci (attitude vis-à-vis de la grossesse, attitude du mari etc.), sur l'éducation et le climat familial dans lequel elle a grandi (lectures nuisibles, traumatisantes, influence du cinéma, des revues pseudo-scientifiques...), sur les conditions sociales et économiques (obligation pour la femme de travailler, problèmes de logement...) et enfin une étude minutieuse de l'état physique, obstétrical de la parturiente ¹²⁶⁰. À la polyclinique des Bluets, les femmes ont donc non seulement un dossier médical mais aussi un dossier « psychosocial » sur leurs conditions de vie, leur type de logement, leurs problèmes financiers éventuels, les rapports familiaux et « le problème de la belle-mère ainsi que celui du mari à qui est réservée une place à part »¹²⁶¹. Ces médecins, souvent de sensibilité de gauche, sont en effet conscients de l'importance des conditions de vie pour la réussite ou l'échec de l'ASD. Cette attention au social ne réduit pas la douleur de l'accouchement à l'expression de problèmes physiques ou psychologiques. Elle marque leur originalité et la position avant-gardiste de leur analyse. L'influence des conditions de vie et de travail sur la santé, devenue aujourd'hui une banalité, est à l'époque révolutionnaire, en particulier dans le milieu médical traditionnellement rétif à ce type de raisonnement. Cette appréhension globale du problème de la douleur de l'accouchement s'oppose à la position de « super-techniciens » que revendiquent les autres obstétriciens français qui s'intéressent à la douleur de l'accouchement en pensant la résoudre par des solutions médicamenteuses, sans tenir compte du fait qu'accoucher n'est pas un acte comme les autres.

Les médecins favorables à l'ASD dénoncent également les conditions sociales faites aux femmes. Ils le font essentiellement dans les revues non médicales, sachant que ce type de critique n'a pas sa place dans une revue scientifique. En 1953, Étienne-Émile Baulieu relève dans la revue communiste *La Nouvelle Critique* le contraste entre le sort des femmes soviétiques et celui des femmes françaises : « Comment les perspectives qu'offre l'État soviétique aux jeunes mères pour leur enfant et pour elles-mêmes pourraient-elles ne pas contribuer au bonheur de mettre au monde? Comment les difficultés de toutes sortes promises aux femmes des pays capitalistes ne seraient-elles pas une contribution aux douleurs de l'enfantement? »¹²⁶². Le D^r René Angelergues écrit dans *La Raison* en 1954 : « On doit ajouter à cela pour beaucoup de femmes de notre pays à l'heure actuelle, les préoccupations multiples liées à la difficulté sans cesse croissante des conditions matérielles et morales de vie, l'insuffisance de l'alimentation, la surtension nerveuse au travail par les

¹²⁶⁰ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r P. Vellay, p. 33-34-35.

¹²⁶¹ Equipe de sages-femmes de la polyclinique, Maternité F. Lamaze, "Rôle de la sage-femme dans l'accouchement sans douleur", *BOSFPPO*, mars 1961, p. 26.

¹²⁶² Étienne-Émile Baulieu, « Les bases de l'ASD », *La Nouvelle Critique*, février 1953, n° 43, p. 143.

cadences accélérées, la productivité, l'insécurité des conditions de travail, la misère biologique et morale qui accompagne le chômage »¹²⁶³. Il reprend tel quel ce discours dans un article de *La Pensée*, en 1955¹²⁶⁴. À côté d'une attention peu courante aux conditions de vie et de travail difficiles de leurs patientes, ces discours relèvent aussi d'un usage systématique de la « langue de bois » par les militants communistes. Parler de « l'insuffisance de l'alimentation » dans la France des Trente Glorieuses est peu adapté mais se place dans le droit fil de la « paupérisation » dénoncée par le PCF dirigé par Maurice Thorez.

Les collaborateurs de Fernand Lamaze mettent aussi l'accent sur la recherche de la participation active des femmes à leur accouchement. Le but de l'ASD est bien « la suppression totale de la douleur en maintenant intacte l'activité cérébrale de l'accouchée » qui peut ainsi « garder le contrôle de son état et demeurer active »¹²⁶⁵. Les accouchées ne sont donc pas des femmes « passives qui attendent en tremblant la naissance de leur enfant, mais bien des actives qui sauront diriger leur activité nerveuse »¹²⁶⁶. L'attitude active attendue de la femme s'oppose « au laisser-faire et au laisser-aller de l'accouchement classique »¹²⁶⁷. L'emploi de ces termes rappelle le vocabulaire des critiques à l'encontre du libéralisme, du capitalisme. Au « laisser-faire » de ce système économique, les communistes, ou plus largement l'opinion de gauche, veut substituer l'intervention de l'État. On ne peut s'empêcher de retrouver des échos de cette polémique jusque dans ce débat sur les méthodes d'accouchement. Ces médecins militants peuvent également espérer que l'attitude active des femmes s'étendra à d'autres domaines, par exemple celui du politique, si possible aux côtés du PCF. Les femmes reprendront cette volonté de maîtriser leur accouchement, leur corps, et à travers lui, leur destin. Mais elles ne se rangeront pas en masse aux côtés du PCF, elles le feront de leur côté, amorçant par là l'émergence d'une conscience féministe.

La prise en compte des conditions de vie de leurs patientes conduit les médecins pratiquant l'ASD à « s'intéresser aux problèmes si actuels d'éducation sexuelle et de régulation des naissances donc de contraception et, évidemment, de stérilité »¹²⁶⁸. Ces praticiens sont persuadés que l'ASD débouche sur l'amélioration de la vie sexuelle de la femme et du couple. Dès 1957, pour le D^r Vellay, une des conséquences positives de l'ASD est « une meilleure harmonie sexuelle [...] Je connais plusieurs femmes qui, après avoir terriblement souffert en mettant au monde leur premier enfant, vivaient

¹²⁶³ René Angelergues, "Perspectives nouvelles pour l'étude de la douleur", *La Raison*, n° 9-10, 1954, p. 146.

¹²⁶⁴ René Angelergues, " Naissance et disparition de la douleur", *La Pensée*, mars-avril 1955, p. 58.

¹²⁶⁵ H. Vermelin, *article cité*, 1955, p. 10-11.

¹²⁶⁶ H. Vermelin, *article cité*, 1955, p. 9.

¹²⁶⁷ Roger Hersilie, *article cité*, 1965, p. 19.

¹²⁶⁸ Grisillon, *article cité*, 2^{me} trimestre 1974, p. 12.

continuellement dans la crainte d'avoir à accoucher de nouveau. Elles ne pouvaient plus être pleinement heureuses et leurs maris, ne trouvant plus leur bonheur complet avec leurs femmes, cherchaient satisfaction ailleurs. La plupart ont divorcé »¹²⁶⁹. L'ASD permettrait donc aux femmes de vivre pleinement leur sexualité à la différence de celles que l'accouchement terrorise. Dix ans plus tard, il affirme à nouveau : « Pour notre part, l'expérience nous a appris que la sexualité a été perturbée chez certaines femmes par la crainte de l'enfantement et, réciproquement, celle-ci fut améliorée par une naissance »¹²⁷⁰. Il précise que l'ASD permet « en quelque sorte une maturation sexuelle qui s'effectue sous nos yeux et non pas un acte isolé permettant la survie de l'espèce. [...] La maternité réussie et surtout l'accouchement peuvent avoir les plus heureux effets sur une sexualité en difficulté [...] Nous voyons des femmes qui souffrent de vaginisme, de dyspareunie, trouver la fin de leurs maux grâce à la préparation et à l'accouchement »¹²⁷¹.

Symétriquement, la sexualité de la femme favorise ou entrave la réussite de son accouchement sans douleur. Pour les médecins pratiquant l'ASD, il existe un lien de cause à effet entre la vie sexuelle des femmes et le déroulement de leur accouchement. « Nous considérons que l'apparition des premières règles, la défloration dans ses modalités qui cristallisent sur la sexualité une somme d'angoisses imaginaires ou réelles se répercutent de façon manifeste sur le comportement de la femme vis-à-vis de la maternité et de l'accouchement »¹²⁷². Le D^r Vellay constate « une certaine identification entre une sexualité réalisée et une maternité bien tolérée. Les difficultés sexuelles se projettent indiscutablement sur la maternité et se retrouvent dans une manifestation commune, « l'angoisse », la peur d'avoir mal, l'impossibilité de réussir. [...] Nous avons pu constater que les femmes sexuellement bien équilibrées c'est-à-dire parfaitement satisfaites, avaient dans l'ensemble un excellent comportement »¹²⁷³. L'ASD peut même être source de plaisir féminin « par son analogie avec le coït. [...] Nous pensons que cela peut se justifier, car nous avons vu, au cours de la phase finale de l'accouchement, des femmes présenter un état d'extase très proche de l'orgasme. [...] Nous avons été mis en présence, dans notre pratique courante, de patientes qui avaient de véritables orgasmes lors de la sortie de l'enfant, ce qui serait la consécration de l'acte d'enfantement comme manifestation de la sexualité » écrit Pierre Vellay¹²⁷⁴.

Lors des séances de préparation, les femmes reçoivent un enseignement qui fait œuvre de véritable « éducation sexuelle », à une époque où celle-ci n'existe pas. Tous les problèmes sexuels et génitaux peuvent être abordés, il n'y a pas de sujets « tabous », contrairement aux pratiques sociales de l'époque. Ces cours

¹²⁶⁹ Pierre Vellay, *article cité*, 1957, p. 108.

¹²⁷⁰ Pierre Vellay, "Rapport", *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1967, p. 50.

¹²⁷¹ Pierre Vellay, *article cité*, 1967, p. 51.

¹²⁷² Pierre Vellay, *article cité*, 1967, p. 50.

¹²⁷³ Pierre Vellay, *article cité*, 1967, p. 51.

¹²⁷⁴ Pierre Vellay, *article cité*, 1967, p. 50-51.

ont pu paraître « révolutionnaires », « libérateurs », tout en restant limités à une sexualité centrée sur la reproduction. L'ASD participe ainsi au « vaste mouvement de désacralisation des phénomènes sexuels et génitaux » de ces années cinquante-soixante¹²⁷⁵.

Ces remarques exceptionnelles dans le milieu des gynécologues obstétriciens révèlent l'importance que prend la réflexion sur la sexualité avant et après 1968. Les médecins favorables à l'ASD, de par leur pratiques, apparaissent comme les pionniers¹²⁷⁶ de cette réflexion et de la revendication du droit au plaisir, banale à partir des années soixante-dix mais bien audacieuse avant 1968 !

D'une façon plus générale, Fernand Lamaze affirme dès 1954 que l'ASD apporte une « harmonie plus grande dans les ménages » du fait de leur participation conjointe à la préparation¹²⁷⁷. En effet, grâce à l'ASD, la femme n'éprouve pas « le ressentiment qu'elle a quelquefois contre son conjoint à qui elle attribue les responsabilités de sa souffrance »¹²⁷⁸. Les D^r A. et P. Rolland, qui exercent à la campagne, s'écrient : « Il est beau de voir une femme penser consciemment son accouchement ; faire un immense effort intellectuel dans un but précis. Il est beau de voir son mari participer à cet effort, la soutenir et en même temps acquérir pour elle un respect, un amour nouveau »¹²⁷⁹. Le D^r Lamaze et le D^r Muldworf, neuropsychiatre, essaient de théoriser cet apport de l'ASD aux couples en 1956, dans la prestigieuse revue des gynécologues et obstétriciens de langue française¹²⁸⁰. Pour eux, quand le mari participe à la préparation (c'est le cas pour la plupart des couples), « il est un élément efficace, parfois même actif ». « Durant toute une partie de la grossesse de la femme, le couple se trouve uni d'une façon affective et rationnelle autour d'un

¹²⁷⁵ Claude. Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 100.

¹²⁷⁶ Ils ne sont pas les seuls cependant, les (rares) médecins français partisans de la méthode de Read les rejoignent. Les P^r Mayer et Morali-Daninos écrivent en 1957 : « nous n'hésitons pas à informer les femmes qu'il n'y a aucune culpabilité morale et aucune anomalie physiologique à rechercher la satisfaction sexuelle pour le seul plaisir qu'elle procure » in : Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention des P^r Mayer et Morali-Daninos, p. 56.

¹²⁷⁷ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, t. 138, n° 3, p. 56. Read est plus lyrique : « l'association accouchement = douleur = terreur = torture, fera naître [...] la peur glacée (qui) combat la chaleur de l'amour. [...] L'acte sexuel devient un trop grand risque, la plaisir disparaît devant la menace constante d'une nouvelle grossesse. Ainsi naissent les dissensions conjugales graves qui relèvent directement d'un accouchement douloureux ». Il y oppose les conséquences d'un accouchement « sans crainte » : « sur de telles fondations sont bâties des vies heureuses, dont le bonheur est assez solide pour résister aux coups du sort" in G. D. Read, *L'accouchement sans douleur*, Paris, éd. Colbert, 1953, p. 48-49..

¹²⁷⁸ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 273.

¹²⁷⁹ A. et P. Rolland, *article cité*, 1954, p. 63.

¹²⁸⁰ Fernand Lamaze et Bernard Muldworf, "Les aspects psychologiques, psychothérapeutiques et les incidences sociales de l'accouchement sans douleur", *BFSGOLF*, novembre 1956, p. 549-558.

événement capital »¹²⁸¹. De plus, l'accouchement sans douleur évite « les différents incidents anatomiques assez fréquents dans l'accouchement non préparé (déchirure du périnée) et leur conséquence cicatricielle, ou esthétique, qui peuvent compromettre la vie sexuelle du couple »¹²⁸². Ces deux pionniers remarquent que l'ASD évite « les violentes imprécations que certaines femmes hurlent envers leur mari au moment des douleurs, même si on pourrait spéculer à l'infini sur leur signification »¹²⁸³, ce qui ne peut que favoriser la suite de leur vie conjugale. En 1957, le D^r Vellay met encore une fois en valeur l'action positive de l'ASD sur les couples. Pour lui, un accouchement sans douleur réussi est un « facteur de consolidation chez les couples unis » et même « favorise aussi, bien souvent, une réconciliation chez les autres »¹²⁸⁴. En 1959, le D^r Jubécourt pense aussi constater : « En quelques cas, la préparation a eu pour conséquence la création de liens affectifs nouveaux [...] entre maris et femmes (deux fois) et dans un cas elle fit même revenir au foyer un époux qui l'avait abandonné ! »¹²⁸⁵. En 1967, pour le D^r Hersilie, traitant de « Sexualité et féminité », le principal apport de la psychoprophylaxie pour le couple est « la substitution du trinôme père-mère-enfant au binôme mère-enfant », ce qui ne peut amener que des « aspects positifs ». « La prise en charge par le père de sa paternité ne peut que renforcer l'amour conjugal »¹²⁸⁶.

Les couples interrogés confirment ces analyses. En 1956, dans un recueil de témoignages destiné à populariser l'ASD, on retrouve cette importance de l'accouchement sans douleur pour la vie conjugale. Les femmes interrogées soulignent la différence avec leurs précédents accouchements. « Je n'ai pas eu, comme les autres fois », souligne Madame L., qui vient d'avoir son troisième enfant, « cette impression d'une expérience incommunicable, d'une séparation, aggravée encore par mon séjour à la clinique, ce qui me rendait nerveuse, anxieuse de rentrer à la maison pour lui faire faire connaissance avec le bébé et retrouver l'intimité que cette expérience vécue par moi seule avait entamée. Cette fois-ci la naissance du bébé a été vraiment une expérience commune, préparée ensemble, vécue ensemble. il n'y a pas eu de séparation et mon mari, il me semble, s'est intéressé d'emblée au bébé alors qu'il lui avait fallu plus longtemps pour s'adapter aux deux autres »¹²⁸⁷. Madame Malezieux, qui accouche aussi de son troisième enfant, écrit : « Il y avait toujours un fossé entre l'homme et la femme du fait qu'elle seule peut vraiment savoir ce que c'est que porter un enfant et le mettre au monde ; mais voici que ce fossé commence

¹²⁸¹ Fernand Lamaze et Bernard Muldworf, *article cité*, 1956, p. 557.

¹²⁸² Fernand Lamaze et Bernard. Muldworf, *article cité*, 1956, p. 557.

¹²⁸³ Fernand Lamaze et Bernard Muldworf, *article cité*, 1956, p. 557.

¹²⁸⁴ Pierre Vellay, *article cité*, 1957, p. 108.

¹²⁸⁵ Claude Jubécourt, *thèse citée*, 1959, p. 29.

¹²⁸⁶ Roger Hersilie, "Sexualité et féminité, à la lumière de la psychoprophylaxie. Essai de théorisation.", *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1967, p. 23.

¹²⁸⁷ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 306.

à se combler grâce à l'accouchement sans douleur »¹²⁸⁸. Une autre affirme : « Cet accouchement a resserré nos liens grâce à l'effort fait en commun et à la joie de réussir ensemble la naissance de notre enfant »¹²⁸⁹. Ou de façon plus lyrique : « Vous les aidez à mieux se révéler l'un à l'autre et à épanouir le sentiment qu'ils éprouvent l'un pour l'autre »¹²⁹⁰. Certains sont plus enthousiastes encore, Madame R. note : « je n'oublierai jamais le moment où notre fils venant juste de sortir et étant posé sur moi, il (mon mari) est venu m'embrasser en pleurant- car il pleurait pour de bon. J'en ai été très émue »¹²⁹¹. En résumé : « c'est un sentiment extraordinaire de partager ces instants de bonheur intense »¹²⁹². Ces témoignages sont tous enthousiastes, ce qui affaiblit considérablement la démonstration de Pierre et Aline Vellay. Le mari se révèle parfois un peu paternaliste. Quand sa femme souffre (pendant un court laps de temps), sa réaction est à la hauteur de sa déception : « J'eus beaucoup de peine à la calmer ; il me fallut la gronder durement pour qu'elle m'écoutât »¹²⁹³. Il s'agit là d'un cas extrême, on ne peut s'empêcher de penser que cette femme a intérêt à réussir son ASD.

Plus de dix ans après, le D^r Faillières de Toulouse rapporte les résultats d'une enquête menée auprès de 86 couples et deux mères célibataires, ayant accepté de répondre par courrier à ses questions¹²⁹⁴. Les réponses des femmes affirment que l'ASD permet l'établissement d'une « communion parfaite », plus prosaïquement d'une « plus grande facilité dans (les) discussions sur le plan sexuel ». Elles remarquent qu'elles ont pu « parler plus librement de ce « mystère » en famille » et se libérer « des conseils et des idées de la génération antérieure »¹²⁹⁵. Pour les pères, qui ont participé à la préparation à l'accouchement, les conséquences sont importantes sur le plan conjugal : « meilleure compréhension, meilleure harmonie, une notion plus précise de ce qu'est un vrai couple, des relations plus intimes, un lien supplémentaire, des liens plus profonds »¹²⁹⁶. En bref, la préparation a permis l'instauration d'un véritable « dialogue conjugal », selon le titre de l'article. Cette version apparaît idyllique, sentiment renforcé par un vocabulaire de conte de fée : « compréhension et dialogue plus grand, communion plus étroite, plus grande unité, renforcement de l'union créée autour de l'enfant et de la famille, une raison de plus d'échanger, de se comprendre, de tendre vers un même

¹²⁸⁸ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 311.

¹²⁸⁹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 293.

¹²⁹⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 320.

¹²⁹¹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 300.

¹²⁹² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 304.

¹²⁹³ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 294-295-296.

¹²⁹⁴ Il faut noter que pour un tiers de cas la femme exerce la profession d'institutrice, ce qui est largement au dessus de la moyenne nationale.

¹²⁹⁵ J. Faillières, "Préparation à la naissance et dialogue conjugal, *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1967, p. 77.

¹²⁹⁶ J. Faillières, *article cité*, 1967, p. 79.

but... »¹²⁹⁷. Les résultats de cette enquête traduisent certainement une partie de la réalité quant aux conséquences positives de l'ASD pour les deux membres du couple mais la relation qui en est faite par le D^r Faillières ne peut qu'inciter à la circonspection. Elle est en effet trop paradisiaque pour être la seule possible, même si elle correspond au sentiment de la plupart des couples concernés : aucune fausse note, aucun père indifférent, aucune mère déçue par l'attitude de son conjoint... et qu'en est-il des réponses des deux mères célibataires? Visiblement, le D^r Faillières n'a retenu que les réponses conformes à sa pensée.

En résumé, l'ASD « va plus loin que la mise au monde d'un enfant. C'est la transformation radicale d'une mentalité générale en commençant par celle du couple. C'est la prise de conscience, par chacun, de sa responsabilité vis-à-vis de l'enfant qui naît. C'est aussi le point de départ d'une éducation qui touche la sexualité, la santé mentale et physique des intéressés. On est en droit de se demander si ce ne serait pas la source d'une société plus stable, plus saine, plus solide. Ce dont nous sommes certains, c'est qu'il s'agit d'une économie à court et à long terme : un enfant bien portant est une économie pour sa famille, pour la société »¹²⁹⁸.

Les partisans de l'ASD ont néanmoins l'honnêteté de préciser que les conséquences de cette méthode ne sont pas toujours positives pour les couples concernés. Claude Revault d'Allonnes et le D^r Yvonne Vittoz décrivent le cas de ce couple qui « après un comportement apparemment assez banal à l'accouchement, est devenu l'un impuissant, l'autre frigide, après l'expérience de la naissance »¹²⁹⁹. Toujours en 1971, dans un hommage à Fernand Lamaze, l'auteur reconnaît que « quelques couples par la suite se sont dissociés et nous avons été frappés par le fait qu'ils le faisaient avec moins d'agressivité que les autres. L'un et l'autre des deux conjoints parlaient avec émotion de la naissance qu'ils avaient vécue en commun et désiraient par leur attitude protéger leur enfant. N'est-ce pas là encore un aspect non négligeable de l'ASD dans notre monde où l'agressivité profite de toute occasion pour se manifester? »¹³⁰⁰. Le tableau reste donc idyllique même en cas de divorce. Ce bémol émerge tardivement, au début des années soixante-dix quand la lutte pour imposer l'ASD est moins âpre qu'au début. On peut s'interroger sur le fondement de telles assertions qui semblent relever du conte de fée ou de la brochure catholique sur le mariage d'autant que le médecin accoucheur ne voit plus régulièrement sa patiente après l'accouchement.

À côté des excès d'enthousiasme militant que je viens d'évoquer, d'autres espoirs fondés sur l'ASD semblent avec le recul relativement pertinents. L'ASD est réputé contribuer à restaurer la femme dans sa dignité. Les discours des partisans de l'ASD sont inhabituellement respectueux des femmes pour des membres du corps médical. L'ASD permet « en face d'une femme enceinte de

¹²⁹⁷ J. Faillières, *article cité*, 1967, p. 80.

¹²⁹⁸ "Hommage au D^r Lamaze", *article cité*, 1971, p. 18-19.

¹²⁹⁹ Claude Revault d'Allonnes et Yvonne Vittoz, *article cité*, 1^{er} trimestre 1971, p. 93.

¹³⁰⁰ "Hommage au D^r Lamaze", *article cité*, 1971, p. 18.

ne plus considérer seulement un utérus qui grandit et en face d'une femme qui accouche de ne plus considérer seulement un utérus en travail, mais de voir, une femme avec un grand F »¹³⁰¹. En 1966, le D^r Favarel assure : « L'accouchement psychoprophylactique avait eu l'énorme mérite de prouver qu'à côté de l'utérus de la femme enceinte, il fallait compter avec son cerveau et sa personnalité, ce qui la différenciait de l'animal »¹³⁰². Les catholiques sont particulièrement sensibles à cet argument humaniste qu'ils emploient régulièrement. En 1954, bien avant l'intervention du pape en faveur de l'ASD, le RP Roguet déclare à Radio Luxembourg : « Alors que la souffrance peut réduire la malheureuse mère à un état de détresse quasi animale, cette collaboration (grâce à l'ASD) consciente, intelligente, volontaire et par là joyeuse à l'œuvre de la nature et au travail du médecin est singulièrement honorable pour la femme.[...] Elle fait de l'accouchement non plus seulement un phénomène physiologique, biologique, mais une œuvre humaine, l'œuvre d'un amour non pas résigné et passif, mais véritablement créateur. Sous cet angle, on devine que le christianisme, bien loin de s'opposer à l'accouchement sans douleur, doit y être favorable »¹³⁰³. L'Église a donc « entériné rapidement le fait préexistant de l'indolorisation par la psychoprophylaxie en l'insérant dans une éthique qui met au premier plan la maîtrise de soi, la lucidité, l'effort qui exalte les valeurs morales personnelles »¹³⁰⁴. Ces valeurs rejoignent en effet celles prônées par l'ASD. Le respect de la dignité des femmes se remarque effectivement dans la préparation avant l'accouchement, non seulement pratique (respiration...) mais aussi théorique (Pavlov est expliqué). Cet aspect théorique, au premier abord plutôt rébarbatif, montre que les femmes en question sont jugées capables de comprendre des arguments scientifiques ardues. Au début, certains médecins partisans de l'ASD avouent leur scepticisme. Ainsi les époux Rolland, exerçant en milieu rural dans les Hautes Pyrénées, écrivent en 1954 : « Il nous paraissait difficile d'exposer à des femmes qui n'avaient pas le certificat d'études, dont certaines ne savaient pas écrire, l'essentiel de la théorie pavlovienne. L'expérience nous a fait revenir sur ce point de vue »¹³⁰⁵. Ce nouveau savoir scientifique, pour des femmes souvent titulaires au plus du brevet, leur permet de « se forger un nouveau sentiment de soi », dans la société « où la science a tant de prestige ». Ainsi, chaque femme « met des idées cohérentes à la place de préjugés hérités ou de l'absence d'idées »¹³⁰⁶. Cette volonté d'éduquer les femmes, y compris dans le domaine scientifique, a parfois des conséquences inattendues. Ainsi, Claude Revault d'Allonnes rapporte « qu'en apprenant que l'utérus est un muscle qui se contracte, les femmes

¹³⁰¹ Jean Blum, "Le rôle de l'ASD sur le comportement psychique de la femme enceinte", *BOSFPPO*, juin 1964, p. 32.

¹³⁰² R. Favarel, « Bien médicamenteusement votre », *Le Concours Médical*, 7-5-1966, p. 3279.

¹³⁰³ RP Roguet, *article cité*, 1954, p. 77.

¹³⁰⁴ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1960, p. 151.

¹³⁰⁵ A. et P. Rolland, *article cité*, 1954, p. 58.

¹³⁰⁶ Caude. Revault d'Allonnes, *article cité*, décembre 1960, p. 3 et 7.

tendent à se représenter tout l'accouchement comme une épreuve sportive »¹³⁰⁷. Cette représentation de l'accouchement n'est pas exactement conforme à ce que les préparateurs à l'ASD attendent de leur pédagogie, mais elle peut être utile aux femmes, notamment pour se préparer à la résistance physique nécessaire à l'accouchement.

Le respect des femmes passe aussi par la volonté de les transformer en luttant contre « les structures psychologiques anciennes », contre « l'environnement, contre la tradition » qui veut que les femmes souffrent en accouchant. « Il faut non seulement affirmer mais démontrer à la femme qu'elle peut agir par elle-même, pour elle-même avec le soutien de l'équipe de préparation ». Et le mari, impliqué lui aussi dans la préparation, doit servir de « rempart contre l'agression extérieure, familiale, prenant à la lettre les informations et précautions dictées par l'accoucheur »¹³⁰⁸. Il s'agit bien de remplacer un conditionnement, néfaste, par un autre, favorable à l'émancipation de la femme. On ne peut s'empêcher de remarquer qu'ici la femme risque de passer d'une aliénation traditionnelle à une soumission au (bon) pouvoir du médecin, homme la plupart du temps, et du mari.

Les cours ont lieu collectivement, ce qui représente une innovation dans les pratiques des hôpitaux et des cliniques. Pour une raison simple : « la confiance rapide des unes entraînant la confiance des autres et enlevant aux unes et aux autres la crainte pour ne garder que la joie qui leur sera donnée par la naissance de leur enfant »¹³⁰⁹. De façon plus prosaïque, le D^r Grynfoegel en justifie ainsi le caractère collectif : « Si nous préférons, d'une façon générale, les cours collectifs, (c'est) pour des raisons d'organisation (et) pour l'esprit d'émulation qu'ils suscitent »¹³¹⁰. Il s'agit donc d'une « dynamique de groupe, dans laquelle chacune trouve la sérénité, la confiance, le réconfort qu'elle recherche. Le groupe de préparation prend toute sa signification psychologique. Elle ne se sent plus isolée, d'autres femmes sont comme elle, font comme elle »¹³¹¹. Ces cours sont collectifs car les partisans de l'ASD ne veulent pas individualiser les problèmes, même pour une question aussi intime qu'un accouchement. Cette volonté relève d'une analyse de type marxiste, l'importance donnée au collectif considéré à la fois comme facteur d'oppression des femmes et comme condition de leur émancipation. Dans la pratique, ces cours sont collectifs parce qu'ainsi ils coûtent moins cher en personnel, bien que cet argument financier n'apparaisse jamais dans les sources. Les cours collectifs font partie de la pratique des Bluets. Mais Fernand Lamaze, qui officie parallèlement à la clinique du Belvédère à Paris (pour une clientèle bourgeoise), n'impose pas ces cours collectifs à ses patientes huppées, elles ont droit à des

¹³⁰⁷ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, décembre 1960, p. 5.

¹³⁰⁸ Pierre Vellay, « Psychologie de la femme enceinte », *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.*, 1974, 3, p. 80.

¹³⁰⁹ H. Vermelin, *article cité*, 1955, p. 10-11.

¹³¹⁰ Grynfoegel, *article cité*, 1957, p. 1013.

¹³¹¹ "Hommage au D^r Lamaze", *article cité*, 1971, p. 15.

cours privés¹³¹². D'autres médecins reçoivent leur cliente individuellement car ils estiment que « la préparation individuelle, réalisée au cours des examens prénataux, est efficace au maximum ; elle seule permet d'obtenir l'adaptation nécessaire, en considérant chaque personnalité » ; on peut le comparer à « un entraînement sportif succédant à des leçons standard ». Pour ce médecin, « la solennité, même déguisée de ces cours collectifs, les fatigues, les agacements, n'apportaient pas grand-chose de positif, au contraire. », seul un contact individuel peut amener la « confiance » nécessaire à la réussite de l'accouchement sans douleur¹³¹³. Pour justifier sa position, le D^r Gaillard, formé aux Bluets par Lamaze, précise : « ces séances (collectives) obligeaient « mes femmes » à se déranger selon des jours et des heures fixes, et à se retrouver avec d'autres futures mamans inconnues, ce qui donnait un auditoire attentif certes, mais trop réservé, ayant peur de « dire des bêtises » devant « les autres », intéressé mais évitant de « participer », chacune se tenant sur ces gardes et se trouvant fort gênée lorsqu'elle était invitée à répéter les exercices devant tout le monde »¹³¹⁴.

La volonté éducative, inséparable de l'ASD, rejoint la notion d'« éducation populaire » développée dans années trente, en URSS comme en France. Revendiquée par les associations de gauche, l'éducation populaire ne vise pas seulement l'enseignement d'un savoir, elle veut donner à son public les moyens d'agir dans la société grâce à ce savoir, avec une pédagogie qui relève d'abord du partage des connaissances, bien loin des méthodes de l'enseignement scolaire. Cette pédagogie semble appréciée des femmes, même si le savoir, qui y est dispensé, est limité à un « bagage scientifique assez mince : trois ou quatre séances sont en général jugées suffisantes pour dispenser les connaissances théoriques nécessaires à un auditoire dont le niveau moyen est celui du certificat d'études primaire ou du brevet »¹³¹⁵. Parfois d'ailleurs les réactions des femmes sont surprenantes ainsi que le D^r Gaillard le rapporte, se souvenant d'un incident survenu aux Bluets en 1952 : « j'assistai, avec plusieurs médecins, aux « cours » donnés devant un auditoire assez nombreux de braves femmes d'ouvriers, sympathiques, dociles, mais ne comprenant goutte aux exposés un peu condescendants de théories périmées, en une sorte de catéchisme assez pénible ; les « professeurs » simplifiaient en déformant, et racontaient de telles inepties à couleur scientifique, que je me sentais affreusement gêné. Un jour, l'atmosphère contrainte et tendue se trouva brusquement transformée par une imposante « Madame Angot » dont le ventre annonçait la fin prochaine d'une « scolarité » qu'elle avait subie avec une admirable patience. Je me sentais plein de sympathie et de respect envers cette noble femme, et je fus très égayé, comme mes condisciples, par la « sortie » qu'elle émit avec l'autorité des

¹³¹² Émission de radio *La Fabrique de l'Histoire*, France Culture, le 22-12-03, rediffusée le 18-1-04.

¹³¹³ Jacques-Louis Gaillard, *op. cité*, 1975, p. 21-24.

¹³¹⁴ Jacques-Louis Gaillard, *op. cité*, 1975, p. 45.

¹³¹⁵ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, décembre 1960, p. 4.

simples. Interrompant le neurologue, un peu surpris puis dissimulant sa réprobation sous un sourire contraint, la pittoresque « élève » profita de la question rituelle : « avez-vous une question à poser ? », en lançant, avec une bonhomie ponctuée d'un mot bien de chez nous : « Eh ben m..., comment voulez-vous qu'on y pige quelque chose à vos trucs de docteurs ? » (ou quelque chose d'approchant). Le « maître » termina très vite et s'esquiva sur des paroles polies »¹³¹⁶. Ce médecin, qui a fini par pratiquer l'ASD, ne fait donc pas partie des médecins hostiles à la méthode Lamaze, son témoignage iconoclaste n'en est que plus précieux bien que tardif (1975).

Tous ces arguments vont convaincre une partie des médecins et la plupart des femmes : l'ASD connaît un grand succès à la fin des années cinquante. En 1966, Léon Chertok constate « l'étonnante conjonction d'influence émanant à la fois des partis de gauche et de l'Église catholique »¹³¹⁷. Il est l'un des seuls praticiens attaché à cette méthode à en faire la remarque. Les deux idéologies, communiste et catholique, se rejoignent dans l'exaltation de l'effort et de la maîtrise de soi. L'ASD va donner aux femmes l'espoir et le sentiment de maîtriser leur corps lors de l'accouchement et d'être traitées en êtres humains dans une dignité nouvelle. Il ne s'agit pas encore de libération des femmes mais cette dignité retrouvée en prépare le chemin.

C Succès de l'ASD

L'ASD connaît rapidement le succès après une brève période de scepticisme. Au bout de quelques années, la polémique sur l'ASD s'apaise. La méthode Lamaze est reconnue par le corps médical et les femmes la réclament. Selon les termes du D^r de Watteville : « à partir de 1952, les articles de propagande fervente autant que les attaques haineuses ou ironiques, tous deux inspirés par des motifs non médicaux » se multiplient. Cinq ans après, elles « se font plus rares » alors que le nombre d'accoucheurs qui l'applique « va en augmentant »¹³¹⁸. En 1964, les P^r Merger et Chadeyron peuvent affirmer que le scepticisme « a été vaincu »¹³¹⁹. Les observateurs sont d'accord pour constater que dans l'ensemble « l'intérêt de la méthode a été reconnu »¹³²⁰.

En témoigne le nombre des ASD pratiqués en France en 1955 : « plus de 10 000 »¹³²¹. Ce nombre impressionnant doit être relativisé en comparaison des centaines de milliers d'accouchements ayant lieu chaque année¹³²². L'ASD est aussi officiellement enseigné dans les écoles de sages-femmes depuis 1961¹³²³.

¹³¹⁶ Jacques-Louis Gaillard, *op. cité*, 1975, p. 45-46.

¹³¹⁷ Léon Chertok, "Déclin de l'ASD?", *Le Concours médical*, 1966, p. 4621.

¹³¹⁸ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, p. VII.

¹³¹⁹ Robert Merger et Pierre-André Chadeyron, *op. cité*, 1964, p. 13.

¹³²⁰ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 165.

¹³²¹ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 172.

¹³²² 800 000 femmes accouchent en France chaque année en moyenne, à cette époque.

¹³²³ Jocelyne George, *article cité*, 2003, p. 6.

En 1973, le D^r Hersilie peut s'exclamer : « L'accouchement sans douleur existe comme les Alpes existent. [...] (L'ASD) « a bouleversé les idées reçues, les dogmes solidement établis ». Il célèbre « tout ce que l'ASD pouvait véhiculer d'explosif, de nouveau, de jamais vu »¹³²⁴.

Dès décembre 1952, les D^r Lamaze et Vellay précisent : « Après 7 mois d'essai (de l'ASD), les résultats de cette tentative paraissent concluants. Les femmes, en accouchant, ne crient plus. Elles ne crient plus parce qu'elles ne souffrent plus »¹³²⁵. Quand l'ASD réussit, « les femmes sont délivrées de l'inquiétude et de la peur, détendues, dociles et heureuses »¹³²⁶. Avec l'ASD, il y a « contagion de silence et de calme au même titre qu'il y avait autrefois contagion de l'anxiété et des cris »¹³²⁷. Autre témoignage : « Il faut saluer comme un immense progrès cette suppression du dilemme auquel nous avait acculés l'évolution des années précédentes : ou une atmosphère infernale de cris et d'agitation en salle de travail ou des accouchements qui se déroulaient dans un calme relatif mais, pour les parturientes, dans le « cirage », le « brouillard », avec leur trop lourd tribut d'anoxies fœtales »¹³²⁸. Avec l'ASD, les femmes accouchent « en souriant »¹³²⁹.

Devant ces réussites, la méthode se diffuse rapidement, porteuse d'un grand espoir. En mai 1956, elle est largement popularisée, « il faut dire qu'une large publicité (lui) a été faite par la grande presse, la télévision et même la radio (n'a-t-on pas été jusqu'à radiodiffuser un accouchement). Par ces moyens, l'intérêt du public a été mis en éveil, et nous ne sommes pas loin, sinon de la « discipline de masse » que souhaitait l'un de apôtres de la méthode russe, du moins d'une « curiosité de masse ». Celle-ci amène la plupart des futures parturientes à réclamer la préparation à « l'accouchement sans douleur », comme beaucoup de leurs aînées de quelques années réclamaient l'anesthésie systématique et complète ». Telles sont les remarques un peu aigres du P^r Le Lorier dans la revue des sages-femmes de France *Maternité* en 1956¹³³⁰. Les statistiques confirment cet engouement des femmes à partir de 1952 : à l'hôpital Saint-Antoine à Paris elles sont 13 % en 1952, 16 % en 1953, 28 % en 1954, 30 % en 1955 et 40 % en 1956 à vouloir un ASD¹³³¹. Les femmes sont enthousiasmées par la possibilité d'accoucher sans douleur. En 1961, pour

¹³²⁴ Roger Hersilie, "Hommage au Docteur Fernand Lamaze", *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 9.

¹³²⁵ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1446.

¹³²⁶ Jean Coenca, *thèse citée*, 1954, f. 90.

¹³²⁷ Jean Hartemann, "Méthodes psychosomatiques d'indolorisation de l'accouchement", *Le Concours médical*, 19 décembre 1959, p. 5595.

¹³²⁸ R. Mahon, *article cité*, 1961, p. 219.

¹³²⁹ D^r G (?) JR, "Compte rendu de la conférence du D^r Lamaze", *Le Concours Médical*, n° 24, 13-6-1953, p. 2163.

¹³³⁰ G. Le Lorier, "Avant-propos", *Maternité*, mai 1956, V n° 5, p. 139-143.

¹³³¹ Chiffres cités par le D^r Ginette Raimbault, dans sa thèse sur *L'accouchement naturel*, Paris, 1956, n° 1005, f. 23.

Claude Revault d'Allonnes, « l'ASD est maintenant accessible à peu près partout en France »¹³³². En effet, cette année-là, un tiers des femmes, en France, bénéficient de l'ASD¹³³³. En 1962, elle peut écrire : « Tenter l'ASD en 1953, c'était faire acte de pionnier.[...] À l'heure actuelle, tout se passe comme si la situation s'était retournée : par l'action combinée de la presse, de la radio, des organismes culturels et politiques, de certains milieux professionnels, il devient fréquent et banal de préparer l'ASD : c'est le refus de la préparation qui constitue un phénomène psychologique plus rare et plus singulier »¹³³⁴. En juillet 1965 « la millionième française accouchait sans douleur »¹³³⁵.

La pratique de l'ASD se répand dans toute la France même à la campagne. Le développer en milieu rural, où les moyens humains et matériels restent limités, est un défi pour les pionniers de la méthode Lamaze. Les femmes vivant à la campagne sont considérées comme des femmes solides « qui, du reste, ne redoutent pas trop le danger et les douleurs de l'accouchement »¹³³⁶. À leur propos, le D^r Vellay est pris en flagrant délit de stéréotype : « dans certaines familles paysannes, cet acte (l'accouchement) était considéré comme un phénomène normal ; (cette situation) provenait de la réunion de plusieurs facteurs favorables : les femmes travaillaient jusqu'à la dernière minute, et leur condition physique était bonne ; elles n'étaient pas l'objet de considérations particulières ; on leur donnait parfois moins d'importance qu'à l'animal, qui allait « mettre bas » à la ferme, dans le même temps qu'elles ; la femme, isolée dans la ferme, ne subissait pas l'assaut des racontars, des commérages, comme la femme de la ville. Son éducation était très primitive, elle portait sur ce qu'elle avait vu depuis son enfance, dans la vie et la reproduction des animaux qu'elle côtoyait. Les mauvaises lectures n'avaient pu laisser la moindre empreinte dans son cerveau, car on lit peu dans les fermes »¹³³⁷. Cette accumulation de lieux communs est décevant de la part d'un médecin habituellement très respectueux des femmes. Ce portrait d'une femme, primitive, solide et indifférente à la douleur relève pourtant plus du cliché que de la réalité. En 1959, le D^r Lanvin, médecin de campagne, préconise l'emploi d'antispasmodiques devant les demandes pressantes de ces patientes¹³³⁸. Cet article affaiblit considérablement les considérations précédentes.

D'autant que la réalité semble dure pour les femmes en milieu rural. En 1960, le D^r Zilbergweg écrit : « Dans mon coin, je suis de l'Allier, il y a un

¹³³² Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1960, p. 162.

¹³³³ Selon les chiffres citées par Marianne Caron-Leulliez, *article cité*, 1995, p. 195.

¹³³⁴ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes et M. Bonnaud, *article cité*, 1961, p. 46.

¹³³⁵ Marc Zazzo, *thèse citée*, 1968, f. 34.

¹³³⁶ Blanchard, *Le Concours médical*, 11-1-47, n° 2, p. 51-52.

¹³³⁷ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r Vellay, p. 29.

¹³³⁸ Lanvin, "Comment réaliser une analgésie obstétricale à la campagne?", *Le Concours médical*, n° 31, 30 juillet 1949, p. 1797-1798.

problème terriblement difficile : je suis d'une région agricole et vraiment les femmes, je crois, dans leur ensemble, travaillent beaucoup plus que les hommes. Levées avant l'homme, faisant des travaux dans le basse-cour, portant des seaux de 10 à 15 kilos, se couchant après le mari, subissant le mari sexuellement parlant. [...] La femme, au moment de son accouchement, c'est le seul moment de sa vie de femme où elle peut se reposer pendant 2 ou 3 jours, se faire un peu dorloter par son mari, être prise en considération par son mari. La femme, dans ce cas, c'est un être vivant qui est martyrisé par la vie faite maintenant, et alors, c'est à nous, médecins, de résoudre ce drame, de le résoudre dans le sens de l'égalité de l'homme avec la femme »¹³³⁹. Ce tableau, accablant sur le sort des femmes en milieu rural, montre quel défi doivent relever pour les médecins partisans de l'ASD. Ce médecin relie l'accouchement des femmes à leur sort général et se donne pour mission de les aider à atteindre une juste égalité. Dans cette description sans fard, il fait entendre des accents qu'on peut qualifier de pré-féministes annonciateurs des années soixante-dix.

Le manque de formation nécessaire au praticien et aux sages-femmes, le manque de temps aussi pour préparer les femmes à l'accouchement et pour les assister constituent des obstacles majeurs pour la diffusion de l'ASD en milieu rural. Deux médecins, les D^r Rolland, mari et femme, exerçant à Soues dans les Hautes-Pyrénées, réussissent à relever le défi. Membres du PCF et lecteurs de *L'Humanité*, ils sont informés de l'existence de l'expérience des Bluets par un article de leur quotidien¹³⁴⁰. M^{me} Rolland accouche à la clinique des Bluets et, après un stage, ils pratiquent l'ASD à domicile, seule possibilité à la campagne. « Les résultats obtenus ont été tels que petit à petit [...] le pays a été entièrement conditionné à l'ASD ». M et M^{me} Rolland réalisent « dans un microscope (microcosme?) ce que souhaite Velvovski qui voudrait que l'enseignement psychoprophylactique fut étendu à toute la nation »¹³⁴¹. Les D^r Rolland sont le symbole vivant que l'ASD peut être appliqué partout jusqu'au fond des campagnes. Pour eux, comme pour tout médecin de campagne, le principal obstacle reste la surveillance de la patiente pendant les 10 à 12 heures que dure en moyenne l'accouchement d'une primipare¹³⁴². Mais les D^r Rolland sont mari et femme, ils peuvent agir en couple, l'un remplaçant l'autre, quand il doit rester plusieurs heures auprès d'une femme en train d'accoucher. Cette situation privilégiée leur permet de diffuser avec succès l'ASD en milieu rural à partir de janvier 1953¹³⁴³.

Les autres médecins restent pourtant sceptiques, le D^r Mourgues, fait remarquer que « le docteur Lamaze pense que le procédé peut être mis en

¹³³⁹ Zilbergwag, "Discussion sur la communication du D^r Hersilie", *BOSFPP*, juin 1960, p. 63.

¹³⁴⁰ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cit.*, 2004, p. 88.

¹³⁴¹ Fernand Lamaze, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 99-100.

¹³⁴² R. Favarel, *article cité*, 1954, p. 668.

¹³⁴³ A. et P. Rolland, "L'accouchement sans douleur à la campagne", *La Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 4, décembre 1954, p. 57.

œuvre n'importe où, en clientèle de ville, à la campagne, sous la direction d'un médecin en connaissant bien les bases physiologiques et rompu à la pratique... C'est possible... à condition toutefois que ce médecin dispose d'une personne qualifiée pour surveiller toute la durée du travail ou qu'il n'ait pas d'autre chose à faire. Ce qui se présente rarement... »¹³⁴⁴.

Dans cet élan, l'ASD est officiellement reconnu par les institutions politiques et médicales. Le 1^{er} juillet 1956, l'Assemblée Nationale adopte le projet de remboursement des six séances préparatoires à l'ASD, remboursement étendu à huit séances en 1960¹³⁴⁵. En 1958, une enquête de l'Institut national d'hygiène conclut que « plus de 75 % des femmes préparées (à l'ASD) obtenaient une atténuation de la douleur à l'accouchement ». En conséquence, en 1961, « la Sécurité Sociale rembourse les frais de préparation, et les heures perdues du fait des séances de préparation sont remboursées »¹³⁴⁶. L'ASD est enseigné à partir de 1961 dans les écoles de sages-femmes¹³⁴⁷. Dans la revue *Maternité*, le P^r Mahon, membre de la Société française de PPO, dresse le bilan de presque dix ans d'ASD en France : « (L'ASD) est maintenant entré dans les mœurs et a acquis un droit de cité définitif en obstétrique »¹³⁴⁸. Un bilan rassurant qu'il tempère néanmoins en restant sceptique sur l'application systématique et réelle de l'ASD dans les Maternités : « Sa pratique est loin d'être généralisée. Si dans (tel) service, 65 % des parturientes ont suivi la préparation, il n'en va pas de même ailleurs ; souvent ce chiffre ne dépasse pas 10 à 20 %. [...] Aux accoucheurs, je citerai l'exemple de Notter et de Vellay qui, dans leurs clientèles, refusent les patientes qui n'acceptent pas de suivre la préparation. »¹³⁴⁹.

La reconnaissance est également internationale. Le 13 juillet 1962 a lieu une Journée Internationale à l'UNESCO pour célébrer le dixième anniversaire de l'ASD. Cette commémoration tient lieu de reconnaissance officielle au niveau mondial : dans le comité de parrainage, se retrouvent le Ministre de la Santé publique et de la Population, le Président du Conseil Général de la Seine, le Président du Conseil Municipal de Paris, le Maire communiste de Saint-Denis – Auguste Gillot, qui a soutenu l'ASD depuis le début, le Directeur de l'Union Nationale des Caisses d'Allocations Familiales, le P^r Binet, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris et toute une série de Professeurs agrégés de médecine des

¹³⁴⁴ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 142-143.

¹³⁴⁵ Site internet du Ministère de la Culture : www.culture.gouv.fr/culture/actualites/celebrations2002/lamaze.htm (consulté le 3 novembre 2009).

¹³⁴⁶ Enquête citée in : Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes et M. Bonnaud, *article cité*, 1961, p. 46.

¹³⁴⁷ Jocelyne George, *article cité*, 2003, p. 6.

¹³⁴⁸ R. Mahon, « Où en est la question de l'accouchement sans douleur ? », *Maternité*, 1961, 10, n° 6, p. 211.

¹³⁴⁹ R. Mahon, *article cité*, 1961, p. 220-221.

hôpitaux parisiens et de banlieue. Madame Lamaze représente son mari¹³⁵⁰. Les représentants des pouvoirs publics et du pouvoir médical rendent hommage à l'ASD et au D^r Fernand Lamaze.

Au niveau de la France, en 1963, « la Faculté de Médecine de Strasbourg ouvrit ses portes à notre Congrès National (de la Société française de PPO), avec le soutien de son Doyen et la collaboration scientifique de ses professeurs. [...] Ces Assises de Strasbourg ont été pour nous un événement capital, par la masse des participants – 800 environ – et le renom des conférenciers et nous ont donné la possibilité d'ouvrir enfin les dialogues espérés avec le Ministère de la Santé Publique et de l'Éducation Nationale ». En 1965, La Faculté de Médecine de Paris accueille dans ses murs un autre Congrès national (toujours de la Société française de PPO) qui est « effectivement présidé par un ministre délégué du gouvernement français »¹³⁵¹. C'est une réelle consécration car les Facultés, et la plus prestigieuse d'entre elle, Paris, donnent ainsi leur aval à l'ASD. Cela est d'autant plus mémorable que les universitaires, professeurs agrégés de médecine, sont toujours très attachés à leurs prérogatives et à leur supériorité sur les médecins non universitaires comme Fernand Lamaze en matière de recherche médicale. Or Fernand Lamaze et ses successeurs ont créé et promu leur méthode en dehors des facultés.

Enfin, toujours en 1965, le D^r Guyomar d'Auxerre constate que 15 ans après les débuts de l'ASD, celui-ci « le plus souvent n'est pratiqué que sous pression des femmes qui le souhaitent, le demandent ou l'exigent »¹³⁵². Cette remarque, un bémol à l'angélisme officiel qui transparait dans les autres sources, démontre néanmoins la détermination des femmes et les résultats concrets qu'elles peuvent obtenir en exigeant un accouchement sans douleur.

Le triomphe de l'ASD passe obligatoirement par un nombre élevé d'accoucheurs et de sages-femmes formés à la méthode Lamaze. Dès le début, de nombreux médecins et sages-femmes montrent leur intérêt pour l'ASD. *Le Concours médical* publie ainsi le compte rendu de la conférence du D^r Lamaze pour présenter sa méthode le 28 mai 1953 à Paris¹³⁵³, « pour répondre aux vœux de certains de nos lecteurs désireux de pratiquer eux aussi des accouchements sans douleur ». En décembre 1953, la revue *L'Hôpital* publie un article du P^r Vaudescal sur l'ASD en « réponse à la lettre d'un de nos abonnés qui nous demande de lui faire connaître la « merveilleuse question de l'accouchement sans douleur, à la Pavlov »¹³⁵⁴.

Le 4 décembre 1953, 700 médecins et sages-femmes assistent à la conférence de Fernand Lamaze pour le Cercle Claude Bernard, ce qui

¹³⁵⁰ D'après la présentation de cette Journée, parue dans le *BOSIPPO*, 3^{ème} trimestre 1962, p. 107.

¹³⁵¹ Serge Bazelaire et Roger Hersilie, *article cité*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 6.

¹³⁵² Jacques Guyomar, "Tendance actuelle en anesthésie et en analgésie obstétricales", *Le Concours médical*, 1965, p. 7439.

¹³⁵³ *Le Concours médical*, 13-6-53, n° 24, p. 2163.

¹³⁵⁴ Robert Vaudescal, "L'accouchement sans douleur", *L'Hôpital*, décembre 1953, p. 383.

représente un grand succès. Ces professionnels sont curieux et susceptibles d'appliquer l'ASD : les débats sont « multiples et passionnés ». L'expérience du D^r Lamaze est qualifiée de « passionnante » et sont mis en valeur « les brillants résultats » obtenus par l'équipe des Bluets¹³⁵⁵.

Dans leur enthousiasme, ces médecins ne sont même pas rebutés par les arguments idéologiques antisoviétiques. Ils affirment avec le D^r Mourgues en 1958 que, « même venue de l'autre coté du « rideau de fer », une conception médicale ne doit pas être rejetée car la science n'a pas de frontière »¹³⁵⁶.

Différentes catégories de personnel médical sont concernées. Les gynécologues obstétriciens : « soit ils sont jeunes, au début de leur carrière - soit ils sont plus âgés, mais ils opèrent peu », les médecins généralistes souvent « isolés, sans formation particulière [...] (leur action) allant d'une préparation réelle, consciencieuse et poussée, jusqu'à la simple parole d'encouragement accompagnée de quelques explications sur l'accouchement normal, données de façon hâtive », les sages-femmes qui obtiennent souvent, avec des moyens limités des « succès remarquables [...] preuve la plus éclatante de l'efficacité et de l'intérêt de l'accouchement psychosomatique »¹³⁵⁷.

Leurs motivations sont essentiellement humanistes, dans leur « désir de porter aide et secours à son prochain ». S'y ajoute « l'intérêt expérimental et théorique » chez les spécialistes, qui sont aussi concernés par le « désir de gravir les échelons d'une carrière universitaire ». L'appât du gain ne joue pas car « il est intéressant de constater que la rémunération attachée à cette activité est extrêmement variable. Elle est en général, à temps égal, pour des médecins, très inférieure à celle de toute autre activité médicale. Il s'agit donc du cas très rare d'une nouvelle activité médicale, demandant un effort réel et soutenu, se développant sans contrepartie financière directe ». Mais « les rémunérations (sont) invisibles : [...] il s'agit tout d'abord de l'effet publicitaire que peut avoir la psychoprophylaxie pour un jeune médecin en début de carrière. Par les contacts affectueux qui s'établissent, le médecin obtient un prestige local non négligeable.[...] Enfin les mêmes contacts affectifs provoquent une fidélité de la clientèle, que le médecin aime à développer pour assurer ses vieux jours »¹³⁵⁸.

Certains sont des médecins plus sensibles à la situation sociale de leurs patientes que d'autres, médecins de Gauche, parfois communistes. La clientèle du D^r Hay à Montluçon, par exemple, est en partie composée de femmes vivant en HLM et il dirige le service d'hygiène de la ville. Son enthousiasme pour l'ASD « n'a pas toujours été compris par les collègues de la région » dont il

¹³⁵⁵ Jacques Lambert, "A propos d'un récent débat sur l'accouchement sans douleur", *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 10 juin 1954, n° 38, p. 2433 et 2436.

¹³⁵⁶ Émilien Mourgues, *op. cit.*, 1956, p. 141.

¹³⁵⁷ J. Eschbach, "Considérations sur les médecins qui s'occupent de psycho-prophylaxie obstétricale et leurs motivations", *BOSIPPO*, 1963, p. 29-30.

¹³⁵⁸ J. Eschbach, *article cité*, 1963, p. 30-31.

fustige l'inaction¹³⁵⁹. D'autres sont des médecins catholiques comme P^r Paul Chauchard, enseignant à l'Institut Supérieur de Pédagogie de l'Institut Catholique, futur fondateur et président de l'association « Laissez-les-vivre », créée en 1971. La revue de la Société française de PPO publie en 1970 un de ses articles intitulé : « Contrôle cérébral de la douleur et maîtrise de soi ». Il y fait un grand éloge du D^r Lamaze et du P^r Pavlov : « L'accouchement sans douleur, c'est l'accouchement contrôlé, donc l'accouchement conscient, l'accouchement éduqué pleinement humain, normal, adulte et civilisé »¹³⁶⁰. Avec l'ASD, « l'homme est libéré. Son cerveau est devenu le maître de ses régulations »¹³⁶¹. L'article du P^r Chauchard est dans la droite ligne de toutes ses publications : l'éloge du contrôle du corps par le cerveau, ce qui en fait un partisan de l'ASD et un opposant à toute contraception médicale.

Les pionniers de l'ASD insistent toujours sur le travail d'équipe nécessité par la méthode Lamaze, privilégiant ainsi le collectif dans un milieu médical qui y semble plutôt réfractaire. L'équipe des Bluets est pluridisciplinaire : elle comprend les médecins, sages-femmes et infirmières mais aussi des kinésithérapeutes et un psychiatre¹³⁶². Elle se veut sans hiérarchie affichée : par exemple, les sages-femmes de la Maternité des Bluets sont signataires de l'article dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* en janvier 1954, au même titre que les médecins, mêmes si elles ne sont pas nommément citées¹³⁶³. Cette audace est proprement révolutionnaire dans l'esprit du PCF et de l'URSS de cette époque. Quand le D^r Pierre Vellay publie un ouvrage sur l'ASD en 1956, il parle « d'œuvre collective », de « résultat d'un travail d'équipe »¹³⁶⁴. En 1957, il justifie ce travail en équipe : « la préparation à l'accouchement sans douleur n'est pas un échange à sens unique entre un éducateur qui enseigne et une élève qui apprend. Elle est une construction commune réalisée par un groupe à l'intérieur duquel se créent des liens réciproques solides et se manifestent des interférences permanentes et complexes entre médecin, personnel paramédical et groupe de femmes qui abordent en commun la réalisation d'une tâche nouvelle »¹³⁶⁵. Il ajoute que le travail d'équipe est nécessaire « en raison de la complexité des problèmes abordés »¹³⁶⁶.

¹³⁵⁹ M. Hay, "La préparation à l'accouchement sans douleur débute à l'âge de quatre ans", *BOSIPPO*, octobre-décembre 1966, p. 135 et 139.

¹³⁶⁰ Paul Chauchard, "Contrôle cérébral de la douleur et maîtrise de soi", *BOSFPPO*, mars 1970, p. 15.

¹³⁶¹ Paul Chauchard, *article cité*, 1970, p. 18.

¹³⁶² Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, t.138, n° 3, p. 54.

¹³⁶³ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, t.138, n° 3, p. 52.

¹³⁶⁴ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 8.

¹³⁶⁵ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r Pierre Vellay, p. 39.

¹³⁶⁶ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r Pierre Vellay, p. 45.

Les P^r Mayer et Morali-Daninos insistent à leur tour sur le travail d'équipe « non seulement pour des raisons évidentes de « tour de service » et de prévention de la fatigue, mais surtout pour éviter que l'attachement bien compréhensible d'une future mère pour toute personne chargée de s'occuper d'elle ne fasse de celle-ci une personne à la fois toute-puissante et irremplaçable. Les sentiments que la future mère doit éprouver sont tout naturellement reportés sur le service tout entier »¹³⁶⁷.

Pour le D^r Hersilie, médecin communiste, « il importe que, dans une équipe, il n'existe pas trop d'inégalités entre les différents membres. Dans cette équipe, chacun a son rôle à jouer et celui de la Femme de ménage n'a pas moins d'importance que celui de la Sage-femme ou du Médecin. L'accouchement sans douleur est une œuvre collective et [...] il importe que les qualités de chacun soient mises au service de l'équipe, étant entendu que celui qui dirige l'équipe doit savoir diriger l'ensemble de son service en gardant les prérogatives de sa fonction »¹³⁶⁸. Le cadre hiérarchique subsiste donc aux Bluets où travaille ce médecin, dans un esprit de relative égalité propre à un établissement géré par la CGT.

Le personnel de ces équipes est formé, à tous les échelons, puisque chacun a son rôle à jouer pour la réussite de l'ASD. Ceux qui participent directement à l'ASD tiennent des séances de travail « où l'expérience individuelle est discutée en commun »¹³⁶⁹. Dans les années cinquante, cette analyse collective par l'équipe médicale, banale aujourd'hui, est proprement révolutionnaire. Ces réunions sont aussi très utiles car « une sage-femme peut accoucher une femme à laquelle elle n'a jamais eu l'occasion de faire de cours »¹³⁷⁰, qu'elle n'aura donc jamais vue, même à la clinique des Bluets. Dans ce cas, la formation et l'information de la sage-femme sont d'autant plus importantes pour la réussite de cet accouchement.

En France, la formation à l'ASD semble difficile car la diffusion des différentes techniques utilisées pour diminuer les douleurs de l'accouchement n'apparaissent pas comme prioritaires dans l'enseignement de la médecine. Les promoteurs de ces méthodes comptent sur la publication d'articles dans les revues médicales plus ou moins spécialisées et sur les thèses des jeunes médecins. À partir de 1952, la formation à l'ASD s'effectue logiquement à la clinique des Bluets. On vient de toute la France pour des stages de deux semaines¹³⁷¹ ; ensuite la formation se fait par le relais de ces stagiaires qui accueillent des assistantes sages-femmes pendant les cours prodigués aux futures

¹³⁶⁷ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de Maurice Mayer et Morali-Daninos, p. 54.

¹³⁶⁸ Roger Hersilie, « Les causes d'échecs », *BOSFPPO*, juin 1960, p. 44.

¹³⁶⁹ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, t.138, n° 3, p. 52-53.

¹³⁷⁰ Equipe de sages-femmes de la Polyclinique, Maternité Fernand Lamaze, « Rôle de la sage-femme dans l'accouchement sans douleur », *BOSFPPO*, mars 1961, p. 25.

¹³⁷¹ Ainsi Madame Paule Le Masson, sage-femme de Lille, en 1954, comme elle le précise lors d'un entretien le 5 mai 2004.

accouchées. Quand la méthode Lamaze se répand, chaque Maternité concernée a vocation à servir de centre de formation, pour les futurs médecins et les futures sages-femmes¹³⁷². Les Bluets ont accueilli, depuis les débuts de l'ASD, « 3000 stagiaires spécialistes, médecins généralistes et sages-femmes représentant la France et 60 pays étrangers » en dix ans¹³⁷³. En 1973, le D^r Roger Hersilie rappelle, plus de vingt ans après le premier ASD : « Nous n'avons pas cru devoir borner notre activité à la seule éducation des femmes enceintes : nous avons créé des cours d'instruction pour médecins et sages-femmes : chaque trimestre, vingt médecins d'une part, vingt sages-femmes d'autre part, ont pu venir pendant une semaine à la Maternité des Métallurgistes s'instruire de nos méthodes, vivre notre vie et être les témoins de nos activités quotidiennes »¹³⁷⁴. La formation passe aussi par des stages nationaux, cinq ou six par an, organisés par la Société française de PPO et par les débats en congrès.

Quant à l'enseignement universitaire, si un arrêté ministériel du 20 février 1961 impose l'ASD au programme d'études de toutes les écoles de sages-femmes, les futurs médecins peuvent très bien ne jamais en entendre parler puisque aucun texte officiel n'impose son enseignement. Seules les initiatives personnelles de tel ou tel professeur et maître de conférences peuvent les informer sur l'ASD¹³⁷⁵. Lorsque le patron d'un service hospitalier applique l'ASD, il le fait souvent dans le cadre du secteur privé car il attire ainsi la clientèle des femmes en dehors de l'espace public de l'hôpital, où il est d'ailleurs rarement encouragé à développer la psychoprophylaxie obstétricale¹³⁷⁶. Les établissements privés deviennent donc souvent les principaux centres d'ASD.

Les parturientes font aussi partie de l'équipe qui ne se limite donc pas au personnel médical et paramédical pour les partisans de l'ASD. Dans l'introduction de son ouvrage *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, Pierre et Aline Vellay marquent leur « gratitude » et souhaitent que ce livre « nous permette de nous acquitter de la lourde dette que nous sentons à leur égard », à propos des femmes qui ont accouché avec l'ASD¹³⁷⁷. Il ne s'agit pas seulement d'une formule de politesse. Dans cette relation si particulière entre la femme qui accouche et l'équipe médicale, celle-ci se met en position d'apprendre au contact de la parturiente, en particulier pour les médecins des Bluets. C'est une attitude nouvelle, qui se veut révolutionnaire et doit mettre mal à l'aise les médecins et sages-femmes traditionnels. Pierre Vellay ajoute :

¹³⁷² Par exemple à Nancy, dans le service du P^r Vermelin à partir de juillet 1953, in H. Vermelin, *article cité*, 1955, p. 8.

¹³⁷³ Serge Bazelaire, D^r Bourrel, D^r Guthertz et D^r Fontaine, « Bilan et perspectives de l'enseignement de la psychoprophylaxie », *BOSIPPO*, 1963, p. 116.

¹³⁷⁴ Roger Hersilie, *article cité*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 11.

¹³⁷⁵ Serge Bazelaire, D^r Bourrel, D^r Guthertz et D^r Fontaine, *article cité*, 1963, p. 116-118.

¹³⁷⁶ Serge Bazelaire, D^r Bourrel, D^r Guthertz et D^r Fontaine, *article cité*, 1963, p. 119.

¹³⁷⁷ Pierre et Aline Vellay, *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, Paris, Le Seuil, 1956, p. 9.

« Les femmes qui, les premières, ont accouché sans douleur, ont bouleversé nos conceptions, transformé notre façon d'être vis-à-vis d'elles. Elles nous ont forcés à les comprendre et permis de saisir de nombreux mécanismes, restés jusqu'alors secrets. Elles ont, par leur courage, déchiré le voile de l'ignorance »¹³⁷⁸. C'est un hommage, qui paraît sincère, aux pionnières de l'ASD (nous sommes en 1956). On voit combien cette méthode peut paraître exaltante aux femmes qui accouchent aux Bluets. Elles semblent confirmer cette vision des choses. Par exemple, Madame Berthelot écrit en 1954, après son accouchement aux Bluets : « Le Docteur et la monitrice m'aidèrent beaucoup en soufflant avec moi. [...] Nous faisons ainsi un travail d'équipe »¹³⁷⁹.

Les sages-femmes forment le noyau de ces équipes. Leur rôle est particulièrement mis en valeur par la méthode de l'ASD. Elles ne partagent pas toujours l'enthousiasme des pionniers mais la plupart se rallient assez rapidement à la méthode Lamaze qui leur fait jouer un rôle-clef. Historiquement, elles ont eu pendant de longs siècles le monopole des accouchements. Les praticiens étaient « soigneusement tenus à l'écart » par les sages-femmes « soutenues par les lois et les traditions »¹³⁸⁰. Les médecins étaient « victimes des préjugés, ignorant tout de la gestation et surtout de l'accouchement »¹³⁸¹. Bref, l'accouchement était une affaire de femmes. En conséquence, les sages-femmes « ont régné en maîtresses absolues sur l'obstétrique qui n'a pas progressé à cause de cela, puisqu'elles étaient ignorantes » selon le P^r Devraigne¹³⁸². Leur ignorance semble toute relative puisqu'à partir de 1803 la profession de sage-femme est réservée à celles qui ont suivi les cours des premiers obstétriciens¹³⁸³. Ainsi, « les antagonismes entre sages-femmes et médecins ne datent pas d'hier. Les sages-femmes ont fait des accouchements pendant toute l'Antiquité et le Moyen-âge ; et ce n'est en fait qu'au XVII^e siècle que les hommes se sont tout à coup introduits dans l'Obstétricie à la suite de la découverte du forceps. C'est effectivement le forceps qui a introduit le sexe masculin dans la pratique de l'Obstétricie [...] On peut espérer que le maniement de cette terrible pince, qui a été le symbole de la prédominance masculine dans l'Obstétrique, sera non pas complètement abandonné, mais de moins en moins utilisé à mesure que l'on connaîtra mieux l'anatomie du bassin et la physiologie de l'accouchement »¹³⁸⁴. À partir de 1892, il est interdit aux sages-femmes d'agir si l'accouchement ne se passe pas

¹³⁷⁸ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 9.

¹³⁷⁹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 188-189.

¹³⁸⁰ L. Devraigne, "Evolution des idées pour rendre l'accouchement moins douloureux et en abrégé la durée", *La Médecine*, octobre 1941, n° 10, p. 2.

¹³⁸¹ L. Devraigne, *op. cité*, 1941, p. 2.

¹³⁸² L. Devraigne, *op. cité*, 1941, p. 43.

¹³⁸³ Nathalie Meyer, *Prise en charge de la douleur de l'accouchement. Approche historique*, thèse de médecine, Strasbourg, 1997, n° 84, f. 139. L'auteur rappelle que la premier titulaire de la chaire d'obstétrique en France fut le célèbre Baudelocque en 1806.

¹³⁸⁴ Varangot, « Allocution d'ouverture », *Maternité*, octobre 1956, p. 292.

normalement. Elles ne peuvent utiliser de moyens techniques sophistiqués ni de produits anesthésiques ou analgésiques, ceux-ci sont réservés aux médecins¹³⁸⁵.

En pratique, au XXe siècle, elles assistent la femme pendant tout le travail de dilatation et lors de l'expulsion, s'il y a un problème, elles doivent alors faire appel au médecin-accoucheur, seule habilité à effectuer les gestes techniques nécessaires (anesthésie, forceps). Leur rôle régresse parallèlement aux progrès des techniques obstétricales, en particulier pour essayer de soulager la douleur des femmes. Dès avant la Seconde Guerre mondiale, des médecins expérimentent l'accouchement médical, ou dirigé, qui exige la présence continue de l'accoucheur. La tradition, qui veut que la sage-femme gère l'accouchement presque jusqu'au bout et n'appelle le médecin que pour la délivrance, est bousculée avec ce nouveau type d'accouchement. En 1952, le P^r Lacomme s'exclame à leur adresse : « Vos difficultés tiennent à une évolution technique que tous nos efforts tendent non à retenir, mais à précipiter et dont vous êtes les premières, en tant que femmes, à réclamer les bénéfices » en parlant des nouvelles méthodes d'anesthésie et d'analgésie¹³⁸⁶. En 1954, lors du congrès du syndicat des sages-femmes françaises, Madame Jay constate que « les circonstances, la mode, le progrès scientifique appliqué à la médecine et plus particulièrement à l'obstétrique ont fait que l'accouchement a échappé, ici ou là, de plus en plus à la sage-femme, du moins à domicile »¹³⁸⁷. Même à la campagne, la diffusion des méthodes d'accouchement sans douleur médicamenteuses les relègue au second plan car « les accouchements analgésiques, les accouchements dirigés, dont l'idée pénètre peu à peu les milieux ruraux, ne peuvent être pratiqués que par des médecins »¹³⁸⁸. En 1954, le syndicat des sages-femmes françaises s'inquiète de l'arrivée de l'ASD dans les Maternités. Elles annoncent leur « refus parfois légitime » de s'y adapter, « parce que bien souvent certaines de ces méthodes nouvelles n'apportent pas beaucoup de progrès dans l'accouchement autres que des facilités pour les praticiens et que quelques procédés se sont révélés plus nocifs que bienfaisants »¹³⁸⁹. En réalité, elles s'élèvent principalement contre l'accouchement en milieu hospitalier « recommandé avec insistance puis imposé » par l'administration et les organismes de Sécurité Sociale, aux dépens de l'accouchement à domicile. Elles vont même jusqu'à affirmer que « les plus zélés des promoteurs de l'extension de l'accouchement en milieu hospitalier commencent à reconnaître honnêtement leur erreur »¹³⁹⁰, ce qui se révèle erroné. Elles doivent donc surtout s'adapter à la disparition progressive de l'accouchement à domicile.

¹³⁸⁵ Maurice Lacomme, *article cité*, 1952, p. 24.

¹³⁸⁶ Maurice Lacomme, *article cité*, 1952, p. 24.

¹³⁸⁷ M^{me} Jay, « Rapport général », *Maternité*, n° 3, 1954, p. 131.

¹³⁸⁸ Coulon-Arpin, *op. cité*, p. 33.

¹³⁸⁹ M^{me} Jay, *article cité*, 1954, p. 131.

¹³⁹⁰ M^{me} Jay, *article cité*, 1954, p. 131.

Très vite cependant, elles soutiennent l'ASD, comprenant qu'elles jouent un rôle essentiel par leur présence continue auprès des femmes. Elles assurent aussi la plupart des cours dispensés aux futures accouchées. Elles sont officiellement associées aux recherches menées autour de l'ASD par Fernand Lamaze et ses collaborateurs. Cependant, toutes les sages-femmes n'adhèrent pas à l'ASD spontanément. Certaines tiennent à un accouchement traditionnel dans la douleur : « Car (dans ce cas) les sages-femmes ont la partie belle et beaucoup trop, parmi elles, profitent d'une situation qui met entre leurs mains des femmes sans défense, pour l'inférioriser, non sans un certain sadisme. Imbues de leur savoir devant une femme ignorante, elles en jouent pour la terroriser. Aussi la femme préparée est-elle une ennemie, qui remet en cause ce pouvoir, ce savoir basé sur la fatalité de la douleur »¹³⁹¹. Ces lignes de Colette Jeanson, militante de l'ASD, tracent un portrait peu flatteur des sages-femmes traditionnelles. Ce texte date de 1954, au début de l'ASD. Par la suite les sages-femmes constituent, pour la plupart, un ferme soutien à la méthode Lamaze. Quand il s'agit pour Fernand Lamaze et ses collaborateurs de promouvoir leur méthode après deux ans d'expérience aux Bluets, ils soulignent l'importance retrouvée de la sage-femme : « La sage-femme se verra restituer son véritable rôle qui est d'assister la parturiente au long de son travail. [...] Des qualités, qui, à vrai dire, doivent être naturelles, seront exigées d'elle : absence de nervosité, nerfs à toute épreuve, compréhension de tous les instants, psychologie avertie et prévenante, autant d'éléments propres à justifier la confiance de la future mère et à créer le climat indispensable. [...] L'accouchement sans douleur transforme et doit améliorer la vie et le comportement des sages-femmes et des accoucheurs. Le cri devient une anomalie, une incongruité, le calme doit être la règle »¹³⁹². Le D^r Lamaze affirme de façon récurrente l'importance de l'action de la sage-femme pour la réussite de l'ASD, qui lui permet « de reprendre dans la société le rôle pour lequel elle est faite, c'est-à-dire de reprendre sa place au chevet des femmes pour les accoucher. [...] Et pour la préparation, nul ne me paraît mieux indiqué qu'elle, de par ses connaissances obstétricales, de par l'intérêt que par son sexe elle peut porter à l'ASD, et j'espère que dans un avenir très proche beaucoup de sages-femmes qui souffrent, et notamment en province, de situations, je me permets de vous le dire, presque misérables, verront, pourront voir leur existence transformée »¹³⁹³. De l'ASD comme moyen de promotion de la sage-femme française...

En 1954, le P^r Langevin-Droguet, dans une revue destinée aux sages-femmes, les rassure quant à leur rôle fondamental pour la relaxation de leurs patientes pendant l'accouchement : « Cette détente psychique, vous l'obtiendrez d'autant plus facilement que, en tant que femme, vous êtes plus aptes à

¹³⁹¹ Colette Jeanson, *op. cit.*, 1954, p. 145.

¹³⁹² Fernand Lamaze, Pierre Vellay et Roger Hersilie, "Réponses à quelques questions", *La Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 3, mai 1954, p. 127.

¹³⁹³ Fernand Lamaze, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 100.

comprendre les parturientes qui se confient à vous et par votre profession, vous pourrez les instruire, les rassurer »¹³⁹⁴. En effet, elles inspirent la plupart du temps confiance aux femmes, ce que reconnaît le P^r Varangot : « je ne pense pas qu'il puisse y avoir personne qui connaisse mieux la psychologie des femmes enceintes et qui puisse les suivre de plus près au cours du travail que la sage-femme »¹³⁹⁵. Cet hommage est certes rendu devant un public de sages-femmes et il peut donc sembler de circonstance. Il reflète cependant la réalité car le contact entre les parturientes et la sage-femme semble plus facile et plus constant qu'avec le médecin. Cette familiarité, voire cette solidarité, avec les parturientes est constamment relevée et reliée à l'efficacité des sages-femmes : le rôle de la sage-femme est « celui de quelqu'un qui, par sa proximité psychologique avec la parturiente obtient les meilleurs effets pédagogiques »¹³⁹⁶. En retour, la sage-femme, qui est « l'éducateur le plus proche de la parturiente », dans sa relation avec celle-ci, « non seulement apprend à connaître sa patiente, mais elle apprend aussi à se connaître elle-même »¹³⁹⁷. Certaines sages-femmes parlent de « communion » entre la femme qui accouche et la sage-femme, de « confiance » entre elles, bien plus qu'avec le médecin qui n'est appelé souvent qu'au moment de la délivrance « ni trop tard, ni trop tôt »¹³⁹⁸. Les patientes soulignent régulièrement leur importance dans la réussite de l'ASD. Ainsi Janine M. écrit : « C'est d'abord elle qui nous reçoit lorsqu'on arrive à la clinique et cet accueil compte beaucoup. On peut difficilement être détendue lorsqu'on est reçue, voire bousculée, par une sage-femme désagréable qui donne l'impression qu'elle a autre chose à faire, qu'on arrive soit trop tôt soit trop tard »¹³⁹⁹. En 1960 une sage-femme résume ainsi la position de la profession en faveur de l'ASD : « Les sages-femmes se réjouissent du succès de la méthode nouvelle car c'est dans un sens à la fois leur méthode et leur succès. [...] Elles sont femmes, elles sont donc plus près des inquiétudes de leurs sœurs. Elles sont mères, elles sont bénéficiaires. Elles sont sages-femmes, elles doivent éviter la souffrance »¹⁴⁰⁰. Cette sage-femme, membre de la Société française de PPO, attribue même aux sages-femmes la paternité (maternité ?) de la méthode psychoprophylactique. Elle revendique d'ailleurs l'antériorité de la création de l'accouchement sans douleur : « Elles ont été les premières à s'interroger et à mettre en pratique une méthode bien différente mais qui avait le même but et qui a réussi. La preuve s'en trouve dans

¹³⁹⁴ G. Langevin-Droguet, *article cité*, 1954, p. 125.

¹³⁹⁵ Varangot, *article cité*, 1956, p. 294.

¹³⁹⁶ Bernard Muldworf, « La psychoprophylaxie, promotion culturelle et humaine de la sage-femme », *BOSFPPO*, décembre 1964, p. 39.

¹³⁹⁷ Bernard Muldworf, *article cité*, décembre 1964, p. 40.

¹³⁹⁸ Entretien avec Madame Le Masson, sage-femme de Lille, le 5 mai 2004.

¹³⁹⁹ Janine M., "Témoignage digne d'intérêt", *BOSIPPO*, 1962-1963, p. 139. Seul le prénom de l'auteur est en toutes lettres.

¹⁴⁰⁰ M^{me} Marthe Pierre-Jay, "L'accouchement psychoprophylactique et les sages-femmes", *BOSFPPO*, mars 1960, p. 18.

une brochure éditée dès 1906 par une de nos collègues qui préparait les parturientes »¹⁴⁰¹. Cette allusion n'est accompagnée d'aucune précision et peut donc laisser sceptique, l'auteur de l'article se contentant d'affirmer que cette sage-femme pionnière « n'a pas été suivie »¹⁴⁰². Cette revendication témoigne cependant de l'intérêt des sages-femmes pour les procédés aidant les femmes à accoucher sans douleur. D'ailleurs avec la méthode Lamaze, « le succès appartient aux sages-femmes après [...] le Docteur Lamaze »¹⁴⁰³. En 1964, toujours dans la revue de la Société française de PPO, le D^r Muldworf avertit : « On a souvent dit, avec raison, que la psychoprophylaxie se fera avec les sages-femmes, ou ne se fera pas. Mais on peut dire aussi comme corollaire, que la sage-femme sera avec la psychoprophylaxie, ou ne sera pas »¹⁴⁰⁴.

En 1971 les D^r Vittoz et Ferrand font un bilan : « les sages-femmes ont vu transformer totalement leur mode de vie. Leur pratique libérale et individuelle disparaît peu à peu ou les condamne à faire un métier d'infirmières à moins qu'elles ne se cantonnent dans des préparations individuelles à l'ASD et des assistances à l'accouchement [...] La plupart travaillent désormais comme salariées des cliniques ou des hôpitaux. Ayant perdu leur indépendance, elles y ont gagné des horaires de travail décents leur permettant d'être plus disponibles. [...] La psychoprophylaxie (leur) a permis de donner toute leur mesure, en utilisant toutes leurs qualités humaines ajoutées à leurs connaissances techniques »¹⁴⁰⁵. Au moment où l'accouchement devient de plus en plus médicalisé et se passe pour la plupart d'entre eux à l'hôpital, l'application de la méthode Lamaze permet donc aux sages-femmes de continuer à jouer un rôle central auprès des parturientes. Face au « courant médico-chirurgical » des années soixante et suivantes, qui « fait la part belle aux techniciens et tient la dragée haute aux « auxiliaires », le courant psychosomatique représenté par l'ASD continue à offrir à la sage-femme le rôle prépondérant qu'elle était en passe de perdre au profit du médecin et de l'anesthésiste »¹⁴⁰⁶. En bref, l'ASD a besoin des sages-femmes et celles-ci ont besoin de l'ASD. Pour remplir correctement sa mission, la sage-femme doit avoir des « connaissances techniques, une appréciation psychologique de la mentalité de la parturiente, une volonté pédagogique : voilà beaucoup de choses qu'on demande à une seule personne »¹⁴⁰⁷. En retour, elle a tout à gagner « en dignité professionnelle et humaine plutôt que d'être réduite au rôle d'auxiliaire effacée et ravalée aux besognes quasiment domestiques »¹⁴⁰⁸. Le D^r Muldworf conclut : « pour la

¹⁴⁰¹ M^{me} Marthe Pierre-Jay, *article cité*, 1960, p. 18.

¹⁴⁰² M^{me} Marthe Pierre-Jay, *article cité*, 1960, p. 18.

¹⁴⁰³ M^{me} Marthe Pierre-Jay, *article cité*, 1960, p. 18.

¹⁴⁰⁴ Bernard Muldworf, *article cité*, 1964, p. 35.

¹⁴⁰⁵ Yvonne Vittoz et Ferrand, "Place et devenir de l'accoucheur et de la sage-femme dans la société moderne", *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1971, p. 34-35.

¹⁴⁰⁶ Selon Bernard Muldworf, *article cité*, 1964, p. 35.

¹⁴⁰⁷ Bernard Muldworf, *article cité*, décembre 1964, p. 36.

¹⁴⁰⁸ Bernard Muldworf, *article cité*, décembre 1964, p. 36.

sage-femme, dépasser le praticisme étroit par une réflexion humaine enrichissante, introduire la psychologie et la science dans sa pratique, c'est gagner en efficacité professionnelle et surtout progresser en dignité humaine »¹⁴⁰⁹.

En exagérant un peu, vive la libération de la sage-femme par la pratique de l'ASD ! Les sages-femmes sont donc directement intéressées au succès et à la pérennité de l'ASD¹⁴¹⁰.

Les femmes aussi et pour les partisans de l'ASD : « Toute femme bien préparée, bien accouchée, devenait une ambassadrice extraordinaire »¹⁴¹¹. Le témoignage des femmes en faveur de l'ASD est systématiquement cité par les pionniers de l'ASD. Cette pratique est révolutionnaire car les patientes n'ont jamais le droit à la parole dans les revues médicales de l'époque. Avec Fernand Lamaze et ses collaborateurs, les femmes non seulement s'expriment mais leurs déclarations fournissent une des preuves de l'excellence de la méthode vis-à-vis des confrères et des patientes.

Les médecins demandent aux monitrices de recueillir la parole de femmes lors d'une rencontre post-accouchement car « cet entretien est irremplaçable. Il convaincra mieux que tout ce qu'elles auront pu lire ou entendre dire par ailleurs. ». Mais, « vous devez le préparer soigneusement en choisissant judicieusement les femmes qui accepteront d'être sur la sellette. ». Les auteurs savent que ces témoignages peuvent être mis en doute et conseillent : « Ne succombez pas à la tentation de sélectionner des femmes qui ont eu un accouchement spectaculaire : un demi-échec sera plus convaincant et surtout plus instructif si la femme est capable d'expliquer pourquoi elle n'a pas totalement réussi son accouchement »¹⁴¹². Cet entretien poursuit donc deux objectifs : la diffusion de la méthode et la pédagogie pour les futures accouchées. Les auteurs ne conseillent cependant pas de retenir le témoignage de femmes ayant totalement échoué.

Dès 1952 Fernand Lamaze et Pierre Vellay retranscrivent, pour une revue médicale, 17 témoignages de femmes ayant eu un ASD aux Bluets entre février et décembre de cette même année¹⁴¹³, démarche proprement révolutionnaire et emblématique de leur expérience. Ces témoignages sont tous en faveur de l'ASD et ont été choisis pour convaincre les lecteurs-médecins. Toutes ces 17 patientes (sur 500) se disent des femmes ordinaires. Par exemple M^{me} C., primipare de 21 ans : « Les contractions se rapprochaient nettement et devenaient plus fortes mais je n'avais toujours pas mal [...] Je tiens à préciser ici que je n'appartiens en aucune façon à la catégorie de femmes-héros, j'ai

¹⁴⁰⁹ Bernard Muldworf, *article cité*, décembre 1964, p. 41.

¹⁴¹⁰ Voir les rencontres de Châteauroux en septembre 2002.

¹⁴¹¹ Serge Bazelaire et Roger Hersilie, *article cité*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 5.

¹⁴¹² Zelda Rennert, Blanche Cohen et Christiane Goirand, *op. cité*, 1962, p. 120.

¹⁴¹³ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, « L'accouchement sans douleur par la méthode psychophysique », *La Gazette médicale de France*, 2 XII 52, n° 23, p. 1445-1460.

horreur de souffrir et suis plutôt douillette »¹⁴¹⁴. Ces femmes comme les autres déclarent avoir vécu un accouchement réellement sans douleur. M^{me} M., 19 ans, commence son compte rendu par ces mots : « Je suis très heureuse du bon résultat que j'ai ressenti pour mon accouchement sans douleur, et ceci est vraiment une belle chose »¹⁴¹⁵. M^{me} V., 24 ans, parle d'un accouchement « parfait »¹⁴¹⁶. M^{me} D., 25 ans, écrit, dans la même veine : « J'étais émerveillée [...] Je n'avais pas la moindre fatigue, je me retrouvais aussi fraîche après l'accouchement qu'à mon arrivée à la clinique. »¹⁴¹⁷. Une autre parturiente des Bluets conclut son texte en précisant : « La délivrance m'est venue facilement. [...] Une amie a été bien étonnée de me trouver deux heures après cet événement fraîche et dispose »¹⁴¹⁸.

Aucune n'éprouve la terrible « dépression post-natale » grâce à l'ASD. M^{me} G., 32 ans, est ravie : « J'attends pendant des heures et les jours suivants que l'euphorie post-natale le cède à un « inévitable » état de dépression nerveuse. Rien. C'est presque exaspérant. Je me sens si florissante que je m'ennuie à passer les journées à ne rien faire (à la clinique des Bluets). Je m'impatiente ; je veux rentrer chez moi. »¹⁴¹⁹.

L'article ne mentionne que de rares fausses notes relevant, pour la plupart, de la responsabilité de la parturiente. M^{me} G., déjà citée, raconte : « Une fois, pendant une absence du docteur, ayant été surprise par une contraction particulièrement forte, je me suis soudain raidie au lieu de me détendre ; une douleur intense m'a coupé le souffle, je me suis affolée, j'ai perdu le contrôle de ma respiration et il m'a échappé un de ces cris de bête souffrant, qui scandent un accouchement traditionnel »¹⁴²⁰. M^{me} C., 25 ans, s'excuse d'avance : « Travaillant très tard, et ne pouvant avoir de permissions pour venir suivre les cours toutes les semaines, j'ai suivi juste les deux premiers cours : le cours de théorie et le cours sur la respiration. [...] (A la fin) j'ai eu mal trois minutes, au moment où le bébé est sorti, car, à ce moment-là, je ne savais pas m'y prendre : il me manquait les deux dernières leçons. »¹⁴²¹.

Dans le recueil de témoignages rassemblés par Pierre et Aline Vellay en 1956, les récits de réussite sont logiquement les plus nombreux et sont qualifiés

¹⁴¹⁴ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1456.

¹⁴¹⁵ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1450.

¹⁴¹⁶ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1451.

¹⁴¹⁷ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1454.

¹⁴¹⁸ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1456.

¹⁴¹⁹ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1448. Notons que dans les années cinquante, les nouvelles accouchées restaient plus de trois jours à la clinique ou à l'hôpital, pour se reposer.

¹⁴²⁰ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1448.

¹⁴²¹ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1952, p. 1452. Notons que ce sera une des principales revendications des partisans de l'ASD : que les salariées disposent de la possibilité d'assister à tous les cours sur leur temps de travail, pour qu'il n'y ait pas de discrimination entre les femmes qui travaillent et les autres.

d'« hymne à la joie »¹⁴²². Les femmes qui témoignent de leur réussite en parlent comme d'un « éblouissement »¹⁴²³. Elles sont fières de leur accouchement : « j'avais gagné ma première grande bataille sur moi-même » déclare l'une d'elles¹⁴²⁴ et une autre : « c'est une grande joie de se sentir un aussi grand pouvoir sur soi-même »¹⁴²⁵. Elles expriment une telle confiance dans l'ASD, même quand elles ont ressenti quelque douleur, qu'elles envisagent avec enthousiasme de recommencer. Madame C. écrit : « Je me sens prête à recommencer. Il n'y a pas de peur à avoir - ce n'est pas douloureux mais seulement une question de volonté, d'effort »¹⁴²⁶. Et Madame Richardeau : « Je pense que moi aussi je ferai mieux la prochaine fois et qu'avec la conviction que j'ai acquise, je saurai me rattraper à temps si j'ai la moindre défaillance »¹⁴²⁷. Madame G. précise : « pour mon troisième enfant, je recommencerai, sans hésitation ni arrière-pensée »¹⁴²⁸. Elles expriment toutes leur reconnaissance.

Les femmes deviennent ainsi les meilleures propagandistes de l'ASD. Madame Nelson, italienne, écrit : « après avoir vécu cette magnifique et exaltante expérience, je souhaite que dans ma patrie également la nouvelle méthode de l'accouchement sans douleur obtienne le plus rapidement possible la popularité qu'elle est en train d'acquérir ici ; un intérêt et une popularité qui augmentent chaque jour davantage et qui suscitent toujours plus de nouveaux flots d'enthousiasme. C'est là encore, dans les instants culminants durant lesquels la mère et l'enfant sont unis dans un unique et dernier effort pour s'ouvrir l'ultime passage à la vie, c'est dans ces derniers moments, que la voix et les paroles du Docteur élèvent cette expérience déjà merveilleuse en elle-même à un diapason exaltant ». Elle termine par un hommage à Pavlov : « pour conclure, je voudrais humblement rendre hommage au grand savant Pavlov, qui par ses expériences sur les réflexes conditionnés a rendu possible l'application pratique de la théorie et par conséquent le développement scientifique de l'accouchement sans douleur »¹⁴²⁹. Tout y est : l'élément humain teinté d'une sensible exagération italienne et l'élément scientifico-politique avec le paragraphe final sur Pavlov, de facture plutôt langue de bois.

D'autres sont de véritables militants de l'ASD au sens politique du terme. Ainsi Monsieur Vermeulin, enseignant, époux d'une parturiente qui vient d'accoucher : « l'accouchement sans douleur va à l'encontre de certains intérêts. Des intérêts économiques [...] par peur de perdre quelques profits par la diminution du nombre de forceps ou d'anesthésie. Des intérêts politiques et philosophiques. [...] Il existe des gens qui ne veulent pas qu'il soit dit que

¹⁴²² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 44.

¹⁴²³ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 108.

¹⁴²⁴ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 65.

¹⁴²⁵ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 67.

¹⁴²⁶ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 252.

¹⁴²⁷ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 250.

¹⁴²⁸ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 257.

¹⁴²⁹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 277-278-280.

l'homme puisse mettre la nature à son service en connaissant mieux les lois. Ils ne veulent pas que la possibilité du triomphe sur la fatalité soit établi car ce serait combattre le rapport de base entre exploités et exploités (dont ils sont bénéficiaires) et qu'ils disent fondé sur une certaine fatalité »¹⁴³⁰. Fortes paroles de militant qui débouchent sur des actes : « Il faut apporter beaucoup d'intérêt aux efforts de certaines organisations, l'UFF en particulier, qui mettent l'accouchement sans douleur à la connaissance de toutes les femmes et qui en font une revendication auprès des médecins et surtout auprès de l'administration de la santé publique ». Cette tirade ressemble un peu trop à un discours convenu chez les militants communistes, pour un ouvrage composé de simples témoignages, il ajoute donc : « Je ne dis pas qu'il faille avoir adhéré aux objectifs de la classe ouvrière pour accoucher sans douleur. Mais je pense que pour généraliser l'accouchement sans douleur il faut s'appuyer sur les couches populaires, sur la classe ouvrière en particulier. L'expérience de la polyclinique des métaux semble le montrer »¹⁴³¹. Discours typiquement communiste et confiance dans les organisations liées au PCF se retrouvent dans ces lignes attribuées à un simple père de famille ébloui par l'ASD. Dans le même registre, de façon plus revendicative encore, M^{me} Steinhard, qui accouche en 1953 aux Bluets, écrit que les conditions pour la réussite de l'accouchement sans douleur sont « malheureusement difficiles à remplir actuellement où les crédits de la Santé publique sont sans cesse diminués, les hôpitaux trop petits, le personnel insuffisant »¹⁴³². Le caractère grossièrement militant de ces paroles affaiblit singulièrement la portée de tous les témoignages rassemblés par Pierre et Aline Vellay.

Cette propagande est encore plus efficace quand elle émane de femmes-médecins, sages-femmes, infirmières, voire de femmes de médecins. Pour Pierre et Aline Vellay à propos des témoignages de ces femmes : « Ces rapports ont une teneur différente de celle des autres femmes. Il nous paraît difficile de les mettre en doute. Ils sont, à nos yeux, une affirmation de la valeur de la méthode. [...] C'est un groupe de parturientes difficiles à préparer. [...] Elles se souviennent de leurs stages dans les hôpitaux où on ne pratiquait pas, à cette époque, l'accouchement sans douleur. Aussi, celui-ci leur paraît-il impossible ; presque impensable. Elles doivent fournir un très gros effort pour oublier leurs connaissances dans ce domaine »¹⁴³³. Ces femmes, partie prenante ou proches des milieux médicaux, représentent un défi majeur pour les défenseurs de l'ASD. Non seulement, elles sont sceptiques mais elles pensent avoir des solides raisons de l'être de par leur profession ou celle de leur mari. Seules huit d'entre elles témoignent dans cet ouvrage, ce qui semble peu, eu égard aux centaines de femmes voire aux milliers qui ont accouché aux Bluets avec l'ASD depuis mars 1952. Les témoignages de ces femmes du milieu médical sont en tous points

¹⁴³⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 319.

¹⁴³¹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 319.

¹⁴³² Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 85.

¹⁴³³ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 212.

semblables aux précédents. S'y retrouve le même enthousiasme : « L'accouchement cessait d'être un cauchemar pour devenir une expérience passionnante où je pourrais avoir une part active. [...] J'étais émerveillée de la facilité et de la joie avec laquelle j'avais mis mon enfant au monde » affirme le docteur B.¹⁴³⁴ Madame K., médecin, s'exprime de la même façon : « m'interdisant toute initiative personnelle et faisant abstraction de tout ce que j'avais pu apprendre antérieurement en obstétrique. Je voulais en effet de toutes mes forces réussir en femme heureuse et non pas subir comme un animal l'acte que je considère comme un des plus grands et des plus importants dans la vie d'une femme : la mise au monde de mon premier enfant »¹⁴³⁵, elle conclut : « en tant que médecin, je suis enthousiasmée, sans critique et sans réserve d'aucun ordre, par la méthode psychoprophylactique appliquée à l'accouchement »¹⁴³⁶. Une étudiante en médecine qui accouche d'un premier enfant écrit même : « Je rends grâce à cette méthode [...] et aux praticiens qui l'appliquent »¹⁴³⁷. Et une ancienne sage-femme qualifie le personnel médical de la clinique des Bluets ainsi : « nos guides, si complets devant leur tâche »¹⁴³⁸. Certaines mettent une touche bien française, comme Madame I. femme de médecin : « Et alors, comme dans le disque¹⁴³⁹, nous bûmes du champagne. Je n'oublierai jamais le goût de ce champagne-là ! »¹⁴⁴⁰.

Parfois, les femmes persuadées de l'efficacité de l'ASD prennent leur destin en main, agissent et imposent cette technique à l'hôpital local. Le D^r Pierre Perriguet rapporte dans sa thèse qu'à Strasbourg : « C'est en mars 1954 qu'eut lieu le premier ASD à la clinique gynécologique et obstétricale : il s'agissait d'une femme qui s'était préparée seule à l'aide de cours prêtés par une parente, cette naissance fut une réussite démonstrative qui ne fit sans doute qu'accélérer la mise au point du service d'ASD »¹⁴⁴¹.

Les partisans de l'ASD sont rapidement mis en difficulté par leurs confrères qui accusent ces témoignages de manquer d'objectivité. Ainsi le P^r Hanon de la Maternité Baudelocque, à Paris : « jusqu'alors, en effet, on avait l'habitude de produire des résultats, des arguments et non pas des attestations ; si les uns ont considéré qu'il s'agissait de publications scientifiques, d'autres n'y ont vu que publicité tapageuse. [...] Jadis, en effet, les témoignages de satisfaction personnelle restaient d'ordre privé ; les témoignages publics étaient

¹⁴³⁴ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 216-217.

¹⁴³⁵ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 218.

¹⁴³⁶ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 221.

¹⁴³⁷ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 230.

¹⁴³⁸ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 232.

¹⁴³⁹ Un disque d'enregistrement d'un ASD qui a beaucoup compté pour la diffusion dans le grand public de la méthode Lamaze mais que je n'ai malheureusement pas pu écouter.

¹⁴⁴⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 225.

¹⁴⁴¹ Pierre Perriguet, L'application de l'ASD par la méthode psychoprophylactique à la clinique gynécologique et obstétricale des hôpitaux civils de Strasbourg, thèse de médecine, Strasbourg, 1955, n° 74, f. 27.

d'ordre judiciaire ; l'utilisation du témoignage public des parturientes leur a conféré l'apparence de témoins à décharge, par la ressemblance de leurs propos avec ceux que l'on profère dans les procès de guérisseurs illégaux ; par là même, la doctrine (de l'ASD) et ses tenants paraissent se trouver en « situation » de mise en accusation ; et l'affirmation véhémement de leur sincérité n'y changeait rien. En réalité ce serait une grave erreur que de considérer ces témoignages comme nuls et non avenue, et une absurdité de ne pas en tenir compte. Ils n'ont évidemment pas une valeur absolue. [...] On doit considérer que la patiente est qualifiée pour témoigner sa satisfaction ; mais elle ne l'est nullement pour juger de la valeur des composants, des mécanismes, des théories. [...] Ces témoignages sont trop souvent noyés dans le pesant fatras des expressions d'un pédantisme naïf, d'égocentrismes exacerbés, bien à tort encouragés ; dans des manifestations d'admiration mutuelle ou personnelle, la complaisance répond à la complaisance »¹⁴⁴². Sans parler des cas particuliers : « J'assiste à l'accouchement d'une patiente qui a été préparée. Cette femme s'est agitée, hurlait, criait, vociférait et elle accouche quand même. La sage-femme, sur la feuille d'accouchement, met : « bon comportement ». Alors je lui ramène sa feuille en lui disant : À votre avis, est-ce que vous croyez qu'elle a vraiment bénéficié de la préparation? Et la sage-femme, qui était d'une gentillesse extraordinaire, m'a dit : Si j'avais mis « mauvais », elle n'aurait pas été contente, parce qu'elle aurait dit : Oh ils ne sont pas gentils avec moi ! Alors voilà, cette femme a sur sa feuille « bon comportement », elle peut donc être comptée, paraît-il, comme les gens qui ont pleinement bénéficié de la préparation, et quand on lui parle, à cette patiente de la préparation, elle sourit et elle se dit : « Vous m'excuserez, je n'ai pas été très gentille »¹⁴⁴³. Pour le D^r Crombeck qui rapporte cet exemple, il faut tenir compte du facteur humain, du côté de la patiente mais aussi de la sage-femme et du personnel de l'équipe. Pourtant, comme le fait remarquer le D^r Angelergues, « l'utilisation du langage n'est-elle pas la règle en médecine? Y a-t-il un seul médecin qui se contraigne à être vétérinaire, sous prétexte d'objectivité? »¹⁴⁴⁴. Au delà de la boutade, l'appréciation de la douleur reste un problème irrésolu encore aujourd'hui.

La critique de ces textes nous amène à poser le problème fondamental de leur sélection. Comme l'explique le D^r Vellay en introduction, « Il nous a fallu donc faire un choix »¹⁴⁴⁵ face au nombre de rapports collectés. On peut penser que ce choix n'a pas été fait au hasard mais en faveur de l'ASD selon la logique militante qui anime les défenseurs de l'ASD dans les années cinquante. Un autre élément à charge réside dans le style de ces écrits, toujours impeccablement rédigés sans fautes de syntaxe ni maladresses. Ces femmes « ordinaires » ont bien du talent. Cette perfection formelle suppose la réécriture de ces témoignages pour aboutir au style homogène qui les caractérise. On ne peut

¹⁴⁴² F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 37.

¹⁴⁴³ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 29.

¹⁴⁴⁴ Roger Angelergues, *article cité*, mai 1954, p. 26.

¹⁴⁴⁵ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 10.

s'empêcher de penser que ces textes ont été aussi réécrits sur le fond et qu'il faut en plus compter avec l'autocensure des patientes. Ils auraient pu constituer une trace irremplaçable du vécu des femmes pendant leur accouchement, mais l'homogénéité de ces textes fait douter de leur véracité. Reste ouverte une question capitale à propos de l'ASD : a-t-il réellement vaincu la douleur de l'accouchement ou n'est-il qu'une construction au service de l'idéologie communiste?

CHAPITRE 4 – L'ASD : UNE UTOPIE ?

Dès les années cinquante, l'ASD est l'objet de critiques qui restent cependant marginales et n'empêchent pas le succès officiel et populaire de la méthode. À partir des années soixante, elles deviennent plus sévères et plus nombreuses de la part des médecins impliqués et surtout des femmes. Cette évolution aboutit au déclin actuel de l'ASD qui recule devant les contestations, laissant la place à l'anesthésie péridurale.

! L'ASD, une méthode efficace ?

Autour de l'ASD se livre une bataille de chiffres censés prouver sa réussite ou son échec. Selon le degré d'implication des auteurs dans la diffusion de l'ASD les pourcentages varient du simple au triple. Il est vrai que la mesure de la douleur comme de l'absence de douleur relève de l'empirisme et de l'étude comportementale, laissant le champ libre aux interprétations personnelles.

A Évaluations de l'efficacité de l'ASD

Les pays communistes, URSS et Chine, proclament d'excellents résultats. En 1952 et en 1953, Fernand Lamaze et Pierre Vellay écrivent que l'ASD réussit dans 86 à 92 % des cas, pour tous les établissements d'accouchement d'URSS¹⁴⁴⁶, soit un taux de 14 à 8 % d'échecs. Ces pourcentages sont fournis par le P^r Nicolaïev de Leningrad et le P^r Mikelaze de Tbilissi. Le P^r Nicolaïev, dans un article publié en France en 1954, parle également de 85 % de réussite soit 15 % d'échecs pour lesquels il est nécessaire d'employer des « moyens pharmaceutiques »¹⁴⁴⁷. Le D^r Chertok, s'appuyant sur des publications soviétiques détaillées, cite en 1956 un chiffre compris entre 13 et 37 %¹⁴⁴⁸, pour les résultats « non positifs », à savoir quand il n'y a pas un comportement « organisé et discipliné » chez la parturiente. En réalité « l'absence de douleur et un comportement conscient et actif de la parturiente sont constatés dans 40 % des cas. La catégorie intermédiaire comprend les femmes dont les douleurs sont supportables et de courte durée »¹⁴⁴⁹. Le D^r Chertok rapporte qu'à la Maternité de l'Hôpital du Ministère des Communications à Kharkov : « 43,8 % des femmes ne ressentent aucune douleur et sont actives et conscientes pendant tout l'accouchement, 37,2 % ont des douleurs supportables avec plaintes de courte

¹⁴⁴⁶ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, « L'accouchement sans douleur », *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 18 avril 1952, n° 15, p. 304. Ces deux auteurs citent exactement les mêmes statistiques dans leur publication de décembre 1952 dans *La Gazette médicale de France*, 2- XII-52, n° 23, p. 1446.

¹⁴⁴⁷ A. Nicolaïev, *article cité*, 1954, p. 204.

¹⁴⁴⁸ Léon Chertok, *article cité*, 1956, p. 2621.

¹⁴⁴⁹ Léon Chertok, *article cité*, 1956, p. 2621.

durée, 5,5 % sont des échecs complets »¹⁴⁵⁰. En 1958, le D^r Émilien Mourgues rapporte les chiffres du ministère de la Santé d'URSS, sans précision de date : « accouchements sans aucune douleur : 20,95 % ; accouchements avec des douleurs très supportables : 38,74 % ; accouchements plus douloureux ayant nécessité le recours aux analgésiques : 29,72 %, accouchements avec échec total : 10,50 % »¹⁴⁵¹. Il précise les critères comportementaux adoptés par trois Maternités de Leningrad portant sur 1 551 accouchements : « dans 47,3 % des cas on note une attitude absolument calme pendant tout le travail ; dans 34,2 % des cas on note une attitude calme mais avec plaintes de courte durée ; dans 14,5 % des cas on note des effets analgésiques passagers ayant nécessité l'application d'autres analgésiques ; dans 4 % un échec total ». En 1960, le P^r Velvovski, dans un article de la revue de la Société internationale de PPO, affirme que les échecs seraient de « 5,5 % et les très bons résultats de 81 % »¹⁴⁵².

Ces statistiques officielles sont contestées en France par les détracteurs de l'ASD ou les sceptiques. Le P^r Grasset soupçonne un « tri des femmes admises à bénéficier de la méthode en URSS » qui expliquerait ces résultats positifs exceptionnels. Il rappelle le faible nombre de femmes rencontrées dans les Maternités soviétiques lors d'un voyage en URSS en 1955, auquel Fernand Lamaze a participé. Il a pu constater dans les salles de cours de l'accouchement psychoprophylactique « une quasi absence d'activité »¹⁴⁵³. Le P^r Grasset fait ce commentaire après avoir visité une Maternité de Moscou où 600 membres du personnel médical sont censées effectuer 300 ASD par an : « pour une ville de quatre millions d'habitants, 300 accouchements, c'est peu. [...] Ce n'est pas toute la Russie qui accouche sans douleur ! »¹⁴⁵⁴. D'après le D^r Mourgues, seules les femmes classées dans le groupe, « à système nerveux fort, bien équilibré », sont admises à bénéficier de la méthode selon les déclarations des accoucheurs soviétiques et les témoignages des médecins français de retour d'URSS¹⁴⁵⁵.

En Chine, l'ASD commence à être appliqué à partir de 1953. Le D^r Pierre Vellay y fait un voyage d'études en octobre de la même année : « les femmes chinoises accouchaient sans douleur » quand elles étaient préparées selon la méthode « puisée à l'école pavlovienne »¹⁴⁵⁶. Selon Pierre Vellay, il y aurait « 5,6 % d'échecs » au début des années soixante¹⁴⁵⁷.

¹⁴⁵⁰ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 155.

¹⁴⁵¹ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 143.

¹⁴⁵² P^r Velvovski, "L'analyse des causes du comportement agité des femmes préparées par la méthode psychoprophylactique", *BOSIPPO*, n° 1, 1960, p. 58.

¹⁴⁵³ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 146-148.

¹⁴⁵⁴ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 147-148.

¹⁴⁵⁵ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 146.

¹⁴⁵⁶ Fernand Lamaze, « Discours », *BOSIPPO*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 97-98.

¹⁴⁵⁷ Chiffres cités par Pierre Vellay, « Psychoprophylaxie et anesthésie », *BOSFPPO*, décembre 1964, p. 13.

Ces chiffres officiels, preuves éclatantes de la réussite de l'ASD, nous rappellent la manipulation systématique des statistiques en Chine et en URSS, sous Staline et Khrouchtchev, celles de la production d'acier comme celles de la population. Les statistiques de l'ASD semblent ressortir des mêmes intentions car un pourcentage si faible d'échecs semble peu réaliste aux médecins français non communistes.

En France, la bataille des chiffres est rude pour prouver le bien fondé ou l'ineptie de l'ASD sur fond de Guerre froide. En effet, les pourcentages des échecs et des réussites deviennent un moyen pour vaincre l'ennemi idéologique. C'est pourquoi il faut remarquer que ces statistiques peuvent être faussées par volonté politique, celle des médecins comme celle des femmes. Celles qui accouchent aux Bluets sont « militantes du parti communiste ou femmes de militants, qui, bien qu'ayant souffert parfois comme d'autres, pour rien au monde ne voudront jamais l'avouer, par esprit de subordination à une idéologie poussée à l'excès. Une institutrice déclarait récemment : « jamais on ne me fera dire que j'ai souffert »¹⁴⁵⁸. Or, selon François Leguay, directeur de la Maternité des Bluets : les parturientes sont pour « 50 % de femmes de métallurgistes ; les autres 50 % sont fournis par des employées, des femmes d'employés et ouvriers d'autres corporations, par des instituteurs, des médecins, des avocats, des ingénieurs »¹⁴⁵⁹. Mais il n'apporte aucune précision sur les liens entre ces femmes et la CGT : militantes ou femmes de militants ? Notons le masculin des dernières catégories professionnelles peu adapté à une clinique d'accouchement. Michel Dreyfus précise que les deux tiers des femmes qui accouchent aux Bluets sont « des femmes de métallurgistes syndiqués »¹⁴⁶⁰. Les clientes des Bluets sont donc des militantes ou des femmes de militants ou syndiqués CGT, elles sont donc moins sujettes à se plaindre de la douleur de leur accouchement.

D'après Fernand Lamaze, entre mars 1952 et novembre 1953, sur 1 863 accouchements aux Bluets 30 % ont d'excellents résultats (absolument indolores), 9,4 % ont des résultats médiocres (avec vives douleurs) et 4,3 % sont des échecs complets, soit 81 accouchements en tout¹⁴⁶¹. Mais Fernand Lamaze reconnaît un peu plus loin l'existence aux Bluets d'une salle à part, isolée, où accouchent les femmes non préparées. En général elles n'ont pu, pour des raisons diverses, suivre la préparation. D'autres femmes y accouchent, celles « dont le comportement ne permet pas de poursuivre jusqu'au bout l'accouchement par psychoprophylaxie »¹⁴⁶². S'agit-il des femmes qui échouent à accoucher sans douleur ou de femmes préparées mais reconnues incapables d'avance de réussir? Il n'y a aucune précision dans le texte qui laisse une

¹⁴⁵⁸ Émilien Mourgues, *op. cit.*, 1956, p. 150.

¹⁴⁵⁹ Débat, *Bulletin du Cercle Claude Bernard*, n° 8, 1-2-1954, dernière page (pages non numérotées).

¹⁴⁶⁰ Michel Dreyfus, *op. cit.*, 1997, p. 38.

¹⁴⁶¹ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, t.138, n° 3, p. 57.

¹⁴⁶² Fernand Lamaze et coll. *article cité*, 26-1-54, t.138, n° 3, p. 55.

impression de sélection des femmes capables d'accoucher sous ASD, à la manière soviétique. Lors d'une conférence au Cercle Claude Bernard en décembre 1953, Fernand Lamaze chiffre les échecs à 15 à 10 % des 2 000 accouchements effectués avec la technique de l'ASD en deux ans aux Bluets¹⁴⁶³, des résultats cohérents avec les précédents.

Les chiffres varient ensuite selon les services et les éléments d'appréciation de la douleur : à l'hôpital Lariboisière à Paris, le docteur Coenca repère pour l'année 1954, 19 cas négatifs sur 67, ce qui représente 28 % des femmes¹⁴⁶⁴. À l'inverse, le D^r Baux, toujours en 1954, à Toulouse, compte 4 échecs sur 68 ASD soit moins de 5 %¹⁴⁶⁵.

En décembre 1955, au congrès de La Havane, Fernand Lamaze, présentant les résultats obtenus à la polyclinique des Bluets, sur 4 847 accouchements préparés, en compte 18,43 % d'excellents et à l'autre extrémité seulement 4,76 % d'échecs¹⁴⁶⁶.

En 1957 le D^r Vellay continue de citer des chiffres très optimistes dans *Elle Encyclopédie* : « le pourcentage d'échecs est de 5 à 10 % [...] Mais si les conditions matérielles et générales s'améliorent, d'ici quelques années l'échec pur deviendra une exception »¹⁴⁶⁷. Ces commentaires ne peuvent que convertir les centaines de milliers de lectrices de *Elle* à l'ASD. En 1957, les D^r Economides et Vermorel, qui appliquent la méthode Lamaze à Lyon, font mieux qu'aux Bluets. Ils précisent avoir un « nombre d'échecs très modeste (5 %) et affirment « sur les dires des parturientes que 50 % de leurs patientes n'ont ressenti aucune douleur »¹⁴⁶⁸. Cette même année, participant à des Journées d'études sur l'analgésie psychologique en obstétrique, ils décomptent, à Lyon, 13 échecs parmi leurs 380 parturientes, soit un peu plus de 3 %, ce qui semble un record un peu suspect. Les D^r Economides et Vermorel sont les pionniers de l'ASD à Lyon et leurs chiffres semblent adaptés à leur volonté de diffuser l'ASD dans la région. Pour les douze ans de l'ASD, le D^r Vellay, faisant le bilan des résultats de la méthode Lamaze en France et à l'étranger, n'hésite pas à publier des chiffres très optimistes : sur 25 000 accouchements dans diverses maternités française, il relève « 8 % d'échecs », le record étant détenu à Nîmes avec « 0,5 % d'échecs »¹⁴⁶⁹. En gros, les échecs représenteraient entre 0,5 et 28 % des cas, les pionniers de l'ASD se situant logiquement dans le bas du tableau.

En général, les médecins français émettent des réserves quant aux chiffres avancés par Fernand Lamaze et ses collaborateurs et proposent des chiffres

¹⁴⁶³ Jacques Lambert, *op. cité*, 1954, p. 2434.

¹⁴⁶⁴ Jean Coenca, *op. cité*, 1954, p. 62.

¹⁴⁶⁵ R. Baux, *article cité*, 1954, p. 335.

¹⁴⁶⁶ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 172.

¹⁴⁶⁷ Pierre Vellay, *article cité*, 1957, p. 99.

¹⁴⁶⁸ Congrès de la Société française de Médecine Psychosomatique, *article cité*, 1957, p. 217.

¹⁴⁶⁹ Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1964, p. 11 et 13.

d'échecs plus élevés. En 1954, le P^r Grasset et le D^r Dumont citent, pour l'ASD, « 10 % de succès complets et de 10 % d'échecs totaux ». Ils en concluent qu'il reste « 80 % des parturientes qui n'ont pas tiré de la méthode tout ce qu'elles espéraient ». Ils remettent en cause les chiffres cités par Fernand Lamaze, en précisant : « les 90 % (de succès) nous laissent un peu rêveurs »¹⁴⁷⁰. En 1955, le P^r Vermelin de Nancy évalue à 30 % le nombre d'échecs par cette méthode et donc à 70 % celui des « résultats favorables » sans autre précision¹⁴⁷¹. En 1956, le D^r Le Lorier, à la clinique Baudelocque à Paris, déclare avoir obtenu 17 % d'échecs avec la méthode de l'ASD¹⁴⁷². La même année, les D^r Grandaliano-Mollard et Arlaud, à Marseille, citent 14,7 % d'échecs sur 1 000 cas, à savoir : « des femmes qui perdent tout contrôle et se laissent dominer par la peur »¹⁴⁷³. D'autres sont franchement sceptiques : le D^r Jarrousse de Nantes observe que « la suppression de la douleur (est) très variable suivant les statistiques : 10 à 90 % de succès¹⁴⁷⁴. En 1961, le P^r Mahon cite « un tiers de résultats comme excellents, un tiers comme satisfaisants, le reste comme médiocre ou passable mais bénéfique, sauf une proportion d'échecs qui varie de 5 à 20 % »¹⁴⁷⁵. On peut remarquer le flou des appréciations, bien peu scientifique : qu'est-ce qu'un accouchement médiocre mais bénéfique ? Bénéfique pour qui ? La femme, l'enfant, le personnel médical, le mari ?

Les statistiques varient ainsi selon les auteurs et leur implication en faveur de l'ASD. Ces chiffres sont supposés donner des précisions scientifiques, mesurables, indiscutables. En réalité avec cette avalanche de données sans critères communs scientifiquement définis, les chiffres donnent l'impression d'être principalement tributaires de facteurs idéologiques, dans un processus d'instrumentalisation des femmes et de leur douleur.

A partir des années soixante, la recherche s'organise au sujet de l'ASD. En 1960, deux chercheuses citent 26 succès (2/3) et 13 échecs sur 39 femmes, ayant suivi régulièrement la préparation à l'ASD à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris. Elles avancent donc le chiffre d'un tiers d'échecs sur un nombre limité d'accouchements, des femmes « pour qui l'accouchement ne s'est pas déroulé de façon naturelle et harmonieuse » et pour qui « les médecins ont dû intervenir » en leur donnant des substances médicamenteuses ou en les aidant

¹⁴⁷⁰ Jean Grasset et J. Dumont, « Les orientations actuelles des techniques de l'analgésie obstétricale : les méthodes neuropsychiques », *La Presse Médicale*, 17 mars 1954, p. 419.

¹⁴⁷¹ H. Vermelin, *article cité*, 1955, p. 11.

¹⁴⁷² G. Le Lorier, « Accouchement sans douleur », *Maternité*, mai 1956, V, n° 5, p. 164. Ces chiffres sont repris par Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 175.

¹⁴⁷³ L. Grandaliano-Mollard et A. Arlaud, « Résultats de la psychoprophylaxie de l'accouchement », *BFSGOLF*, juillet 1956, p. 318.

¹⁴⁷⁴ J. Jarrousse, « L'accouchement sans douleur », *Le Concours médical*, 24 août 1957, p. 3755.

¹⁴⁷⁵ R. Mahon, *article cité*, 1961, p. 218.

à l'aide de spatules, forceps, ce qui constitue un critère simple d'évaluation.¹⁴⁷⁶ Ce chiffre est considérablement plus élevé que les résultats cités auparavant dans les revues médicales. En 1973, dans sa thèse consacrée à la douleur de l'accouchement, Claude Revault d'Allonnes cite « 20 % d'indolorisation complètes et 63 % d'indolorisation partielles ». Elle ajoute que « dans 17 % des cas de femmes préparées, les douleurs de l'accouchement ont été inaccessibles à la préparation »¹⁴⁷⁷.

Les chiffres des échecs cités dans ces études, 30 % et 17 %, sont donc plus importants que ceux des pionniers de l'ASD. Est-ce la sévérité des critères employés? Les exigences des femmes sont-elles plus importantes? Le recours à des statistiques tirées vers le haut est-il devenu inutile après les luttes des années cinquante pour faire reconnaître l'ASD? Les années soixante laissent percer un désenchantement vis-à-vis de l'ASD, à travers les chiffres cités et les critiques de plus en plus sévères de la part des médecins et des femmes.

B « Sans douleur » ?

Dans cette polémique, l'expression « sans douleur » suscite un débat entre partisans et sceptiques. Les chercheurs soviétiques eux-mêmes préfèrent aux termes « accouchement sans douleur » celui de « préparation psychoprophylactique des gestantes à l'accouchement » à partir de 1955¹⁴⁷⁸. Ils renoncent au vocabulaire employé avant cette date, qui mettait l'accent principal sur la suppression de la douleur, car il fait « courir le risque de discréditer la méthode puisque cet objectif n'était pas toujours atteint »¹⁴⁷⁹.

En 1956, le D^r Pierre Vellay continue néanmoins à défendre l'emploi de l'expression « sans douleur », car « pour beaucoup de femmes, il est une réalité magnifique à laquelle elles tiennent avec force et qu'elles défendent avec acharnement pour elles-mêmes et pour leurs propres enfants. [...] Pour un grand nombre de médecins, qui va sans cesse croissant, il est un fait clinique, démontrable et explicable. [...] Ce terme est parfaitement justifié »¹⁴⁸⁰. Le D^r Vellay reste sur cette position en 1963 : parler d'accouchement sans douleur n'est ni un moyen de « duper les parturientes », ni un terme « tendancieux », ni une expression « utopique »¹⁴⁸¹. Il s'appuie sur son expérience (plus de 25 000 femmes préparées) pour affirmer que « pour tous ceux qui ont été les témoins,

¹⁴⁷⁶ I. Lézine et G. Raimbault, « Problèmes de développement d'un groupe d'enfants nés par accouchement sans douleur suivis pendant la première année de leur vie », *Archives Françaises de Pédiatrie*, 1960, n° 17, p. 785.

¹⁴⁷⁷ Claude Revault d'Allonnes, *Le Mal-joli. Accouchement et douleur*, Paris : Plon, 2^{ème} éd. 1991, p. 295.

¹⁴⁷⁸ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 157.

¹⁴⁷⁹ Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 157.

¹⁴⁸⁰ Pierre Vellay, *article cité*, 1956, p. 559-560.

¹⁴⁸¹ Pierre Vellay, "Le terme "accouchement sans douleur est-il valable?", *BOSFPPO*, mars 1963, p. 3.

ou pour tous ceux dont les connaissances sont solides dans le domaine de la physiologie pavlovienne, le mot « sans douleur » ne fait pas de doute »¹⁴⁸². Pour le D^r Vellay aussi, les médecins reconnaissent, en nombre « sans cesse croissant, un fait clinique, démontrable et explicable »¹⁴⁸³. Il ajoute que « le mot « sans douleur » a un effet suggestif indiscutable sur les femmes enceintes ». Ce défenseur de l'ASD fait preuve au fil des années d'une certitude inébranlable. En 1964, le D^r Hersilie continue lui aussi à soutenir le terme d'ASD qui a « entre autres mérites une puissance de démystification et de démythification à la condition qu'il recouvre une méthode cohérente et homogène »¹⁴⁸⁴. Pierre Vellay et le D^r Hersilie mènent là un combat d'arrière-garde car le terme « sans douleur » s'efface progressivement, dans les publications scientifiques, pour être remplacé par celui d'ASD ou de psychoprophylaxie dès les années cinquante. Pour le grand public, cependant, le terme « sans douleur » continue d'être employé.

Les médecins français sont pour la plupart d'accord pour éviter d'employer les termes « sans douleur ». Ainsi le D^r Jean Balazuc, qui applique la méthode Lamaze, soutient en 1955 : « Prétendre supprimer toujours et complètement la douleur de la parturiente par cette méthode, c'est se moquer du monde » et il confirme, deux ans après, qu'« il était ridicule de prétendre que par ces mesures, on supprimerait totalement et chez toutes les douleurs d'enfantement »¹⁴⁸⁵.

Dans les années soixante, les partisans de l'ASD se montrent moins optimistes dans leurs écrits sur les résultats positifs de la méthode. Sans doute, celle-ci s'étant officiellement imposée, n'est-il plus nécessaire de publier des chiffres extraordinaires. Ils peuvent abandonner la propagande pour une réalité moins idyllique. Certains reconnaissent ainsi que la « véritable portée de l'ASD [...] ne vise pas seulement à l'indolorisation de l'accouchement, et cela est heureux, car, dans la conjoncture actuelle des faits, ce point particulier est encore bien souvent difficilement réalisable »¹⁴⁸⁶. Cette prose alambiquée équivaut à une reconnaissance, tardive, de la complexité du problème de l'indolorisation de l'accouchement par l'ASD.

Les femmes remettent elles aussi en cause l'indolorisation de l'accouchement par l'ASD. Déjà en 1956, l'ouvrage de Pierre et Aline Vellay à la gloire de l'ASD, rapporte neuf cas d'échecs, or « il ne devrait pas y avoir d'échec dans une méthode qui repose sur des bases scientifiques. [...] Mais l'être humain est essentiellement changeant, il subit les influences constantes du milieu extérieur. C'est pourquoi, en ASD il y a des échecs qui loin d'agir contre la méthode, viennent, au contraire, la renforcer dans sa valeur, et dans ses principes mêmes »¹⁴⁸⁷. La reconnaissance de ces échecs, dont le nombre

¹⁴⁸² Pierre Vellay, *article cité*, mars 1963, p. 3.

¹⁴⁸³ Pierre Vellay, *article cité*, mars 1963, p. 3.

¹⁴⁸⁴ Roger Hersilie, *article cité*, décembre 1964, p. 28.

¹⁴⁸⁵ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 145-146.

¹⁴⁸⁶ Jean Blum, *article cité*, 1964, p. 33.

¹⁴⁸⁷ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, chapitre VI, "Les échecs", p. 235-263.

minime ne suffit pas à discréditer la méthode, dans un ouvrage engagé dans l'illustration et la défense de l'ASD, rassure la lectrice ou le lecteur sur l'objectivité des auteurs. Les neuf exemples concernent la phase d'expulsion, la plus difficile. Les femmes qui témoignent le font sans esprit de revendication, elles expriment surtout leur culpabilité et leur honte d'avoir échoué. L'expression « j'ai été lamentable » revient plusieurs fois. Madame E. déclare : « J'ai l'impression que ceux qui sont autour de moi ne doivent pas être contents. Je voudrais m'en excuser. [...] Est-ce de ma faute? Je ne me donne sans doute pas assez de mal »¹⁴⁸⁸. Madame Richardeau écrit : « j'ai le regret persistant de n'avoir pas mieux réussi. J'aurais voulu suivre parfaitement les indications données, ne pas faiblir, ne pas crier. [...] J'aurais voulu m'en montrer digne (de l'ASD) jusqu'au bout »¹⁴⁸⁹. Madame M. : « J'étais furieuse contre moi-même, je me débattais contre quelque chose d'incompréhensible, qui n'aurait pas dû se produire. Si j'ai raté en partie l'expulsion, c'est en ayant bien conscience que c'était de ma faute »¹⁴⁹⁰. Madame Richardeau déclare encore : « Je reconnais que c'est une méthode merveilleuse puisqu'elle m'a permis de mettre mon enfant au monde presque sans souffrances ; mes défaillances successives proviennent peut-être de ce que je n'avais pas assez foi dans la méthode »¹⁴⁹¹. Les autres femmes ayant échoué s'accusent aussi d'avoir été sceptiques¹⁴⁹². Elles s'excusent car elles connaissent l'enjeu de l'ASD. Madame D. écrit : « Cet échec partiel dont je m'excuse vivement auprès du Docteur, a été une vive déception. [...] De plus j'avais tellement désiré convaincre tous ceux qui m'entourent et qui se montrent butés bêtement, simplement parce que la méthode n'est pas venue initialement d'outre-Atlantique : ce qu'une femme ordinaire a fait, les autres peuvent le faire et je suis témoin, ce ne sont pas des on-dit des journaux, ce n'est pas de la propagande ! Mais je ne l'ai pas vécu ! »¹⁴⁹³. Il n'existe donc aucune contradiction pour cette femme entre ses convictions et son vécu ou plutôt son absence de vécu. Ce type de réaction est donc présenté comme habituel après un échec de l'ASD. Mais aucune ne critique le bien-fondé de l'ASD. D'ailleurs la première partie de leur accouchement se passe bien en général. Madame Richardeau écrit : « Je ne souffrais pas grâce à la respiration haletante et j'étais sûre de son efficacité car je ne l'avais pas faite pendant deux contractions et j'avais eu très mal »¹⁴⁹⁴. « Il est certain que la respiration haletante est une aide – je ne l'ai peut-être pas assez bien faite pour préciser dans quelle mesure – ne serait-ce déjà que par son effet de divertissement »¹⁴⁹⁵.

¹⁴⁸⁸ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 240-241.

¹⁴⁸⁹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 249-250.

¹⁴⁹⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 253.

¹⁴⁹¹ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 245-246.

¹⁴⁹² Ainsi dans Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956 : Madame B. p. 239, Madame L. p. 244, Madame D. p. 260.

¹⁴⁹³ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 260.

¹⁴⁹⁴ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 247.

¹⁴⁹⁵ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 257.

Ces échecs partiels n'aboutissent donc pas à une révolte mais à l'expression d'une culpabilité, caractéristique des réactions féminines, et peut-être liée au fait qu'elles ont reçu une bonne formation qui les a persuadées de l'excellence de l'ASD.

A partir des années soixante, on peut commencer à repérer quelques signes d'une révolte de femmes déçues par l'ASD. En 1961, le P^r Mahon parle de « la déception des patientes qui crient à l'abus de confiance, deviennent agressives envers leur entourage médical ou au contraire s'accusent elles-mêmes et tombent dans la dépression »¹⁴⁹⁶. Ici le médecin rapporte des réactions inconnues dans l'ouvrage des Vellay publié cinq ans auparavant.

En juin 1968, Madame B. écrit une lettre très virulente dans la revue du MFPPF après y avoir lu un article de Pierre Vellay¹⁴⁹⁷ sur les réussites de l'ASD : « J'ai accouché, il y a trois ans, suivant cette méthode et j'en ai gardé un souvenir parfaitement horrible. Et pourtant, je tiens à le souligner, je n'ai à aucun moment « perdu les pédales » et la monitrice et l'accoucheur ne m'ont pas ménagé les compliments. C'est pourquoi je considère cette méthode comme un leurre. [...] Je n'en ai tiré aucun bénéfice psychologique – bien au contraire car j'ai été révoltée par l'écart entre ce qu'on m'avait fait espérer et ce que j'ai éprouvé en fait, et par l'impression d'avoir été jouée. [...] Bref, tout cela m'a paru, à l'expérience, si dérisoire et si pénible que j'ai pris la résolution de ne pas avoir d'autre enfant »¹⁴⁹⁸.

II Facteurs d'échec de l'ASD

Comment peut-on expliquer les échecs de l'ASD ? Partisans comme détracteurs de la méthode Lamaze allèguent de nombreux facteurs, dont j'ai tenté la typologie.

En premier lieu, les médecins sont parfois obligés de reconnaître leur impuissance à expliquer la plupart des échecs et donc à les éviter : « Il existe des échecs souvent inexplicables. Quel que soit le milieu social de la parturiente, son éducation, son équilibre psychique, la conduite de sa préparation, il faut bien reconnaître que, pour certaines, la douleur reste le caractère primordial de la contraction utérine »¹⁴⁹⁹. Pour le D^r Hersilie : « Quoi qu'on fasse, des échecs resteront inexplicables, malgré la qualité de la préparation, malgré une connaissance approfondie de la parturiente. Il n'y a rien d'étonnant à cela quand on sait l'importance des remaniements psychologiques qui se font jour chez la femme à la faveur de la préparation »¹⁵⁰⁰. De plus,

¹⁴⁹⁶ R. Mahon, *article cité*, 1961, p. 215.

¹⁴⁹⁷ Pierre Vellay, « Influences de l'ASD sur le couple », *Planning Familial*, 1968, n° 18, p. 6-11.

¹⁴⁹⁸ Madame B., « Accoucher sans douleur », *Planning Familial*, 1968, n° 19, p. 32.

¹⁴⁹⁹ Maurice Lecomte, *article cité*, 1955, p. 2169-2170.

¹⁵⁰⁰ Roger Hersilie, "Les causes d'échecs", *BOSFPPO*, juin 1960, p. 39.

« quelles que soient l'abondance et la complexité des renseignements obtenus sur chaque parturiente, certains éléments plus intimes et combien plus importants, resteront parfois hors de nos investigations ou n'apparaîtront qu'après l'accouchement »¹⁵⁰¹.

Malgré l'opacité de certains échecs, les médecins cherchent toujours à mieux cerner et à répertorier les facteurs qui les entraînent.

A Facteurs scientifiques et techniques

Les causes obstétricales et physiques représentent, d'après Fernand Lamaze, plus du tiers des facteurs d'échecs : elles concernent 28 femmes sur les 81 qui ont raté leur ASD aux Bluets entre mars 1952 et novembre 1953. Elles sont variées, allant de l'épilepsie aux malformations physiques, aux lésions pulmonaires etc.¹⁵⁰². En 1956, les docteurs Grandaliano-Mollard et Arlaud rendent les cause obstétricales responsables de 26 % des cas d'échec de l'ASD. Ils insistent sur la longueur du travail d'accouchement qui épuise les femmes¹⁵⁰³. En 1960, le D^r Hay, de Montluçon, fait remarquer « la fréquence impressionnante des infections gynécologiques [...] ce qui ne les prépare pas spécialement à une dilatation physiologique » et donc à une délivrance sans douleur. Il constate ces infections, des plus bénignes aux plus graves, chez 60 % de ses patientes¹⁵⁰⁴.

Ces malformations, infections, lésions diverses entravent logiquement la bonne marche de l'accouchement.

La deuxième cause évoquée réside dans la méconnaissance de la théorie et de la technique de la part des médecins et sages-femmes. Le corps médical a sa part de responsabilité, pour les partisans de l'ASD, d'autant qu'il « exerce une influence incontestable et pèse d'un poids trop lourd sur le public »¹⁵⁰⁵.

Les D^r Lamaze, Vellay et Hersilie dénoncent dès 1954 le scepticisme des médecins, « estimant que la connaissance du réflexe conditionné salivaire du chien n'ouvrait pas les portes de l'accouchement sans douleur, on a interprété, discuté, nié la valeur scientifique des faits que Pavlov avait démontré chez l'animal avec la rigueur exigée par Claude Bernard ». Quant à la technique : « l'accouchement sans douleur n'est pas une technique d'improvisation »¹⁵⁰⁶. Dans l'application de cette technique, il faut mettre en avant les « erreurs respiratoires au cours de l'accouchement et leurs conséquences néfastes » pour sa réussite. Normalement, la respiration haletante véritable, en fin de dilatation, « apporte aux poumons de la parturiente une plus grande quantité d'oxygène

¹⁵⁰¹ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 48.

¹⁵⁰² Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, p. 57.

¹⁵⁰³ L. Grandaliano-Mollard et A. Arlaud, *article cité*, 1956, p. 319.

¹⁵⁰⁴ M. Hay, *article cité*, 1960, p. 61.

¹⁵⁰⁵ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 45.

¹⁵⁰⁶ Fernand Lamaze, Pierre Vellay et Roger Hersilie, "Essai d'interprétation des causes d'échec", *La Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 3, mai 1954, p. 130-131.

que ne le fait la respiration normale et le résultat est favorable à la fois pour la femme dont les contractions utérines deviennent moins pénibles et pour l'enfant qui est ainsi mieux à l'abri du danger d'anoxie ». Mais, parfois, cette respiration haletante qui n'est recommandée que « durant les quelques minutes, voire le quart d'heure et au maximum la demi-heure précédant le début de la période d'expulsion » est prolongée pendant plusieurs heures, ce qui épuise la parturiente. Dans certains cas, la prolongation néfaste de ce type de respiration entraîne « des symptômes de tétanie » chez les femmes qui y sont prédisposées. Il s'agit là d'une mauvaise application de la méthode Lamaze¹⁵⁰⁷.

Plus généralement, pour le D^r Hersilie, l'ASD ne doit pas être considéré comme « une baratinothérapie », la préparation doit être « scientifique et solide ». Les médecins qui affichent plus ou moins ouvertement leur scepticisme, « qu'ils s'en prennent à eux-mêmes ». Le D^r Hersilie fustige ceux « qui sont venus à l'ASD sur la pointe des pieds, ceux qui flirtent avec l'ASD, ceux qui font un enseignement du bout des lèvres »¹⁵⁰⁸. Il ajoute : « notre conviction scientifique, notre prosélytisme ne peuvent s'accommoder d'une prostitution de la méthode psychoprophylactique »¹⁵⁰⁹. Il oppose à ces tièdes l'attitude des partisans de l'ASD, qui revendiquent « l'impérieuse nécessité d'enseigner des choses vraies, c'est-à-dire d'assurer à l'enseignement une qualité et une couleur scientifique »¹⁵¹⁰. En 1964, le D^r Vellay est toujours aussi radical : « Nous ne pouvons que nous dresser contre les malfaçons, les erzats et les « mixtures », préparations au cours desquelles les éducateurs, insuffisamment instruits et rôdés à la méthode, ne font que de l'à-peu-près, de l'approximatif et du superficiel ». Ceux-là, il leur faut donc « faire un véritable examen de conscience, afin de corriger (leurs) erreurs ou abandonner une expérience faite volontairement de façon peu avouable »¹⁵¹¹.

En 1971, les mêmes critiques s'élèvent contre les éducateurs incapables de correctement préparer les femmes à l'ASD : « La préparation ne supporte pas la médiocrité, la falsification, l'à peu près. Il faut respecter totalement la forme et le contenu. Ce n'est pas un simple « truc » comme certains le pensent »¹⁵¹². Le D^r Vellay proteste dans les mêmes termes dans un article de *la Gazette médicale de France*, toujours en 1971 : « Il faut la considérer comme une technique précise dans la spécialité obstétricale, non comme un « truc » ou une formule

¹⁵⁰⁷ Ce résumé est tiré d'un article du P^r Muller, "Quelques erreurs respiratoires au cours de l'accouchement : leurs conséquences et leur prévention", *BOSIPPO*, 4^{ème} trimestre 1962, p. 143-149.

¹⁵⁰⁸ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 49.

¹⁵⁰⁹ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 50.

¹⁵¹⁰ Roger Hersilie, "A propos de l'accouchement sans douleur", *BOSFPPO*, décembre 1964, p. 32.

¹⁵¹¹ Pierre Vellay, *article cité*, septembre 1965, p. 9-10.

¹⁵¹² « Hommage au D^r Lamaze », *article cité*, 1971, p. 15.

toute faite »¹⁵¹³. La préparation est parfois « bâclée », non pas à l'hôpital mais dans les cliniques privées. Il déplore le manque « d'explication scientifique de la méthode ». « Le rôle du cerveau est le plus souvent passé sous silence. On justifie cette attitude en affirmant que les femmes ne peuvent pas comprendre. Ceci n'est pas vrai, c'est simplement parce qu'on ne sait pas leur expliquer ». Plus loin, il dénonce de nouveau ce mépris pour les femmes : « La pédagogie est élémentaire et présentée sans conviction, persuadés que sont les éducateurs que leur auditoire ne comprend pas, pour ne pas dire ne comprend rien »¹⁵¹⁴. La préparation peut apparaître aussi trop schématique, trop impersonnelle face à « la complexité des situations (...) vécues par les femmes, situations dont l'équipe de préparation n'a qu'une connaissance superficielle »¹⁵¹⁵.

D'autres médecins militants de l'ASD dénoncent la rigidité doctrinale des débuts et veulent introduire une dimension psychanalytique dans la préparation des patientes pour lutter efficacement contre les échecs. Cette prise en compte des implications psychanalytiques lors de la préparation divise la Société française et la Société internationale de PPO. Cette dimension psychanalytique conduit certains médecins à commencer une analyse¹⁵¹⁶ et à refuser une pratique de l'ASD trop liée aux diktats des communistes qui récusent à l'époque toute valeur à la psychanalyse¹⁵¹⁷. Pour ces médecins la négation de la dimension psychanalytique de la relation médecin/patiente est à l'origine de nombreux échecs considérés comme inexplicables.

Les échecs sont souvent attribués à l'insuffisance numérique du personnel médical, en particulier les sages-femmes qui jouent un rôle-clef dans la réussite et les échecs de l'ASD. En 1954, les D^r Lamaze, Vellay et Hersilie dénoncent l'insuffisance du nombre des personnels médicaux à cause de la faiblesse des crédits publics et son incompétence par manque d'éducation à l'ASD¹⁵¹⁸. Madame Le Masson, sage-femme à Lille, aujourd'hui en retraite, en est convaincue : « quand ça ne marche pas, c'est qu'il n'y a pas eu de contact » entre la sage-femme et sa patiente, souvent à cause d'une trop grande fatigue de la première¹⁵¹⁹.

En 1955, le D^r Malaguti relève systématiquement les défaillances et maladroites du personnel hospitalier dans les cas d'échecs de l'ASD. Interrogeant 34 femmes ayant accouché dans la douleur, il relie certains échecs à l'attitude du personnel. Par exemple, Madame A., primipare de 25

¹⁵¹³ Pierre Vellay, « Où en est l'accouchement sans douleur ? », *La Gazette médicale de France*, n° 27, 24-IX-1971, p. 4393.

¹⁵¹⁴ Pierre Vellay, *article cité*, septembre 1971, p. 4394.

¹⁵¹⁵ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 221.

¹⁵¹⁶ Par exemple, le D^r Max Ploquin rencontré le 29 septembre 2002 à Châteauroux.

¹⁵¹⁷ Comme le rapporte le psychiatre Roger Gentis : « À l'époque, être du côté du PCF, cela voulait dire être anti freudien, c'était la grande époque pavlovienne »¹⁵¹⁷, in Patrick Faugeras, *opus cité*, 2005, p. 23.

¹⁵¹⁸ Fernand Lamaze, Pierre Vellay et Roger Hersilie, *article cité*, mai 1954, p. 132-133.

¹⁵¹⁹ Entretien avec Madame Paule Le Masson, 5 mai 2004.

ans témoigne : en salle de travail, « alors qu'elle se plaint un peu, une infirmière lui répond : « Oh ! mais ne croyez pas que vous allez accoucher sans douleur ». La sage-femme au contraire cherche à la remettre en confiance. [...] Alors que les efforts expulsifs sont demeurés sans résultats, elle se sent très fatiguée. Elle se fait réprimander. Entre autres choses, elle a retenu ceci : « Vous êtes mauvaise pour votre enfant, c'est lui qui souffre »¹⁵²⁰. Autre exemple : Madame H., primipare de 23 ans : « Elle souffre énormément et ne peut ni respirer ni se détendre. [...] On lui dit qu'elle va accoucher très bientôt ; elle refuse d'y croire. Impertinente et capricieuse, elle reçoit une claque d'une infirmière. Aussitôt après l'accouchement, elle pleure de joie et de repentir, et s'excuse très simplement de son comportement »¹⁵²¹.

En 1958 les médecins de Strasbourg notent que « les sages-femmes, souvent surchargées de travail, trouvent difficilement la tranquillité d'esprit indispensable (à la réussite de l'ASD). Ils relient cette surcharge de travail au manque de personnel »¹⁵²². Lors du congrès de la Société française de PPO en 1960, les conditions de travail des sages-femmes sont rendues responsables de leur surmenage. Une sage-femme qui travaille dans une petite maternité à Beaucaire, dans les Bouches-du-Rhône déclare : « on prétend qu'une sage-femme est suffisante pour 200 accouchements par an. Nous savons toutes que, dans notre profession, l'irrégularité est reine en la matière. Avec une vingtaine d'inscriptions pour un mois, il nous arrivera fréquemment de rester plus d'une semaine sans travail et passerons 5 à 6 nuits d'affilée, suivant les accouchements ». Elle ajoute qu'une « sage-femme fatiguée, somnolente ne pourra communiquer le dynamisme nécessaire à sa cliente ». Souvent, dans un service, « l'équipe se résume à la seule sage-femme de service »¹⁵²³, d'autant que la sage-femme ne peut appeler le médecin que lorsque la dilatation est presque terminée, celui-ci venant ainsi recueillir l'enfant lors de l'expulsion. Le surmenage des sages-femmes est aussi évoqué par Madame Pierre-Jay, sage-femme elle-même, en 1960 : « Nous avons constaté que la qualité de nos résultats diminuait au fur et à mesure que le nombre de nos accouchements augmentait. Nous en avons recherché les causes et avons conclu que d'une part il fallait augmenter le nombre des sages-femmes et d'autre part veiller à ce que tout le personnel reste toujours convaincu du rôle que joue le cortex cérébral dans la PPO »¹⁵²⁴.

¹⁵²⁰ Jean Malaguti, Sur les difficultés d'une application rigoureuse de la méthode psychoprophylactique en milieu hospitalier, thèse, Paris, 1955, f. 29.

¹⁵²¹ Jean Malaguti, *thèse citée*, 1955, f. 40.

¹⁵²² Jean Blum, J. Eschbach et J. Milfort, "4 ans de pratique en matière "d'accouchement sans douleur". Difficultés et résultats", *BFSGOLF*, 1958, p. 355.

¹⁵²³ Madame M. Bouysse, intervention lors du congrès de la Société Française de PPO, *BOSFPPO*, juin 1960, p. 50.

¹⁵²⁴ M^{me} Marthe Pierre-Jay, "L'accouchement psychoprophylactique et les sages-femmes", *BOSFPPO*, mars 1960, p. 20.

Le personnel médical doit être pénétré de la valeur de l'ASD pour en convaincre les patientes. Un témoignage daté de 1962 parle d'une sage-femme qui « était résolument contre l'accouchement sans douleur et ne manquait jamais, chaque fois qu'elle s'adressait à moi, de me dire de son air le plus persuasif et le plus persuadé : « Vous souffrez, mon petit » Comme c'est agréable ! »¹⁵²⁵. Il doit aussi comprendre ce qu'est l'ASD et que la préparation à l'accouchement n'est pas une simple question de « discipline respiratoire » mais qu'elle implique une véritable influence sur le cerveau des parturientes. Les sages-femmes ne sont pas les seules à réduire la psychoprophylaxie à une question de respiration : « pour une grande majorité de femmes, la technique respiratoire constitue l'élément primordial, sinon unique, de l'ASD »¹⁵²⁶. Or cette interprétation restrictive de l'ASD peut entraîner l'échec de tout le processus. Même si le personnel est de « bonne volonté », dans les hôpitaux surtout, selon Pierre Vellay, « la PPO exige une discipline de comportement, d'attitude et d'esprit ». Or, parmi le personnel médical « nous nous attaquons à des adultes avec un lourd passé où domine bien souvent l'agressivité. L'infirmière qui a eu des enfants et qui a souffert supporte mal qu'une femme puisse accoucher différemment et se comporter correctement. Elle se sent culpabilisée et frustrée. Une sage-femme ou une assistante sociale qui n'a jamais eu d'enfant, ne peut pas comprendre parfaitement la mentalité de la femme enceinte. Son attitude risque d'être dominatrice, faussement maternelle ou agressive, et par conséquent son aide ou son assistance sera en rapport ».

Comme le souligne le D^r Blum en 1964 : « il est bien souvent décevant de voir que des femmes, remarquablement préparées et désireuses de montrer en toute conscience qu'elles sont capables de réaliser ce que l'on attend d'elles, et ce qu'elles attendent d'elles-mêmes, vont par défaut d'assistance correcte au moment de l'accouchement, se débrouiller toutes seules dans un climat hospitalier, sinon indifférent, du moins débordé, bien souvent, par le nombre toujours croissant de parturientes. Ce manque d'assistance nuit, bien entendu, à la réalisation d'une parfaite indolorisation »¹⁵²⁷.

Les conditions matérielles jouent également un rôle indiscutable. Les femmes qui accouchent sont sensibles à l'atmosphère des salles de travail, il faut leur éviter le contact avec les autres femmes non préparées, qui crient ou se tordent de douleur¹⁵²⁸. Or ce cas de figure est banal car les femmes préparées sont souvent peu nombreuses dans les locaux de la clinique ou de l'hôpital. Elles sont donc rarement isolées et « entendent le va-et-vient, les cris des autres accouchées (non préparées) [...] Or il ne faut pas laisser seule une femme qui accouche »¹⁵²⁹. Comme le souligne en 1960 le professeur Malcovatti : « C'est un problème : dans une salle d'accouchement, où nous avons une femme

¹⁵²⁵ Janine M., *article cité*, 1962-63, p. 157.

¹⁵²⁶ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 44.

¹⁵²⁷ Jean Blum, *article cité*, 1964, p. 33.

¹⁵²⁸ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 283.

¹⁵²⁹ Christiane Goirand, *article cité*, 1954, p. 57.

préparée, il y a presque toujours une femme qui crie et se plaint »¹⁵³⁰. Les médecins partisans de l'ASD demandent donc la suppression des « dortoirs d'attente où des femmes préparées risquent de se trouver en contact avec des femmes non préparées ou des femmes qui ont mal accouché qui, par leur attitude ou leurs propos, ne manqueront pas de les déconditionner. Nous répétons une fois de plus qu'il y a danger de mélanger dans le même service les femmes éduquées et les femmes non éduquées. De même pour les consultations, car en attendant d'être visitées, les femmes bavardent entre elles et le langage de la femme non éduquée reste dans la mauvaise tradition, ce qui peut avoir le plus mauvais effet sur le comportement de celle qui s'éduque »¹⁵³¹.

Deux exigences donc pour éviter les échecs : accoucher à l'écart de celles qui ne sont pas préparées et ne pas rester seule pendant les 10 à 12 heures que peut durer un accouchement. Ces conditions ne peuvent exister qu'avec des locaux distincts pour l'ASD et un personnel plus nombreux que ne l'exigent les normes en vigueur.

Les Maternités publiques sont peu propices à l'ASD. Elles connaissent une atmosphère générale souvent détestable : « Locaux souvent malpropres, mal éclairés, sombres, tristes – plusieurs lits dans une même pièce, avec d'autres femme s'agitant ou criant, paroles inconsidérées mais néfastes du personnel médical aussi bien que paramédical – attitude de ce dernier parfois hostile ou simplement désagréable. Les facteurs négatifs jouent au maximum »¹⁵³². En 1962 encore, on pouvait rencontrer une telle ambiance : « voix traditionnellement criardes, attitudes autoritaires, allée set venues bruyantes, sans gêne indifférent, portes claquées, instruments posés sans précautions, observations imprudentes, examen sans douceur, inconfort, solitude etc.... enfin tout ce qui fait partie du décor d'une salle d'accouchement [...] et affole toute parturiente à son premier contact avec une maternité « traditionnelle » »¹⁵³³.

Les mauvaises conditions matérielles peuvent ainsi expliquer des échecs d'ASD. Mais : « plus que le luxe, plus que l'insonorisation de la pièce, ce qui compte pour la parturiente, c'est l'ambiance, la chaleur humaine de la salle de travail, c'est-à-dire qu'elle trouve réunies la sécurité morale, la sécurité matérielle et technique »¹⁵³⁴.

¹⁵³⁰ Malcovatti, « Discussion sur la communication de D^r Hersilie », *BOSFPPO*, juin 1960, p. 56.

¹⁵³¹ « Hommage au D^r Lamaze » *article cité*, 1971, p. 12.

¹⁵³² Fernand Lamaze et Pierre Vellay, « Cinq ans d'expérimentation de la méthode psychoprophylactique », in *Analgésie psychologique en obstétrique*, Paris, Pergamon Press, 1959, p. 28.

¹⁵³³ Zelda Rennert, Blanche Cohen et Christiane Goirand, *op. cité*, 1962, p. 131.

¹⁵³⁴ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r P. Vellay, p. 33.

B Le facteur humain : du côté des patientes

Le facteur humain reste la grande inconnue de chaque accouchement, il est tenu pour responsable d'un grand nombre d'échecs.

La condition première pour bénéficier de l'ASD est de comprendre et de parler français. En cette période des Trente Glorieuses, les femmes immigrées, de condition modeste en général, accouchent dans les hôpitaux français mais sont exclues de fait de l'ASD. Elles sont peu nombreuses aux Bluets, Fernand Lamaze note le cas de quatre Espagnoles et de deux Nord-Africaines sur 1 863 patientes¹⁵³⁵. À Toulouse, un médecin signale quelques étrangères, femmes originaires d'Espagne réfugiées dans la région¹⁵³⁶. Le D^r Jamain, à Paris, mentionne le problème posé par les « femmes musulmanes ne parlant pas français »¹⁵³⁷. En 1972, le D^r Crombeck, de l'Hôtel-Dieu à Lyon, remarque que « 55 % des femmes qui ne bénéficient pas de la préparation à l'accouchement [...] sont des consultant(e)s étrangères, et à ce titre absolument imperméables à la préparation à l'accouchement, les Espagnoles, les Portugaises, les Italiennes, les Nord-Africaines, qui ne comprennent pas un traître mot de français »¹⁵³⁸.

En Alsace, les médecins soulèvent le problème des langues régionales. En 1955, une brochure de l'UFF précise qu'à Mulhouse, les cours de préparation sont faits « en français et en allemand »¹⁵³⁹. En 1964, le P^r Muller met encore une fois l'accent sur le problème du dialecte chez les femmes alsaciennes qui empêche la propagation de la méthode¹⁵⁴⁰.

A l'inverse, certains médecins invoquent la spécificité des femmes françaises « dont le psychisme est différent de celui des Anglaises (D. Read le reconnaît lui-même) ou des Soviétiques. [...] Ainsi naguère en Angleterre un appareil d'auto analgésie obstétricale par protoxyde d'azote et d'air, à la vérité fort anodin, donnait de remarquables résultats alors qu'en France l'analgésie se soldait par des échecs »¹⁵⁴¹.

Certains soulignent les différences entre les femmes slaves et les femmes françaises, sans arrière-pensées politiques. En 1954, le P^r Grasset et le D^r Dumont parlent de la « mystique russe », qui « favorise incontestablement

¹⁵³⁵ Fernand Lamaze et coll., *article cité*, 26-1-54, p. 57.

¹⁵³⁶ Grynfogel, "A propos de la méthode psychoprophylactique", *Toulouse Médical*, n° 11, décembre 1957, p. 1009.

¹⁵³⁷ Bernard Jamain, compte rendu de sa conférence "Où en est la question de l'accouchement sans douleur?" dans *Le Concours médical*, 6 février 1960, p. 4002.

¹⁵³⁸ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 28.

¹⁵³⁹ UFF, *Brochure citée*, 1955, p. 41.

¹⁵⁴⁰ P. Muller, "Evolution de l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique en Alsace depuis 1954", *BOSIPPO*, 1964, n° 3, p. 211.

¹⁵⁴¹ Pierre Lantuéjoul et Robert Merger, *article cité*, 1954, p. 2200.

les succès de la méthode psycho-physique dans ce pays »¹⁵⁴². En 1956, le P^r Grasset, fort d'un voyage récent en URSS, affirme que « la plupart des cortex occidentaux peuvent présenter quelques différences avec ceux qui ont été étudiés en Russie »¹⁵⁴³. Pour lui, « l'élément racial joue son rôle incontestable. La mystique russe favorise incontestablement les succès de la méthode psychoprophylactique dans ce pays »¹⁵⁴⁴. Le stéréotype de la mystique russe et de l'âme slave expliquerait donc les meilleurs résultats des médecins soviétiques.

Le D^r Mourgues reprend ce topos en 1958 : « Le cerveau des slaves se prête certainement mieux à la méthode que celui des occidentales ». Il souligne que les médecins soviétiques ont la chance de « pratiquer sur un matériel humain exceptionnel : placidité et résignation du caractère slave ». Il ajoute que les femmes slaves sont peut-être plus facilement manipulables qu'en France. Ainsi, en URSS, sur les planches anatomiques présentées lors des séances de préparation, la tête du fœtus est « volontairement présentée bien plus petite que celle du bassin. Preuve irréfutable que le contenu, plus petit que le contenant, doit passer et donc passera au mépris de la réalité anatomique alors qu'en France une telle « tromperie » n'est pas possible »¹⁵⁴⁵. En 1961, lors d'un voyage en URSS, le P^r Notter continue à raisonner par cliché. Après avoir remarqué le grand succès de l'ASD sur place, il écrit : « L'appréciation de l'indolorisation est cependant difficile à interpréter en raison de la différence des tempéraments féminins. La femme russe nous a paru particulièrement disciplinée et désireuse de s'éduquer relativement à l'ensemble de notre population latine »¹⁵⁴⁶.

Le D^r Fernand Lamaze s'élève dès les débuts de l'ASD contre ce type d'argument. Il cite un « accoucheur connu » qui aurait déclaré aux médecins soviétiques présents : « vous savez avec nos races latines ce sera peut-être moins commode ». Selon Lamaze, ce médecin connu sous entendait qu'« après tout, les slaves n'avaient pas beaucoup de sensibilité et que si les femmes slaves accouchaient sans douleur cela tenait plus à leur nature foncière qu'à l'éducation qu'elles auraient pu recevoir ». Pour Fernand Lamaze : « C'est une erreur grossière et maintenant après les introspections que nous avons pu pousser dans le monde, nous sommes assurés qu'une femme, quelle que soit la couleur de sa peau, accouchera ou n'accouchera pas sans douleur suivant l'éducation qu'elle aura reçue ». Il cite le témoignage de Pierre Vellay qui, lors d'un voyage en Chine, en 1953, a pu constater de visu que « dans la ville de Changai, des Maternités où la méthode (l'ASD) n'avait pas encore été installée [...] les

¹⁵⁴² Jean Grasset et J. Dumont, *article cité*, 1954, p. 419. Cette opinion est reprise par le D^r Pierre-André Roux dans sa thèse sur *L'accouchement sans douleur*, Paris, 1954, n° 454, p. 38.

¹⁵⁴³ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 224.

¹⁵⁴⁴ Propos rapportés par Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 150-151.

¹⁵⁴⁵ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 149.

¹⁵⁴⁶ Armand Notter, *article cité*, 1962, p. 28.

femmes chinoises accouchaient dans tous les affres douloureux de l'enfantement »¹⁵⁴⁷.

La femme elle-même peut porter sa part de responsabilité, physiquement et psychologiquement. Elle peut être trop jeune, « insuffisamment développée moralement et physiquement, [...] encore imprégnée du traumatisme du premier rapport » ou longtemps stérile et avoir peur de « mettre au monde un enfant anormal »¹⁵⁴⁸. Psychologiquement, certaines femmes peuvent se complaire dans une situation fautive ; le D^r Vellay cite l'exemple d'une jeune femme enceinte, « objet de tant d'attention, de soins, de prévenances qu'elle se considère avant l'heure comme un personnage particulier ou anormal. On disait d'elle qu'elle était dans une situation intéressante. De là à ce qu'elle se prenne pour un grand malade, incapable de fournir un effort et qu'elle arrive devant son accouchement sans ressources physiques et encore moins morales, il n'y a qu'un pas. Ce qui était physiologique devient pathologique »¹⁵⁴⁹. Ce portrait peu flatteur doit bien correspondre à une certaine réalité mais il semble un peu réducteur.

La parturiente peut également être fragilisée par un nombre impressionnant de traumatismes. Les D^r Mayer et Morali-Daninos font la longue liste des peurs rencontrées chez les femmes qui accouchent à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Ces traumatismes sont d'origine familiale avec toutes sortes d'histoires « d'atrocités », transmises de générations en générations. Ils peuvent être d'origine religieuse : « la douleur est un châtement qu'on doit de toute manière éprouver pour s'être livrée à cet acte sexuel si imprégné de péché ». Ils sont enfin d'origine personnelle : « douleur rédemptrice pour des fautes commises, connues du sujet lui-même ou imaginées »¹⁵⁵⁰. Toutes ces peurs s'expriment par celle de la mort pendant la grossesse et l'accouchement, mais « en ramenant la grossesse à un état naturel, on contribue à diminuer considérablement cette peur irraisonnée de la mort »¹⁵⁵¹. Elles s'expriment aussi par la peur de la souffrance, celle d'avoir un enfant malformé et le sentiment de solitude, fréquent pendant la grossesse. « Viennent ensuite les soucis esthétiques très souvent exprimés avec la crainte de perdre le mari à l'occasion de la grossesse, et enfin toutes les peurs de cause purement psychologique, toutes les difficultés de nature matérielle »¹⁵⁵². Lors d'une enquête réalisée à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, auprès des femmes préparées à l'ASD, Claude Revault

¹⁵⁴⁷ Fernand Lamaze, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 97-98.

¹⁵⁴⁸ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 280.

¹⁵⁴⁹ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r P. Vellay, p. 32.

¹⁵⁵⁰ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de Maurice Mayer et Morali-Daninos, p. 59.

¹⁵⁵¹ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de Maurice Mayer et Morali-Daninos, p. 59.

¹⁵⁵² Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention de Maurice Mayer et Morali-Daninos, p. 60.

d'Allonnes dresse la liste de toutes les peurs exprimées : « la femme a peur pour elle-même de la mort, de la déformation, du déchirement, de la séparation, de la douleur, de l'hémorragie, etc. ; et pour l'enfant, elle a peur de la mort, de la malformation, localisée ou globale, de l'idiotie, de rhésus incompatibles, de la substitution d'enfants etc. »¹⁵⁵³. D'autres femmes ont des inhibitions profondes et témoignent : « Enfant, je redoutais de mettre un bébé au monde, événement terrible et mystérieux. À quinze ans, j'étais bien résolue à ne pas me marier pour éviter cet aboutissement nécessaire. Plus tard, à cette peur diffuse s'est ajouté le désir d'échapper à quelque chose de sale, d'humiliant »¹⁵⁵⁴. Un bien mauvais départ pour cette femme de 37 ans qui accouche pour la première fois. D'autres écrivent : « Depuis le premier jour de ma grossesse, j'avais décidé que je ne voulais pas assister à la naissance de mon enfant. Je ne voulais le voir qu'une fois habillé et propre »¹⁵⁵⁵. Cette jeune femme demande donc à être anesthésiée pour la dernière étape de son accouchement.

La fragilité psychologique est réputée s'aggraver pendant la grossesse. Le D^r Grynfoegel de Toulouse écrit que d'évidence « l'activité nerveuse de la femme est modifiée pendant la grossesse. Du seul point de vue empirique, l'observation courante notait l'irritabilité, l'inquiétude, certaines insomnies. Sans vouloir dresser un tableau dramatique de la gestante, un équilibre nouveau se crée et l'approche de la date du terme ne fait qu'augmenter l'intensité de ces désordres »¹⁵⁵⁶. La préparation à l'accouchement sans douleur permet aux femmes d'exprimer ces peurs au contact d'autres femmes et au médecin ou à la sage-femme de les expliquer et de les combattre.

Les femmes peuvent aussi se sentir coupables d'avortements antérieurs. En 1959, le D^r Jubécourt note que « nombreuses sont les femmes qui redoutent pour leur enfant soit une malformation soit une naissance prématurée soit la mort in-utéro ou à l'accouchement, en particulier celles qui ont dans leurs antécédents des avortements criminels et qui craignent ainsi d'être punies »¹⁵⁵⁷. En 1960, le D^r Hersilie insiste sur ces « parturientes ayant de très nombreux antécédents d'avortements avec ou sans curetage »¹⁵⁵⁸. Le souvenir du curetage à vif, courant à l'époque dans les hôpitaux français, associe la douleur à la grossesse. Celle-ci n'est pas seulement physique, le D^r Hélène Michel-Wolfromm fait remarquer en 1963 que « la femme est coupable quand elle a provoqué autrefois un ou plusieurs avortements. Il ne suffit pas d'apaiser la crainte du châtement par une phrase lancée à la légère. Il convient d'établir patiemment la motivation profonde de l'avortement. Il appartient à la femme de se convaincre de sa propre innocence, non au gynécologue de lui

¹⁵⁵³ Claude Revault d'Allonnes, *articiel cité*, décembre 1960, p. 6.

¹⁵⁵⁴ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 238.

¹⁵⁵⁵ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 244.

¹⁵⁵⁶ Grynfoegel, *aricle cité*, 1957, p. 1011.

¹⁵⁵⁷ Claude Jubécourt, *thèse citée*, 1959, p. 18.

¹⁵⁵⁸ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 46.

pardonner »¹⁵⁵⁹. Cette culpabilité ressentie par la parturiente peut donc ressortir lors d'un accouchement et en empêcher la réussite. Pour Hélène Michel-Wolfromm, le médecin doit se garder d'une attitude paternaliste, qui peut avoir comme conséquence d'enfermer la femme dans sa culpabilité et de lui faire rater son accouchement.

Paradoxalement, la patiente peut être trop enthousiaste, avoir une « trop grande confiance en la méthode » et, en cas de déception, elle peut croire « qu'on l'a trompée ou qu'elle n'est pas normale »¹⁵⁶⁰. Cette confiance aveugle peut s'effondrer devant les premières douleurs mal maîtrisées et engendrer l'échec de l'accouchement. À l'inverse, elle peut être incroyablement. Une thèse de médecine en 1960 attribue les « échecs subjectifs », c'est-à-dire exprimés par les accouchées, « à un scepticisme de prime abord. Il y a véritablement de véritables *opposantes*, des femmes qui viennent *pour voir*, avec en elle-même un désir de contradiction. En outre, on rencontre parfois celles qui ne sont pas satisfaites parce qu'elles attendaient l'impossible, les comptables de la préparation pour qui six séances égalent « sans douleur » et surtout « sans peine »¹⁵⁶¹. Il ajoute une autre raison, plus subtile, pour expliquer ces échecs « subjectifs » : « L'accouchement est malgré tout un acte assez étendu dans le temps ; les gestantes ont facilement tendance à ne se souvenir que des derniers épisodes, c'est-à-dire les contractions les plus intenses et l'expulsion. C'est donc souvent sur le déroulement de ces temps, les plus pénibles, que sera jugée l'efficacité de la préparation toute entière. Ceci joue pour augmenter le nombre d'échecs subjectifs »¹⁵⁶².

Le mari porte aussi sa part de responsabilité. Une thèse de médecine sur l'importance de l'entourage lors d'un ASD compte 41 % de maris présents lors des accouchements en 1962¹⁵⁶³. Or la femme « doit pouvoir compter le plus souvent possible sur l'aide efficace et dynamique de son mari pendant l'accouchement ; si le père ne répond pas à cette attente, on verra se dessiner chez la femme un sentiment de reproche et à la limite de mépris pour ce qu'elle considère comme une lâcheté »¹⁵⁶⁴. Le mari peut perturber la concentration de sa femme et lui faire perdre ses moyens. Par maladresse souvent : « La femme contrôle très bien sa dilatation en cours. Elle exécute toutes les manœuvres acquises pendant sa préparation, se soumet à toutes les disciplines acquises. Elle est parfaitement calme. Son mari lui rend visite. Soucieux de lui témoigner sa sollicitude, il saisit affectueusement sa main ou son bras à chaque contraction. Ce geste correspond à une excitation externe, la femme cesse rapidement d'être calme. [...] Il a suffi d'éloigner son mari sous un prétexte quelconque et de lui

¹⁵⁵⁹ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1963, p. 12.

¹⁵⁶⁰ Christiane Goirand, *article cité*, 1955, p. 58.

¹⁵⁶¹ André Baudin, *thèse citée*, 1960, p. 27.

¹⁵⁶² André Baudin, *thèse citée*, 1960, p. 26.

¹⁵⁶³ Sabrina Hart, *L'importance de l'assistance dans l'ASD*, thèse de médecine, Paris, 1962, n° 571, p. 6.

¹⁵⁶⁴ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 47-48.

en faire comprendre la raison pour rétablir chez cette femme un bon équilibre et réinstaller un contrôle satisfaisant »¹⁵⁶⁵. À l'inverse son attitude peut être décisive pour la réussite de l'ASD. Claude Revault d'Allonnes rapporte cet exemple : « Il y a le cas d'un couple qui se comportait parfaitement pendant la préparation. L'accouchement se déroule, le père était là et puis la femme commence à régresser, alors elle commence à mal se comporter, à faire la petite fille, donc elle se fait attraper.[...] et puis elle devient agaçante et insupportable pour l'équipe de préparation et qu'est-ce qui se passe à ce moment-là? Son mari qui était là, lui flanque une formidable paire de gifles. Et cette paire de gifles a été salutaire, dans un sens, parce qu'elle a « normalisé » son comportement immédiatement. Soulagement général de l'équipe, soulagement du père qui, vraiment, avait remis tout sur les rails et de la femme »¹⁵⁶⁶. De l'utilité de la présence du mari pendant l'accouchement de sa femme. Le D^r Hypousteguy va jusqu'à affirmer en 1960 : « Là-dedans, le mari, c'est le personnage le plus important après le médecin (applaudissements) »¹⁵⁶⁷, laissant finalement là peu de place à la femme. Dans quelques rares cas, la volonté d'acquiescer quelque prestige aux yeux de son mari peut, à l'inverse, pousser à refuser l'ASD. Certaines revendiquent la part de souffrance pour asseoir leur prestige de mère. Elles écrivent : « Si je ne souffre pas à mon accouchement, de quoi aurai-je l'air devant mon mari, il ne me respectera plus »¹⁵⁶⁸. Comme le remarque Claude Revault d'Allonnes : « si le prestige de souffrir disparaît, il est remplacé par celui de réussir, et de démontrer, devant le mari, l'aptitude à éviter la souffrance et à diriger l'accouchement »¹⁵⁶⁹.

Certaines femmes refusent l'ASD car toutes les femmes ne partagent pas l'enthousiasme collectif qui entoure l'ASD. Statistiquement, un quart des patientes, venues accoucher dans un établissement qui leur propose l'ASD, le refusent en 1961¹⁵⁷⁰. Ce qui ne signifie pas que ces femmes souffrent lors de leur accouchement : Léon Chertok note, avec impartialité, que « bon nombre de femmes parmi celles de notre échantillon qui ont refusé l'ASD ont fait parfois de très bons accouchements. »¹⁵⁷¹. Les arguments avancés par ces femmes tournent généralement autour de la peur de rater leur ASD, de ne pas en être

¹⁵⁶⁵ Zelda Rennert, Blanche Cohen et Christiane Goirand, *op. cité*, 1962, p. 26.

¹⁵⁶⁶ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1971, p. 29-30.

¹⁵⁶⁷ Hypousteguy, "Discussion sur la communication du D^r Hersilie", *BOSFPPO*, juin 1960, p. 64.

¹⁵⁶⁸ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes et M. Bonnaud, *article cité*, 1961, p. 54.

¹⁵⁶⁹ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1963, p. 22.

¹⁵⁷⁰ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes, M. Bonnaud, « Sur les motivations du refus de l'accouchement sans douleur », paru en janvier 1961 dans le *BOSFPPO*, réédité dans *L'énigme de la relation au cœur de la médecine*, Paris : Ed. Les Empêcheurs de penser en rond, 1992, p. 187-208.

¹⁵⁷¹ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes, M. Bonnaud, *article cité*, 1961, p. 207.

capables et d'avoir mal « quand même ». Parfois, la peur de l'accouchement les submerge : « Je n'ai donc pas besoin de cours pour y penser sans arrêt »¹⁵⁷². Elles préfèrent ne pas en parler, par superstition et déclarent : « Moins on parle de ça, mieux ça vaut » ou encore « J'ai déjà bien assez peur comme cela, quand je pense à ce qui va m'arriver pour mon accouchement ! »¹⁵⁷³. Le refus de l'ASD masque parfois un refus de la préparation qui rappelle trop l'enseignement : « Madame H. : J'en ai entendu parler (de l'ASD). Il s'agit de cours et comme je n'ai jamais été très brillante à l'école, ce n'est pas maintenant que je vais me mettre à étudier »¹⁵⁷⁴. D'autres expliquent qu'elles refusent l'ASD pour respecter la « nature » : « Je le veux dans la douleur, s'il vient tout seul, qu'est-ce qui vient au monde ? On sent qu'on met au monde si on souffre »¹⁵⁷⁵. Elles déclarent aussi vouloir partager le sort de toutes les femmes, la douleur de l'accouchement, dans un désir de normalité. Pour ces femmes, la douleur est un élément « naturel » de l'accouchement, « toutes les femmes y passent ! ». C'est une donnée incontournable de la condition de la femme. Certaines femmes disent : « J'accoucherai comme ma mère, la mère de ma mère... »¹⁵⁷⁶. Elles expriment là une sorte de solidarité intergénérationnelle.

Ces raisons complexes, rarement analysées, entraînent une résistance de la part d'une faible minorité de femmes qui revendiquent l'aspect « héroïque » de l'accouchement. Léon Chertok pense que ces femmes affirment ainsi leur « indépendance » d'esprit en résistant aux sollicitations de l'institution médicale : « Elles tiennent à l'intégrité de leur être et de leur expérience »¹⁵⁷⁷. Comme les femmes qui réclament l'ASD, elles désirent décider de leur sort, pour ce moment si intime, ce qui les conduit au refus.

C Facteurs sociaux et politiques

Les médecins pratiquant l'ASD, communistes ou non, sont très attentifs aux conditions de vie et de travail de leurs patientes, contrairement à la majorité de leurs confrères. Cette sensibilité sociale et politique se retrouve dans leur analyse des échecs de l'ASD.

Les futures mères peuvent souffrir des contingences sociales : « femme non mariée qui vit dans l'angoisse de l'avenir pour elle-même et pour son enfant »¹⁵⁷⁸. « Gros choc moral dans les jours qui précèdent l'accouchement ; femme non mariée qui vit dans l'angoisse de l'avenir pour elle-même et pour

¹⁵⁷² Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes, M. Bonnaud, *article cité*, 1961, p. 195 et 197.

¹⁵⁷³ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 110.

¹⁵⁷⁴ Djahanguir Haghghat-Chear, *mémoire cité*, 1956, p. 4.

¹⁵⁷⁵ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 107.

¹⁵⁷⁶ Claude Jobert-Ruff, *thèse citée*, 1992, p. 57.

¹⁵⁷⁷ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes, M. Bonnaud, *article cité*, 1961, p. 198-205.

¹⁵⁷⁸ Fernand Lamaze, Pierre Vellay et Roger Hersilie, *article cité*, mai 1954, p. 137.

son enfant »¹⁵⁷⁹. Un médecin de Toulouse écrit que « les filles-mères » sont un des éléments d'échecs. [...] C'est un refus de maternité et les efforts qu'on leur demande leur paraissent absolument disproportionnés »¹⁵⁸⁰. La pression sociale sur « les femmes célibataires ou celles qui sont mariées depuis moins de neuf mois » semble bien forte entre « la peur du qu'en dira-t-on » et les « difficultés à élever seule son enfant »¹⁵⁸¹. Dans une enquête menée en 1961 à propos des femmes qui refusent d'avoir un ASD, les chercheurs écrivent : « Parmi les mères célibataires (8 sur 100) dans notre échantillon de travail, 6 refusent constamment l'ASD, 2 l'acceptent à partir du moment où leur situation est régularisée, l'une à 7 mois, l'autre à 8 mois et demi : à ce moment-là seulement elles s'accordent le droit d'être une mère comme les autres » et donc de participer à la préparation en groupe, sous le regard des autres femmes. L'une d'elles déclare même : « je suivrai les cours dès que je serai mariée »¹⁵⁸². C'est donc bien leur situation sociale de mère célibataire, dans une société où elles sont mal acceptées, qui est à l'origine de leur refus de l'ASD. L'image de l'ASD est tellement liée au bonheur du couple conventionnel, marié, que les mères-célibataires ne peuvent y participer.

Les intellectuelles forment, pour les médecins, une catégorie à part, une minorité plus difficile à conditionner à l'ASD que les autres : « Les littéraires surtout (ont) tendance à ne pas voir les problèmes avec simplicité : leur absence de modestie les gêne pour se mettre à l'école. Or l'accouchement sans douleur est une école de modestie où chacun a quelque chose à apprendre »¹⁵⁸³. En 1956, le D^r Haghigat-Chear donne deux exemples d'intellectuelles ayant échoué à accoucher sans douleur : « Madame V., primipare, artiste-peintre, [...] la préparation est, pour elle, « vulgaire » et aboutit à un échec de l'accouchement naturel que la femme considère comme un « abus de confiance ». Madame D., primipare, 27 ans, dentiste, craint la grossesse pour sa ligne ; lors de l'accouchement, la femme s'agite, réclame l'anesthésie à la monitrice : « on va crever l'un dans l'autre, s'il ne sort pas de ce machin-là ». Le médecin donne ensuite son interprétation : « Je crois que ces femmes voient dans la conception, la grossesse et l'accouchement des actes « vulgaires », bestiaux (sic) même. Ces femmes se croient supérieures à l'être humain qu'elles considèrent comme « animal ». Elles doivent se sentir rabaissées à la généralité par ces actes communs à la masse féminine. Ce sont probablement des femmes qui ont tendance à prendre un rôle masculin dans la société et je pense qu'un traitement psychosomatique doit pouvoir les aider à retrouver leur équilibre

¹⁵⁷⁹ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 282.

¹⁵⁸⁰ Grynfogel, "A propos de la méthode psychoprophylactique", *Toulouse Médical*, n° 11, décembre 1957, p. 1009 et 1015.

¹⁵⁸¹ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 47.

¹⁵⁸² Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes et M. Bonnaud, *article cité*, 1961, p. 50.

¹⁵⁸³ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 280.

féminin »¹⁵⁸⁴. Les préjugés qui transparaisent dans ces lignes ne doivent en tout cas pas aider ces femmes à réussir leur accouchement. Le P^r Notter souligne, dans un langage plus élégant, que « l'indolorisation est cependant plus difficile à obtenir durant l'accouchement chez les grandes intellectuelles, comme si la sensibilité douloureuse allait de pair avec le niveau intellectuel »¹⁵⁸⁵. Le D^r Mourgues résume ainsi l'opinion des médecins sur ces femmes : « Il est vraisemblable que plus une femme est évoluée au point de vue intellectuel et social, plus elle a de possibilités de souffrir au cours de l'accouchement » et certaines ont considéré l'accouchement sans douleur « comme une sensationnelle duperie »¹⁵⁸⁶. En 1966, le D^r Michelon note cette « boutade » : « les pires parturientes sont les professeurs de philosophie, les femmes médecins et les institutrices ». Il ajoute : « peu d'accoucheurs me contrediront », soulignant cependant qu'il s'agit moins de niveau intellectuel que de niveau de confiance¹⁵⁸⁷.

Quelques médecins s'élèvent contre ces stéréotypes. En 1955, le P^r Maurice Mayer note que « la proportion (d'échecs) n'est pas plus élevée pour les patientes intellectuelles ou appartenant à un milieu social évolué, que pour les femmes simples, de moyens matériels réduits »¹⁵⁸⁸. En 1957, le D^r de Watteville écrit : « Seules les gestantes disposant d'un certain degré d'intelligence seront capables de comprendre les leçons et d'en subir l'influence suggestive et éducative. Nous avons observé un pourcentage relativement plus grand d'accouchements excellents parmi les femmes d'un niveau intellectuel élevé »¹⁵⁸⁹. En 1957 encore, pour le P^r Lepage : « il semble qu'un certain niveau intellectuel des femmes préparées évite les échecs. Il nous a semblé que chez les femmes incultes, non évoluées, les échecs étaient plus fréquents mais nous en avons observé aussi chez des intellectuelles pures, que nous avons considérées a priori comme devant obtenir un résultat favorable »¹⁵⁹⁰. En 1962, l'équipe de sages-femmes des Bluets note que « le niveau de conscience de ces femmes est très élevé. La préparation tendant à susciter les motivations ou à les valoriser trouve chez elles une réceptivité particulière »¹⁵⁹¹. En 1974 le D^r Faillières note à propos des enseignantes : « leur capacité d'enregistrement

¹⁵⁸⁴ Djahanguir Haghghat-Chear, *Étude des échecs de l'accouchement naturel*, mémoire, Paris, 1956, n° 54, f. 10-11.

¹⁵⁸⁵ Armand Notter et M. Bertrand, *op. cité*, p. 358.

¹⁵⁸⁶ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 150.

¹⁵⁸⁷ Bruno Michelon, *op. cité*, 1966, chapitre 2.

¹⁵⁸⁸ Maurice Mayer, "Mise en pratique de la méthode de l'accouchement naturel", *AMIF*, mai 1955, p. 47.

¹⁵⁸⁹ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, p. IX.

¹⁵⁹⁰ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r Lepage et Langevin-Droguet, p. 51.

¹⁵⁹¹ L'équipe des Sages-Femmes de la Maternité Fernand Lamaze, "comportement et conditionnement de la femme en fonction de la profession", *BOSIPPO*, 1962-1963, p. 88.

des informations pourrait être un élément positif » mais il regrette que ce ne soit pas le cas¹⁵⁹².

Certains, enfin, ménagent les deux opinions et décrivent « certaines intellectuelles, adeptes enthousiastes de la méthode (l'ASD) en ont tiré un profit maximum, alors que d'autres, à l'usage, l'ont considérée comme une sensationnelle duperie »¹⁵⁹³. Tous ces médecins expriment ce type de jugement sans références et sans chiffres alors qu'ils écrivent dans des revues médicales. Il n'est donc pas étonnant qu'ils écrivent pour la plupart tant de poncifs indémonstrables.

Claude Revault d'Allonnes analyse ainsi le cas de ces femmes : être une intellectuelle « peut faciliter la compréhension des informations, favorise l'acquisition des connaissances ou de certains apprentissages, être un élément d'une motivation positive en faveur du choix de la préparation, mais il peut aussi constituer une résistance s'exprimant à travers un renforcement de certains mécanismes de défense privilégiés, telles la mise à distance, la rationalisation, etc.[...] Inversement, une femme « peu intelligente », « bête » ou « débile », suit moins bien les explications théoriques, les informations, certains aspects des apprentissages, et, en fonction d'une relative imperméabilité, les utilise moins et en tire un moindre bénéfice. » Mais l'une comme l'autre, indépendamment de son niveau supposé d'intelligence « peut, malgré tout réussir un accouchement indolorisé »¹⁵⁹⁴.

A l'opposé, accouchent sans douleur des ouvrières chez qui « nous (les sages-femmes) suscitons très facilement les motivations, et trouvons chez elles une curiosité intellectuelle que la préparation psychoprophylactique satisfait en partie [...] Elles ont un sens des responsabilités développé par leur mode de vie et la pratique du travail en collectivité »¹⁵⁹⁵. Cet éloge des ouvrières semble logique dans le cadre de la clinique des Bluets gérée par la CGT, où nombre d'accouchées sont issues de cette classe ouvrière fidèle au PCF. Mais la catégorie des femmes vendeuses, coiffeuses, employées ne connaît, elle, qu'un tiers de réussites, contre plus de la moitié pour les ouvrières. L'explication donnée par les sages-femmes des Bluets est surprenante. Elles remarquent que « c'est dans les non-réussites que nous trouvons cette notion de féminité s'exprimant par une coquetterie, une pudeur excessive, l'art de séduire etc., impliquant la passivité, l'aliénation de la femme, une attitude réticente vis-à-vis de la sexualité, car elles ne sont pas libérées des tabous ancestraux. Cette notion de féminité ne vient pas seulement de leur éducation, mais elle est le fruit d'un conditionnement socioculturel, renforcé journallement par le milieu professionnel »¹⁵⁹⁶. Pour les sages-femmes des Bluets, la « féminité » ou plutôt

¹⁵⁹² J. Faillières, « La préparation à l'accouchement », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 1, p. 19.

¹⁵⁹³ Jean Grasset et J. Dumont, *article cité*, 1954, p. 419.

¹⁵⁹⁴ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 235.

¹⁵⁹⁵ L'équipe de Sages-femmes de la Maternité Fernand Lamaze, *article cité*, 1962-63, p. 89.

¹⁵⁹⁶ L'équipe de Sages-femmes de la Maternité Fernand Lamaze, *article cité*, 1962-63, p. 89.

la condition faite aux femmes les aliène au point de les conduire à l'échec. Cette analyse met en avant ce qu'on appellerait aujourd'hui le genre en rendant l'aliénation des femmes responsable de la douleur ressentie lors de l'accouchement. Certes, les termes employés sont ceux des années soixante, proches du vocabulaire utilisé dans les magazines féminins, mais l'analyse relève d'un niveau de réflexion exceptionnel dans une revue médicale.

Les sources mettent à part, parmi les plus sceptiques, les femmes-médecins, femmes de médecin, sages-femmes et infirmières « qui estiment impossible une telle réalisation ». Les remarques confinent, comme pour les intellectuelles, à la caricature. Tel médecin décrit le cas d'une patiente qui, « étant infirmière (que dis-je, étant assistante sociale, c'est-à-dire semeuse patentée d'inquiétude) était très anxieuse »¹⁵⁹⁷. En 1960, le D^r Hersilie constate à son tour qu'il « est difficile chez elles d'obtenir une analgésie convenable (car) si elles sont à même de critiquer les racontars qui peuvent perturber l'activité des autres femmes, [...] elles ont tendance en quelque sorte à intellectualiser le problème et se plient difficilement aux rigueurs de l'apprentissage »¹⁵⁹⁸. Bref, elles ne sont pas assez dociles, ne font pas assez confiance à l'équipe et sont donc moins malléables. En 1961, un groupe de chercheurs, qui mènent une enquête sur les femmes qui refusent l'ASD, note : « Une attitude inattendue est adoptée par le personnel médical ou paramédical, qui s'autorise bien souvent de sa connaissance et de son expérience des accouchements pour estimer que l'ASD est, selon ses propres termes, « une escroquerie », « de la blague » ou « un leurre ». L'assistance à de nombreux accouchements plus ou moins douloureux les entraîne à penser que l'ASD se surestime en promettant, rien que par sa définition, l'analgésie totale, promesse qui peut se trouver en contradiction avec les faits individuels »¹⁵⁹⁹. En conséquence, ces femmes refusent l'ASD. En 1972, le P^r Mahon profite de sa participation à un séminaire de la Société française de PPO, pour fustiger les échecs de l'ASD constatés parmi « le personnel paramédical (avec lequel) nous avons 16 % d'échecs alors que parmi les ouvrières et employées de maison, nous n'en avons que 8 %. Et entre les deux, il y a les « sans profession » qui représentent 12,5 % (d'échecs), les étudiantes et les enseignantes qui ont 11 %, les employées de bureau qui ont 10 %.[...] C'est parmi le personnel paramédical qu'il y a le plus d'échecs. Ce qui confirme, une fois de plus, que si l'ignorance est génératrice de craintes, par conséquent d'échecs, d'accouchements douloureux où les femmes crient mais pas de douleur, elles crient de peur, de crainte, eh bien quand on connaît d'avantage de médecine ou d'obstétrique, on sait parfaitement qu'il y a quand même des accidents, on ne pense qu'à cela, on a de moins bons résultats que chez les femmes plus simples »¹⁶⁰⁰.

¹⁵⁹⁷ Henri Vignes, *op. cité*, p. 29.

¹⁵⁹⁸ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 46.

¹⁵⁹⁹ Léon Chertok, J.L. Donnet, Claude Revault d'Allonnes et M. Bonnaud, *article cité*, 1961, p. 49.

¹⁶⁰⁰ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 61-62.

En 1962-63, l'équipe des sages-femmes des Bluets contredit ces affirmations. À propos du personnel médical et paramédical, elles affirment que celles-ci ont « de bons résultats [...] avec des mentions excellent, très bien et bien[...] (qui) représentent les trois quarts des dossiers dépouillés ». Elles citent l'exemple d'une « femme médecin célibataire, ayant de gros problèmes psychologiques, (qui) a parfaitement réussi son accouchement sans douleur, son désir de réussir ayant été un stimulant très positif pour sa préparation ». Et « une autre, ayant une profession paramédicale, étant primipare âgée, célibataire, ayant elle aussi de gros problèmes psychoaffectifs, a pu dépasser sa situation conflictuelle et a réussi son accouchement »¹⁶⁰¹. Que penser de ces observations en contradiction avec les autres sources? Faut-il les rapprocher de la situation particulière des Bluets, établissement fondateur, particulièrement prestigieux aux yeux du personnel médical et paramédical? Faut-il y voir une tentative de montrer l'excellence de la préparation aux Bluets? Faut-il relever que, cette fois, il ne s'agit pas de l'observation de médecins mais de sages-femmes concernées au premier chef par l'ASD ?

Le cas de ces femmes instruites de par leur profession du déroulement de l'accouchement et de la méthode de l'ASD, qui refusent ou échouent, permet au D^r Léon Chertok de remarquer l'insuffisance de la connaissance seule pour lutter contre la douleur : « la preuve en est que les femmes médecins, les sages-femmes, peuvent avoir des accouchements douloureux malgré leurs connaissances parfaite des conditions de l'acte »¹⁶⁰². Ce constat dérangeant amène le P^r Mahon à exprimer quelques réserves sur le principe que « la connaissance dissipe la crainte » puisque ce type de parturiente souffre autant sinon plus que les autres car elles connaissent mieux que les autres « la pathologie obstétricale »¹⁶⁰³.

Est-ce dû à leur expérience, à une rigidité de raisonnement? La question n'est pas creusée plus avant. Les auteurs se limitent à un constat dérangeant puisque, selon les partisans de Lamaze, la connaissance est une clé essentielle pour réussir son ASD. Or, pour ces femmes bien informées, elle est notoirement insuffisante...

Les conditions de travail peuvent concourir à faire échouer l'ASD. Les femmes qui travaillent, en particulier les ouvrières et les employées, peuvent tout d'abord éprouver des difficultés à préparer leur ASD. Lors du Congrès de la Société française de PPO en 1960, le D^r Hersilie dénonce l'attitude répressive des patrons vis-à-vis des femmes salariées qui veulent participer à la préparation de l'accouchement sans douleur : « elles n'ont pas l'autorisation nécessaire pour se libérer une heure ou deux afin de suivre les cours. [...] Il est pénible de constater que de très nombreuses femmes trouvent chez leur employeur une hostilité plus ou moins ouverte contre la méthode psychoprophylactique, cette hostilité se traduisant par un refus de libérer la femme » pour suivre la

¹⁶⁰¹ L'équipe de Sages-femmes de la Maternité Fernand Lamaze, *article cité*, 1962-63, p. 88.

¹⁶⁰² Léon Chertok, *op. cité*, 1957, p. 211.

¹⁶⁰³ R. Mahon, *article cité*, 1961, p. 216-217.

préparation. Il note que « plus d'un employeur s'en sert comme prétexte pour donner aux femmes des conditions de travail encore plus pénibles »¹⁶⁰⁴. Il conclut que cela aboutit à l'épuisement nerveux de la femme enceinte et à l'augmentation du risque d'échec. À l'inverse, certains patrons collaborent avec les médecins pour que leurs salariées puissent suivre la préparation à l'ASD. Ils sont rares mais ils existent. Ainsi, le P^r Rouchy, d'Angers, déclare lors d'un séminaire organisé par la Société française de PPO : « Nous avons fait cette expérience avec l'usine Thomson. La direction a accepté que ceci soit pris sur les heures de travail ; j'ai eu la chance d'avoir une sage-femme qui était seulement contractuelle, car si elle avait été fonctionnaire de l'hôpital, il ne lui aurait pas été possible de faire des cours à l'extérieur. Je dois dire que cela a été très efficace, on a eu des séances de préparation à l'accouchement qui se sont déroulées à l'usine même et ceci a amené dans le service un certain nombre de femmes qui avaient été préparées très correctement.[...] Cela a tellement bien été que l'autre usine importante d'Angers, Bull, nous a demandé aussi de nous en occuper »¹⁶⁰⁵. Le P^r Rouchy ne signale pas de contacts avec les syndicats, ce qui paraît surprenant pour ce type d'intervention dans une usine.

Faire entrer les conditions de travail des femmes dans les paramètres conditionnant les échecs de l'ASD peut laisser leurs confrères sceptiques. Ces réflexions n'en montrent pas moins la volonté de ces médecins et sages-femmes d'appréhender le problème de la douleur de façon sociale sans le limiter aux problèmes individuels de telle ou telle femme. La fibre sociale et l'attention aux conditions de travail sont une constante chez ces médecins militants de l'ASD et les amène logiquement à réclamer de meilleures conditions de travail pour les femmes. En 1971, le D^r Vellay demande un certain nombre de mesures sociales pour éviter une trop grande fatigue à la femme enceinte qui travaille. Il préconise un vrai respect de son état de grossesse dans les transports, l'administration etc. Il demande aussi des horaires allégés (une heure de travail en moins par jour) et deux mois de repos prénatal « ce qui éviterait bon nombre d'accouchements prématurés »¹⁶⁰⁶. Toujours en 1971, les médecins militants de l'ASD réclament, dans un hommage rendu à Lamaze pour les vingt ans de l'ASD, « une vraie politique de la famille, sur le plan économique et moral. Un programme minimum [...] avec (une nouvelle) législation de la femme enceinte, [...] des crèches pour ses enfants etc. »¹⁶⁰⁷.

Le travail ne représente qu'un des aspects de la vie des patientes. Les partisans de l'ASD étendent donc leur réflexion aux conditions de vie matérielles des femmes auxquelles ils imputent un nombre indéterminé d'échecs. Ils prennent en compte les difficultés économiques et de logement, la crainte de l'avenir, et de façon plus prosaïque « le manque d'hygiène et surtout

¹⁶⁰⁴ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 44.

¹⁶⁰⁵ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 63.

¹⁶⁰⁶ Pierre Vellay, *article cité*, 1971, p. 38.

¹⁶⁰⁷ « Hommage au D^r Lamaze », *article cité*, 1971, p. 14.

l'insuffisance alimentaire »¹⁶⁰⁸ qu'on ne s'attend pas à trouver dans la France des Trente Glorieuses en 1955¹⁶⁰⁹. Ces conditions déplorables entraînent un épuisement que la femme ressent pendant les longues heures de l'accouchement et surtout en phase d'expulsion. En 1960, après un recul de huit ans sur le déroulement des ASD, le D^r Hersilie explique : « Il faut constater objectivement que les conditions de vie, les conditions d'hygiène, d'habitation ont une influence directe sur la qualité de l'analgésie au cours de l'accouchement psychoprophylactique en ce sens que d'une part elle modifie le psychisme de la femme enceinte (peur du chômage, crainte du lendemain...) mais elle freine (aussi) la participation de la femme à la préparation. C'est par exemple le cas de toutes celles qui ne peuvent suivre la préparation parce que retenues au foyer par une nombreuse famille »¹⁶¹⁰.

Les conditions de logement sont systématiquement montrées du doigt pour justifier que certaines femmes sont moins réceptives que d'autres à la préparation, par exemple « une femme vivant à l'étroit dans une seule pièce et qui est préoccupée, à juste titre, par la venue d'un enfant qui devra se contenter de quelques mètres cubes d'air »¹⁶¹¹. Les remarques du D^r Hersilie reprennent presque mot pour mot l'analyse officielle des communistes sur le sujet. En mars 1959, un article de la revue *France Nouvelle*, publication de l'Union des Femmes Françaises sur la politique familiale du Parti Communiste et plus précisément sur l'ASD, affirme : « Lorsque les conditions sont bonnes (ressources suffisantes, logement sain et non surpeuplé), on n'enregistre que 0,27 % d'échecs et la réussite « excellente » est de 15,48 %. Dans de « mauvaises conditions », le taux des échecs monte brusquement à 8,9 % tandis que celui des réussites « excellentes » tombe, non moins brusquement, à 0,89 % »¹⁶¹². La précision de ces chiffres se veut un gage de leur caractère scientifique et de leur fiabilité sans avoir besoin de citer de références. L'ASD est, dans cet article, attribué à la politique familiale du PCF. Les partisans de l'ASD invoquent de façon banale pour des médecins marqués à gauche la crise du logement, liée au baby-boom et régulièrement dénoncée dans ces années 50. Aux difficultés de logement peut être lié un « manque d'hygiène », voire une « insuffisance alimentaire ». Tout cela entraîne « une beaucoup plus grande fatigabilité chez certaines femmes » se faisant sentir lors de l'accouchement¹⁶¹³. Ces difficultés matérielles retentissent « consciemment ou inconsciemment sur l'état psychique de la femme »¹⁶¹⁴.

¹⁶⁰⁸ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 279.

¹⁶⁰⁹ Le PCF dénonce à cette date la « paupérisation » des Français. Le D^r Vermorel s'en fait peut-être l'écho.

¹⁶¹⁰ Roger Hersilie, "Les causes d'échecs", *BOSFPPO*, juin 1960, p. 44.

¹⁶¹¹ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 44.

¹⁶¹² « La politique familiale du Parti Communiste », *France Nouvelle*, n° 697, 5 mars 1959, p. 13.

¹⁶¹³ Fernand Lamaze, Pierre Vellay et Roger. Hersilie, *article cité*, mai 1954, p. 134.

¹⁶¹⁴ Henri Vermorel, *thèse citée*, 1955, f. 151.

Les problèmes sociaux sont aggravés par les problèmes politiques. Au début de la guerre d'Algérie, en 1956, le D^r Vellay note que « les conditions économiques sont difficiles : salaire insuffisant que peut diminuer parfois une grève, ou encore la mobilisation du mari, nous le constatons bien souvent depuis quelques mois »¹⁶¹⁵. Il évoque de nouveau la « guerre » sans autre précision, en 1957, comme facteur de déstabilisation des femmes enceintes et donc comme une des « causes d'inhibition qui rendront difficile un bon conditionnement » de la femme prête à accoucher¹⁶¹⁶. En 1960, Claude Revault d'Allonnes note, parmi les difficultés de la vie quotidienne qui augmentent l'angoisse des femmes enceintes, « les séparations dues à la guerre »¹⁶¹⁷. Toujours en 1960, le D^r Vellay indique : « C'est un élément que nous rencontrons actuellement chez des jeunes femmes dont les maris sont mobilisés et qui, au dernier moment, se trouvant appelés sur un terrain d'opération alors que la femme avait toutes les conditions possibles pour un accouchement réussi, nous avons vu brutalement une inhibition se créer, du fait même du départ du mari »¹⁶¹⁸. Le D^r Hersilie est lui aussi très clair en évoquant « une femme qui, au moment où son accouchement se déclenche, a un traumatisme psychologique, son mari vient d'être rappelé, vient d'être tué en Algérie, [...], il est bien évident, et les exemples sont nombreux que cette femme ne pourra réussir complètement son accouchement »¹⁶¹⁹. L'évocation de la Guerre d'Algérie peut parfois, de façon surprenante, faciliter un accouchement. En 1962 un témoignage anonyme, dans la revue de la Société internationale de PPO, remarque : « C'est alors que pour éprouver ma volonté, je me suis mise à penser à des gens comme Audin ou Alleg, à tous les Algériens qui ont subi la torture et qui, eux, enduraient de vraies souffrances et ne parlaient pas. J'ai pensé qu'à leur place j'aurais parlé et j'ai eu honte, et mes envies « impérieuses » de pousser m'ont paru de toutes petites choses. J'ai su alors que je tiendrais jusqu'au bout »¹⁶²⁰, un beau discours de militante.

La Guerre froide est aussi dénoncée comme source d'angoisse pour les futures mères. Le D^r Vermorel cite « l'extrême tension de notre époque, qu'il faut évoquer avec la peur des guerres, qui ne peut pas ne pas effleurer la pensée de la femme qui porte en elle un enfant »¹⁶²¹. Ces arguments politiques sont exceptionnels dans les sources médicales. Les promoteurs de l'ASD remettent en cause l'accouchement traditionnel dans le cadre d'un système social et politique, national et mondial qu'ils contestent. Leur lutte dans le domaine

¹⁶¹⁵ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 156.

¹⁶¹⁶ Pierre Vellay, *article cité*, 1957, p. 102.

¹⁶¹⁷ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, décembre 1960, p. 6.

¹⁶¹⁸ Pierre Vellay, « Discussion sur la communication du D^r Hersilie », *BOSFPPO*, juin 1960, p. 61.

¹⁶¹⁹ Cité par Pierre Vellay, *article cité*, juin 1960, p. 61.

¹⁶²⁰ Janine M., *article cité*, 1962-63, p. 139.

¹⁶²¹ H. Vermorel, *op. cité*, 1955, p. 151.

médical, en faveur des femmes, se veut l'équivalent des luttes syndicales et politiques ; leurs références sont identiques.

Dans les années 70, sont aussi évoqués un nouveau type de problèmes, ceux liés à l'environnement et à la pollution. Le D^r Vellay dénonce « la vie moderne, avec ses bruits, ses rythmes, ses incertitudes, ses difficultés » et ses conséquences sur l'individu, « isolé, dépersonnalisé », citadin. La femme enceinte ressent ces agressions et son comportement « se reflète sur celui de l'enfant in utero, et sur son comportement après la naissance »¹⁶²². L'article s'en tient à des lieux communs ; il met particulièrement l'accent sur la fatigue imposée par la vie moderne et le bruit, les rythmes de vie trop rapides sans apporter la moindre preuve de ce qu'il avance.

Les partisans de l'ASD font preuve d'une qualité d'analyse exceptionnelle pour combattre les échecs de la méthode Lamaze. Ils raisonnent au delà de la salle d'accouchement et de la responsabilité des différents acteurs ; ils impliquent les conditions sociales et politiques que vivent les femmes dans une démarche proprement révolutionnaire, voire communiste.

III Evolution et remise en cause de l'ASD à partir des années soixante

Face aux échecs, les médecins sont conscients que « la suppression de la douleur ne doit pas être donnée comme une promesse : c'est quelque chose qu'il faut gagner, que la femme doit mériter par son propre travail »¹⁶²³. Les médecins partisans de l'ASD sont mal à l'aise face aux échecs de la méthode, ils doivent donc relever le défi dix ans après son introduction en France. Dans cet objectif, ils font évoluer leur méthode au risque de la perdre, face à la contestation grandissante des femmes dans le contexte d'après Mai 68 et de la montée en puissance du féminisme. Leurs efforts se révèlent néanmoins vains devant le recours massif des femmes à l'anesthésie péridurale à partir des années 70.

A L'ASD, une référence

Dès les années cinquante, quelques femmes laissent apparaître « de pénibles revendications contre l'accoucheur consciencieux qui ne fait que ce qu'il peut »¹⁶²⁴. Certaines femmes, déçues, vont accoucher par la suite dans d'autres services que ceux pratiquant l'ASD, bien qu'elles soient rares, « si nous

¹⁶²² Pierre Vellay, « L'environnement de la femme enceinte », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1971, p. 31.

¹⁶²³ Roger Hersilie, *article cité*, 1960, p. 47.

¹⁶²⁴ Jean Coenca, *thèse citée*, 1954, f. 91.

les comparons à toutes celles qui sont revenues »¹⁶²⁵. À l'imitation des médecins soviétiques, qui cherchent par tous les moyens, même les plus inattendus, à améliorer les résultats de l'ASD¹⁶²⁶, les médecins français tentent dès le début de l'expérience de réduire le nombre d'échecs tout en restant fidèles aux principes fondateurs.

Devant le succès de la méthode Lamaze et les milliers de femmes ayant accouché avec l'ASD, la plupart des obstétriciens français sont devenus conscients de l'importance de la lutte contre la douleur de l'accouchement. Cette prise de conscience, positive pour les femmes, débouche sur l'application de la méthode Lamaze ou, plus fréquemment, sur une combinaison des méthodes psychoprophylactique et analgésique. L'ASD connaît donc un grand succès au prix d'une évolution syncrétique.

Face aux échecs, en effet, certains partisans de la méthode de l'ASD recourent à l'analgésie médicamenteuse pour calmer la douleur des femmes¹⁶²⁷. Les pionniers de l'ASD, formés par Fernand Lamaze, mettent longtemps à reconnaître officiellement l'emploi de ces analgésiques. Ils sont régulièrement accusés par leurs confrères d'avoir beaucoup exagéré les inconvénients des analgésiques médicamenteuses et d'avoir inculqué à leurs patientes : « la terreur de la « piqûre » »¹⁶²⁸. En 1974, le D^r Grisillon, évoquant ces pionniers, écrit : « au début, l'équipe Lamaze refusait l'aide de tout médicament »¹⁶²⁹.

Ce refus relève pourtant du mythe car les médecins des Bluets, dès les débuts de l'ASD, aident souvent les femmes pendant l'expulsion, qui demande un effort et un contrôle de soi spécifique, en leur laissant la possibilité d'inhaler de l'oxygène, selon le témoignage de plusieurs patientes¹⁶³⁰. Dès 1952, Fernand Lamaze et Pierre Vellay signalent qu'« aucune autre thérapeutique que cette parole rationnelle (du médecin et de la sage-femme) n'interviendra au cours du travail - sauf vers la fin de la dilatation et pendant l'expulsion, l'inhalation d'oxygène à chaque contraction utérine »¹⁶³¹.

¹⁶²⁵ Aboulker P., Chertok L. & Sapir M. (Eds.), *op. cité*, 1959, intervention du D^r P. Vellay, p. 31. Pour Pierre Vellay, « ce sont des femmes qui, pour des raisons d'ordre psychique, ont eu honte de revenir (après un échec) [...]. Ce sont des femmes pour qui la notion d'effort est impensable et irréalisable. [...] Pour excuser leur échec, cette catégorie nie la validité de la méthode, et leurs dires sont utilisés par les adversaires de celle-ci ».

¹⁶²⁶ Quand le P^r Notter rend visite à Velvovski à Kharkov et à Nicolaïev à Kiev en 1961, il remarque que ce dernier « n'hésite pas à recourir à la relaxation de type hypnotique en cas d'échec des méthodes psychophysiques habituelles », Armand Notter, *article cité*, 1962, p. 28.

¹⁶²⁷ Jean Coenca, *thèse citée*, 1954, f. 95.

¹⁶²⁸ F. Hanon, *opus cité*, 1958, p. 39.

¹⁶²⁹ Grisillon, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 11.

¹⁶³⁰ Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, par exemple, p. 104, 109, 120 et 129.

¹⁶³¹ Fernand Lamaze et Pierre Vellay, "L'accouchement sans douleur", *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 18 avril 1952, n° 15, p. 304.

En 1954 le P^r Notter confirme que, malgré l'insistance de « tous les auteurs [...] qui prétendent n'employer aucune médication. [...] On adjoint généralement un élément de thérapeutique [...] l'oxygénothérapie » qui fournit une aide efficace « en donnant une impression d'euphorie à la malade et en renforçant la contraction musculaire en l'oxygénant davantage comme dans une ascension en très haute montagne »¹⁶³².

En dehors des Bluets, l'ASD connaît un nombre élevé de variantes en France selon les expériences menées par les accoucheurs.

Il connaît des variantes régionales. La « méthode toulousaine », par exemple, qui consiste à faire une perfusion de médicaments à partir d'un certain nombre de centimètres de dilatation¹⁶³³. La méthode « nantaise » avec le D^r Grisillon qui reconnaît au congrès de la Société française de PPO : « Dès 1958, j'ai été amené à abandonner la respiration haletante superficielle et accélérée [...] (je l'ai remplacée) par une respiration thoracique, ample et profonde pendant toute la durée de la dilatation ». Pour lui, ce type de respiration « entraîne moins de fatigue et apporte à l'organisme de la femme une plus grande quantité d'oxygène »¹⁶³⁴. En 1958, le D^r Émilien Mourgues, partisan de l'ASD, constate d'abord que « le procédé soviétique aide bien les parturientes et les soulage incontestablement jusqu'à dilatation de 5 à 6 francs. Au delà il ne suffit pas très souvent à rendre l'accouchement absolument indolore »¹⁶³⁵. Il ajoute que « la respiration haletante fatigue certaines parturientes, malgré l'administration d'oxygène, à cause de la longueur du travail », elle peut se prolonger plus de 16 heures chez les primipares et de 10 heures chez les multipares¹⁶³⁶. Ces critiques l'amène à affirmer : « Au total, de tous les documents que nous avons pu recueillir, il semble ressortir que la méthode psychoprophylactique ne constitue qu'un chaînon isolé du vaste problème de l'analgésie obstétricale ; et qu'elle ne saurait en aucun cas être érigée à elle seule en méthode autonome. Elle doit s'intégrer, s'associer aux autres méthodes qui s'appliqueront, selon les cas, et elle viendra les améliorer »¹⁶³⁷.

Pour le P^r Mahon : « Et, bien entendu, il serait absurde de priver une femme, sous prétexte de psychoprophylaxie, des autres acquisitions thérapeutiques obstétricales. Elle aura dû en être avertie. On recourra aux antispasmodiques nécessaires. »¹⁶³⁸. Lors de la clôture du congrès de la Société française de PPO, en 1965, le D^r Hersilie reconnaît : « Dans la majorité des cas la psychoprophylaxie peut résoudre de façon valable, de façon satisfaisante, les

¹⁶³² Armand Notter, "La méthode dite d'accouchement sans douleurs par préparation psychique et physique", *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1954, n° 6, p. 74.

¹⁶³³ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 15.

¹⁶³⁴ Grisillon, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 11-12.

¹⁶³⁵ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 153.

¹⁶³⁶ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 154.

¹⁶³⁷ Émilien Mourgues, *op. cité*, 1956, p. 156.

¹⁶³⁸ R. Mahon, *article cité*, 1961, p. 217-218.

principaux problèmes obstétricaux mais nous n'avons jamais dit que la psychoprophylaxie interdisait d'utiliser des médicaments. [...] C'est vrai qu'au début de l'expérimentation, nous avons mis l'accent sur le fait que l'accouchement pouvait être indolorisé sans qu'il soit fait appel à des substances médicamenteuses. Il s'agissait bien entendu du premier stade de notre expérimentation et il est bien évident que, quoiqu'on fasse, certains accouchements nécessiteront l'usage de certaines techniques médicamenteuses. [...] Il nous semble que désormais la psychoprophylaxie devrait être considérée comme la base valable, la base solide de toute conception obstétricale à partir de laquelle viendront se greffer les techniques médicamenteuses »¹⁶³⁹. En 1966, le P^r Muller évoque « l'enthousiasme qu'ils (les pionniers) ont éprouvé à l'idée de balayer une fois pour toutes les innombrables techniques d'analgésie médicamenteuse dont les inconvénients voire les dangers étaient bien connus des accoucheurs, et de pouvoir enfin, par des moyens simples et naturels, obtenir un accouchement physiologique et indolore et donner à la naissance de l'enfant sa pleine signification »¹⁶⁴⁰. Cette nostalgie ne l'empêche pas d'administrer les médicaments nécessaires lors d'un ASD « soit pour lutter contre un état pathologique quelconque, soit pour régulariser un travail anarchique »¹⁶⁴¹. Il faut donc distinguer, selon lui, l'accouchement normal, sans médicaments, et les autres qui demandent « de recourir à des médications dès qu'on est en présence d'une anomalie quelconque. Il n'y a donc pas incompatibilité entre l'ASD et l'administration éventuelle de substances médicamenteuses qui se révèlent absolument indispensables dans certains cas »¹⁶⁴². Parmi celles-ci, le P^r Muller cite le sérum glucosé très utile en perfusion pour combattre la fatigue d'un long accouchement, mais aussi les antispasmodiques en cas de contractions utérines anormales ou de spasmes, qui peuvent entraîner s'ils ne se calment pas un recours à la césarienne¹⁶⁴³.

En 1968, le D^r Zazzo rapporte son expérience d'accoucheur à la Maternité de Saint-Cloud : une « synthèse des techniques de Read d'une part, et de la méthode mise au point par les Soviétiques d'autre part. L'importance donnée aux éléments pédagogiques et à la quasi-automatisation, la mise en parallèle avec une épreuve de type sportif, l'exaltation du rôle de la volonté, de la maîtrise de soi, la référence à des valeurs morales dans le but d'élever le niveau de motivation des femmes, nous paraissent être issues des auteurs russes. Par

¹⁶³⁹ Roger Hersilie, "Perspectives de la psychoprophylaxie face au traumatisme obstétrical", *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1965, p. 61.

¹⁶⁴⁰ P. Muller, *article cité*, 1966, p. 42.

¹⁶⁴¹ P. Muller, *article cité*, 1966, p. 42.

¹⁶⁴² P. Muller, *article cité*, 1966, p. 43.

¹⁶⁴³ P. Muller, *article cité*, 1966, p. 46-47. Il faut d'ailleurs noter, pour l'anecdote, que le Professeur Muller condamne, dans cet article, le recours à des produits dopants comme les amphétamines, « qu'emploient certains sportifs avant des épreuves particulièrement importantes ». Il faut, pour lui, « lutter contre cette tendance déplorable qui n'est pas encore très répandue chez les femmes que nous préparons »; il demande cependant une mise en garde contre ces dopants lors de la préparation, p. 45.

contre la prééminence accordée simultanément au lien interpersonnel rejoint directement les préoccupations de Read : la qualité de la relation thérapeutique semble ici l'un des éléments majeurs de la technique »¹⁶⁴⁴. Selon l'expression du D^r Léon Chertok, l'accouchement sans douleur connaît, dix ans après son introduction en France, une « coexistence pacifique des méthodes »¹⁶⁴⁵.

Il n'existe donc plus un unique type d'ASD malgré la volonté de ses précurseurs de le fonder sur l'expérience des Bluets. Dès 1956, le D^r Lamaze dénonce les médecins « qui parlent d'accouchement naturel, d'accouchement sans appréhension, d'accouchement sans crainte, le dernier œuf pondu s'intitulait accouchement raisonné, eh bien, tout cela, avec les méthodes de gymnastiques qu'on y ajoute, ne ressemble [...] en rien à la méthode psychoprophylactique ». Celle-ci « se différencie absolument de toute autre méthode [...] il s'agit bien d'une entité médicale qui revendique ses droits à être une et indivisible [...] afin de dissiper les équivoques ». Et il appelle à « une unité de doctrine »¹⁶⁴⁶. Ce qui suppose qu'il y ait déjà, en 1956, des divergences, des concurrents, et ce qui explique selon lui nombre d'échecs recensés. En 1963, le D^r Donnet perçoit « un certain tassement de ses ambitions et de ses résultats, [...] sa dilution succédant aux affrontements passionnels qui ont marqué son lancement »¹⁶⁴⁷. Sur le plan théorique, la référence aux travaux de Pavlov se fait plus discrète car « plus personne ne soutient le caractère strictement scientifique qu'on lui prêtait initialement »¹⁶⁴⁸. La préparation elle-même se réduit à un « apprentissage (on apprend à accoucher comme on apprend à nager) », loin de cette « idéologie d'activisme hygiénique qui prétend, à partir de la préparation, transformer radicalement toute la condition féminine »¹⁶⁴⁹.

Mais, pour ses partisans, il ne faut pas que l'ASD serve « de couverture à des méthodes qui ne visent pas à l'indolorisation de l'accouchement » et devienne ainsi « un prête-nom commode », relevant d'une « substitution mystificatrice »¹⁶⁵⁰. On a l'impression, à la lecture de cet article, que l'« accouchement sans douleur » est une marque déposée de la méthode Lamaze, un monopole que se réservent ses pionniers. Comme l'écrit gentiment le D^r Hersilie, « nous ne voulons pas avoir de petits canards parmi nos poussins »¹⁶⁵¹. Dix ans plus tard, ceux-ci constatent : « ainsi les limites un peu rigides de la pédagogie que nous préconisons au début se sont élargies, apportant de ce fait une plus grande souplesse dans cette préparation et une

¹⁶⁴⁴ Marc Zazzo, Sur les modalités de diffusion des méthodes de psychoprophylaxie obstétricale, thèse de médecine, Paris, 1968, n° 7, f. 48.

¹⁶⁴⁵ Léon Chertok, *article cité*, 1966, p. 181.

¹⁶⁴⁶ Fernand Lamaze, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 96.

¹⁶⁴⁷ J.L. Donnet, « Le mythe de l'ASD », *Perspectives Psychiatriques*, 1963, p. 43-44-47.

¹⁶⁴⁸ J.L. Donnet, *article cité*, 1963, p. 47.

¹⁶⁴⁹ J.L. Donnet, *article cité*, 1963, p. 47.

¹⁶⁵⁰ Roger Hersilie, *article cité*, décembre 1964, p. 28.

¹⁶⁵¹ Roger Hersilie, *article cité*, décembre 1964, p. 28-29.

amélioration des résultats »¹⁶⁵². Mais, la théorie pavlovienne reste fondamentale pour ces militants de l'ASD : « Si la préparation admet certaines variantes sur le plan de la forme, nous refusons les concessions qui pourraient remettre en question le fond. [...] (à savoir) des bases scientifiques solides et un engagement personnel »¹⁶⁵³. Ces gardiens du temple sont fortement critiqués. Le D^r Gaillard, qui fit partie des premiers médecins français à avoir été formé par Fernand Lamaze, n'hésite pas à écrire, en 1975 : « ceux de nos compatriotes qui sont enclavés dans les ukases « politico-scientifiques » se réclament du grand Pavlov qui, s'il vivait, combattrait énergiquement les adorateurs de ses propres statues », tandis qu'il remarque la volonté d'évoluer des accoucheurs soviétiques¹⁶⁵⁴.

L'ASD semble donc s'être généralisé en France mais de façon affadie et pragmatique, sans avoir entraîné la révolution médicale annoncée par ses pionniers. L'ASD a encouragé l'émergence de la revendication des femmes d'accoucher sans douleur mais il n'a pas apporté de solution. Néanmoins, les femmes veulent accoucher réellement sans douleur, avec ou sans ASD. Or la génération des femmes des années 1968-70 ne respecte plus le politiquement correct devant les échecs de la méthode.

B Contestations de l'ASD

L'ASD est donc de plus en plus mis en cause dans les années 1965-1975 par les médecins qui le critiquent de l'intérieur et par les femmes qui le jugent publiquement. Les critiques se font donc à deux niveaux, les plus virulentes s'expriment chez les femmes déçues qui témoignent de leur échec. Deux reproches reviennent dans les sources : l'aspect normatif de l'ASD et surtout son incapacité à éviter la souffrance de l'accouchement.

L'ASD est d'abord accusé d'induire chez les accouchées un comportement stéréotypé. Léon Chertok remarque que la volonté de faire de l'accouchement un moment privilégié pour la mère et l'enfant, un moment heureux, peut conduire à une demande rigide de la part de l'équipe médicale vis-à-vis de la parturiente. Celle-ci peut être tenue à présenter non seulement « un comportement adapté, mais des conduites exprimant la joie et le bonheur ; cette exigence peut alimenter la culpabilité »¹⁶⁵⁵. Pour Claude Revault d'Allonnes en cas d'échec même partiel, la situation de la femme est intenable : « le revers c'est la culpabilisation en cas d'échec [...] (car) l'ASD lui confie (à la femme) en grande partie la responsabilité de son propre comportement [...] dans les cas les meilleurs l'échec est imputé à la méthode, plus ou moins durement incriminée. Les cas où la femme s'accuse elle-même nous paraissent pires »¹⁶⁵⁶.

¹⁶⁵² Serge Bazelaire et Roger Hersilie, *article cité*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 7.

¹⁶⁵³ Serge Bazelaire et Roger Hersilie, *article cité*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 7.

¹⁶⁵⁴ Jacques-Louis Gaillard, *op. cité*, 1975, p. 19.

¹⁶⁵⁵ Léon Chertok, *op. cité*, 1966, p. 56.

¹⁶⁵⁶ Claude Revault d'Allonnes, *article cité*, 1967, p. 44-45.

Autre critique dans le même registre : l'ASD est accusé de réduire la situation des femmes à une norme conventionnelle et inadaptée aux réalités de la condition féminine. En 1971 Claude Revault d'Allonnes et le D^r Yvonne Vittoz pointent les défauts du modèle conjugal et familial implicite de l'ASD. Elles remarquent d'abord que ce modèle comprend des « images sociales très stéréotypées (image du couple, de la famille, classiques de la sexualité tournée vers la procréation, etc.) jouant ainsi un rôle normatif et moralisateur »¹⁶⁵⁷. Elles poursuivent : « l'image que nous donnons du couple et de la famille est bien idéale : il y a dans les groupes de préparation des mères célibataires, des femmes seules, et le recours systématique à la trinité familiale ne peut que renforcer leurs difficultés. Il y a des couples pour qui l'enfant n'a pas été désiré – ou pas désiré par les deux parents – mais par exemple extorqué à l'homme par la femme ». Elles jugent cette fixation sur la « trinité père-mère-enfant » en partie inefficace car ne correspondant pas obligatoirement à la réalité. Elles notent un décalage entre le modèle proposé et la « complexité des situations personnelles vécues par les femmes »¹⁶⁵⁸. Elles finissent par qualifier ce modèle de « bourgeois » dans l'esprit d'après Mai 68¹⁶⁵⁹ ! Provocation qui ne semble pas susciter de réactions de leurs confrères. Comme le précisent les auteurs, « tout limiter à l'accouchement présente des risques dans la mesure où cet accouchement ne prend de sens que par rapport à un passé et n'a de sens que par rapport à un avenir »¹⁶⁶⁰.

Les critiques qui ressortent de l'analyse de l'ASD par les médecins et les chercheurs ne sortent cependant pas du milieu limité des experts.

A partir des années soixante-dix, dans le climat intellectuel engendré par Mai 68 et avec l'émergence d'une nouvelle génération de féministes, l'efficacité de l'ASD est publiquement mise en doute. Les femmes qui accouchent à la fin des années soixante et au début des années soixante-dix témoignent de l'incapacité de l'ASD à éviter la douleur de l'accouchement. Cette fois-ci, les témoignages des femmes servent à dénoncer l'ASD, non à le soutenir.

Deux ouvrages, fondés sur des exemples d'accouchements vécus avant 1975, remettent en cause l'efficacité de l'ASD. En 1979, Marie-José Jaubert fait paraître *Les Bateleurs du mal-joli*¹⁶⁶¹, première publication à remettre en cause publiquement l'efficacité de l'ASD. En 1980 paraît un ouvrage au titre provocateur : *Accouche et tais-toi !*¹⁶⁶², recueil de témoignages de femmes ayant accouché entre 1965 et 1975.

¹⁶⁵⁷ Claude Revault d'Allonnes et Yvonne Vittoz, "Réflexions sur les modèles et les valeurs qui sous-tendent la pratique de la méthode psychoprophylactique et notamment sur la présence du père à l'accouchement", *BOSFPPO*, 1^{er} trimestre 1971, p. 91-92.

¹⁶⁵⁸ Claude Revault d'Allonnes et Yvonne Vittoz, *article cité*, 1^{er} trimestre 1971, p. 95.

¹⁶⁵⁹ Claude Revault d'Allonnes et Yvonne Vittoz, *article cité*, 1^{er} trimestre 1971, p. 95.

¹⁶⁶⁰ Claude Revault d'Allonnes et Yvonne Vittoz, *article cité*, 1^{er} trimestre 1971, p. 106.

¹⁶⁶¹ Marie-José Jaubert, *Les bateleurs du mal-joli*, Paris, Balland, 1979.

¹⁶⁶² Giselle Tichané. *Accouche et tais-toi : des femmes parlent*, Paris, Éditions Le Centurion, 1980.

Pour les femmes interrogées par Marie-José Jaubert : « L'ASD n'est d'aucun secours, d'aucune efficacité : elles souffrent et en resteront profondément marquées [...] Malgré cela, on n'entend partout que louanges sur la méthode (l'ASD). Très peu de femmes osent dire qu'elles souffrent »¹⁶⁶³.

Giselle Tichané fait également le constat de la faillite de l'ASD. Elle commence par contester la valeur des témoignages systématiques de gratitude exprimés par les accouchées : « Bien sûr, à la question : « est-ce que votre accouchement s'est bien passé ? », toutes les femmes ont tendance à répondre oui, dans la mesure où le bébé n'a pas souffert, où il est né sain et vigoureux. Les femmes qui ont souffert n'aiment pas en parler. Le sentiment de culpabilité de « n'avoir pas été à la hauteur » reste le plus fort. [...] Ces témoignages viennent confirmer que la mise au monde d'un enfant n'était pas toujours aussi aisée et joyeuse qu'on voulait nous le laisser croire dans la préparation à l'accouchement sans douleur (ASD) »¹⁶⁶⁴.

A propos de l'enseignement dispensé lors de la préparation, une femme précise : « En ce qui concerne la méthode d'accouchement, on nous disait que la douleur n'existait pas trop, qu'il suffisait de bien respirer, bien se dominer, bien oxygéner les tissus et que tout irait très bien. En fait, il y a une douleur intense »¹⁶⁶⁵. D'après une autre femme ayant accouché en 1971 : « Je suivais les cours très sérieusement. On nous apprenait à respirer. Mais ce qui m'a étonnée dans ces cours, c'est qu'il ne fallait pas poser de questions. Il ne fallait surtout pas déclencher de l'angoisse. Dès que quelqu'un posait une question un peu embêtante, on ne répondait pas. Si une femme avait mal accouché une fois précédente, on lui disait « c'est un cas » et on parlait d'autre chose »¹⁶⁶⁶. Ces témoignages sont corroborés par Claude Revault d'Allonnes qui confirme la tentation de l'équipe médicale d'éviter d'évoquer les problèmes avant l'accouchement¹⁶⁶⁷. Elle parle de « silence volontaire sur les incidents pathologiques, idée que les douleurs de l'accouchement exprimaient l'ancien statut social de la femme »¹⁶⁶⁸ dans les cours de préparation. Il ne s'agit pas, pour elle, de tromperie délibérée mais d'un choix visant à plus d'efficacité de l'ASD.

Certaines femmes vont plus loin et accusent l'ASD de servir d'alibi au personnel médical pour négliger la douleur des accouchées : « Accouchement sans douleur, disent-ils, C'est pour se donner bonne conscience et laisser les femmes à leur souffrance ! Pour ce qui est de l'aide qu'on a pu m'apporter, je m'interroge toujours. C'est une mauvaise blague ! »¹⁶⁶⁹. Parfois, la technique

¹⁶⁶³ Marie-José Jaubert, *op. cité*, seconde édition 1979, avant-propos.

¹⁶⁶⁴ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 12.

¹⁶⁶⁵ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 52.

¹⁶⁶⁶ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 34.

¹⁶⁶⁷ Thèse publiée en 1976 sous le titre, *Le Mal joli. Accouchement et douleur*, 1976, Paris, UGE.

¹⁶⁶⁸ Claude Revault d'Allonnes, *op. cité*, 1973, p. 94.

¹⁶⁶⁹ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 61.

est impossible à appliquer, Giselle Tichané en présente un exemple concret. À propos de la respiration, elle relate son expérience : « Je défie n'importe quel athlète de pouvoir haleter ainsi pendant cinq heures et de soutenir cet effort... avec la douleur en plus ! »¹⁶⁷⁰.

L'ambiance peut aussi être détestable. Dans la clinique où elle accouche en 1969, cette parturiente entend « des femmes qui criaient pour accoucher et on les engueulait carrément au lieu de les soulager »¹⁶⁷¹. Or il s'agit d'un établissement qui pratique l'ASD ; on est bien loin des recommandations de Lamaze quant à l'importance du calme qui doit régner dans une clinique de ce type. Autre témoignage accablant celui de Marie, interrogée par Marie-José Jaubert ; elle a accouché aux Bluets en 1973 et raconte : « Pendant mon séjour à la Maternité, je couchais à côté de la salle d'accouchement. C'était horrible. Pendant une semaine, je n'ai pas pu dormir. J'entendais hurler [...] Les sages-femmes disaient de ces femmes qui souffraient : « Ce sont des hystériques » [...] Il y en avait une qui avait très peur d'accoucher. On l'avait attachée à la table et on lui avait balancé deux claques, en lui criant qu'elle devait se taire [...] Il me semble que dans ces cas on devrait endormir les femmes »¹⁶⁷².

Ce qui est rapporté dans ces ouvrages semble étranger à l'ASD tel qu'il a été défini et mis en pratique par Lamaze et ses successeurs. Faut-il prendre au sérieux ces paroles de femmes ou les réduire au faible nombre de celles qui se sont exprimées ? Ces témoignages iconoclastes ne sont-ils que des exceptions ou l'expression de la plupart des femmes accouchant avec l'ASD ? Témoignages contre témoignages. Certains aspects dénoncés dans ces deux ouvrages sont confirmés par une chercheuse aussi impliquée que Claude Revault d'Allonnes. Si ces échecs ne concernent qu'une minorité de femmes, ils sont encore trop nombreux et témoignent des insuffisances de l'ASD. Comment les expliquer : dérive ? routine ? Plus grande exigence des femmes ? Giselle Tichané conclut : « La grande préoccupation des défenseurs de la méthode psychoprophylactique c'est de « déconditionner » la femme de cette peur ancestrale des « douleurs d'enfantement » en assurant que, si elles n'ont plus peur, elles n'auront plus mal. Mais à force de vouloir rassurer, on tronque l'information, on la déforme... et, en fin de compte, on risque de tromper la femme »¹⁶⁷³.

A partir des années 1970, l'application progressivement généralisée de l'anesthésie péridurale, réclamée par les femmes, illustre le bien fondé de ces critiques.

¹⁶⁷⁰ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 12.

¹⁶⁷¹ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 28.

¹⁶⁷² Marie-José Jaubert, *op. cité*, 1979, p. 90-91.

¹⁶⁷³ Giselle Tichané, *op. cité*, 1980, p. 90.

C L'anesthésie péridurale

Le succès de l'anesthésie péridurale indique un abandon de l'ASD par les femmes. Elle est plébiscitée dès son application à grande échelle en France au début des années soixante-dix.

L'anesthésie péridurale consiste en l'administration autour de la dure-mère (membrane qui entoure la moelle épinière) d'un anesthésique local. À la différence de l'anesthésie générale qui provoque l'inconscience des patient(e)s, elle préserve l'éveil et la conscience. Elle est donc particulièrement adaptée aux accouchements¹⁶⁷⁴. « Bien réussie, elle aboutit à une insensibilité totale de la moitié inférieure du corps et les parturientes ne ressentent plus les contractions utérines[...] (ce qui entraîne) un pourcentage d'extractions instrumentales élevé. [...] La parturiente ne souffre pas mais reste passive »¹⁶⁷⁵.

La première anesthésie péridurale a lieu en 1901, en France, pour une opération chirurgicale. La première péridurale obstétricale est effectuée en 1931¹⁶⁷⁶. Cette méthode d'analgésie régionale est signalée par le D^r Vignes en 1951¹⁶⁷⁷. Cette technique est donc connue et appliquée et sert en particulier en cas de césarienne¹⁶⁷⁸. Elle est cependant reléguée au second plan devant le succès de l'ASD. Elle émerge dans les années 70 et triomphe ensuite. Le D^r Van Steenberge note en 1969 : « Les ouvrages français qui traitent de l'anesthésie péridurale sont restés jusqu'à ce jour une curiosité pour archivistes »¹⁶⁷⁹.

Au début des années 70, elle est appliquée « aux États-Unis [...] à une vaste échelle, d'autant plus étendue que la PPO ne s'est jamais bien implantée dans ce pays où les césariennes constituent le mode de terminaison du quart de l'ensemble des accouchements¹⁶⁸⁰ et où la majorité des expulsions par les voies naturelles s'achèvent par une extraction instrumentale, le plus souvent sous anesthésie générale »¹⁶⁸¹. En bref, le P^r Muller juge sévèrement ces pratiques qui font subir aux femmes des accouchements marqués par une technologie omniprésente, loin du naturel de l'ASD.

En 1972, le P^r Hervet est l'un des premiers à l'utiliser de nouveau pour un accouchement à l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris. En 1980, elle concerne 1 % des femmes qui accouchent en France¹⁶⁸². En 1981, moins de 4 % des

¹⁶⁷⁴ François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, Éditions La Découverte, 2002, p. 119.

¹⁶⁷⁵ P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 28.

¹⁶⁷⁶ D'après Serge Bizeau, *article cité*, 1997, p. 39.

¹⁶⁷⁷ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 190.

¹⁶⁷⁸ Henri Vignes, *op. cité*, 1951, p. 193.

¹⁶⁷⁹ A.L. Van Steenberge, *L'anesthésie péridurale*, Paris, Masson, 1969, introduction.

¹⁶⁸⁰ Contre une moyenne en France, à cette date, de 5 à 10 % selon les services, selon P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 30.

¹⁶⁸¹ P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 28.

¹⁶⁸² D'après Jocelyne George, intervention au colloque sur l'ASD à Châteauroux en septembre 2002.

Françaises accouchent sous péridurale¹⁶⁸³. Aujourd'hui, c'est une méthode très populaire auprès des femmes qui la réclament de façon systématique. Elle est particulièrement bien adaptée à l'accouchement : sécurité de l'enfant qui n'est soumis à aucun effet de médicament toxique, sécurité et confort de la mère qui peut coopérer avec l'équipe médicale car elle reste consciente. « Lors d'un travail difficile, lorsque les douleurs et l'angoisse entraînent l'inertie et l'épuisement, l'anesthésie péridurale continue permet d'éliminer la souffrance et de rétablir la confiance »¹⁶⁸⁴. Mais il reste 2 à 5 % d'échecs et des complications graves exceptionnelles (séquelles neurologiques¹⁶⁸⁵). Elle reste l'affaire des médecins-anesthésistes, écartant ainsi les médecins-accoucheurs et surtout les sages-femmes.

Or, pour les champions de l'ASD, l'anesthésie, qu'elle soit générale ou locale, reste toujours une solution inadaptée. Dans les années cinquante et soixante, l'anesthésie générale concentre leurs critiques. Ils mettent au point un discours qui sera repris plus tard contre l'anesthésie péridurale. Dès 1958, Lola Tranec, à la question, « Au fond pourquoi se donner tant de mal, puisqu'on sait qu'on peut vous endormir ? », fait répondre au médecin : « Mais, Madame, vous remettez en question tout le principe de l'ASD. L'anesthésie est une solution de passivité, une solution de raccroc qui vous prive du plus beau moment de votre vie, et puis qui risque de nuire à votre enfant »¹⁶⁸⁶. Tout est dit et l'anesthésie est condamnée. Le D^r Hypousteguy se félicite en 1965 : « Nous sommes déjà fort satisfaits à la Société française de PPO, que beaucoup moins nombreuses qu'autrefois sont les futures parturientes qui se présentent en déclarant dès l'abord : « Surtout, Docteur, ne me laissez pas souffrir, faites-moi des piqûres et endormez-moi ». Nous sommes satisfaits que deviennent plus nombreuses, parce que mieux informées, celles qui déclarent au contraire : « Surtout, Docteur, ne m'endormez pas... si je n'en ai pas besoin »¹⁶⁸⁷. Un peu plus loin, dans son intervention, ce médecin fustige sous les applaudissements « tous les endormeurs de routine, tous les endormeurs de système » à qui les participants de ce congrès de PPO viennent de donner « une véritable raclée intellectuelle »¹⁶⁸⁸. Ces pratiques d'anesthésie générale entraîneraient un « plus grand pourcentage de mortalité maternelle » avec aussi un nombre de césariennes considérable au contraire de l'ASD¹⁶⁸⁹. Dernier argument, l'anesthésie générale est systématiquement employée aux États-Unis, où, d'après les défenseurs de l'ASD, elle amène à des pratiques déshumanisées, en

¹⁶⁸³ Chiffres cités dans H. Cardin, M.-Th. Moisson-Tardieu et M. Tournaire, *op. cit.*, 1986, p. 65. Au Canada, dès les années soixante, « 80 % des femmes de l'Ontario accouchent sous péridurale » : mêmes références.

¹⁶⁸⁴ A.L. Van Steenberge, *op. cit.*, 1969, p. 105.

¹⁶⁸⁵ P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 29.

¹⁶⁸⁶ Lola Tranec, *op. cit.*, 1958, p. 96.

¹⁶⁸⁷ Hypousteguy, "Problèmes de l'enfance inadaptée", *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1965, p. 69.

¹⁶⁸⁸ Hypousteguy, *article cité*, 4^{ème} trimestre 1965, p. 71.

¹⁶⁸⁹ Pierre Vellay, "Psychoprophylaxie et anesthésie", *BOSFPPO*, décembre 1964, p. 4-5.

opposition avec la méthode de Lamaze¹⁶⁹⁰. Pour le D^r Vellay, les femmes américaines, non éduquées en vue de l'ASD, en porte une partie de la responsabilité car, « que demande la femme américaine, qu'on lui simplifie au maximum le travail. Elle ne veut pas souffrir et pour y parvenir, elle s'en remet à la technicité du médecin ». Dans cette perspective, « l'accoucheur est alors persuadé qu'il conserve son prestige, sa renommée de sauveur, d'être exceptionnel »¹⁶⁹¹. Mais il s'agit des États-Unis, « d'une médecine de robot, de dépersonnalisation où nous entraîne le développement démesuré de la technique »¹⁶⁹². Les techniques, loin de contribuer au progrès des hommes à la différence des découvertes soviétiques, ne servent, pour ces hommes de Gauche, qu'à les asservir, à les déshumaniser. Cette vision d'une Amérique de science-fiction, robotisée, sans égard pour les êtres humains, est très proche des critiques des communistes contre les États-Unis.

Le D^r Vellay pose la question : « Avons-nous vraiment le droit d'annihiler à ce point la conscience de nos patientes pour en faire des automates entièrement livrées au bon vouloir d'un accoucheur pressé ou intéressé? »¹⁶⁹³. Pour lui, seul le confort du médecin semble justifier ces anesthésies générales nombreuses voire systématiques, ainsi que le grand nombre de césariennes. Toujours pour le D^r Vellay citant un de ses confrères anglo-saxon : « Il n'est pas concevable que la médecine se prête à cette conquête chimique de la liberté. Aucun individu sain, aucun médecin avisé, aucun philosophe ne saurait accepter cette monstrueuse neutralisation des forces humaines »¹⁶⁹⁴. Le D^r Perronnette, en 1974, juge sévèrement l'anesthésie : « Pour certains l'effet des anesthésiques pourrait résoudre le problème de la douleur immédiatement sans nécessité d'une longue préparation, de temps etc. La femme échapperait ainsi par le sommeil à l'obligation de l'accouchement. Loin de se libérer de sa condition de femme, elle devient ainsi l'esclave à la fois de l'anesthésiste et de l'accoucheur ainsi que de la drogue. Ceci est un faux problème mais un problème de notre époque où l'individu confie à la drogue et aux autres des responsabilités qu'il ne veut pas assumer sous le couvert du progrès et de la libération. Il s'agit en effet d'une attitude décadente et d'abdication, un refus de vivre sa vie »¹⁶⁹⁵. Six ans après Mai 68, on peut constater les ravages des événements chez ce médecin. Les femmes, qui refusent l'accouchement psychoprophylactique, sont assimilées à des droguées irresponsables, le problème de la douleur étant totalement évacué.

Le D^r Perronnette fait montre ensuite d'un antiféminisme qu'on peut qualifier de primaire : « Ainsi ces femmes croient pouvoir effacer ce qu'elles érigent comme une infériorité à l'égard de l'homme, la plus tenace :

¹⁶⁹⁰ Témoignage du D^r Monjardino, in Pierre et Aline Vellay, *op. cité*, 1956, p. 321-322-323.

¹⁶⁹¹ Pierre Vellay, *article cité*, septembre 1965, p. 19.

¹⁶⁹² Pierre Vellay, *article cité*, septembre 1965, p. 20.

¹⁶⁹³ Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1964, p. 5.

¹⁶⁹⁴ Pierre Vellay, *article cité*, décembre 1964, p. 5.

¹⁶⁹⁵ Jean-Philippe Perronnette, *Evolution de l'accouchement psychoprophylactique*, thèse de médecine, Bordeaux, 1974, n° 79, f. 56.

l'accouchement. Et c'est dans le même esprit qu'elles confient plus tard l'éducation de leurs enfants à des mercenaires, refusant, là encore, d'assumer leurs responsabilités, prétextant que ce rôle leur aliène la liberté par rapport à l'homme. Ces femmes refusent leur sexe, leur condition de femme et plus tard de mère. [...] L'erreur des féministes est de considérer la femme, non pas comme l'égal de l'homme, mais comme identique à lui. Il faut revaloriser la maternité, l'enfant et la condition de femme »¹⁶⁹⁶. Cette longue diatribe antiféministe est partie prenante d'une thèse de médecine et doit normalement être fondée mais le D^r Perronnette se contente d'aligner son opinion.

L'anesthésie péridurale relève des mêmes critiques malgré une différence fondamentale avec l'anesthésie générale puisqu'elle laisse la femme consciente. Mais elle soulève une question de principe pour les partisans de l'ASD qui s'inquiètent dès 1972 de l'essor récent de l'anesthésie péridurale¹⁶⁹⁷. Le D^r Economides attaque par une question en forme de provocation : « Si le but de la méthode (l'ASD) clairement exprimé par les termes « accouchement sans douleur » est d'obtenir l'analgésie, pourquoi ne pas utiliser l'anesthésie? Pourquoi préférer la psychoprophylaxie à l'anesthésie, plus simple d'application, ne nécessitant pas de préparation aussi longue, ni de personnel supplémentaire? »¹⁶⁹⁸. La réponse est donnée par le P^r Muller : « La psychoprophylaxie est l'analgésie de base, les antalgiques médicamenteux sont à considérer dans certains cas bien déterminés comme une analgésie complémentaire ». Ce complément concerne cependant « un peu moins du quart » des femmes qui accouchent dans le service du P^r Muller¹⁶⁹⁹. Le D^r Vellay reconnaît ensuite qu'il reste toujours « 20 % (des accouchements) pour lesquels il y a des difficultés. Ces difficultés peuvent être surmontées par des techniques ou par des méthodes autres : la péridurale [...] l'acupuncture »¹⁷⁰⁰.

Or la péridurale est réclamée par les femmes elles-mêmes. Ainsi, en 1974 le P^r Muller relève le « nombre croissant de femmes qui, au cours de la grossesse, souhaitent accoucher sous péridurale et qui demandent à leur accoucheur de leur promettre que, le moment venu, elles bénéficieront de ce type d'anesthésie »¹⁷⁰¹. Les femmes réclament l'utilisation de cette nouvelle technique car elles ont eu connaissance « à la suite d'une publicité tapageuse faite par les journaux et périodiques, surtout féminins [...] Beaucoup de femmes sont (donc) attirées par cette analgésie passive (la péridurale), rendant, pensent-elles, inutile la préparation à l'accouchement, en leur permettant d'obtenir sans effort un résultat qu'elles imaginent au moins égal, voire

¹⁶⁹⁶ Jean-Philippe Perronnette, *thèse citée*, 1974, p. 56.

¹⁶⁹⁷ Séminaire du 9-12 novembre 1972, "Travaux", *BOSFPPO*, n° spécial, 1972-73, p15.

¹⁶⁹⁸ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 10.

¹⁶⁹⁹ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 12.

¹⁷⁰⁰ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 27.

¹⁷⁰¹ P. Muller, "Insertion de la technologie obstétricale dans la psychoprophylaxie", *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 30.

supérieur »¹⁷⁰². Il est intéressant de constater que ce médecin critique l'influence déterminante de la « publicité tapageuse », soit le même type de reproche adressé vingt ans plus tôt à Fernand Lamaze.

Le P^r Muller n'exprime cependant plus d'opposition entre les deux techniques mais plutôt une possible complémentarité même s'il condamne les raisons du choix de la péridurale : « la loi du moindre effort les incite évidemment à choisir celle qui est la moins astreignante et qui exige d'elles le moins de participation active, aussi bien pendant la grossesse que pendant l'accouchement »¹⁷⁰³. Pour le P^r Muller, la péridurale peut aider toutes les femmes insuffisamment préparées ou non préparées, soit à peu près 50 % des femmes accouchant dans son service¹⁷⁰⁴. Même les femmes préparées peuvent être concernées et réclamer une péridurale : « Si une bonne préparation n'a pas pu rassurer la femme [...], si elle est véritablement prise de panique dès l'apparition des premières contractions, si elle demande avec insistance qu'on lui fasse la fameuse anesthésie qui lui tient à cœur, il est bien évident que l'obstétricien n'hésitera pas longtemps à lui donner satisfaction »¹⁷⁰⁵. La tolérance du P^r Muller a cependant des limites, il ne peut s'empêcher de conclure que la péridurale « n'a pas cette qualité qu'a la préparation psychoprophylactique d'éveiller chez la femme les qualités les plus éminentes du caractère à savoir la volonté et la maîtrise de soi »¹⁷⁰⁶.

L'application de l'anesthésie péridurale est cependant liée au bon vouloir des médecins. Dans le service du P^r Lewin à Poissy : « Bien sûr, nous ne faisons pas de péridurales et quand les femmes protestent, il est convenu qu'on leur fait des analgésiques en piqûres »¹⁷⁰⁷, une solution de repli. Les médecins redoutent en effet les accidents, principalement l'hypotension artérielle, avec un risque de souffrance fœtale. Certains de ces accidents sont dramatiques : quadriplégies, paraplégies. Le D^r Malinas déclare à ce sujet : « Je n'accepte pas de faire risquer à mes femmes une paraplégie sur 800 »¹⁷⁰⁸. Notons au passage le « mes femmes » paternaliste mais traditionnel. Enfin, dernier obstacle, l'anesthésie péridurale « ne peut être faite que par un anesthésiste qualifié et sous une surveillance constante »¹⁷⁰⁹. Elle demande donc des moyens supplémentaires en personnel de jour comme de nuit.

Les réticences de ces médecins finissent par ne plus porter sur la technique de la péridurale qui progresse très rapidement et fait la preuve de son innocuité. Elles se fixent sur le vécu des femmes qui accouchent de cette façon : « il

¹⁷⁰² P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 27.

¹⁷⁰³ P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 28.

¹⁷⁰⁴ P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 29.

¹⁷⁰⁵ P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 30.

¹⁷⁰⁶ P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 32.

¹⁷⁰⁷ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 16.

¹⁷⁰⁸ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 21.

¹⁷⁰⁹ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 17-18.

semble que, quand une femme a une anesthésie (de ce type) et qu'elle assiste, consciente bien sûr, à cette sorte de fractionnement, de dichotomie d'elle-même, où c'est son corps cadavre qui accouche, je me demande si elle bénéficie pleinement des avantages psychologiques de la méthode »¹⁷¹⁰. La réponse est bien sûr négative. Le D^r Hersilie persiste dans son opinion en 1974 : « Quand nous faisons une anesthésie péridurale, nous ne devons pas perdre de vue que finalement il s'agit d'un corps cadavre qui accouche. Cette expression de corps cadavre, qui fait sursauter peut-être, me paraît extrêmement importante »¹⁷¹¹. Cette expression inventée par le D^r Hersilie devient le leitmotiv des opposants à la péridurale. Il est repris par exemple par Claude Revault d'Allonnes : « Il y a l'anesthésie dans laquelle la femme est inconsciente, il y a [...] la péridurale où elle est consciente, mais il y a une différence fondamentale entre être présent par la conscience, et être manipulée comme un objet qui n'est pas maître de son corps, et avoir la maîtrise de son propre corps.[...] On est spectateur obligatoire de quelque chose, dont on n'est nullement le maître. [...] Je crois qu'Hersilie a raison quand il dit que c'est un corps qui est en partie un cadavre et pas du tout un corps maîtrisé »¹⁷¹². Autre expression maintes fois reprise : la parturiente est réduite à une « femme-tronc dont seule la partie supérieure du corps conserve sa sensibilité normale »¹⁷¹³. Sans aller aussi loin que les critiques précédentes, cette expression relève quand même de la mutilation. Le D^r Vellay préfère la qualification de « femme-objet inconsciente »¹⁷¹⁴, reprenant une des expressions féministes de l'époque alors qu'il déplore que « l'accroissement de l'information développe l'esprit revendicatif »¹⁷¹⁵.

Ce type de critique sert toujours d'argument. En 1992, pour le D^r Jobert-Ruff, dans l'anesthésie péridurale : « la perte de sensibilité d'une partie de son corps, contenant l'enfant, et de son sexe, peut induire, chez la parturiente, une certaine frustration, sorte d'amputation psychologique. Passive, insatisfaite, dépouillée, voire fautive en cas d'extraction instrumentale, la femme éprouve alors un sentiment latent de culpabilité, d'incapacité. »¹⁷¹⁶.

Les historiennes Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George approuvent cette position dans un article de 2002 : « Si la suppression de la douleur par la péridurale est une conquête évidente pour beaucoup, certaines femmes n'y trouvent pas leur compte : immobilisées sur une table d'opération, elles assistent en spectatrices à la naissance plus qu'elles ne la vivent. Et, à en croire les psychiatres, les lendemains de la naissance peuvent être plus difficile à assumer.

¹⁷¹⁰ Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 19.

¹⁷¹¹ Intervention du D^r Hersilie, *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 21.

¹⁷¹² Séminaire du 9-12 novembre 1972, *compte rendu cité*, 1972-73, p. 20.

¹⁷¹³ P. Muller, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 28.

¹⁷¹⁴ Pierre Vellay, "Technologie et psychoprophylaxie", *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 11.

¹⁷¹⁵ Pierre Vellay, *article cité*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 17.

¹⁷¹⁶ Claude Jobert-Ruff, Contribution à l'étude historique de la préparation à la naissance en France, thèse de médecine Paris V, 1992, n° 75, f. 55.

[...] Or la péridurale morcelle le corps en l'anesthésiant en partie ; elle en altère inconsciemment l'unité vécue. De même, elle rompt la communication corporelle qui s'était instaurée avec l'enfant *in utero*. Elle supprime la douleur mais aussi la jouissance qu'il peut y avoir à mettre au monde. »¹⁷¹⁷. D'autres continuent d'employer cet argument : le D^r Emmanuel Galacteros¹⁷¹⁸ en 1983, le D^r Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin, sage-femme¹⁷¹⁹, en 2001. On constate le caractère insubmersible de cet argument, en complet décalage avec la demande actuelle de 90 % des femmes d'accoucher sous péridurale.

Les militants de l'ASD, médecins et sages-femmes, restent donc encore actuellement sur ces positions. Lors d'un colloque sur *L'évaluation des pratiques médicales*, à Perpignan, en juin 1996, le D^r Claude-Émile Tourné déclare : « On savait déjà par l'expérimentation vétérinaire qu'une biche qui met bas sous péridurale ne s'intéressera absolument pas à son petit qu'elle laissera mourir sans soins » reprenant la référence tronquée des travaux d'Eugène Marais appliqués au chloroforme et à l'éther et totalement dévalués aujourd'hui. Le D^r Tourné ajoute : « Il semble que dans l'espèce humaine des phénomènes du même ordre affectent la relation mère-enfant même si notre psychisme permet de pallier une partie du phénomène. Difficulté d'attachement, difficulté d'établir le lien maternel, d'élaborer la maternité psychique, voire même maltraitance à l'extrémité ; telles sont les conséquences inattendues de la péridurale »¹⁷²⁰. Déclarer l'anesthésie péridurale pourvoyeuse de maltraitance, peu de médecins ont osé aller si loin et si fort dans le dénigrement de cette technique.

Dans un autre registre, certains médecins insistent sur le fait que la péridurale est « un phénomène dévalorisant pour la mère, qui l'infantilise quelque part... Quelle régression depuis les grandes batailles que les femmes ont menées pour leur émancipation ! »¹⁷²¹. Ils opposent l'ASD libératrice à la péridurale aliénante. Le désaveu apporté par 90 % des femmes qui accouchent sous péridurale ne semble pas prêt de désarmer ces opposants, médecins et sages-femmes, héritiers du combat des années cinquante pour l'ASD.

Face aux contestations des femmes et à la concurrence de l'anesthésie péridurale, les partisans de l'ASD, dans les années 70, choisissent d'élargir leur champ d'action à « l'espace psychoprophylactique ». Celui-ci ne se limite plus à la naissance, mais à ses suites, à la fois dans les problèmes abordés avec les femmes et les couples, et dans l'extension de la recherche autour de l'ASD. En 1974, lors du Xe congrès national de la Société française de PPO à Evian,

¹⁷¹⁷ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *article cité*, 2002, p. 46.

¹⁷¹⁸ Emmanuel Galacteros, *Préparons-nous à te mettre au monde et à t'aimer. Sécurité physique et équilibre affectif de l'enfant et de la famille*, Paris, Denoël-Gonthier, 1983.

¹⁷¹⁹ Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin, *Les femmes et les bébés d'abord. Pour une médicalisation raisonnée de la maternité*, Paris, Albin Michel, 2001.

¹⁷²⁰ Claude-Émile Tourné, « Les questions qui se posent et pourquoi les poser? », *Actes du Colloque sur l'évaluation des pratiques médicales*, Perpignan, 1996, p. 28.

¹⁷²¹ Max Ploquin, « Y aura-t-il encore des accouchements au déroulement naturel? », *Actes du Colloque sur l'évaluation des pratiques médicales*, Perpignan, 1996, p. 50.

plusieurs communications portent ainsi sur le post-partum¹⁷²². Plusieurs évoquent la nécessité d'informer sur la contraception, à la demande des patientes. « La question de la reprise des rapports conjugaux [...] du retour de couches, de la contraception, sera abordée individuellement à la consultation post-natale »¹⁷²³. C'est une façon d'affirmer leur différence et leur mission. Lors du congrès suivant, le P^r Merger n'hésite pas à louer « la vitalité, la vigueur » de l'association de PPO, « jeune et dynamique »¹⁷²⁴. Le sujet principal du congrès reste cependant les problèmes posés par le succès fulgurant de l'anesthésie péridurale.

Qu'en est-il en réalité de l'ASD dans les années 70 ? Nos sources sont presque muettes sur ce sujet : pas de statistiques, peu de témoignages pour cette période. Les D^r Marie Brunier et Annick de Chabalier, interrogeant des femmes de la région lyonnaise en 1977, remarquent que l'ASD semble déjà bien oublié : « dans la plupart de maternités, la préparation (à l'accouchement) a une place très secondaire. ». Elles ajoutent que cette préparation au « travail à partir des recherches de Lamaze semble totalement abandonnée ». Elles imputent cet abandon aux équipes médicales : « il semble que s'il existait cette même conviction (de l'équipe) vis-à-vis de l'accouchement sans douleur, il y aurait des résultats, car la dynamique de l'équipe est telle que tout semble possible ». L'ASD n'est donc plus un objectif pour les médecins et sages-femmes, 25 ans après la première ASD en France. Elles notent aussi le désintéret des femmes : « dans les faits, les femmes se préparent de moins en moins, disant : « ça ne sert à rien ». Cette attitude des femmes se remarque aussi dans les services qui étaient pionniers de l'ASD pour la région lyonnaise : à l'hôpital de D., « la préparation à l'accouchement est suivie par extrêmement peu de femmes qui accouchent à la maternité, alors que le chef de service a été l'un des premiers obstétriciens à implanter en France la pratique des méthodes de préparation à l'accouchement »¹⁷²⁵. Les D^r Brunier et de Chabalier concluent : « La préparation a été sabotée à tous les niveaux, en même temps se sont développées ces techniques d'anesthésies dénoncées par Lamaze, il y a vingt ans. Ce n'est pas un hasard si la préparation a eu si peu d'échos, si c'est un échec actuellement : une préparation bien faite sous-tend une certaine autonomie des femmes, elles peuvent intervenir sur les événements, et cela est inacceptable ! »¹⁷²⁶.

L'ASD a perdu la partie. Même aux Bluets, l'anesthésie péridurale est pratiquée à partir des années 1970-1980 car « les femmes ont protesté et réitéré

¹⁷²² Claude Revault d'Allonnes, "L'image du corps après l'accouchement"; Y. Vittoz-Meynard, "Psychoprophylaxie du post-partum"; Pr. Merger, "Réinvestissement du corps par la consultation post-natale; D^r Fonty, Baudet, Daffos, "Contraception et sexualité dans le post-partum immédiat"; in *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1974, p. 5-44.

¹⁷²³ Yvonne Vittoz-Meynard, *article cité*, 3^{ème} trimestre 1974, p. 17.

¹⁷²⁴ Robert Merger, "Ouverture du congrès", *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 7.

¹⁷²⁵ Marie Brunier et Annick de Chabalier, *thèse citée*, 1978, f. 46, 130, 132, 140 et 143.

¹⁷²⁶ Marie Brunier et Annick de Chabalier, *thèse citée*, 1978, p. 159.

leurs demandes (de péridurale), ne nous donnant pas le droit de choisir pour elles ce qui était le mieux pour leur accouchement »¹⁷²⁷ selon les termes du D^r Évelyne Petroff. Les chercheurs qui étudient la douleur aujourd'hui continuent de citer l'ASD dans les techniques non pharmacologiques d'analgésie obstétricale. Elle y est qualifiée de « méthode inefficace au cours d'un travail long et difficile » sans autre commentaire¹⁷²⁸. Les femmes ont en effet pris au mot l'ASD et ont exprimé leur déception. Quand une autre technique plus efficace et plus légère que l'anesthésie générale se développe, elles la réclament, attachées avant tout à accoucher sans douleur.

¹⁷²⁷ Évelyne Petroff, Étude comparée des propositions de préparation à la naissance à la Maternité des Bluets et du contexte sociologique des années 1950 à 1990, mémoire, université de Perpignan, 1995-96, p. 7.

¹⁷²⁸ L. Brasseur, M. Chauvin et G. Guilbaud, *article cité*, 1997, p. 296.

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

L'ASD est une des nombreuses méthodes employées pour combattre la douleur de l'accouchement depuis le XIXe siècle. Elle est cependant la plus connue et les termes « accouchement sans douleur » sont passés dans le langage courant. Elle se caractérise par un ambition plus large que la simple lutte contre la douleur, à la différence des autres techniques, en revendiquant une véritable éducation des femmes et des couples. Après un succès finalement rapide à partir de 1952, l'ASD est délaissé dans les années soixante-dix pour cause de promesses non tenues. Il semble en effet n'avoir libéré de la douleur qu'une minorité de femmes, un résultat bien maigre pour une méthode à prétention scientifique. Sur le plan strictement médical, l'ASD apparaît donc comme une généreuse chimère.

Pour ses partisans, médecins, sages-femmes et patientes, l'ASD représente néanmoins une grande aventure humaine car il a suscité un immense espoir en prenant en compte la lutte contre la douleur de l'accouchement, relativement négligée jusque là. Il a donc terrassé la médecine traditionnelle, souvent indifférente aux douleurs des femmes et à leurs conditions de vie. Sur le plan idéologique, l'ASD a combattu l'ancienne malédiction biblique de la douleur et a participé ainsi à la laïcisation de la société française au même titre que le droit à la contraception et à l'avortement. Il a permis une représentation nouvelle de la femme, libérée du poids du péché originel et des traditions doloristes.

L'ASD est néanmoins l'enjeu de luttes de pouvoir au sein du personnel médical. Il reste précieux pour la catégorie des sages-femmes¹⁷²⁹, en lutte séculaire contre la médicalisation systématique de l'accouchement. L'anesthésie péridurale représente dans ce domaine le triomphe final des médecins sur les sages-femmes, après un intermède constitué par l'accouchement sans douleur. Là encore, le corps des femmes devient un moyen d'affirmer un pouvoir, pouvoir des sages-femmes contre pouvoir des médecins, dans la longue lutte les opposant depuis le XIXe siècle et que les médecins viennent de remporter. La négation obstinée des faiblesses de l'ASD, menant souvent à son incapacité à éviter aux femmes de souffrir lors de leur accouchement, qui caractérise le discours de la plupart des sages-femmes actuelles, prouve que la douleur réelle des femmes ne constitue que l'un des supports du débat. Les femmes paraissent ainsi instrumentalisées dans une lutte qui ne les concerne qu'indirectement.

Sur le plan idéologique, l'ASD a réussi le prodige d'une convergence entre communistes et catholiques, dans un consensus nataliste. Le pape lui-même a encouragé l'ASD, technique à la gloire de la science soviétique. Cette alliance de deux des principales forces idéologiques du pays a permis sa diffusion rapide et son succès. Cette convergence Église-PCF n'est cependant

¹⁷²⁹ J'ai encore en mémoire les huées qui s'élevaient des nombreuses élèves sages-femmes réunies, lors du colloque sur l'ASD à Châteauroux en septembre 2002, chaque fois qu'un orateur ou une oratrice prononçait le mot « péridurale ».

pas unique : on la retrouve, par exemple, jusqu'en 1965 à propos du refus de la contraception. Elle n'en révèle pas moins que le corps des femmes peut constituer le point de rencontre de deux idéologies traditionnellement opposées, du PCF et de l'Église, dans une perspective nataliste. Cet arrière-plan idéologique fait là encore soupçonner une réification du corps des femmes au service du Parti communiste ou de l'Église.

Malgré ses faiblesses et les instrumentalisation dont il est le prétexte, l'ASD a permis de replacer le problème de la douleur de l'accouchement dans le cadre collectif de la condition féminine, préfigurant les analyses féministes des années soixante-dix. Si l'élan social et politique escompté par une partie de ses pionniers liés au Parti communiste n'a pas eu lieu, l'ASD a cependant représenté symboliquement un extraordinaire moyen d'émancipation des femmes dans leur fonction la plus traditionnelle, celle de l'accouchement et de la maternité. L'ASD a finalement induit un changement radical pour les femmes, non par ses résultats, mais par la dynamique qu'il a impulsée vers la maîtrise de leur corps et de leur destin. La possibilité de maîtriser leur douleur lors de l'accouchement, de sortir des schémas traditionnels, apparaît pour les femmes comme la première étape vers la revendication du droit à la contraception, à l'avortement et à un traitement de la ménopause. Il constitue la première étape de la grande marche des femmes vers la maîtrise de leur corps. Quant à la volonté de forger une femme nouvelle, une camarade communiste, l'ASD a bien réussi mais dans une perspective féministe et non communiste.

L'ASD ne constitue cependant donc pas la révolution culturelle des femmes car il exalte une représentation maternelle, voire maternaliste de celles-ci, mais il en représente fondamentalement le point de départ.

PARTIE 3 :

REFUS D'ÊTRE MÈRE ET

MÉNOPAUSE

Cette partie concerne le discours des experts sur les femmes dans un nouveau champ, le refus de procréer avec la contraception et l'avortement, et l'inaptitude à le faire avec la ménopause. Ces aspects de la vie des femmes sont en complète opposition avec la représentation traditionnelle qui les fait naturellement mères. Contraception et avortement forment ainsi le symétrique de la maternité réalisée dans l'accouchement. La ménopause représente le crépuscule et l'effacement de la fonction maternelle.

L'avortement en particulier, symbolisant l'aspect sombre de la maternité refusée, est régulièrement dénoncé par les médecins et les démographes français depuis le XIXe siècle. Ce « fléau », selon la terminologie de l'époque, suscite le scandale et l'incompréhension. Les experts, quasiment tous des hommes, voient dans ce refus de l'enfantement une dénégation de la nature féminine et un danger pour la nation. Pour lutter contre l'avortement, les militants du Planning Familial, médecins et non médecins, revendiquent le droit à la contraception, alors que les féministes restent en retrait. Les opposants au droit à la contraception rassemblent quant à eux de façon paradoxale, les médecins catholiques, soutenus par l'Ordre des médecins, les démographes natalistes au sein de l'INED, et le PCF (jusqu'en 1965). Ils perdent la bataille de l'opinion tandis que les atermoiements de l'Église catholique et la parution en 1968 de l'encyclique *Humanae vitae* interdisant toute contraception médicale aux fidèles n'aboutissent qu'à les isoler et à révéler la rigidité de la doctrine du Vatican. Le Planning Familial fait valoir le caractère prophylactique des moyens contraceptifs pour éviter l'avortement. Cet argument lui permet de convaincre l'opinion et aboutit au vote de la loi Neuwirth en 1967, soit un peu plus de dix ans après le début de son action publique. Ce délai relativement court traduit le consensus rapidement établi en France autour de la nécessité de lutter contre les avortements clandestins au moyen d'une loi autorisant la contraception.

Après le vote de la loi Neuwirth, les experts et l'opinion s'aperçoivent que l'accès légal à la contraception ne règle pas le problème de l'avortement. Les avortements clandestins se poursuivent par centaines de milliers chaque année. Une autre génération de militants médecins prend alors le relais à l'intérieur et à l'extérieur du Planning familial. Ils revendiquent une nouvelle loi autorisant cette fois l'interruption de grossesse pour éviter les drames de la clandestinité imposée aux femmes. Ces militant(e)s, féministes et souvent d'extrême-gauche, se radicalisent devant l'opposition acharnée des catholiques intransigeants qui finissent encore une fois par se retrouver isolés et doivent accepter le vote de la loi Veil en 1975. Le droit à l'avortement représente la dernière étape du droit des femmes à maîtriser leur fécondité et leur corps. Elle est réalisée relativement rapidement, moins de dix ans après la loi Neuwirth, dans la dynamique de Mai 68. Elle reste cependant bien moins consensuelle que la précédente, étant ainsi encore aujourd'hui contestée par une minorité catholique active liée à l'extrême droite.

La ménopause représente enfin la dernière frontière pour les femmes. Les femmes ménopausées ne sont plus fécondables et se retrouvent traditionnellement placées à l'arrière-plan social dans une vision un peu brouillée, de la grand-mère gâteau à la vieille dame indigne. Or elles sont de

plus en plus nombreuses du fait du vieillissement de la population, dénoncé par les démographes. Elles revendiquent, pour la plupart, de vivre cette période de leur vie et de leur sexualité dans le confort apporté par un traitement hormonal substitutif qui se met en place dans les années soixante et se banalise autour de 1975, profitant des recherches sur les hormones liées à celles sur la pilule. Le débat sur la ménopause reste discret, comme les vieilles dames, car les enjeux apparaissent moindres : la démographie n'étant pas menacée, aucune nouvelle loi n'est nécessaire. Les enjeux se placent essentiellement sur le plan scientifique et sur celui du genre à propos des représentations contradictoires mais tout aussi caricaturales qu'adversaires et partisans du traitement hormonal de substitution laissent apparaître.

Plus largement, le débat sur la contraception et l'accès au moyen contraceptif fiable que représente la pilule, dès 1961, permettent de faire émerger la sexualité sur la place publique au moment où la psychanalyse connaît un regain d'intérêt en France. La sexualité perd alors son aspect tabou, encore respecté dans les années cinquante à propos de l'accouchement sans douleur, malgré la parution en français du célèbre *Rapport Kinsey* sur le comportement sexuel de l'homme en 1948 et sur celui de la femme en 1954¹⁷³⁰. Derrière les problèmes liés à la fécondité des femmes et à la prise de moyens contraceptifs, le sexe apparaît, annonçant Mai 68 et la célèbre libération sexuelle. Les revendications du droit à la contraception ouvrent donc l'accès à une plus grande liberté sexuelle pour les femmes comme pour les hommes. La loi Neuwirth tranche le nœud gordien de la peur de la grossesse liée à l'avortement clandestin. Les femmes, les premières concernées dans leur corps même, apparaissent ici comme les pionnières d'une révolution sexuelle¹⁷³¹ enclenchée dix ans auparavant avec l'accouchement sans douleur. Le débat sur la ménopause, dans les années 1970, met également l'accent sur la sexualité des femmes et les promesses, en ce domaine, du traitement hormonal substitutif.

Dans ce contexte, en particulier après mai 68, le fil rouge de cette troisième partie est constitué par la revendication de liberté des femmes, celle de ne pas ou de ne plus procréer. J'étudierai chronologiquement l'émergence de ce droit des femmes à disposer de leur corps. Les années soixante sont marquées par le débat sur le droit à la contraception, les années soixante-dix par les luttes pour une loi autorisant l'avortement et par la mise au point et la banalisation du traitement hormonal de la ménopause. Pendant cette période d'une vingtaine

¹⁷³⁰ KINSEY Alfred C. (1894-1956), POMEROY Wardell B., MARTIN Clyde E., GEBHARD Paul H.: *Sexuel Behavior in the Human Female*, Philadelphie, W.B. Saunders, 1953, 842 p. Traduit en français en 1954 sous le titre: *Le comportement sexuel de la femme*, Paris, Amiot-Dumont, 764 p. Il s'agit du « deuxième » rapport Kinsey sur la sexualité, le premier étant consacré à la sexualité masculine : *Sexuel Behavior in the Human Male*, Philadelphie, W.B. Saunders, 1948, 804 p. traduit sous le titre : *Le comportement sexuel de l'homme*, Paris, Ed. du Pavois, 1948, 1020 p.

¹⁷³¹ Marquée par la parution en 1972 du *Rapport Simon*, version abrégée de : SIMON Pierre, GONDONNEAU Jean, MIRONER Lucien, DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, LÉVY Claude, *Rapport sur le comportement sexuel des Français*, Paris, Julliard, 1972, 922 p.

d'années, les revendications des femmes aboutissent à un changement radical de l'image et du rôle de la femme. Il lui devient possible et légitime de ne pas ou de ne plus être mère après des siècles d'affirmation du caractère exclusif de son rôle maternel.

CHAPITRE 1 – LA LOI SUR LA CONTRACEPTION, PREMIÈRE DÉFAITE DES EXPERTS

Le débat sur la contraception s'ouvre en France à partir des années cinquante, plus précisément à partir de 1953 dans le milieu médical avec les premiers articles du D^r Lagroua Weill-Hallé puis à partir de 1956 dans l'opinion française avec la publication de l'ouvrage de Jacques Derogy, *Des enfants malgré nous*. Il aboutit à la reconnaissance de ce droit par le vote en 1967 de la loi Neuwirth, malgré l'opposition publique de la plupart des experts, médecins et démographes.

Dès le début, la polémique donne lieu à un combat sémantique, véritable enjeu idéologique pendant une dizaine d'années.

Il s'agit d'abord de ne pas prononcer ni écrire le mot contraception, propre à soulever les protestations. L'emploi de métaphores souvent obscures est donc un procédé couramment employé jusque dans les années soixante-dix. Le nom de Maternité Heureuse donné en 1956 à l'association en est un exemple. Ce choix, à première vue surprenant, est révélateur de la stratégie prudente et efficace des fondatrices du Planning Familial dans un contexte français hostile. En 1970 encore, un article du *Concours Médical* précise qu'une consultation de contraception par une équipe soignante (gynécologues, psychiatre, conseillère conjugale, psychologue et psychanalyste) a lieu à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris sous l'appellation de « Département pour les problèmes de naissance »¹⁷³² ! Le mot contraception n'est toujours pas inscrit. On peut imaginer la perplexité des patientes devant cette dénomination qui semble signifier l'inverse des objectifs poursuivis par l'équipe et par elles-mêmes. Le mot de contraception semble donc encore tabou dans quelques services hospitaliers trois ans après le vote de la loi Neuwirth.

Je vais ci-après examiner les différentes désignations employées pour désigner la contraception. Une simple liste pourrait sembler hétéroclite : contraception, drogues contraceptives, contraceptif, œstro-progestatif, pilule, produits anticonceptionnels, limitation des naissances, régulation des naissances, contrôle des naissances, birth control, orthogénie, orthogénisme, planning familial, planification familiale, planification des naissances, prophylaxie anticonceptionnelle, malthusianisme, néo-malthusianisme, prophylaxie de l'avortement, prévention des naissances, refus de la vie, refus de l'enfant. En fait ces diverses désignations sont un peu des signes de ralliement, mettant en lumière les a priori idéologiques de ceux qui les emploient, leurs interdits, leurs pudeurs, leurs prudences, leurs intentions ou leurs espoirs. Certains acteurs veulent désigner l'acte médical, voire le produit utilisé, d'autres préfèrent stigmatiser l'acte en remplaçant sa désignation directe par le nom dont ils affublent ses défenseurs.

¹⁷³² M. Bousquet, « Où en est la contraception ? », *Le Concours Médical*, 4-7-1970, p. 6022.

Le mot contraception vient du latin : *contra*, qui signifie contre, et *concupere*, concevoir. Ce terme désigne en conséquence l'ensemble des moyens destinés à empêcher la conception. Le mot est inconnu en France dans les années quarante-cinquante¹⁷³³. Il ne figure ni dans le *Larousse du XXe siècle* (édition 1953), ni dans le *Littré* (édition 1966). L'adjectif contraceptif est inscrit dans le *Robert* à partir de 1969. Sur le plan médical, la contraception permet d'éviter temporairement et de façon réversible une grossesse. Ces deux caractéristiques la distinguent de la stérilisation, mais pas tout à fait clairement de l'avortement. Les moyens contraceptifs doivent remplir des critères précis : efficacité, réversibilité, innocuité, acceptabilité, coût¹⁷³⁴. Le D^r Dalsace, spécialiste de la lutte contre la stérilité, ajoute que le procédé employé « ne doit pas altérer les possibilités ultérieures de fécondation »¹⁷³⁵. Contraception est parfois remplacé par l'expression « drogues contraceptives [...] ensuite apparaît le mot « contraceptif » ou « œstro-progestatif » et actuellement (en 1975) « pilule ». [...] Le terme de « drogue » sous tendait peut-être un jugement moral porté sur la contraception, une réticence quant à l'emploi de produits anticonceptionnels » selon ce médecin¹⁷³⁶. Ces désignations sont claires mais ne sont employées couramment qu'à partir des années soixante.

Les médecins et les démographes, faute d'employer le terme contraception, parlent de limitation des naissances ou de régulation des naissances selon leurs convictions car l'expression régulation des naissances a une connotation ouvertement catholique. Pie XII l'emploie pour la première fois en novembre 1951 lors de la réception d'une association catholique italienne, le Front de la Famille. Il déclare cette régulation licite pour un couple catholique, puisqu'elle vise non pas à limiter, à diminuer, les naissances, mais à mieux les espacer dans le temps, essentiellement pour aider la mère de famille. En 1952, dans le même registre, le Révérend Père de Lestapis précise que « la régulation des naissances [...] contrairement à ce qu'on nomme « contrôle des naissances » est compatible avec la loi de Dieu »¹⁷³⁷. En 1961, ce terme donne lieu à une interprétation moraliste de la part de l'Alliance nationale pour la vitalité française : « Parmi les modalités (de la limitation des naissances), il en est qui n'intéressent que les ménages en tendant à « la régulation des naissances » alors que d'autres, visant « la contraception », sont susceptibles de créer pour la jeunesse des deux sexes un climat de facilité dangereux, non

¹⁷³³ Selon le témoignage de Christiane Verdoux, gynécologue militante du MFPPF, rencontrée le 11 juillet 2008.

¹⁷³⁴ Michel Carreau, Contribution à l'étude de la contraception en milieu psychiatrique : enquête dans la région Poitou-Charentes, thèse de médecine, Poitiers, 1975, n° 8, f. 8-10.

¹⁷³⁵ Jean Dalsace, « Stérilité et fécondité », *Bulletin du MFPPF*, 1963, n° 26, p. 2.

¹⁷³⁶ Michel Carreau, *thèse citée*, 1975, f. 27. On peut cependant rapprocher le mot « drogues » de l'anglais « drugs », médicaments, traduits approximativement en français.

¹⁷³⁷ RP de Lestapis, « L'Église catholique et les problèmes de population », *Population*, 1952, n° 2, p. 303.

seulement pour la moralité mais pour la jeunesse elle-même »¹⁷³⁸. En 1967, le démographe Marcel Felgines¹⁷³⁹, trouve l'expression régulation des naissances « positive » car « elle n'implique nullement par définition leur limitation ; elle laisse à chaque couple une entière liberté aussi celle d'avoir de nombreux enfants »¹⁷⁴⁰.

Les défenseurs du droit à la contraception préfèrent employer l'expression « contrôle des naissances », traduction française du « birth control » anglo-saxon. La notion de contrôle comporte un aspect volontariste, plus actif que dans celle de régulation des naissances. Le contrôle peut également être absolu même si le mot naissance est toujours présent. En 1955, le D^r Dalsace parvient à faire paraître un numéro de la revue *Gynécologie Pratique* consacré à la contraception. Mais le responsable de la revue, le D^r Marcel, n'emploie pas le terme de contrôle des naissances, il préfère celui de birth control, peut-être par prudence car, écrit-il : « Nous avons simplement tenu à faire œuvre d'information et, par conséquent, éclairer les gynécologues qui nous lisent, sur un problème qu'ils doivent connaître et qui peut embarrasser leur conscience professionnelle. Nous ne préconisons, ni ne rejetons le « Birth Control », dont les incidences morales et sociales nous dépassent parfois. Nous avons voulu, en dehors de toute couleur politique et à l'exclusion de tout élément passionnel qui, trop souvent, s'insinuent dans la discussion et l'altèrent, exposer des faits et étaler quelques opinions. [...] Il nous est donc loisible, dans une ambiance aujourd'hui favorable¹⁷⁴¹, d'aborder avec sérénité des problèmes jusqu'alors tabous »¹⁷⁴². Ce discours lénifiant et rassurant cache néanmoins, personne n'est dupe, une audace rare pour l'époque. Le terme anglo-saxon permet à ces spécialistes de revendiquer une description exhaustive des moyens contraceptifs grâce aux articles de leurs confrères britanniques, américains et néerlandais, évitant ainsi toute prise de position dangereuse. Cette expression est néanmoins sujette aux critiques d'Alfred Sauvy, pour qui il faut abandonner le mot « contrôle des naissances », un « décalque abusif de l'expression anglaise. Il trouve que ce terme, « pris dans le mauvais sens, suggère à ceux qui l'emploient, une idée fautive, celle de la parfaite sécurité des moyens utilisés pour prévenir les naissances »¹⁷⁴³. Alfred Sauvy le considère comme un leurre qui présente un « caractère magique » aux yeux de l'opinion : « l'emploi d'un mot étranger mal compris, et lui-même impropre, conduit ainsi à d'étranges

¹⁷³⁸ Conseil d'administration de l'Alliance nationale pour la vitalité française, « La limitation des naissances », *Vitalité française*, janvier-février 1961, n° 455, p. 165.

¹⁷³⁹ Qui a laissé à la postérité un discours d'inauguration de l'Institut d'études corporatives et sociales sous Vichy : *Le corporatisme français*, Paris, Paillard, 1942, 31 p.

¹⁷⁴⁰ Marcel Felgines, « Politique familiale et régulation des naissances », *Vitalité française*, mars-avril 1967, p. 206.

¹⁷⁴¹ Allusion au baby-boom en France : « Le climat est pour l'heure à la natalité », J. E. Marcel, « Avant propos », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 374.

¹⁷⁴² J. E. Marcel, « Avant-propos », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 373-374.

¹⁷⁴³ Roland Pressat, « Compte rendu d'un ouvrage d'Alfred Sauvy », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3183.

illusions »¹⁷⁴⁴. Alfred Sauvy, qui se situe du côté des opposants au droit à la contraception, affiche ainsi son scepticisme, une façon de nier la possibilité de contrôler effectivement les naissances.

Le Planning Familial préfère employer officiellement le mot orthogénie qui signifie étymologiquement régularité (ortho) des naissances (génie : qui engendre). Le D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, observant une politique prudente pour faire avancer le droit à la contraception, écrit en 1960 un article intitulé « Observations préliminaires sur 218 femmes ayant reçu des conseils médicaux d'orthogénisme, technique et prophylaxie mentale ». Elle justifie, dans une note, l'emploi de ce terme car le mot contraception « peut choquer certains autant que l'expression Birth Control. Nous l'avons remplacé par orthogénisme qui nous paraît plus approprié et qui, en tout cas, répond davantage à l'esprit dans lequel nous avons entrepris nos recherches »¹⁷⁴⁵. Si le mot contraception peut choquer, selon le D^r Lagroua Weill-Hallé, c'est parce qu'il « s'oppose à conception »¹⁷⁴⁶. L'emploi d'orthogénisme reste néanmoins confidentiel, y compris dans les publications médicales. Quand le MFPPF ouvre des centres de conseil sur la contraception à partir de 1961, il les nomme « centres d'orthogénie » dans la même volonté de prudence et de sérieux scientifique que suggère cette expression.

Pour l'opinion cependant, il s'agit des « centres du Planning ». L'expression « Planning Familial »¹⁷⁴⁷ finit par désigner la contraception à partir du nom du « Mouvement français du Planning Familial » adopté par l'association Maternité Heureuse en 1960 après son adhésion à l'IPPF¹⁷⁴⁸ deux ans plus tôt. La locution planning familial est empruntée à la militante américaine Margaret Sanger, qui l'emploie dès 1939 pour rompre avec le vocabulaire de type Birth Control trop marqué selon elle par ses liens avec le féminisme et les mouvements de libération sexuelle¹⁷⁴⁹. Elle lui semble plus acceptable socialement et politiquement. Mais l'expression traduite en français de « planification familiale » est régulièrement contestée, parfois avec mauvaise

¹⁷⁴⁴ Alfred Sauvy, préface à l'ouvrage de Roger Géraud, *La limitation des naissances* (préface d'Alfred Sauvy), Paris, Union générale d'Éditions, 1963, p. 11.

¹⁷⁴⁵ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, "Considérations préliminaires sur 218 femmes ayant reçu des conseils médicaux d'orthogénisme. Technique et prophylaxie mentale.", *Gynécologie pratique*, 1960, XI, p. 309.

¹⁷⁴⁶ Marie-Andrée Lagroua-Weill-Hallé, « Introduction », *Gynécologie pratique*, 1966, n° 1, p. 105-106.

¹⁷⁴⁷ Cette dénomination peut donc entraîner des confusions, c'est pourquoi il est d'usage de désigner l'association par MFPPF, ou Planning Familial avec majuscules.

¹⁷⁴⁸ L'IPPF est le sigle de l'« International Planned Parenthood Federation », créée en 1952 par Margaret Sanger (1879-1966) pionnière du droit à la contraception aux États-Unis. L'association Maternité Heureuse en s'y affiliant gagne un précieux soutien international et s'inscrit dans un mouvement international.

¹⁷⁴⁹ Cette interprétation est celle de Francis Ronsin, *La grève des ventres: propagande néo malthusienne et baisse de la natalité en France (XIX^e-XX^e)*, Paris, Aubier, 1980, p. 78.

foi, par ses opposants: « Parler de planification des naissances n'est guère [...] indiqué. On peut planifier une économie, une industrie, une production ; on voit mal les pouvoirs publics déterminer pour chaque couple le nombre d'enfants à avoir. Sans doute entend-on simplement faire allusion à la faculté donnée aux couples, grâce aux procédés contraceptifs, de déterminer librement, l'avance, le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir, ainsi que la date de leur naissance. Mais ne sommes-nous pas alors aux antipodes d'un dirigisme nettement incompatible d'ailleurs avec le respect de la vie et des consciences ? Gardons-nous aussi de situer l'enfant sur le même plan que les objets matériels, d'assimiler sa naissance éventuelle à l'achat d'une voiture, d'un appartement, d'une machine à laver »¹⁷⁵⁰.

Prophylaxie anticonceptionnelle est une autre expression rencontrée parfois dans les publications médicales. Elle met l'accent sur l'aspect préventif de la contraception. Le D^r Traissac, médecin catholique, préfère l'employer car elle signifie la prévention au sens large « d'une natalité explosive et incontrôlée, à base d'éducation, d'information judicieusement donnée, à base de maîtrise, d'entraînement de la volonté, si la prophylaxie anticonceptionnelle consiste à supprimer toute cause d'excitation érotique et sexuelle dans la rue, le cinéma, la télévision et la littérature, si la prophylaxie anticonceptionnelle est cela et rien que cela tout le monde devrait être d'accord et il serait alors facile de la réglementer. Les médecins seraient alors prêts à collaborer, bien que leur rôle, de par cette définition, soit relativement modeste. Mais si la prophylaxie anticonceptionnelle représente tous les moyens possibles d'éviter une grossesse, ou même de la supprimer si elle existe [...] permettant ainsi une vie sexuelle libre, sans contrainte, méthode de facilité mettant à la portée de tous une vie sexuelle « sans risque », cette prophylaxie est toute différente et risque de provoquer beaucoup plus de remous ». Sa position personnelle est claire dans la suite de son courrier : « C'est aux pouvoirs publics à prendre leurs responsabilités [...] mesures efficaces contre la pornographie, l'excitation des masses par le sensualisme et l'érotisme qui s'étalent dans les livres, les publications, la radio, la télévision, etc. »¹⁷⁵¹. On peut constater dans ce texte combien l'expression de prophylaxie peut servir des buts opposés tout en revendiquant la même qualité, à savoir la prévention.

Les opposants au droit à la contraception taxent leurs adversaires de malthusianisme ou de néo-malthusianisme, doctrine d'origine anglo-saxonne. Initialement, les Malthusiens, héritiers des idées de Malthus¹⁷⁵², veulent faire diminuer la natalité par la contrainte morale, mais les néo-malthusiens, plus prosaïquement et de façon plus réaliste, par la contraception. Ces derniers sont

¹⁷⁵⁰ Marcel Felgines, « Politique familiale et régulation des naissances », *Vitalité française*, mars-avril 1967, p. 205-206.

¹⁷⁵¹ Robert Traissac, « Prophylaxie anticonceptionnelle », *Le Concours médical*, 2 octobre 1965, p. 5630.

¹⁷⁵² Thomas Robert Malthus (1766-1834) est célèbre pour son ouvrage *Essai sur la principe de population* paru en 1798, dans lequel il prône la restriction volontaire des naissances.

liés au XIXe et au XXe siècles à divers mouvements de contestation sociale, généralement radicaux, bien loin de la doctrine conservatrice de Malthus¹⁷⁵³. Même si les néo-malthusiens ne sont pas seuls dans le combat pour la contraception, avec les libres-penseurs, les libertaires, les féministes, les humanistes et d'autres, ils restent une cible privilégiée des opposants de droite comme de gauche à la contraception. Retraçant un rapide historique du mouvement néo-malthusien français, le D^r Jean Sutter cite la Ligue Française pour la régénération humaine, fondée par Paul Robin (1837-1912) en 1896¹⁷⁵⁴ dont l'héritage libertaire revient à Jeanne Humbert qui réussit à publier de 1946 à 1949 une revue confidentielle, *La Grande Réforme*. Ce courant malthusien est rejeté dès le XIXe siècle par les marxistes et, plus tard, par le Parti Communiste Français, en tant que mouvement d'extrême gauche. Cette filiation libertaire constitue un péché originel pour le PCF et peut être considérée comme un des facteurs idéologiques justifiant l'acharnement des communistes contre le droit à la contraception. Fondamentalement cependant, le principal reproche des communistes vise la doctrine même de Malthus qui considère l'accroissement de la taille des familles comme la source de la misère. Logiquement, pour Malthus, limiter la natalité est le moyen idéal pour obtenir des progrès sociaux, loin de la lutte des classes. Pour Marx, Malthus « entendait détourner sur la nature les causes des misères effectivement engendrées par les défauts essentiels du système social »¹⁷⁵⁵. Il en résulte une rupture profonde avec les marxistes, justifiant idéologiquement le combat des communistes contre la contraception jusqu'en 1965 alors que le mouvement néo-malthusien français n'est plus que l'ombre de lui-même. Les communistes restent ainsi fidèles à leurs analyses d'avant-guerre : « La travailleuse n'entend pas par la liberté du corps la liberté de rester stérile, la liberté de s'assurer une triste vieillesse, mais en tout premier lieu la liberté de conquérir son bien-être et de bénéficier de la culture, la liberté de jouir d'une heureuse maternité »¹⁷⁵⁶. En 1952, Marie-Claude Vaillant-Couturier, suivant la même ligne, prend « la défense de l'enfance » : « Les communistes doivent être les meilleurs partout où l'on défend l'enfance. Pour nous, « l'homme est le capital le plus précieux¹⁷⁵⁷ ». [...] Comme le disait notre camarade Maurice Thorez : « L'enfant, notre plus doux espoir ». Parce que les communistes défendent l'avenir et la vie, ils défendent l'enfance. Les communistes ont toujours été hostiles à la théorie de Malthus. [...] Cette théorie a été combattue par Karl Marx comme antiscientifique et réactionnaire. [...] Nous aussi (comme Lénine et Staline) nous voulons des enfants qui nous aident à lutter pour qu'eux aussi connaissent cette débordante joie de vivre que donne

¹⁷⁵³ Ces réflexions sont tirées de Francis Ronsin, *opus cité*, 1997, p. 73.

¹⁷⁵⁴ Jean Sutter, « L'évolution du néo-malthusianisme en France depuis un siècle », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 435-437.

¹⁷⁵⁵ Conrad Van Emde Boas, « Du néomalthusianisme au Birth Control », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 382-383.

¹⁷⁵⁶ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 51, chemise n° 16, 1936, *article cité*, p. 740.

¹⁷⁵⁷ Citation de Staline.

le socialisme »¹⁷⁵⁸. Un autre reproche est également adressé au malthusianisme, celui d'être « pessimiste » au contraire du natalisme qualifié « d'optimiste »¹⁷⁵⁹.

Du côté des catholiques, l'opposition à Malthus et aux néomalthusiens et l'assimilation des partisans de la contraception à cette famille idéologique sont tout aussi catégoriques. Le P^r Marc Rivière et le D^r Robert Traissac, médecins catholiques opposés à la légalisation de la contraception, continuent de relier le contrôle des naissances à l'infâme néo-malthusianisme en 1957 : « Qu'est-ce que le Malthusianisme ? Malthus, homme d'Église, proposait la continence comme seul moyen propre à éviter la surpopulation de l'univers et la famine. Il s'agissait, donc, de faire baisser la natalité. Qu'est-ce que le Néo-malthusianisme ? Le but est le même, seuls les moyens diffèrent : ce sont les moyens anticonceptionnels. En quoi le Birth-Control diffère-t-il du Néo-malthusianisme ? Par le but : régulation (!) des naissances et non diminution, et cela par les mêmes moyens anticonceptionnels. On juge d'emblée tout ce qu'ont d'artificiel ces nuances que les auteurs estiment essentielles. Tout cela est trop théorique. Revenons sur terre. Puisqu'il est démontré que le Birth-Control diminue la natalité, il n'y a aucune différence pratique entre Birth-Control et Néo-malthusianisme. Si les intentions sont différentes, les résultats sont les mêmes »¹⁷⁶⁰.

Quand l'association Maternité Heureuse succède, tout en s'en démarquant, aux néo-malthusiens à bout de souffle, ses adversaires reprennent la vieille accusation de (néo-)malthusianisme. Pourtant, Anne-Marie Dourlen-Rollier, militante du Planning, remarque que « vers 1930, les diverses associations étrangères de « Birth-Control » s'étaient progressivement écartées des vieux principes néo-malthusiens. La contraception est devenue un chapitre de médecine préventive, une prophylaxie de l'avortement, un facteur d'aide pour l'équilibre des couples et de la famille. Il ne s'agissait donc plus de la considérer comme un instrument de dénatalité mais comme un élément d'une politique démographique saine »¹⁷⁶¹. Pour elle, les opposants à la contraception qui invoquent Malthus sont de mauvaise foi en ignorant volontairement les valeurs défendues par les militants du MFPPF.

Les natalistes français, médecins et démographes, emploient régulièrement l'expression « refus de la vie » ou « refus de l'enfant » pour caractériser les positions des partisans d'un changement de la loi. En 1966, le P^r Malinas parle ainsi de la « généralité du refus » de l'enfant à partir d'un certain nombre de

¹⁷⁵⁸ Marie-Claude Vaillant-Couturier, *article cité*, 1952, p. 756-757.

¹⁷⁵⁹ Eugène Dupréel, « Morale et démographie », *Population*, 1950, n° 1, p. 36.

¹⁷⁶⁰ Marc Rivière et Robert Traissac, « À propos du Birth-control », *Gynécologie pratique*, 1957, t. VIII, n° 1, p. 40-41.

¹⁷⁶¹ Anne-Marie Dourlen-Rollier, « Régulation des naissances et législation. Histoire des dix premières années du « Planning Familial » en France », *Gynécologie pratique*, 1966, n° 2, p. 140.

naissances¹⁷⁶². En 1975, Alfred Sauvy, dans un exposé devant l'Académie nationale de médecine s'exprime de la même façon : « Multiplions nos efforts pour que cesse le refus de la vie, dont il serait presque naïf de dire qu'il est mortel »¹⁷⁶³. Ce terme de « refus » sert d'évidence à souligner l'aspect négatif, à leurs yeux, de l'aspiration à une contraception fiable.

Malgré les prises de positions de ces experts pour la plupart natalistes, les défenseurs du droit à la contraception vont bénéficier d'un contexte favorable à partir des années 1956-1960 pour faire partager leurs revendications à l'opinion et aux dirigeants politiques. Le MFPP est en première ligne dans le débat public qui s'engage alors et aboutit à la défaite de ces experts en 1967.

I Un contexte favorable

Dès le milieu des années cinquante, le contexte s'avère favorable à une évolution de la législation française vers la reconnaissance du droit à la contraception malgré les réticences de la plupart des experts.

A Un débat urgent et inévitable

Le constat est général : « La contraception est un fait social si important qu'il semble anormal qu'un médecin ne soit pas au courant de ces pratiques »¹⁷⁶⁴.

Tous les médecins ou presque reconnaissent les demandes pressantes ou discrètes de leurs patient(e)s. Au tournant des années cinquante-soixante, les problèmes sont assez clairement posés mais sans s'affranchir encore des références religieuses. En 1961, une enquête, dans *Le Concours médical*, révèle qu'au moins un tiers des femmes, sur 1 020 patientes accouchant dans trois hôpitaux parisiens, auraient souhaité éviter leur grossesse en prenant « la pilule » et 69 % se déclareraient futures utilisatrices de ce tout nouveau moyen de contraception¹⁷⁶⁵. Les interdits religieux ne semblent plus influencer les femmes, 3 % seulement de celles-ci invoquant des raisons religieuses pour refuser la contraception¹⁷⁶⁶. Cette quasi absence de principes religieux semble montrer le fossé grandissant entre des médecins, toujours ligotés en majorité par la position officielle de l'Église, et leurs patientes qui n'en ont cure. Certes il

¹⁷⁶² Yves Malinas, "Hippocrate dit oui, Gallien dit non...", *Le Concours médical*, 1966, p. 4440.

¹⁷⁶³ Alfred Sauvy, « La population française : situation actuelle et perspectives d'avenir », *Bull de l'Académie Nationale de Médecine*, 17-6-1975, p. 514.

¹⁷⁶⁴ Jean Sutter, « Suggestions en vue de solutions positives », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3169.

¹⁷⁶⁵ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale, *compte rendu cité*, 1967, p. 281.

¹⁷⁶⁶ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale, *compte rendu cité*, 1967, p. 281.

s'agit d'hôpitaux parisiens : en région parisienne « la religion est beaucoup moins autoritaire qu'elle ne l'est en province ; des couples qui demandent conseil, 2 % seulement en suivaient les rites à la lettre »¹⁷⁶⁷. Deux ans plus tard, à la question posée à 1 200 accouchées de l'hôpital de Grenoble : « On dit qu'il va bientôt exister des pilules absolument efficaces pour éviter toute grossesse et sans aucun danger. En auriez-vous pris pour éviter cette grossesse, si cette pilule avait été à votre disposition ? », 34,5 % ont répondu « oui » mais 56,4 % « non ». Ces chiffres attestent de la réticence de la (courte) majorité des femmes françaises à cette date, non envers la contraception mais plutôt envers la pilule. Le D^r Siebert estime donc dans sa thèse que « 414 grossesses sur 1 200 (soit 35 %) auraient été évitées ou différées »¹⁷⁶⁸. Elle distingue l'attitude des catholiques pratiquants de celle des non pratiquants, signalant que 57 % des non pratiquants utiliseraient cette pilule contre 40 % des pratiquants¹⁷⁶⁹. En province, selon la terminologie de l'époque, la prégnance des interdits religieux semblerait ainsi plus puissante que dans la région parisienne. Néanmoins plus d'un tiers des femmes seraient prêtes à utiliser la pilule alors que celle-ci bénéficie d'une réputation exécrationnelle et qu'il lui est attribué des effets secondaires terrifiants (cancer etc.). Les aspirations d'une partie des femmes à une contraception moderne et efficace représentée par la pilule sont donc débattues publiquement et relancent en France un débat limité jusque là aux experts et aux pionniers. Ces revendications sont révélatrices de l'effacement progressif de l'influence de l'Église sur les femmes interrogées quand les références religieuses restent centrales, à cette date, pour les experts.

Les médecins catholiques eux-mêmes sont conscients de cette évolution. Réunis en 1962, à l'occasion de la publication du rapport de la commission Prigent¹⁷⁷⁰, quatre-vingt d'entre eux reconnaissent : « S'il y a un problème qui se pose quotidiennement au médecin, c'est celui soulevé par la régulation des naissances »¹⁷⁷¹. Pas d'angélisme, donc, même s'ils se contentent d'un constat. En 1962, pour le D^r Cochemé, psychiatre : « à la faveur de la publicité faite autour de la question, la mentalité des « clients » va probablement se modifier »¹⁷⁷². À l'intérieur même des instances de l'Ordre national des médecins, le P^r Magnin cite en 1965 le cas d'une « femme qui a eu cinq enfants en six ans et qui désire espacer les naissances, et celui d'une mère de famille

¹⁷⁶⁷ C. Koupernic et Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4911.

¹⁷⁶⁸ Solange Siebert, *Attitudes devant la maternité (enquête auprès de 1 200 accouchées)*, Grenoble, 1963, n°5, f. 62-63.

¹⁷⁶⁹ Solange Siebert, *thèse citée*, 1963, f. 85.

¹⁷⁷⁰ Notons que cette commission recommande, à l'issue de ses travaux qui ont débuté en 1960, la fin du statu quo et la réglementation de la vente des contraceptifs. Elle conseille cependant de continuer à en interdire toute publicité, dans le respect de la loi de 1920.

¹⁷⁷¹ M. Denis et R. François, « Position d'un groupe de médecins catholiques lyonnais sur le problème de la régulation des naissances », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3159.

¹⁷⁷² « Points de vue de psychiatres », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3164. On peut noter le terme masculin de « clients » pour désigner des patientes.

dont l'appartement est trop petit. [...] Les médecins sont fréquemment consultés pour des cas de ce genre, d'autant plus que la propagande s'intensifie autour de la contraception »¹⁷⁷³. Une partie des médecins semble perplexe devant ces demandes nouvelles qu'ils relient aux articles de presse et plus particulièrement à la « propagande », terme qui condamne l'information sur la contraception dans le cadre de la loi.

Les demandes de contraception ne sont cependant pas toujours claires. Le D^r Hélène Michel-Wolfromm, en réponse à la question « Ces femmes venaient-elles vous voir pour parler contraception ? », déclare : « Elles se plaignaient de divers troubles et la contraception n'était pas la raison avouée de leur visite ». À la question, « Dirigiez-vous cependant la conversation ? », elle répond : « Non ! Elles ont abordé le sujet, sans qu'aucune question ne leur tende la perche. En fait, elles étaient, en majorité, mécontentes de leurs produits anticonceptionnels »¹⁷⁷⁴. Forte de son expérience (7 600 couples reçus en dix ans), le D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé constate : « Un tiers des couples nous consulte tôt dans leur vie conjugale et désire planifier leur famille comme ils planifient leur économie. Ils viennent dès le premier enfant ou même dès le mariage. [...] À côté de ces jeunes couples désireux de planifier leur famille, nous voyons des couples en difficulté dont la vie sexuelle est empoisonnée par la crainte d'une grossesse indésirée, dont les enfants sont trop nombreux ou trop rapprochés, qui ont des soucis d'argent, de situation, un logement insuffisant et qui ont souvent accumulé les avortements provoqués »¹⁷⁷⁵. Parmi les difficultés évoquées arrive en tête le problème du logement, encore récurrent au début des années soixante en France. Lors d'une enquête en 1964 auprès des accouchées à la Maternité de l'hôpital Rothschild à Paris, la crise du logement apparaît comme une « source supplémentaire de tensions et de conflits » pour plus de 60 % des femmes enceintes interrogées. 26 % d'entre elles sont logées à l'étroit, et souvent de façon précaire chez d'autres personnes (parents, beaux-parents...) ! Les deux chercheurs remarquent « la manière constante et très spontanée dont les jeunes femmes rendent leur logement responsable du refus ou de l'acceptation difficile de leur enfant, comme si c'était le moyen le plus évident et le plus commode de justifier leur réticence. [...] Il s'établit une sorte de consensus, certaine qu'est la femme d'être comprise par son interlocuteur [...] Elle se sert d'une crise sociale dont l'objectivité est incontestée pour introduire à ses conflits plus personnels et plus profonds »¹⁷⁷⁶. Le leitmotiv de la crise du logement peut donc être interprété comme une façon socialement correcte d'évoquer une grossesse non désirée ou peu désirée et en retour un désir de contraception efficace.

¹⁷⁷³ Conseil National de l'Ordre, procès verbal de la session du 3 juillet 1965, p. 6.

¹⁷⁷⁴ C. Koupernic et Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4911.

¹⁷⁷⁵ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « La Française devant la contraception », *Le Concours Médical*, 25-11-1967, p. 7859.

¹⁷⁷⁶ Léon Chertok et Claude Revault d'Allonnes, "Habitation et grossesse", *L'Hygiène mentale*, 1964, n° 3, p. 120 et 124.

Les médecins ne semblent donc pas dupes devant les raisons invoquées par les femmes et ils doivent y faire face presque journallement avant la loi Neuwirth.

Face à ces demandes plus ou moins clairement formulées, l'attitude des médecins avant la loi Neuwirth ressort de l'attentisme. Comme le déplorent les gynécologues de Suisse romande qui accueillent des milliers de patientes françaises: « à part de rares exceptions, les médecins français se désintéressent du problème du Birth Control »¹⁷⁷⁷. En 1965 encore, le D^r Traissac regrette que « trop de médecins, hélas, sans méconnaître la gravité du problème (sinon il faudrait qu'ils soient totalement inconscients) ont trop tendance à penser que cela les dépasse et à répondre « débrouillez-vous » aux questions que leurs posent les couples en difficulté. Et Dieu sait s'il y en a ! »¹⁷⁷⁸.

L'attentisme des médecins est officiellement justifié par l'interdiction de toute propagande anticonceptionnelle inscrite dans la loi de 1920. Cette notion ambiguë de propagande sert de prétexte à nombre d'entre eux. Anne-Marie Dourlen-Rollier en dénonce les conséquences pour les femmes : « Elle a eu aussi un effet secondaire extrêmement grave : celui de favoriser l'avortement clandestin, en entravant l'information sur les méthodes anticonceptionnelles. Beaucoup ont cru que cette loi rendait impossible toute information, et ainsi la majorité des couples français a été maintenue dans un obscurantisme quasi-total en ce qui concerne la contraception »¹⁷⁷⁹. Le D^r Henri Fabre caricature ainsi les réactions de ses confrères : « Elles (les patientes) nous viennent, en quête d'un avis, dans le tourment d'une inquiétude. Et, lorsque nous conseillons : « Surtout pas de grossesse ! », automatiquement cette question viendra : « Mais comment faire ? » Une fois de plus, nous nous en tirerons par une boutade du genre : « Faites coucher votre mari à la cave ! » Et quelques temps après, le mari ayant préféré coucher dans son lit, elle reviendra nous annoncer qu'elle a un retard de règles. Nous l'encouragerons : « Ne vous tourmentez pas, tout ira bien ! » Elle sourira par politesse. Et une fois de plus nous ne serons pas plus fiers que cela de notre comportement personnel. De notre lâcheté »¹⁷⁸⁰.

En résumé, « Les médecins réagissent de trois manières : les uns ne s'y intéressent pas et ne donnent aucun conseil. Les autres sont indifférents mais sympathisants : ils sont les plus dangereux car ils donnent de fausses mesures de diaphragme. Les derniers sont des avocats, vieux ou jeunes. Les vieux, parmi lesquels je me range, ne sont pas passionnés et ne s'affolent pas si une fille ne met pas un diaphragme. Les jeunes sont des apôtres. Pour eux, la contraception est un métier ; plus, une vocation. Mes jeunes collaborateurs militent pour la

¹⁷⁷⁷ M. Mühlethaler, « Problèmes du Birth Control », *BFSGOLF*, avril-mai 1960, p. 129-133 ; discussion in *BFSGOLF*, 29-10-1959, p. 429.

¹⁷⁷⁸ Robert Traissac, *article cité*, 1965, p. 5630.

¹⁷⁷⁹ Anne-Marie Dourlen-Rollier, « Régulation des naissances et législation. Histoire des premières années du Planning Familial en France », *Gynécologie pratique*, t. XVIII, n°2, 1966, p. 138.

¹⁷⁸⁰ Henri Fabre, *La maternité consciente*, Paris, Denoël, 1960, p. 151.

contraception. Leurs résultats sont meilleurs que les miens. [...] Les résultats d'un médecin sont fonction de la foi qu'il manifeste en la méthode qu'il prescrit. »¹⁷⁸¹. Bel (et rare) hommage à l'enthousiasme et à l'efficacité professionnelle de la jeune génération par un médecin femme née en 1914. En pratique « Une enquête faite en 1966 [...] révélait que 24 % des médecins interrogés pour un problème d'espacement des naissances avaient refusé de donner leur aide ou même une information ». L'auteur commente: « Ils n'avoueront pas leur ignorance : leur prestige pourrait en souffrir ! Ils se contenteront de rudoyer leurs interlocuteurs et se retrancheront derrière leur Morale (avec un grand M). Au mieux ils les enverront devant le Planning Familial comme un pis-aller. »¹⁷⁸². Réticence, ignorance, morale, voire mauvaise foi.

Néanmoins la plupart des médecins qui s'expriment ne fuient pas leurs responsabilités et pensent que « les problèmes, dans toutes les dimensions du conflit, doivent être envisagés au premier chef dans le cabinet de consultation du médecin [...] (grâce) au climat de confiance qui appelle la confiance et qui ne peut se réaliser qu'au cours du « colloque singulier »¹⁷⁸³, entre le patient et son médecin. Car « le client n'est pas un malade [...] mais un sujet sain venu le consulter dans l'unique but de se préserver de son pouvoir de procréation. [...] Qui doit décider, le patient ou le médecin ? »¹⁷⁸⁴. À cette date, les médecins ne semblent pas prêts à abandonner la moindre partie de leur pouvoir. On peut noter qu'il n'est jamais question ici de « femmes », de « patientes », alors qu'il s'agit bien uniquement d'elles ! C'est pourquoi certains médecins redoutent ces consultations à cause de leur « caractère inhabituel » puisqu'il ne s'agit pas d'une « demande de secours » et que le médecin se voit réduit « au rôle de manœuvre-distributeur » de contraceptifs. De plus, il peut se sentir mal à l'aise devant les problèmes évoqués »¹⁷⁸⁵. Effectivement les réticences d'une partie du corps médical sont confortées par le caractère original, unique à l'époque, de la demande contraceptive. L'initiative vient en effet de femmes qui ne sont pas malades, ne ressentent pas de troubles, sauf exception. La demande de contraception sous la forme de pilule demande donc au médecin de s'adapter à une nouvelle fonction : il ne s'agit plus de soigner ni de prévenir une maladie, mais de permettre à sa patiente d'éviter une grossesse. Celle-ci se trouve dans un cas unique : elle est en bonne santé et prend l'initiative de la consultation en connaissant la plupart du temps la solution médicale à son problème ! Le médecin n'est donc plus en posture de pouvoir mais de simple prescripteur.

¹⁷⁸¹ C. Koupernic et Hélène Michel-Wolfrom, « Cinq cent femmes parlent de contraception », *Le Concours médical*, 14-21-28 août 1965, p. 4915.

¹⁷⁸² Raymond Baud, *La pilule, échec au roi*, Paris, Laffont, 1968, p. 68.

¹⁷⁸³ M. Denis et R. François, *article cité*, 1962, p. 3160.

¹⁷⁸⁴ Paul Houillon, *Rôle du médecin en matière de contraception*, thèse de médecine, Lille, 1966, n°136, f. 66 et 70.

¹⁷⁸⁵ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale, *compte rendu cité*, 1967, p. 510.

Face à cette situation nouvelle et déstabilisante pour un médecin traditionnel, certains opposants à la contraception enragent : « Contrairement à sa mère et à sa grand-mère la femme « moderne » refuse de prendre la responsabilité de ses actes : elle désire vous la transférer. [...] Juge abusif d'une situation qui ne vous regarde pas, vous êtes devenu partie, vous avez signé, vous avez transformé en thérapeutique ce qui était simple manifestation de liberté individuelle »¹⁷⁸⁶. Au-delà de l'aspect caricatural de ce constat, le P^r Malinas cible bien le changement induit dans la relation médecin/patiente par le développement de la contraception. Celle-ci laisse aux médecins un rôle à jouer mais l'homme de l'art est contraint d'évoluer : la patiente n'en est plus une, elle sait ce qu'elle veut, elle demande au médecin de lui assurer une contraception fiable et sans risques. Le médecin n'est plus à l'origine de la décision même s'il en reste le garant et son cabinet de consultation le passage obligé.

Les réticences des médecins sont communément reliées au tabou de la sexualité. En 1968, le D^r Raymond Baud remarque : « Le simple fait d'aborder la vie sexuelle, sous toutes ses manifestations, engage la personnalité totale du médecin qui se trouve plongé au cœur même des problèmes conjugaux et familiaux du couple venu le consulter. La « charge émotionnelle » importante de beaucoup de ces consultations entraîne le désarroi du médecin car les situations que lui exposent ses clients lui rappellent celles qu'il a vécues ou qu'il a vu vivre par ses parents et ses proches. »¹⁷⁸⁷. Avec plusieurs années de recul, le D^r Henri Rozenbaum interprète de la même façon la résistance des médecins : « si le praticien n'est guère tenté de s'identifier avec un patient atteint de fièvre typhoïde ou de cardiopathie, il se trouve, devant une consultante ou un couple venus réclamer un conseil contraceptif, confronté avec la sexualité »¹⁷⁸⁸, c'est-à-dire obligé, en quelque sorte, malgré lui, de s'impliquer dans ce qu'il a de plus intime. En dernière analyse, les difficultés, largement exprimées, des médecins à affronter la demande de contraception doit être reliée avant 68 au tabou de la sexualité.

Même quand le praticien est de bonne volonté et conseille telle ou telle contraception dans le secret de son cabinet, il ne peut aller plus loin car les moyens contraceptifs, à l'exception du préservatif masculin, ne sont pas en vente en France. Dans les années cinquante, il s'agit essentiellement des diaphragmes qui doivent être achetés à l'étranger en Angleterre ou en Suisse ou bien importés par correspondance, ainsi que la gelée spermicide qui les complète. Ainsi le D^r Marcel émeut ses lecteurs à l'évocation du cas d'une jeune femme de 22 ans très abîmée par ses quatre grossesses en rapportant leur dialogue datant de 1957 : « Mme M. ajouta : « À chaque période menstruelle je vis dans l'angoisse. Je ne voulais pas de troisième enfant et à plus forte raison

¹⁷⁸⁶ Yves Malinas, « Faut-il adorer la pilule ? », *Le Concours médical*, 18-6-1966, p. 4431.

¹⁷⁸⁷ Raymond Baud, *op. cit.*, 1968, p. 74.

¹⁷⁸⁸ Henri Rozenbaum, « Les résistances du corps médical à la contraception », *Contraception Fertilité Sexualité*, 1975, 3 (4), p. 253.

du quatrième. J'ai un mari qui ne veut pas de condom et pas davantage de coït interrompu. Nous avons scrupuleusement appliqué la loi d'Ogino... qui m'a valu mes deux dernières grossesses. On m'a conseillé des comprimés effervescents : je crains qu'ils m'irritent ; d'autres m'ont parlé de pessaire : j'ai peur qu'il me blesse. J'ai une sœur en Amérique : elle a eu deux enfants ; puis elle a consulté et depuis elle paraît tranquille. Que faire, Docteur, que faire ? » J'aurais bien aimé feuilleter avec Mme M. les « Remarques » de Mme Lagroua¹⁷⁸⁹ qui étaient là toutes proches, dans l'espoir d'y trouver une solution. Je me suis contenté de lui suggérer de s'informer auprès de sa sœur d'Amérique ou mieux de prendre l'avion pour Chicago afin d'y consulter Greenhill ou plus simplement pour Londres qui est évidemment plus près et ... j'ai signé la feuille de Sécurité Sociale »¹⁷⁹⁰.

Devant les pressions de leurs patientes, certains médecins sont prêts à des « accommodations » permettant de ne pas toucher au texte de la loi rendant « impossible toute propagande malthusienne » tout en leur permettant de prescrire des contraceptifs « sans que soit dissimulé leur caractère anticonceptionnel »¹⁷⁹¹. Façon de ménager tout le monde et de ne contenter personne, cette tolérance rendrait impossible tout débat public autour de la contraception. Surtout, elle laisserait libre cours au bon vouloir du médecin en renforçant ainsi son arbitraire, c'est-à-dire le pouvoir médical. Sans changement de loi, le médecin resterait seul juge des demandes des femmes. Or « Le médecin n'est ni un juge ni un moraliste. De quel droit refuserait-il une prescription à une personne qui la lui demande à partir du moment où il connaît l'innocuité de cette prescription ? Comment pourrait-il connaître les cœurs, sonder les intentions ? Comment et pourquoi se permettrait-il d'inculquer à autrui sa propre conception du monde ? À partir de quels critères et en vertu de quels pouvoirs ? Au début de la contraception féminine, il n'y a pas si longtemps, alors que nous n'étions en France que onze médecins prescripteurs, je demandais systématiquement que la consultante m'apporte son livret de famille. Pourquoi, de quel droit ? Depuis que les médecins ont perdu leur robe, ils ont toujours jaloué les juges. Les médecins éprouvent trop fréquemment l'irrésistible envie de se grandir. Quand un médecin vous dit « mon petit », il se dit à lui-même « mon grand ». Le rôle du médecin est strict, rigoureux et défini. Le médecin est un technicien de la santé, il ne saurait refuser des soins, de même qu'il ne saurait refuser d'apprendre, d'assumer et de pratiquer toutes disciplines afférentes à son domaine propre qui est le maintien de l'équilibre physique et mental des individus. La contraception sous toutes ses formes

¹⁷⁸⁹ C'est-à-dire le courrier qu'il a reçu de la part du D^r Lagroua Weill-Hallé pour répondre aux gynécologues catholiques s'opposant à la contraception dans un numéro précédent de la revue.

¹⁷⁹⁰ J. E. Marcel, « Avant-propos », *Gynécologie pratique*, 1957, n°3, p. 138.

¹⁷⁹¹ « Suggestions en vue de solutions positives. Interview du Dr Jean Sutter et de Charles Vaille. », *Le Concours médical*, 19-5-1962, p. 3174.

compatibles avec la santé est une de ces disciplines »¹⁷⁹². Peu de médecins français sont prêts à adopter cette position audacieuse en 1963.

Les médecins français sont bousculés par l'arrivée de la pilule contraceptive, mise au point et commercialisée à partir de 1960 aux États-Unis, qui promet une contraception proprement miraculeuse. Elle est réputée fiable, simple, détachée du moment de l'acte sexuel, contrairement au diaphragme et au préservatif masculin qui représentaient jusque là les moyens contraceptifs les plus sûrs et les plus employés. La « pilule », terme devenu générique, est composée de deux hormones sexuelles, l'œstrogène et la progestérone. Cette association permet de bloquer l'ovulation, donc de rendre toute fécondation impossible, tout en maintenant un cycle régulier de 28 jours. L'inhibition de l'ovulation fonctionne selon un mécanisme semblable à celui de la grossesse. Sur le plan strictement médical, la pilule a deux avantages : elle est facile à utiliser, à la différence des préservatifs, diaphragmes et crèmes, et elle est efficace. Comme le constate le P^r Grasset : « Chaque fois que le produit a été absorbé avec régularité et exactitude, aucune gestation n'est survenue pendant toute la durée de l'administration, que ce soit à Porto-Rico (expérience de Pincus), à Los Angeles, aux Indes etc. »¹⁷⁹³. Le monde anglo-saxon est en effet pionnier pour la recherche et la diffusion de moyens contraceptifs médicaux. Bien avant la pilule, les premiers centres de planification ouvrent en 1916 aux États-Unis et en 1921 en Grande Bretagne¹⁷⁹⁴ ; il n'y existe donc officiellement plus de tabou sur les méthodes contraceptives. La contraception hormonale est mise au point aux États-Unis par le D^r Gregory G. Pincus, surnommé plus tard « le père de la pilule »¹⁷⁹⁵. En 1957 est commercialisé aux États-Unis un premier œstroprogestatif comme régulateur de menstruations et en 1960, à l'issue d'une expérience de plusieurs années à Porto Rico supervisée par Pincus, une pilule est à la disposition des femmes, clairement identifiée cette fois comme moyen contraceptif.

En France au contraire, la recherche sur la contraception est inexistante. Le P^r Baulieu, l'un des rares chercheurs français à s'y intéresser, ne trouve de financement pour ses recherches au début des années soixante qu'auprès des Américains, plus précisément de la Fondation Ford, grâce au soutien de Gregory G. Pincus lui-même. Ensuite seulement ses travaux peuvent être financés sur fonds publics et privés français¹⁷⁹⁶ et aboutissent à la création de la RU 486 en 1981. La seule avancée de la médecine française en matière de

¹⁷⁹² Roger Géraud, *La limitation des naissances*, Paris, Union Générale d'Éditions, 1963, p. 10.

¹⁷⁹³ Jean Grasset, « Méthodes de contrôle de la conception par les médicaments gestagènes-œstrogènes orales. Intérêt, difficultés, dangers, indications. », *Livre jubilaire offert au Dr Dalsace*, Paris, Masson, 1966, p. 151-152.

¹⁷⁹⁴ In Lara V. Marks, *Sexual Chemistry*, New Haven, Yale University Press, 2001, p. 118.

¹⁷⁹⁵ L'histoire de la découverte progressive de la pilule contraceptive est relatée dans l'ouvrage remarquable de Lara V. Marks, *opus cité*, 2001.

¹⁷⁹⁶ Étienne-Émile Baulieu, entretien du 11 juillet 2008.

contraception à l'époque concerne en 1960 une équipe de médecins catholiques de Nantes désireux d'améliorer la méthode Ogino par celle des températures, dans le but de promouvoir une méthode naturelle autorisée par le Vatican. Les chercheurs français qui étudient les hormones le font, quant à eux, dans le cadre de travaux sur la thyroïde et le pancréas. Les laboratoires hospitaliers, vecteurs de ces recherches, ont en effet pour but principal de répondre aux troubles physiologiques des malades venus consulter. Pour Jean-Paul Gaudillière, l'absence de travaux sur la contraception hormonale est ainsi à mettre en relation avec cet aspect clinique de la recherche française, qui est essentiellement hospitalière¹⁷⁹⁷. Contrairement à ce qui s'est produit pour l'ASD, les Français ne sont donc pas pionniers pour la contraception. Cette situation révèle à la fois l'indifférence et la crainte des institutions françaises, publiques et privées, devant le problème. Le climat officiel unanimement nataliste en France, sous la houlette d'Alfred Sauvy, dévalorise toute recherche dans ce domaine et ne favorise donc pas son financement public ou privé. En outre la loi de 1920 stérilise toute recherche et tout enseignement sous couvert de sanctionner la propagande anticonceptionnelle. Mais pour le D^r Lagroua Weill-Hallé invoquer cette loi n'est qu'un prétexte commode : « La recherche médicale, dans ce domaine, n'est pas visée par la loi ; elle est seulement paralysée par l'ignorance des médecins, d'une part, et d'autre part par l'impossibilité pour les femmes de trouver des contraceptifs en pharmacie »¹⁷⁹⁸.

Il n'est donc pas surprenant que les thèses de médecine consacrées à la contraception datent toutes (à une ou deux exceptions près) de la période à partir de laquelle celle-ci est légalisée par la loi de 1967. L'une des premières est soutenue par le D^r Henri Rozenbaum à Paris, en 1967¹⁷⁹⁹. Il l'a dédiée, de façon significative, à Gregory G. Pincus, qui vient de mourir. Précédant d'un an la thèse du D^r Rozenbaum, une autre thèse, soutenue elle aussi à Paris, s'intitule : *Existe-t-il un fondement médical à la contraception chez les multipares ?*¹⁸⁰⁰ Le titre en est restrictif puisque la contraception ne concernerait que les multipares, c'est-à-dire les mères ayant eu au moins cinq grossesses (14,1 % des femmes en moyenne à l'époque). La prudence du D^r Perdrix se révèle aussi dans la forme interrogative du titre ; il ne répond d'ailleurs pas clairement à la question qu'il pose en conclusion¹⁸⁰¹. Il prend

¹⁷⁹⁷ Jean-Paul Gaudillière, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, Edition La Découverte, 2002, p. 362.

¹⁷⁹⁸ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 312.

¹⁷⁹⁹ Henri Rozenbaum, *La responsabilité du médecin devant la contraception orale*, Paris, 1967, n° 928. Le D^r Rozenbaum est un gynécologue et un endocrinologue qui exerce toujours. Il est connu pour ses travaux sur la ménopause à partir des années soixante-dix.

¹⁸⁰⁰ Thèse de Jacques Perdrix, Paris, 1966, n° 67.

¹⁸⁰¹ « La contraception pourrait être proposée aux couples conscients de leurs responsabilités face à ce problème, cela exigerait évidemment une certaine évolution. Si aucune raison médicale ne la justifie, la contraception devient une possibilité laissée au libre arbitre des

ainsi la précaution de ne traiter que d'indications médicales concernant moins de 15 % des patientes. Enfin, sa thèse est consensuelle : quel médecin peut humainement s'opposer à une contraception pour ces femmes multipares ? Cette thèse ne constitue donc pas une réflexion intéressante et novatrice malgré l'audace, relative, de son sujet.

L'inexistence de la recherche en France participe au désintérêt des revues médicales au sujet de la contraception. La revue du Planning Familial, *Maternité Heureuse*, s'en distingue en rendant régulièrement compte des avancées des recherches aux États-Unis, en particulier celles de Gregory G. Pincus, sous la plume du P^r Ernest Kahane. En 1960, par exemple, ce dernier commente un article paru dans la revue américaine, *Chemical and Engineering News*, dont il n'omet pas de préciser les liens avec les firmes pharmaceutiques. Il note que « les plus intéressants de ces produits (les « pilules ») semblent être ceux qui ont un effet vraiment préventif ; en s'opposant à l'ovulation, ils empêchent évidemment toute conjugaison de l'ovule et du spermatozoïde ; ils jouent leur rôle en entravant la production d'un acte vital et non en détruisant après-coup son effet. On comprend l'importance de cette considération aux yeux de bien des intéressés »¹⁸⁰². En quelques lignes, tout est dit : l'action de la pilule est expliquée (elle empêche toute fécondation) et mise en perspective (elle ne détruit pas le produit de la conception puisqu'il n'y a pas conception) ce qui devrait rassurer les catholiques. Il ajoute : « Il y a progrès, on peut être optimiste en voyant la détermination avec laquelle ces questions sont étudiées dans certains pays. On doit regretter que de telles recherches ne soient pas menées au grand jour dans le nôtre qui n'est pas le dernier à y être intéressé »¹⁸⁰³.

Il n'existe non plus aucune formation en France à la contraception qui ne fait pas partie du cursus des études de médecine ni de l'enseignement postuniversitaire. En 1952 cependant, le P^r Amédée Laffont évoque dans son manuel de gynécologie le birth-control dans les pays anglo-saxons et scandinaves¹⁸⁰⁴. Il s'agit d'une rapide description de deux pages, sans prise de position. Là encore les militants du Planning prennent le relais et les médecins de l'association forment des centaines de confrères après être allés eux-mêmes en Angleterre.

La pilule hormonale est commercialisée en France au début des années soixante. Les laboratoires français Roussel et Byla mettent sur le marché des

intéressés, mais il n'appartient pas au médecin de la prescrire », in Jacques Perdrix, *thèse citée*, 1966, f. 112. Cette conclusion peut être interprétée comme un chef d'œuvre de prudence, voire d'hypocrisie.

¹⁸⁰² Ernest Kahane, « Du nouveau en cours sur les contraceptifs chimiques », *Maternité Heureuse*, 1960, n°12, p. 29.

¹⁸⁰³ Ernest Kahane, *article cité*, 1960, p. 30.

¹⁸⁰⁴ Amédée Laffont, *opus cité*, 1952, p. 445-446.

médicaments comportant des œstro-progestatifs¹⁸⁰⁵, pouvant donc faire office de contraceptifs, sans que cette qualité soit précisée dans la notice. Le but affiché est de réguler le cycle féminin et la menstruation. Cet usage thérapeutique est d'ailleurs approuvé par le pape Pie XII le 12 septembre 1958 dans son discours au septième Congrès international d'hématologie¹⁸⁰⁶. Conséquence paradoxale : les mineures peuvent donc plus facilement bénéficier de ces traitements que les femmes plus âgées. En effet, « les règles douloureuses sont un excellent prétexte pour donner aux filles, les plus surveillées de la meilleure bourgeoisie, des pilules »¹⁸⁰⁷.

La première vraie pilule contraceptive, Enovid, déjà commercialisée sous ce nom aux États-Unis, est mise sur le marché français en 1961 mais ses indications officielles se limitent au traitement de la stérilité¹⁸⁰⁸. Cependant nul n'ignore son action contraceptive, bien qu'il soit interdit, par la loi de 1920, d'y faire publiquement allusion. C'est pourquoi, les médecins catholiques lyonnais réunis en 1962 affirment ne pas « s'accrocher désespérément à l'interdiction de la vente desdits contraceptifs, vente faite d'ailleurs depuis longtemps [...] satisfaisant la clientèle qui le désire »¹⁸⁰⁹. En 1966, le D^r Paul Houillon constate simplement : « En somme [...] sous le couvert d'une indication médicale [...] on peut penser que bon nombre de moyens anticonceptionnels se sont vendus et se vendent chaque jour »¹⁸¹⁰. Ce que confirme une enquête de la Commission des Affaires sociales du Sénat qui avance le chiffre de 300 000 femmes sous contraception orale en France en 1967, avant le vote de la loi Neuwirth¹⁸¹¹. En 1963, « les 45 000 médecins français sont en droit de prescrire aujourd'hui, sous les noms chimiques de Norethynodrel, Norethyndrone ou Norethistérone, bientôt sans doute sous d'autres encore, l'arme absolue et non sans danger de la contraception, la pilule anti fécondante. [...] Vendus en pharmacie, en tant que régulateurs, les progestagènes de synthèse, dont la propriété est de bloquer l'ovulation, sont tout simplement inscrits au Tableau A, c'est-à-dire délivrés sur ordonnance. Missile antimissile de la fécondation, la pilule anti fécondante tombe sur le marché français, sans préparation, sans éducation préalable, avec l'assentiment

¹⁸⁰⁵ En 1959, aux États-Unis, 500 000 femmes prennent la « pilule », officiellement pour régler des désordres menstruels. Les conséquences contraceptives sont passées sous silence.

¹⁸⁰⁶ Lara V. Marks, *op. cité*, 2001, p. 220.

¹⁸⁰⁷ C. Koupernic et Hélène Michel-Wolffromm, *article cité*, 1965, p. 4912.

¹⁸⁰⁸ Ces remarques sont tirées de l'article de Sophie Chauveau, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio*, n° 18/2003, p. 223-239 : <http://clio.revues.org/index623.html> (consulté le 26 octobre 2009).

¹⁸⁰⁹ M. Denis et R. François, *article cité*, 1962, p. 3160.

¹⁸¹⁰ Paul Houillon, *thèse citée*, 1966, n° 136, f. 18.

¹⁸¹¹ Dorothee Bourgault-Coudevylle, *Liberté individuelle. Maternité et droit.*, thèse de droit, Lille, 1998-1999, p. 39, note 2.

du législateur et de la loi de 1920. Son efficacité est certaine à 98 % et reste constante»¹⁸¹².

Mais la France reste toujours en retard sur le reste du monde, en ce qui concerne la contraception orale. Le D^r Henri Rozenbaum déplore, en 1967, « le retard de la pharmacopée française sur beaucoup de pays étrangers (anglo-saxons et nordiques en particulier). Ces derniers utilisent des produits très faiblement dosés depuis plusieurs années [...], alors que les Françaises doivent encore se contenter de produits dont le dosage est plus élevé, et dont, par conséquent, la tolérance est moins satisfaisante. Certains produits ne devraient plus être prescrits en contraception orale [...] car dépassés depuis longtemps »¹⁸¹³.

B Contraception et sexualité, la fin des tabous

Le silence traditionnel sur la contraception masque en réalité des pratiques contraceptives anciennes et largement répandues, les « funestes secrets » des confesseurs catholiques : « Depuis que l'humanité a pu établir une relation de cause à effet entre l'union sexuelle et la procréation, le problème de la limitation des naissances est posé ! »¹⁸¹⁴. Pour le D^r Jean Sutter : « Le contrôle des naissances, ou contraception, n'est certes pas un phénomène caractéristique de notre civilisation ; on ne peut, en réalité, étudier aucune population, qu'elle soit primitive ou évoluée, ancienne ou contemporaine, sans rencontrer le souci, plus ou moins répandu et exprimé, de limiter à un certain moment les naissances ». Il rappelle que « la France a été à la tête du mouvement démographique que Landry a appelé « Révolution ». Cette révolution ou « cycle démographique » caractérise le phénomène fort complexe de l'évolution démographique des pays de civilisation occidentale : baisse de natalité, compensée par une baisse de mortalité, qui provoque, pour finir, un vieillissement de la population et un ralentissement de l'accroissement démographique. Poursuivi, celui-ci pourrait aboutir à une décadence du nombre des individus constituant une nation »¹⁸¹⁵. Notons le terme de « décadence » qui revient régulièrement sous la plume des démographes et médecins natalistes. Le D^r Sutter fait ici allusion au concept de transition démographique élaboré à partir du constat de la baisse de la natalité française dès le XIXe siècle, en avance sur le reste de l'Europe occidentale. Cette diminution du nombre d'enfants ne peut s'expliquer que par des pratiques contraceptives celées mais appliquées. En 1970, le P^r J. Mehl remet le problème de la contraception dans une perspective historique plus vaste : « À partir de la fin du XVIIIe siècle, les [...] courbes démontrent que la natalité s'établit à un niveau très inférieur à celui que laisserait prévoir la fécondité naturelle de la population. [...] En

¹⁸¹² Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 104.

¹⁸¹³ Henri Rozenbaum, *op. cité*, 1967, p. 4.

¹⁸¹⁴ Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 17.

¹⁸¹⁵ Jean Sutter, « L'évolution du néo-malthusianisme en France depuis un siècle », *Gynécologie Pratique*, 1955, n°6p. 436.

d'autres termes, depuis près de deux cents ans, la régulation des naissances est très largement appliquée par les Français. Mais le phénomène sociologique nouveau, intervenu au cours de ces dernières années, réside dans le fait que les problèmes de la contraception, réglés empiriquement, tant bien que mal, par les couples eux-mêmes, font l'objet d'un débat public, souvent passionné »¹⁸¹⁶.

La loi de 1920 est de plus en plus jugée obsolète. Elle fait tous les jours la preuve de son inefficacité et de son anachronisme. Elle entraîne également des injustices de notoriété publique et mal acceptées par l'opinion. Enfin, elle ne respecte pas la démocratie.

La loi de 1920 n'a jamais réussi à inciter à augmenter la natalité en France de façon coercitive : « Malgré la rigueur de la loi, la courbe de natalité n'a cessé de baisser et n'a commencé à se relever qu'en 1939, au moment où les lois sociales ont effectivement favorisé la natalité »¹⁸¹⁷. Le D^r Lagroua Weill-Hallé le répète en 1957 : « La loi de 1920 a manqué son but, qui était de favoriser l'expansion démographique. Elle n'a plus sa place dans une législation s'appliquant à une population aussi évoluée que la nôtre »¹⁸¹⁸. Cette loi est « sans portée démographique mais son application rigoureuse détermine quotidiennement des catastrophes dans le domaine de la santé publique ». Madame Lagroua Weill-Hallé fait allusion aux avortements clandestins dont elle dénonce les conséquences sur la santé des femmes : « accidents graves dus aux avortements criminels, secondaires aux grossesses non désirées. Si les accidents mortels paraissent moins fréquents, grâce aux nouvelles médications, ils n'en déclenchent pas moins une stérilité souvent définitive, stérilité secondaire aussi déplorable pour la femme que pour l'avenir de la nation »¹⁸¹⁹. Bref, pour la fondatrice du Planning Familial, la répression n'a pas engendré de sursaut en faveur de la natalité. Elle a même entraîné un nombre important d'avortements pouvant déboucher sur une stérilité, à l'opposé du but recherché par la loi. Le D^r Lagroua Weill-Hallé reste cependant dans une perspective nataliste qu'elle ne remet pas en cause, selon la stratégie prudente de l'association Maternité Heureuse. Elle conclut néanmoins sur la nécessité d'abolir la partie anti-contraception de la loi de 1920.

¹⁸¹⁶ J. Mehl, « Contraception et responsabilités médicales », *BOSIPPO*, juillet-septembre 1970, tome XII, n° 3, p. 29. Notons que ce texte est parfaitement anachronique puisqu'il ne fait pas référence à la loi Neuwirth votée fin 1967. Ses références datent toutes de 1967. Il semble que la revue l'ait publié trois ans après l'avoir reçu, ce qui affaiblit la portée dudit texte ...

¹⁸¹⁷ Marie-André Lagroua Weill-Hallé, « Du conflit entre la loi et la conscience professionnelle du médecin », communication présentée au Ier Congrès International de Morale Médicale, Paris, 1^{er} octobre 1955, *Gynécologie Pratique*, 1955, n°6, p. 431.

¹⁸¹⁸ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Remarques sur le Birth Control », *Gynécologie pratique*, 1957, n°3, p. 197.

¹⁸¹⁹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Du conflit entre la loi et la conscience professionnelle du médecin », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 430.

Elle est rejointe dans cette analyse, mais pas dans sa conclusion, par l'Alliance nationale pour la vitalité française. L'Alliance affirme que les Français ont continué à utiliser des moyens contraceptifs malgré la loi de 1920, annonçant ainsi la défaite de 1940 : « la prévention systématique des naissances nous a coûté trop cher pour que nous songions à la renouveler. [...] (En conséquence, les Français) ont connu les invasions de 1914 et de 1940 et les épreuves qui ont suivi. [...] Contre ceux qui répondent que, si cette loi ne sert plus à rien, son abrogation s'impose, nous maintenons deux objections : la loi empêche qu'on revoie chez nous les industries et la publicité commerciale qui sévissaient dans les dix ans précédant 1914. [...] L'abrogation de la loi de 1920 [...] créerait un choc psychologique en sens contraire, en orientant à nouveau les Français et Françaises vers le refus de l'enfant – sans parler du climat de facilité sexuelle qui risquerait de hâter la dégradation de notre civilisation »¹⁸²⁰. La loi de 1920, toute inutile qu'elle soit vis-à-vis des pratiques anticonceptionnelles, représente pour l'Alliance un pis-aller nécessaire à la démographie française et à la moralité publique.

Elle est également jugée anachronique. Pour Maître Germaine Sénéchal, avocate, ce qui caractérise le délit issu de la loi de 1920 « c'est l'intention coupable de s'opposer à la repopulation de la France, ce qui serait un crime après cette guerre. [...] Or aujourd'hui les raisons de circonstances n'existent plus : après une guerre qui fut beaucoup moins meurtrière pour la France que la précédente, une forte recrudescence de la natalité s'est fait sentir. [...] Le problème ne se pose plus dans les termes quantitatifs et absolus de la démographie ». L'anachronisme tient au baby boom mais aussi à l'évolution de l'opinion : « les esprits étaient encore à cette époque imprégnés de cette pudibonderie chagrine qui préférerait laisser se développer à l'ombre les pires fléaux sociaux plutôt que les révéler pour les soigner au grand jour, et attachait, en particulier à toutes les victimes d'un accident sexuel, quel qu'il fût, l'opprobre inspiré par le vice »¹⁸²¹. En 1966, le D^r Marcel, gynécologue-obstétricien, fait remarquer lui aussi que le contexte démographique et politique a changé depuis 1920 : « Le climat de 1965 est heureusement différent. Nous sommes, enfin, en paix et si le canon gronde encore sur certains parallèles, si périodiquement les nuages s'amoncellent hors de nos frontières, nous avons l'impression que ni le désaccord des autres, ni les explosions avouées ou souterraines ne doivent, en principe, troubler la sérénité de notre ciel. De surcroît, notre « face » démographique n'est plus celle de 1920. Le chiffre de nos naissances n'a-t-il jamais été aussi élevé ? Notre population s'est considérablement accrue. La France, en quelques décennies, est devenue un pays jeune. Elle ne le doit certainement pas à la loi de 1920, mais à la relative sécurité qu'offre aux ménages des lois sociales bénéfiques ; au besoin, au désir extraordinairement précoce d'avoir des enfants, au culte de plus en plus

¹⁸²⁰ Conseil d'administration de l'Alliance nationale pour la vitalité française, « La limitation des naissances », *Vitalité française*, janvier-février 1961, n° 455, p. 166.

¹⁸²¹ Germaine Sénéchal, « Birth Control », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 422-423.

accentué de la famille »¹⁸²². Baby-boom et nouvelles représentations condamnent donc cette loi de circonstance en la rendant totalement obsolète. Elle est donc jugée anachronique au sens premier du terme puisque votée trente cinq ans auparavant dans un contexte démographique et moral révolu.

La loi de 1920 ne prend pas non plus en compte les progrès médicaux en matière de contraception qui mettent au service des couples des moyens contraceptifs performants vendus tous les jours en pharmacie : « Comment le législateur de 1920 aurait-il pu prévoir les progrès scientifiques et techniques réalisés depuis cette époque, en tous les domaines ? Dans celui de la procréation, des méthodes efficaces et inoffensives ont été mises au point. Elles n'ont pas été divulguées en France, précisément du fait de l'existence de la loi. Cependant presque tous les couples français font de la contraception, mais sans contrôle médical et avec des moyens qui ne sont pas toujours ceux qui leur conviendraient. [...] Cependant, la vente des contraceptifs, jouissant de propriétés autres qu'anticonceptionnelles, est licite ! Les préservatifs masculins sont vendus en pharmacie, mais au titre de la protection antivénérienne. Les progestatifs de synthèse, vulgairement connus sous le nom de « pilule », sont également en vente en pharmacie, sur ordonnance, mais sont seules présentées les propriétés concernant la guérison de la stérilité. Notre législation dénote un retard considérable si on la compare à celle de la plupart des autres pays, notamment les États-Unis, la Grande-Bretagne, la Hollande, le Bloc scandinave, la Suisse, l'URSS, les Démocraties Populaires, l'Inde, la Chine, etc.[...] Le progrès de la science et de la technique, qui a pénétré dans tous les domaines, a permis à l'homme de maîtriser la nature. Il est légitime qu'il cherche aussi à dominer en lui la reproduction de l'espèce, à se rendre maître de sa procréation »¹⁸²³. En matière de contraception, le contexte a, là encore, changé. L'arrivée, et la vente de nouveaux moyens contraceptifs sur le marché français bafouent tous les jours la loi.

Cette loi est également considérée comme particulièrement injuste dans un pays qui se veut un modèle de démocratie. Selon Maître Sénéchal: « Disons à ce propos qu'à une époque où l'égalité des sexes est constitutionnellement établie, il est insoutenable de voir pratiquement prohiber les seuls moyens anticonceptionnels spécifiquement féminins, offrant tout loisir à l'égoïsme masculin d'utiliser ou non les moyens laissés à sa disposition. Il sera d'autant moins assidu dans leur utilisation qu'il sera plus prédisposé à fuir les responsabilités qui en découleront. *C'est la femme et la femme seule qui en subira les conséquences* »¹⁸²⁴. Ces remarques marquées par le bon sens révèlent une sensibilité qu'on pourrait qualifier de féministe ou proto féministe dans la dénonciation sentimentale de « l'égoïsme » masculin. Certes l'analyse est courte et limitée à la description d'une réalité bien connue mais elle préfigure celle des féministes françaises de la génération suivante. Le P^r Mehl remarque lui aussi

¹⁸²² J. E. Marcel, *article cité*, 1966, p. 218.

¹⁸²³ Anne-Marie Dourlen-Rollier, *article cité*, 1966, p. 139.

¹⁸²⁴ Germaine Sénéchal, *article cité*, 1955, p. 425.

que la loi de 1920 « est génératrice d'inégalités, d'une part entre l'homme et la femme, le premier étant autorisé à se procurer des adjuvants de la contraception alors qu'ils sont refusés à la femme, d'autre part entre les classes sociales, les citoyens les plus avertis ou les plus fortunés étant en mesure de se procurer au-delà de nos frontières ce qu'ils ne peuvent obtenir en France »¹⁸²⁵.

Le mouvement Maternité Heureuse dénonce une autre injustice en 1957 : « Nous vivons actuellement sous une législation uniquement répressive en matière de contraception, et à notre connaissance aucune exception n'a jamais été envisagée qui favoriserait une méthode anticonceptionnelle plutôt qu'une autre. [...] Or, nous pouvons quotidiennement voir dans les journaux à grand tirage des publicités analogue à celle que nous reproduisons à la page précédente (pour la méthode Ogino). Il nous sera permis de demander pourquoi ces publicités sont tolérées alors que la prescription par un médecin d'un anticonceptionnel par lui considéré comme plus efficace et rendu nécessaire par l'état de santé de sa malade peut entraîner des poursuites d'une extrême gravité pour l'exercice de sa profession »¹⁸²⁶. Le texte oppose le laxisme des autorités devant la publicité faite aux méthodes naturelles, ici la méthode Ogino réputée peu efficace mais tolérée par l'Église, aux rigueurs de la loi qui s'appliquent au diaphragme, interdit à la vente en France et bien plus efficace !

Cette loi est jugée anti-démocratique car elle impose à toutes, et à tous, des valeurs partisans, en particuliers religieuses : « Quel que soit l'échec final de la loi de 1920 [...] une telle loi impose à tous les Français une même règle de vie. *Il nous semble que les médecins, en tant que tels devraient pouvoir se libérer de toute pression religieuse, en ce qui concerne les solutions à apporter aux cas qui leur sont soumis, pour ne les résoudre que selon leur propre conscience.* Les points de vue politique et démographique, étroitement liés, ne nous paraissent pas plus valables au regard de la décision médicale. En d'autres termes, invoquer le bien public et l'avenir de la nation pour justifier [...] de refuser l'indication et l'usage des produits anticonceptionnels aux femmes dont on est sûr qu'elles iront se faire avorter aussitôt enceintes. C'est, en fait, laisser délibérément ces femmes courir le risque d'accidents graves et, en tout cas, les abandonner dans un grand désarroi moral qui les conduira souvent, dans des conditions lamentables, sur un brancard d'hôpital »¹⁸²⁷. Dans la même veine, en 1963, le D^r Palmer écrit : « Les articles de la loi du 31 juillet 1920 concernant les pratiques anticonceptionnelles sont actuellement absurdes et nuisibles, car ils s'opposent à une information honnête de la population sur ces problèmes, indispensable dans une démocratie véritable »¹⁸²⁸. Même Alfred Sauvy, fervent nataliste, reconnaît que : « l'argument le plus fort en faveur de

¹⁸²⁵ J. Mehl, *article cité*, 1970, p. 33. Ce article date en réalité de 1967 avant le vote de la loi Neuwirth.

¹⁸²⁶ Article non signé : « La méthode Ogino », *Maternité Heureuse*, 1957, n° 2, p. 23.

¹⁸²⁷ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1955, p. 431.

¹⁸²⁸ « Compte rendu du colloque sur la contraception (Paris 10 et 11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-1964, p. 1357.

cette abrogation (de l'article de la loi de 1920 sur la propagande contraceptive) est qu'il est directement contraire à nos institutions, contraire à l'esprit même de la démocratie, dont se recommande la majorité des Français. Il est difficile de trouver a priori une raison pour interdire à une femme, à un couple, l'usage de techniques qui ne causent aucun tort à autrui. On en peut en effet invoquer ici aucune atteinte à la personne humaine. Les spermatozoïdes et les ovules ne sont que des cellules, dont la nature elle-même fait grande consommation. [...] On ne peut trouver aucune justification, sinon dans les interdits de la religion catholique, non reconnue par l'État. [...] Nous constatons une antinomie entre nos principes fondamentaux et un article de loi, voté du reste à la hâte, sans réflexion suffisante »¹⁸²⁹.

Plus généralement, « il apparaît bien que la législation de 1920 comporte, non seulement une atteinte indéniable à la liberté de pensée, mais une atteinte à la liberté individuelle. Dans un état démocratique, en effet, tout individu doit pouvoir jouir des droits qui assurent la dignité humaine. Toute femme, en particulier, quelles que soient sa religion, sa classe sociale, a droit à la santé, à l'épanouissement psychologique et professionnel. Ces droits restent illusoire, tant que la femme mariée se trouve placée devant l'alternative : avortements ou grossesses réitérées »¹⁸³⁰. En assimilant information et propagande, la loi ne respecte pas la liberté de pensée, d'expression et d'information, fondamentale pour une démocratie.

Or la contraception est largement répandue, c'est une réalité vécue par des milliers de femmes. Le D^r Henri Fabre cite l'intervention du P^r Piedelièvre en 1944, le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins à cette date n'hésite pas à déclarer : « Il n'est plus temps de taire la vérité sur ce sujet en France. Nous sommes une société savante de médecins [...] Nous sommes dans cette salle un certain nombre. Combien avons-nous d'enfants ? Pourquoi n'en avons-nous pas plus, bien que certains – rares il est vrai – aient des familles nombreuses et relèvent un peu la lamentable moyenne ? [...] Je crois que nous avons pris quelques mesures prophylactiques, comme une sorte d'internement administratif de nos spermatozoïdes ». Le D^r Fabre poursuit: il « aurait pu ajouter, toujours dans l'esprit de l'enseignement d'Hippocrate : « tu te comporteras envers autrui comme tu le fais envers toi-même »¹⁸³¹. Pour les P^r Verhaeghe et Crépin : « Quoi de plus naturel que la naissance d'un enfant ? Pourtant si le couple humain ne soumettait pas ses désirs à un certain contrôle, à quelle anarchie n'aboutirait-on pas dans la race humaine qui ne connaît pas les longues périodes d'infécondité de la race animale »¹⁸³². Un peu plus loin, le D^r Verhaeghe s'écrie : « Rares sont les couples qui souhaitent avoir autant

¹⁸²⁹ Alfred Sauvy, préface à l'ouvrage de Roger Géraud, *opus cité*, 1963, p. 10-11.

¹⁸³⁰ Anne-Marie Dourlen-Rollier, *article cité*, 1966, p. 143.

¹⁸³¹ Henri Fabre, *article cité*, 1962, p. 13.

¹⁸³² M. Verhaeghe et G. Crepin, « Conception et contraception », *La Revue du Praticien*, 11-11-1970, n° 29, p. 4613.

d'enfants qu'ils peuvent en concevoir ! »¹⁸³³. En 1966 le D^r Marcel parle de la contraception comme d'une pratique courante mais cachée : « De tous temps, la contraception a été pratiquée par les couples dans les secrets de l'alcôve, sans que pour autant confesseurs et médecins en fussent informés. Comment expliquer autrement que des ménages, pourtant unis et physiquement aptes, voire même croyants, ne dépassaient pas deux ou au maximum trois enfants, même au prix d'un ou deux avortements ? Satisfaisante ou imparfaite elle était le fruit d'un « dialogue » : c'était, si j'ose dire, une affaire de ménage. [...] Le jour où sont apparues des techniques contraceptives, plus ou moins faciles à appliquer, soit par la découverte de moyens nouveaux, soit par le rajeunissement de contraceptifs anciens, jusqu'alors peu employés. Grâce à quoi la Régulation des Naissances, à l'origine problème strictement *familial*, est passé, par suite de certains impératifs dans le domaine social, politique et national. Et ce, pour deux raisons : 1° la nécessité pour les couples de se procurer les moyens contraceptifs, qui impliquait une liberté de vente c'est-à-dire une législation opportune et d'en assurer éventuellement l'application par un tiers ; 2° la possibilité pour la contraception de devenir une arme de lutte contre l'inflation des naissances, la sur-population catastrophique, que ne combattaient jusqu'alors que la maladie, des guerres périodiques, complétées par l'avortement clandestin ou légal et la stérilisation définitive. [...] Cette contraception, souvent physiquement et psychologiquement traumatisante (syndrome de fraude), existe déjà, mais elle est clandestine. Elle est même tolérée : condom en vente autorisée, diaphragmes, stérilets, gelées ou crèmes, que certains privilégiés savent se procurer, sans oublier l'abstinence périodique conceptionnelle à l'aide de calendriers ou de graphiques, que tout un chacun achète librement »¹⁸³⁴.

Certains tentent de cerner statistiquement l'usage de contraceptifs. En 1963, le D^r Siebert, dans une enquête statistique menée auprès de 1 200 femmes venant d'accoucher à l'hôpital de Grenoble, constate : « 69 % des accouchées avaient pris des précautions avant d'être enceintes »¹⁸³⁵. En 1967, le D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé reconnaît avoir conseillé une contraception à 7 600 couples depuis 1956¹⁸³⁶. Elle les reçoit dans son cabinet car, même si elle est présidente du MFPPF, il n'existe aucun centre en France autorisé à délivrer une contraception avant la loi Neuwirth.

En réalité, les couples usent généralement de méthodes anciennes qui ne demandent pas de prescription médicale et restent ainsi du domaine de l'intime. Seuls quelques exemples ressortent donc de la lecture des revues médicales.

¹⁸³³ R. Verhaeghe, « Motivations de caractère personnel, familial, ou social à une régulation des naissances », *La Revue du Praticien*, 1970, n° 29, p. 4700.

¹⁸³⁴ J. E. Marcel, *article cité*, 1966, p. 215 et 219.

¹⁸³⁵ Solange Siebert, *thèse citée*, 1963, f. 44.

¹⁸³⁶ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « La Française devant la contraception », *Le Concours Médical*, 25-11-1967, p. 7857.

Parmi tous les moyens contraceptifs existant, certains laissent perplexes. Ainsi le « gynorégulateur¹⁸³⁷ », « présenté comme facilitant l'écoulement du sang des règles mais ayant incontestablement des vertus anticonceptionnelles »¹⁸³⁸. Le D^r Henri Fabre poursuit sa description avec d'autres méthodes plus traditionnelles, en particulier ce qu'il appelle les « traumatismes anticonceptionnels post-coïtum » : « toilette du col au savon avec coups d'ongles sur le museau de tanche¹⁸³⁹, injections vaginales d'eau froide, additionnée de spermicides variés : eau de javel, vinaigre, eau de Cologne, etc. »¹⁸⁴⁰.

Du côté masculin, le coït interrompu est couramment pratiqué. Il consiste « dans le retrait brutal du pénis immédiatement avant l'éjaculation pour qu'elle ait lieu dehors. Une telle pratique suppose de la part du partenaire de l'entraînement [...] et une excitation modérée qui laisse quelque maîtrise de soi »¹⁸⁴¹. En 1960, interrogeant ses patientes, le D^r Lagroua Weill-Hallé mentionne le chiffre de 42 % d'entre elles utilisant cette technique avec leur mari, souvent complétée d'une douche vaginale¹⁸⁴². En 1969, 35,9 % des patientes venues en consultation de contraception à l'hôpital Bretonneau déclaraient pratiquer comme méthode contraceptive la plus fréquente le coït interrompu. Le médecin conclut : « On s'aperçoit donc, en définitive, que les couples se tournent vers le moyen contraceptif le plus simple et qui n'est pas, et de loin, le plus efficace, puisqu'elles en réclament un meilleur »¹⁸⁴³. La fiabilité du coït interrompu ne fait l'objet d'aucune statistique néanmoins une enquête de 1966 révèle que la grande majorité des médecins estiment qu'elle est efficace voire très efficace¹⁸⁴⁴. Pourtant: « Le coït interrompu n'est pas à coup sûr efficace, parce que des spermatozoïdes peuvent être émis, avant le retrait,

¹⁸³⁷ Appelé parfois gynéco-régulateur, c'est un dispositif « d'usage fréquent dans le Dauphiné », in note anonyme, AR.1, 1.5, archives du Planning Familial de Grenoble. Il est aussi décrit dans la revue principale des gynécologues français : « il est constitué d'un bouchon destiné à obturer l'orifice cervical sur lequel sont fixées deux tiges métalliques formant ressort et portant à leur extrémité une petite olive destinée à s'appuyer sur l'orifice utérin des trompes. On comprend que s'il est bien placé, les trompes sont complètement obturées », in Illes J., « Sur les dangers de certains contraceptifs », *BFSGOLF*, 22-10-1961, p. 675.

¹⁸³⁸ Henri Fabre, « Trois aspects de la contraception : juridique, moral et médical », *Le Concours médical*, 23 mars 1963, p. 1928.

¹⁸³⁹ Partie du col de l'utérus qui fait saillie dans le vagin.

¹⁸⁴⁰ Henri Fabre, *article cité*, 1963, p. 1930.

¹⁸⁴¹ Marie-Thérèse Ansaldi, *L'orthogénisme en France*, thèse de médecine, Paris, 1962, n° 514, f. 23.

¹⁸⁴² Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 330.

¹⁸⁴³ Charles Dayant, *Contraception en pratique hospitalière*, Paris, 1969, n°1020, f. 43-44.

¹⁸⁴⁴ Henri Fabre et Jean Sutter, « Opinion médicale sur la contraception et l'avortement », *Population*, janvier-février 1966, n° 1, p. 68. Selon cette étude, 58 % des médecins pensent qu'elle est efficace et 22 % qu'elle est très efficace.

dans les sécrétions préliminaires. Des auteurs allemands, qui les y ont recherchés, les disent nombreux et particulièrement vigoureux »¹⁸⁴⁵. Le D^r Géraud confirme : « Il est prouvé qu'il peut s'écouler avant l'éjaculation un minimum de sérosité contenant des spermatozoïdes. Il peut également arriver que le retrait soit un peu tardivement contrôlé. [...] On peut compter sur lui (le spermatozoïde) pour trouver la voie du col utérin et se précipiter à la rencontre de l'ovule dans les trompes utérines. Ainsi s'expliquent probablement nombre de grossesses inattendues et d'autant plus mal acceptées que le mâle dans sa fatuité ne manque pas d'invoquer la sûreté de son autocontrôle. Les épouses se trouvent assez souvent et de la sorte devoir fournir des explications ultérieures dans un climat psychologique fort inconvenant »¹⁸⁴⁶, ce qui paraît un comble ! Roger Géraud s'interroge : « Faut-il condamner sans appel l'acte interrompu ? Non car il fait le bonheur de beaucoup et rares sont ceux qui consultent. C'est la contraception du pauvre, elle n'exige aucune installation, aucune compétence technique. Moyennement efficace, moyennement névrosant, moyennement compatible avec la physiologie, il est acceptable chez ceux qui peuvent s'offrir le luxe de quelques risques, c'est un moyen moyen... »¹⁸⁴⁷. Mais il a des contre-indications : « la maladresse du partenaire et le besoin exprimé d'une communion sexuelle complète »¹⁸⁴⁸. En effet, sur le plan sexuel, « les inconvénients de cette pratique, outre son insécurité, ne sont pas négligeables : l'homme a un plaisir amoindri, du fait du contrôle permanent qu'il s'impose, de l'anxiété qui peut en résulter, à la longue elle retentit sur son état nerveux et son comportement. La femme devient souvent aussi frigide »¹⁸⁴⁹. Le D^r Charles Rendu est du même avis : « Tout ce qui gêne le déroulement normal de l'acte sexuel est plus ou moins traumatisant. L'inconvénient du rapport interrompu, c'est que la préoccupation que l'homme a de se retirer à temps, peut favoriser une éjaculation précoce, et que la crainte de la femme que l'homme ne se retire pas assez vite, peut empêcher l'orgasme »¹⁸⁵⁰. En résumé : « l'acte interrompu est un acte incomplet, surtout pour la femme qui peut en éprouver une certaine frustration, non seulement sur le plan physique mais également et surtout sur le plan affectif. Et qu'il permet difficilement de ce fait d'accéder à cette communion physique et psychique du couple vers laquelle doit tendre normalement l'union sexuelle. »¹⁸⁵¹. Malgré ses contraintes la pratique du coït interrompu reste une tradition française liée au contrôle par l'homme de la fécondité féminine.

¹⁸⁴⁵ Henri Fabre, *article cité*, 1962, p. 5.

¹⁸⁴⁶ Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 72-73.

¹⁸⁴⁷ Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 74.

¹⁸⁴⁸ Selon l'enquête du D^r Rey, in « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris, 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-1964, p. 1353.

¹⁸⁴⁹ Marie-Thérèse Ansaldi, *thèse citée*, 1962, f. 23.

¹⁸⁵⁰ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5521.

¹⁸⁵¹ Jean-Claude Marliac, Position des médecins lot-et-garonnais face à la contraception et à l'avortement, thèse de médecine, Bordeaux, 1975, n°208, f. 53-54.

Autre méthode masculine: les préservatifs masculins dont « l'usage est encore peu répandu [...] 40 millions vendus en France en 1961, comparativement la consommation était de 100 millions d'unités pour le Royaume-Uni. Il est difficile de préciser le pourcentage d'utilisations dans un but anticonceptionnel et on peut considérer avec une certaine approximation que le préservatif est utilisé une fois sur 30 rapports [...] En fait, 10 % des utilisateurs savent correctement les employer, et l'enquête réalisée [...] montre les réticences devant ce moyen anticonceptionnel. »¹⁸⁵². Certains pharmaciens français font de la résistance puisque 5 % d'entre eux se refusent à en vendre « pour des motifs vraisemblablement personnels »¹⁸⁵³. Il est cependant difficile pour les médecins d'émettre un avis car « ceux qui les utilisent n'envoient évidemment pas leur femme chez un gynécologue »¹⁸⁵⁴. En 1969, 9,3 % des patientes venues consulter le D^r Dayant à l'hôpital Bretonneau pour une contraception médicale déclaraient l'utiliser dans leurs rapports sexuels¹⁸⁵⁵. Ce moyen de contraception efficace reste donc minoritaire en France, essentiellement pour des raisons culturelles car l'image du préservatif est liée à la pratique des rapports sexuels avec les prostituées. Il apparaît donc d'un emploi dégradant dans le cadre conjugal et les femmes lui reprochent métaphoriquement de « perturber le climat de l'acte sexuel »¹⁸⁵⁶. Quant aux conséquences de son utilisation sur la vie sexuelle, elles sont contradictoires. « On l'accuse de diminuer les sensations agréables chez l'un et l'autre partenaire »¹⁸⁵⁷. Pour le D^r Michel-Wolfromm, « En France, rares sont les maris qui en acceptent la servitude (du préservatif) tout au long d'une vie conjugale. [...] La précaution la plus efficace est donc la moins appréciée »¹⁸⁵⁸. Et quand le D^r Simon lui signale « qu'il se vend en France 600 000 condoms par mois », elle répond : « ce n'est pas tellement »¹⁸⁵⁹. Le D^r Gosset explique les réticences masculines en qualifiant le préservatif masculin de « cuirasse contre le plaisir »¹⁸⁶⁰. Pourtant, le préservatif « est préféré par certains couples, dont il augmente le plaisir (la femme réagissant mieux à un contact plus

¹⁸⁵² « Compte rendu du colloque sur la contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 22 novembre 1964, p. 1210-1211.

¹⁸⁵³ Micheline Cardi, *La contraception*, thèse de médecine, Tours, 1968, n° 14, f. 28.

¹⁸⁵⁴ C. Koupernic et Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4911.

¹⁸⁵⁵ Charles Dayant, *op. cité*, 1969, p. 44.

¹⁸⁵⁶ Selon le D^r Jacqueline Rey in « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris, 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-1964, p. 1353.

¹⁸⁵⁷ « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-64, p. 1351.

¹⁸⁵⁸ Hélène Michel-Wolfromm, « Le facteur psychologique dans la contraception », *BFSGOLF*, 3-12-1962, p. 670.

¹⁸⁵⁹ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1962, p. 673.

¹⁸⁶⁰ J.-R. Gosset, « La profession médicale devant la contraception », *le Concours médical*, 2-10-1965, p. 5620.

dur) »¹⁸⁶¹. Cette façon d'appréhender l'usage du préservatif est exceptionnelle car, ajoute ce médecin femme: « Cette méthode a été utilisée par de nombreux couples, puis abandonnée. Les motifs invoqués pour son abandon sur le plan de l'eupareunie étaient : l'irritation vaginale, la gêne psychologique : il y a dépoétisation de l'acte sexuel et manque d'esthétique (sic), [...] la femme est perturbée du fait de la coupure qu'entraîne la mise en place du condom ¹⁸⁶²». Malgré ces obstacles au plaisir, le préservatif masculin est toujours employé : « une statistique de 1973 évalue à 10 % le nombre de couples utilisant cette méthode. [...] Dans l'ensemble les préservatifs masculins sont plutôt mal acceptés. D'après plusieurs auteurs, les reproches que l'on pourrait faire au préservatif sont surtout d'ordre psychologique : gêne de l'achat en pharmacie et gêne à l'eupareunie physique et psychologique. [...] C'est une contrainte pour l'homme qui va à l'encontre de son égoïsme naturel, surtout en cette matière où il préfère généralement laisser la charge des précautions à sa compagne»¹⁸⁶³.

L'information sur la contraception est restreinte et filtrée au nom de la loi de 1920 et du tabou sur la sexualité. En 1953, un article de Philippe Ariès dans la revue de l'INED *Population* sur « Les origines de la contraception », article historique ne pouvant tomber sous le coup de la loi, se voit gratifier de cet avertissement en en-tête: « Il n'a pas été possible, dans cet article qui porte sur des questions physiologiques assez intimes, d'éviter des termes bruts. Les citations en particulier ne ménagent pas le lecteur. Qu'il veuille bien nous en excuser »¹⁸⁶⁴. Parallèlement aux menaces de la loi, parler de contraception reste donc encore un tabou dans les années cinquante, au nom de la bienséance et de la morale. La contraception est d'évidence liée à la sexualité mais si la natalité nécessaire à l'augmentation de la population française a toute sa place dans la revue de l'INED, les rapports sexuels, également indispensables, restent occultés.

Les revues médicales publient peu d'articles sur la contraception avant 1967. Une exception : la revue de *Gynécologie pratique* qui fait paraître en 1955 un numéro spécial sur le Birth Control¹⁸⁶⁵, supervisé par le D^r Marcel, responsable de la revue, et le D^r Jean Dalsace, militant de la contraception. C'est une première en France et, pour d'obscures raisons, la parution en est retardée et n'a lieu qu'en 1956. Dix ans plus tard, le responsable de la revue dévoile une « intervention du Conseil de l'Ordre de la Seine auprès de notre éditeur »¹⁸⁶⁶, sans autre précision. Le retard de publication, qui est de l'ordre

¹⁸⁶¹ Marie-Claude Donze, *Acceptabilité des différentes méthodes contraceptives*, Lyon, 1971, n°172, f. 11.

¹⁸⁶² Marie-Claude Donze, *thèse citée*, 1971, f. 60.

¹⁸⁶³ Le D^r Marliac ne cite cependant pas ses sources, *thèse citée*, 1975, f. 55-56.

¹⁸⁶⁴ Philippe Ariès, « Les origines de la contraception », *Population*, 1953, n° 3, p. 465.

¹⁸⁶⁵ *Gynécologie pratique*, 1955, n° 6. Il est très difficile de consulter ce numéro qui a disparu de la plupart des fonds des bibliothèques de médecine. Seule la BIUM de Paris en a conservé un exemplaire.

¹⁸⁶⁶ *Gynécologie pratique*, 1966, n° 2, p. 5. Introduction non signée.

de plusieurs mois sur la date affichée, est semble-t-il lié aux pressions du Conseil de l'Ordre départemental contre une revue trop audacieuse à ses yeux. Notons que ces pressions sont indirectes puisque limitées à l'éditeur, selon la version officiellement présentée en 1966. Cette parution, la première sur le sujet pour une revue française spécialisée, entraîne une réaction immédiate de médecins catholiques en la personne du P^r Rivière et du D^r Traissac qui exigent et obtiennent une sorte de « droit de réponse » en 1957¹⁸⁶⁷, dans un numéro condamnant la contraception. Le débat reste donc entre experts, les gynécologues obstétriciens, et la revue ne publie plus rien sur le sujet jusqu'en 1960, dans un numéro qui fait la part belle à un grand article du D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé¹⁸⁶⁸. Celle-ci ne mâche d'ailleurs pas ses mots puisqu'elle parle de « polémique violente (qui) a sans doute eu pour effet de persuader les collègues qu'il valait mieux ne pas aborder un sujet aussi dangereux »¹⁸⁶⁹ pendant trois ans.

Le 21 janvier 1962, la Société française de gynécologie et d'obstétrique organise une journée d'étude sur la régulation des naissances, dénomination acceptable pour les médecins catholiques français. *Le Concours médical* y consacre un numéro spécial le 19 mai 1962. Ce numéro débute par un article du P^r Paul Chauchard, médecin catholique militant, sur « Contraception et morale naturelle », dont le titre donne le ton. Paul Chauchard s'attaque à son habitude aux méthodes contraceptives, des « procédés contre-nature » et autres « trucs de facilité »¹⁸⁷⁰. L'article suivant donne la « position d'un groupe de médecins catholiques lyonnais »¹⁸⁷¹. Le registre catholique est donc affiché comme le point de vue dominant sur la contraception. Viennent seulement ensuite les articles de deux psychiatres d'opinions opposées : le premier, le D^r Koupernic, défend la contraception ; le second, qui a ainsi le dernier mot, reste très prudent et répond par des généralités réticentes¹⁸⁷². Ensuite le D^r Sutter, de l'INED, puis le D^r Vaille, catholique, sont interrogés en tant que participants à la commission Prigent¹⁸⁷³. Pour terminer, les médecins français peuvent lire le compte rendu de l'ouvrage du nataliste Alfred Sauvy : *La prévention des naissances*, en collection *Que Sais-je ?*¹⁸⁷⁴. À l'exception du D^r Koupernic, la

¹⁸⁶⁷ Gynécologie pratique, 1957, n° 1.

¹⁸⁶⁸ *Gynécologie pratique*, 1960, n° 4, p. 309-351.

¹⁸⁶⁹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Observations préliminaires sur 218 femmes ayant reçu des conseils médicaux d'orthogénisme, technique et prophylaxie mentale », *Gynécologie pratique*, 1960, n° 4, p. 309.

¹⁸⁷⁰ Paul Chauchard, « Contraception et morale naturelle », *Le Concours médical*, 19-5-1962, n° spécial sur la contraception, p. 3157.

¹⁸⁷¹ M. Denis et R. François, *Le Concours médical*, p. 3159-3160. »

¹⁸⁷² « Points de vue des psychiatres », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3163-3167.

¹⁸⁷³ « Suggestions en vue de solutions positives », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3169-3178.

¹⁸⁷⁴ « Chronique des sciences de l'Homme », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3183-3188.

revue ne donne la parole qu'à des opposants ou à des sceptiques. Les médecins catholiques sont surreprésentés, soit par prudence, soit par conviction des responsables de la publication. Toutefois, la revue reçoit des courriers de protestation de médecins ne se reconnaissant pas dans ces choix. En août 1962 J.-P. Chartier, étudiant en cinquième année de médecine à Lyon, envoie une lettre ironique qui se termine ainsi : « Humilité et Connaissance Scientifique, Vérité et Respect des personnes, voilà ce que souhaite une portion de jeunesse qui se refuse aux mensonges et aux grands mots vides ». Cette lettre est suivie d'une réponse du P^r Chauchard: « Arriver à la maîtrise sexuelle exige la maîtrise de soi en général et c'est cela dont notre monde excité et surmené a le plus besoin. »¹⁸⁷⁵. Certes, Paul Chauchard a le dernier mot mais les réactions négatives ont dû être nombreuses pour que les responsables de la publication publient cette lettre contestatrice. Cette querelle des Anciens et des Modernes semble annoncer, avec le recul, la montée des contestations caractéristiques de Mai 68 chez la nouvelle génération de médecins et l'incompréhension qu'elles suscitent chez les notables conservateurs de la génération précédente.

En 1963 est organisé à Paris le premier colloque en France sur la contraception par la Société Nationale pour l'étude de la Stérilité et de la Fécondité, une société fondée par des partisans du droit à la contraception. Le sujet de cette rencontre est ainsi libellé : « Risques, inconvénients et facteurs d'échecs des divers contraceptifs », ce qui semble bien révélateur de l'attitude générale du corps médical français avant la loi de 1967. Les organisateurs ne sont pourtant pas des opposants à la contraception, bien au contraire puisqu'on remarque le nom du D^r Palmer ainsi que la participation du D^r Kahn-Nathan, membres du Collège médical du Planning Familial. Ce titre réducteur semble être une concession au conformisme du corps médical et une appellation prudente pour un colloque audacieux car l'objectif de cette initiative est bien de promouvoir le droit à la contraception. Pour le D^r Palmer, en effet : « Les articles de la loi du 31 juillet 1920 concernant les pratiques anticonceptionnelles sont actuellement absurdes et nuisibles, car ils s'opposent à une information honnête de la population sur ces problèmes, indispensable dans une démocratie véritable »¹⁸⁷⁶. Mais ce colloque réunit 400 médecins français d'horizons différents. Le D^r Vincent, par exemple, médecin catholique et promoteur de la méthode des températures, peut souligner qu'il est « heureux de constater que l'on ne parle plus de partenaires mais de couples et souhaite que l'on recherche dans ces différentes méthodes un point de convergence qui serait possible dans la mesure où chacun cherchera la manière de stimuler le couple conjugal [...] vers un amour conjugal plus authentique »¹⁸⁷⁷. Ce discours qui insiste sur la dimension conjugale du couple est bien dans l'esprit conservateur d'une

¹⁸⁷⁵ « Lettres à la direction : à propos de la contraception », *Le Concours médical*, 4-11 août 1962, p. 4473-4479.

¹⁸⁷⁶ « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-64, p. 1357.

¹⁸⁷⁷ « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-64, p. 1357.

majorité des médecins français, en particulier des catholiques. Dans la même ligne, la contraception pour les mineures¹⁸⁷⁸ n'est pas évoquée, à une exception, celle du D^r Kahn-Nathan pour qui ces jeunes « devraient être les plus protégés, car on se trouve souvent dans des situations détestables »¹⁸⁷⁹. Le compte rendu se contente de résumer en quatre lignes cette intervention sulfureuse d'un médecin-femme du Planning Familial. La prudence voire la tentation du syncrétisme caractérisent ce genre de manifestations entre experts avant 1967.

Les médecins peuvent donc se tenir informés des polémiques au sujet de la contraception par leurs revues. Mais cette information est filtrée par une attitude prudente qui se garde de toute polémique, au contraire du débat public dans les médias. La discussion reste limitée aux experts en respectant les règles de bienséance et l'hégémonie des médecins catholiques. Pour les partisans du droit à la contraception, cependant, chaque article paru est une étape vers la reconnaissance du bien-fondé de leurs actions, même ceux du P^r Chauchard dans toute leur outrance.

A partir de 1965, avec la perspective du vote d'une loi autorisant la contraception, les débats entre experts deviennent de plus en plus virulents. « Des croisades concurrentes se jettent des défis et l'observateur non engagé qui s'essaie à chercher quelques éléments de vérité dans ce débat confus risque fort de jouer le rôle de des Rillettes¹⁸⁸⁰ rendant visite aux Boulingrins¹⁸⁸¹ ». L'allusion du P^r Paul Chauchard, culturellement incompréhensible aujourd'hui, n'en reflète pas moins le climat de passion autour du droit à la contraception. Mais Paul Chauchard exagère sans le savoir car les échanges entre adversaires restent relativement feutrés en comparaison des polémiques des années suivantes autour de l'avortement.

Les ouvrages et articles médicaux se multiplient, présentant un aspect partial dénoncé par deux médecins de Toulouse en 1967 : « l'aspect strictement médical de la question [...] est sous-estimé et, pourrait-on dire, escamoté au profit de l'aspect démographique, moral, religieux, juridique, ordinal, que saisis-je encore. Il semble que dès que l'on aborde ce problème, le docteur X..., avant d'être médecin, se révèle moraliste, sociologue, président de ligues de familles nombreuses ou représentant de l'ordre, moral ou autre. Voici un récent exemple de cette confusion de styles : conviée à participer à une table ronde sur ce sujet au cours des dernières journées médicales de Toulouse, j'ai eu l'étonnement de me trouver à côté d'un jésuite, d'ailleurs fort libéral, et d'un professeur de Droit qui nous parla fort bien de l'esprit des lois, de leur vie et de leur mort

¹⁸⁷⁸ À savoir les moins de 21 ans !

¹⁸⁷⁹ « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-64, p. 1357.

¹⁸⁸⁰ Rappelons que dans la pièce de Courteline, des Rillettes en visite chez les Boulingrins est pris à partie par les deux membres du couple en train de se disputer violemment.

¹⁸⁸¹ « Compte rendu du livre de Paul Chauchard », *Le Concours médical*, 2 octobre 1965, p. 5626.

naturelle »¹⁸⁸². Ces remarques correspondent à la réalité du débat sur la contraception dans les sources. La médecine au sens strict ne compose qu'une partie des textes. Contrairement aux problèmes médicaux ordinaires la contraception voit, après l'ASD, l'irruption de l'opinion et des convictions des auteurs. De par son originalité, la contraception devient un objet de militantisme de la part d'une minorité de médecins, d'opinions opposées, qui mobilisent les revues et les éditeurs. L'opinion publique s'en mêle également puisque la loi de 1920 fait barrage à la diffusion des moyens contraceptifs. Les médecins ne sont plus uniquement entre eux, les experts se heurtent à d'autres intervenants.

Parmi ceux-ci, les femmes et particulièrement les femmes-médecins. L'Association française des femmes médecins intervient dans le débat et soutient le droit à la contraception¹⁸⁸³. Les femmes médecins revendiquent également une position privilégiée. Ainsi, ce médecin femme qui écrit à la fin de son intervention en 1967 : « Je sais bien que lorsqu'une femme parle comme je viens de le faire, on lui répond souvent qu'elle se sent trop concernée par le problème et qu'elle y met une passion incompatible avec la sérénité des débats, que ce qu'elle prend pour une communication scientifique tourne au plaidoyer « pro domo ». Et pourquoi ne prendrais-je pas le risque ? Cette communication est aussi un témoignage »¹⁸⁸⁴. L'engagement personnel quant au droit à la contraception contamine le débat médical et démographique.

Parallèlement à ces débats d'experts, la contraception se diffuse rapidement. En 1967, le Planning Familial compte 100 000 à 120 000 adhérentes dont « 60 % au moins utilisent un diaphragme contre 30 à 36 % des progestatifs et 2 à 4 % un stérilet »¹⁸⁸⁵.

II Le Planning Familial et la bataille pour la contraception

L'association Maternité Heureuse, devenue MFPP en 1960, regroupe les partisans du droit à la contraception, médecins et non médecins. Sa stratégie évolue et passe d'une prudence initiale, fondée sur un véritable lobbying au niveau du corps médical et des pouvoirs publics dans les débuts, à une politique du fait accompli à partir de 1961 et de l'ouverture des premiers centres du Planning sous la pression des militants grenoblois.

¹⁸⁸² F.A. Grezes-Rueff et Ch. Grezes-Rueff, « L'aspect strictement médical de la contraception », *Annales de Médecine Légale*, 1967, 47, p. 506.

¹⁸⁸³ Rappelons aussi que la « British Medical Women's Federation » est beaucoup plus active en prenant, par exemple, l'initiative d'enquêtes sur la ménopause dès 1933 et sur la formation des étudiants en médecine à la contraception dès 1950.

¹⁸⁸⁴ F.A. Grezes-Rueff et Ch. Grezes-Rueff, *article cité*, 1967, p. 508.

¹⁸⁸⁵ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale, *compte rendu cité*, 1967, p. 281.

A À partir de 1961, la politique du fait accompli

1961 est une date-clef dans l'histoire du débat sur la contraception en France. Non seulement la pilule arrive mais l'association du Planning Familial ouvre ses premiers centres, à Grenoble puis à Paris. Les militants du Planning rompent de ce fait avec la stratégie prudente de leur présidente Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé. Celle-ci, en fondant Maternité Heureuse en mars 1956, franchit une première étape en formant un groupe de pression rassemblant médecins et non médecins partisans du droit à la contraception. Le D^r Lagroua Weill-Hallé a auparavant tenté de sensibiliser ses confrères par un article paru le 22 mars 1953 dans la *Semaine des Hôpitaux de Paris*, suivi d'autres publications professionnelles. Mais le débat sur le droit à la contraception ne devient réellement public qu'avec la publication en janvier 1956 de l'ouvrage de Jacques Derogy *Des enfants malgré nous* aux éditions de Minuit. L'association profite alors de la notoriété nouvelle du problème pour accentuer son travail de lobbying pour convaincre le milieu médical et celui des décideurs politiques. En 1961, quand le premier centre d'orthogénie de l'association, devenu MFPP, ouvre à Grenoble, la direction parisienne du Planning l'assimile à un coup de force des militants grenoblois menés par le D^r Henri Fabre¹⁸⁸⁶. Ceux-ci veulent effectivement passer à une autre forme d'action impliquant directement les femmes qui deviennent adhérentes du mouvement. Devant le succès du centre d'orthogénie de Grenoble, un second centre est ouvert à Paris la même année, puis ces centres se multiplient en France.

L'exemple du Planning sert de catalyseur même s'il est suivi avec prudence. Les Mutuelles de l'Éducation nationale et de la SNCF ouvrent trois centres en 1962. Les hôpitaux, encore plus prudents, le font progressivement à partir de 1965. Ainsi, le D^r Solange Troisier peut-elle déclarer en 1966 : « Dans le colloque singulier, dans notre dialogue avec la patiente, soit en clientèle hospitalière dans une grande maternité parisienne où nous arrivons souvent à respecter la pudeur et la curiosité de nos clientes, soit en clientèle privée où il n'y a pas de jours où plusieurs femmes nous demandent de les conseiller, soit

¹⁸⁸⁶ Entretien avec Henri Fabre le 7 mai 2008. Le premier centre du Planning Familial est ouvert à Grenoble en juin 1961. Il est suivi par ceux de Paris, de Lens, etc. Ce mouvement reste prudent et, sous la présidence de Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, ne veut pas tomber sous le coup de la loi. Par exemple, on ne reçoit pas officiellement de mineures, ce que déplorent d'ailleurs certains médecins français, comme le D^r Hélène Michel Wolfromm qui déclare en 1965 : « Le Planning Familial refuse aux mineures les prescriptions d'obturateurs (diaphragmes) ». À quoi répond ainsi le D^r Koupernic, pour défendre le Planning : « C'est que le Planning est encore dans une position un peu incertaine en France : s'il proposait des mesures chez les mineures, ses promoteurs se verraient taxer d'immoralité dans la mesure où on considère, curieusement, que la sexualité ne doit pas se manifester, ne doit pas se matérialiser, du moins, chez les mineurs. Je crois donc que le Planning est prudent et que son refus ne traduit pas son opinion. », in C. Koupernic et H. Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4912.

en milieu pénitentiaire¹⁸⁸⁷ où à la veille d'être élargie une détenue s'affole à l'idée d'être encore enceinte. Nous essayons toujours d'apporter à des femmes maintenant déjà très prévenues, des conseils et des traitements »¹⁸⁸⁸. Elle cite également les consultations qui fonctionnent à la Maternité de l'hôpital Bretonneau dans le 18^e arrondissement de Paris et à l'hôpital Tenon depuis six mois¹⁸⁸⁹. En 1967, le D^r Grezes-Rueff témoigne : « Cette nécessité d'une contraception [...] est si évidente qu'une consultation officielle fonctionne depuis quelques mois au C.H.U. de Toulouse »¹⁸⁹⁰. Or la loi n'est pas votée et les créateurs de ces centres mettent les autorités devant le fait accompli.

Les premiers centres du Planning ouvrent en 1961 et connaissent immédiatement un grand succès. Le D^r Henri Fabre note qu'entre le 1^{er} juin 1961, date de l'ouverture, et janvier 1962, le nombre d'adhérents, c'est-à-dire de personnes conseillées, passe de 82 à 2 000 au centre de Grenoble !¹⁸⁹¹. Cinq ans plus tard, les D^r Jacques Barrat et Émile Hervet écrivent : « Chacun connaît le développement et la fortune des Centres de Planification des naissances »¹⁸⁹², avec semble-t-il un jeu de mot transparent sur le double sens du mot « fortune ». Le principal reproche adressé à ces centres concerne la concurrence jugée déloyale par rapport aux médecins locaux, bien qu'ils ne fassent pas d'exams médicaux et ne délivrent donc pas de contraceptifs. Pour obtenir une contraception, les femmes doivent d'abord adhérer au Planning, elles reçoivent ensuite, après un entretien, une liste de médecins militants ou sympathisants à consulter. Ces médecins sont peu nombreux : une liste, non datée mais postérieure à la création du centre de Grenoble en 1961, recense pour la France entière 25 médecins qui acceptent de prescrire des contraceptifs comme le D^r Lagroua Weill-Hallé et le D^r Simon à Paris. Des régions de France en sont totalement dépourvues, la Bretagne et le Massif Central par exemple. Des couples viennent de partout au centre de Grenoble, en particulier l'été au moment des vacances¹⁸⁹³. C'est pourquoi les centres du Planning sont accusés de favoriser le « compérage dans la mesure où les médecins qui leur sont liés peuvent bénéficier ainsi d'une clientèle élargie »¹⁸⁹⁴. Mais aucune action ne semble avoir été engagée et encore moins avoir abouti.

¹⁸⁸⁷ Le D^r Solange Troisier est à l'origine des premières consultations de gynécologie en milieu pénitentiaire au début des années soixante en France.

¹⁸⁸⁸ XXXI^e Congrès de langue française de Médecine Légale et Sociale, *compte rendu cité*, 1967, p. 280.

¹⁸⁸⁹ XXXI^e Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale, *compte rendu cité*, 1967, p. 282.

¹⁸⁹⁰ F.A. Grezes-Rueff et Ch. Grezes-Rueff, *article cité*, 1967, p. 507.

¹⁸⁹¹ Henri Fabre, « Le Planning Familial. L'expérience de Grenoble », *tiré à part*, 28 juin-1^{er} juillet 1962, p. 2.

¹⁸⁹² Jacques Barrat et Émile Hervet, « Propos sur les indications médicales de la contraception », *La Presse Médicale*, 4 juin 1966, p. 393.

¹⁸⁹³ In archives privées du D^r Fabre, non classées.

¹⁸⁹⁴ Jean Sutter, *article cité*, 1962, p. 3173.

Les centres du Planning sont immédiatement accusés d'enfreindre la loi : « Une activité de cet ordre, même si des précautions juridiques ont été prises pour lui éviter de tomber sous le coup de la loi française réprimant la propagande, demeure légalement suspecte, car il semble difficile de ne pas y déceler une finalité anticonceptionnelle implicite que les Pouvoirs publics sont en droit de ne pas vouloir laisser s'enhardir »¹⁸⁹⁵. La loi stipule : « Sera puni d'un mois à six mois de prison et d'une amende de 24 000 F à 1 200 000 F, quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura, par l'un des moyens spécifiés à l'article 647, décrit ou divulgué, ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore facilité l'usage de ces procédés. ». En résumé, ce n'est pas l'usage des contraceptifs qui est condamné mais leur publicité. Telle est bien la position officielle des militants du Planning Familial car la démarche des femmes fréquentant leurs centres est libre ; elles viennent d'elles même. L'association demande également à ces femmes d'adhérer au mouvement pour bien marquer leur accord avec les objectifs du Planning. Celui-ci n'informe donc que des volontaires, loin de toute propagande¹⁸⁹⁶. Car « qu'est-ce que la propagande ? C'est incontestablement le fait, pour son auteur, de s'adresser à un public anonyme, ou à des personnes dénommées qui ne se sont pas spécialement adressées à lui, dans le but de les instruire d'un problème sur lequel ils peuvent avoir des idées différentes des siennes, dans l'intention de les convaincre »¹⁸⁹⁷. Pour le Planning et ses avocats, le centre a tout à fait le droit de conseiller ses adhérentes et le médecin de prescrire un contraceptif médical.

Pour pouvoir conseiller les femmes, les médecins doivent être correctement formés alors qu'aucun enseignement officiel n'existe en France. Ils s'initient donc à la contraception en Angleterre dans les cliniques du birth control, par l'intermédiaire du Planning. Ensuite, ils forment leurs confrères volontaires, là encore dans le cadre du Planning. Certains reconnaissent avoir adhéré au Planning principalement dans ce but, pour pallier la carence de formation en France. Les médecins du Planning créent en 1962 le collège médical du mouvement pour répondre à la demande de leurs confrères. Une fois par mois pendant toute une journée une dizaine de médecins, souvent généralistes, viennent de toute la France pour apprendre à leurs patientes à mettre un diaphragme (mesure du col de l'utérus pour prévoir la bonne taille, pose du diaphragme, etc.). La démonstration se fait avec des « mannequins », selon les termes du D^r Verdoux, c'est-à-dire quelques unes de ses patientes

¹⁸⁹⁵ Jean Sutter, *article cité*, 1962, p. 3173.

¹⁸⁹⁶ D'ailleurs, les trois responsables du premier centre du Planning, à Grenoble, sont, sur l'ordre du Ministère de l'Intérieur, convoqués par un juge d'instruction, en 1962, un an après l'ouverture de ce centre. Ils arrivent à démontrer qu'ils luttent ainsi contre l'avortement clandestin et ne sont donc pas poursuivis, selon une note anonyme d'un historique du Planning Familial de Grenoble in AR.1, 1.5, archives du centre de documentation du Planning de Grenoble.

¹⁸⁹⁷ Ainsi s'exprime Maître Eynard, conseiller juridique du Planning Familial de Grenoble, dans l'article d'Henri Fabre, *article cité*, 1963, p. 1928.

ayant accepté la pose d'un diaphragme devant un public de médecins. Ceux-ci reçoivent non seulement une formation technique, mais aussi juridique par l'avocate Anne-Marie Dourlen-Rollier. Enfin, l'intervention d'une militante du MFPPF replace le problème de la contraception dans le cadre plus général de la lutte contre l'avortement. Selon le D^r Verdoux, près de 120 médecins français ont bénéficié, de cette façon, d'informations pratiques et théoriques sur la contraception¹⁸⁹⁸. Ils peuvent alors prescrire les deux seuls moyens contraceptifs fiables proposés aux femmes, le diaphragme et la pilule, la pose de stérilet restant quant à elle marginale.

Les médecins du Planning conseillent généralement à leurs patientes le diaphragme, seul contraceptif fiable avant l'arrivée de la pilule. Ce moyen contraceptif féminin date du XIX^e siècle, il est peu répandu en France à la différence des pays anglo-saxons. Il consiste en un petit dôme de latex tendu à la base par un anneau rigide qui doit être placé autour du col utérin au fond du vagin, pour empêcher la progression des spermatozoïdes dans l'utérus et donc toute fécondation. Il doit s'accompagner de l'usage d'une crème spermicide pour renforcer son action contraceptive. Les diaphragmes sont de taille diverse, adaptée au col de l'utérus de chaque femme. Il s'agit donc pour le médecin de mesurer celui-ci pour déterminer le calibre du diaphragme puis d'apprendre à sa patiente à le poser correctement avant tout rapport sexuel. Ce type de consultation est donc très différent des examens habituellement effectués dans un cabinet médical. La solution la plus simple est donc « d'aller dans un centre de Planning Familial, devenir membre adhérent de l'Association, puis consulter un médecin indiqué par le centre. Celui-ci fait une analyse bactériologique pour dépister une infection [...] Ensuite il mesure le calibre du vagin et indique le diamètre du diaphragme à commander, à l'étranger, ainsi qu'une gelée spermicide. La femme revient au centre avec son diaphragme et la gelée. Un moniteur explique la technique de mise en place » selon le mode d'emploi : « une heure avant le coït, la femme doit mettre son appareil enduit de gelée spermicide non périmée. [...] Il convient de garder l'appareil 6 à 8 heures après le coït, puis le retirer, le nettoyer, le sécher, le talquer »¹⁸⁹⁹.

Les femmes fréquentant les centres du Planning se heurtent cependant à un obstacle de taille. Alors que le préservatif est vendu légalement en France, eu égard à son action antivénéérienne, le diaphragme, associé à une crème spermicide, n'est pas autorisé à la vente. Il est même interdit d'en importer légalement, ce qui donne lieu à tout un trafic auquel participent les militants du Planning Familial. La loi du 19 avril 1923 stipule en effet: « est prohibée l'importation en France, en Algérie et dans les colonies et possessions françaises, des produits, remèdes, appareils et instruments anticonceptionnels ou présentés comme en ayant les propriétés alors même que cette indication serait

¹⁸⁹⁸ Selon Christiane Verdoux, rencontrée le 11 juillet 2008.

¹⁸⁹⁹ Charles Rendu, « Contraception ou abstinence périodique », *Le Concours médical*, 2-10-1965, p. 5523.

mensongère »¹⁹⁰⁰. On peut apprécier le sel de cette dernière précision. Dans la réalité, diaphragme et crème sont régulièrement saisis à la frontière par les douaniers zélés. Le problème est surtout ressenti pour la crème, car un couple peut avoir besoin de plusieurs tubes par an. Les militants du Planning Familial de Grenoble précisent, dans une note interne, qu'« un syndicat confessionnel est intervenu auprès des douanes pour bloquer les arrivées (de Suisse) »¹⁹⁰¹, une allusion probable à la CFTC ou à la CFDT. Les adhérents se plaignent également de cette répression douanière : plusieurs lettres conservées par le Planning de Grenoble l'attestent¹⁹⁰². Les militants de Grenoble tentent alors de déjouer la douane. Ils font passer par exemple les diaphragmes de Londres à Genève, grâce à une hôtesse de l'air, puis vont les chercher en Suisse en les camouflant dans la roue de secours de leur voiture¹⁹⁰³. Ils utilisent également les services de la Fédération Anarchiste dont une filière passe armes et munitions pour le FLN de Suisse en France et diaphragmes pour le Planning ! Ils emploient enfin un passeur qui camoufle les diaphragmes dans des bottes de paille¹⁹⁰⁴. Mais le problème reste entier pour les tubes de crème qui supportent mal ces manipulations. Aussi, le groupe de Grenoble finit-il par fabriquer localement une gelée spermicide, dont la formule est testée et agréée par l'IPPF sous le nom d'Alpagel¹⁹⁰⁵. Cette crème, officiellement dévolue à la protection de la peau, est dite « des Pères Chartreux », honorablement connus dans la région grenobloise, pour détourner les soupçons. Le Planning de Grenoble s'organise en coopérative pour produire et diffuser cette « crème »¹⁹⁰⁶. Il est décidé de dissoudre cette coopérative en 1965 pour « conserver une image idéale au Planning », loin de tout circuit commercial. Mais certains militants, qui ont mal accepté cette dissolution, accusent la présidente de l'association, Madame Lagroua-Weil-Hallé, d'avoir suscité la création d'un autre organisme de fabrication et de livraison de ce type de crème, avec une autre formule, le laboratoire CCD, dans le capital duquel Madame Lagroua-Weil-Hallé aurait été majoritaire par l'intermédiaire de sa famille et aurait ainsi gagné « des millions »¹⁹⁰⁷. Ce type d'accusation, qu'il est difficile de confirmer ou

¹⁹⁰⁰ Ce développement s'inspire d'Henri Fabre, *article cité*, 1963, p. 1928-1929.

¹⁹⁰¹ in « Historique du mouvement », archivé au centre de documentation de Grenoble, AR1, 1.1.

¹⁹⁰² Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6, lettres de Madame N. et de Madame L., résidant dans le département de l'Isère.

¹⁹⁰³ Document anonyme, archives du Planning Familial de Grenoble, AR1, 1.1.

¹⁹⁰⁴ Document anonyme, archives du Planning Familial de Grenoble, AR1, 1.2.

¹⁹⁰⁵ La formule d'Alpagel sera vendue en 1977 aux laboratoires Pharma-Sciences-Courbevoie.

¹⁹⁰⁶ Toutes ces remarques sont tirées de différents documents anonymes, rédigés, semble-t-il, en vue d'un historique du Planning de Grenoble et conservés aux archives du mouvement dans le carton AR1, en 1.1 et 1.2. La coopérative, institution sans but lucratif, fonctionne de 1962 à 1965 et son conseil d'administration ne comprend aucun membre de celui du Planning familial de Grenoble pour échapper à toute accusation de recherche de profit.

¹⁹⁰⁷ Ces accusations sont rapportés dans une note interne anonyme, Archives du Planning Familial de Grenoble, AR.1, 1.2.

d'infirmier, est courant à l'époque contre les partisans de la contraception médicale. Ce serait plutôt ici le résultat d'une divergence au sein de l'association entre la direction nationale jugée trop prudente, incarnée par Madame Lagroua Weill-Hallé, et les militants grenoblois plus audacieux.

Le diaphragme peut sauver des vies : « J'ai prescrit mon premier diaphragme en 1962 dans le cas suivant : il s'agissait d'une femme de 38 ans, mère de famille nombreuse que je soignais alors pour un cancer du sein. Je lui déconseillai une nouvelle grossesse et elle me dit qu'elle n'avait pas souhaité ses deux derniers enfants, étant de ces femmes pour qui ce qu'on appelle pudiquement les précautions habituelles ne marchaient pas toujours. J'allai donc à Paris au Planning Familial apprendre la technique de la contraception locale qui lui convenait fort bien. Quatre ans après cette femme était en vie, sans récurrence »¹⁹⁰⁸. Les patientes du D^r Lagroua Weill-Hallé en sont satisfaites : sur 98 couples, 90 en ont une « satisfaction totale »¹⁹⁰⁹. En témoigne la photocopie d'une lettre d'une de ses patientes, Mme D., deux enfants : « Je vous avais promis de vous parler de l'objet que j'ai fait venir d'Angleterre. J'en suis – nous en sommes – toujours extrêmement satisfaits. Outre la détente physique qu'il permet, il délivre d'une inquiétude pesante, et je ne saurais trop vous remercier de cette libération. C'est facile à mettre, et une fois mis, il semble que rien n'ait été mis ! C'est presque un retour à l'innocence... »¹⁹¹⁰. Le rôle du médecin prescripteur est cependant délicat puisqu'il doit déterminer la taille du diaphragme à employer et apprendre à la femme à le mettre en place sur le col de l'utérus, condition nécessaire pour une bonne efficacité. Rares sont les médecins qui savent s'y prendre car il leur faut s'être formé à l'étranger (en Angleterre, par exemple) ou au Planning Familial. D'autres problèmes sont attribués « aux difficultés rencontrés par la femme pour placer le diaphragme¹⁹¹¹, à l'emploi du diaphragme pendant la seule période supposée fertile ». Mais le D^r Kahn-Nathan peut conclure sur « l'intérêt de cette méthode inoffensive, peu onéreuse, efficace »¹⁹¹². C'est le premier conseil que donnent les médecins face à une demande de contraception avant l'arrivée de la pilule en France. Il est souvent « associé au contrôle thermique, car il y a autant de différence entre deux spermatozoïdes qu'entre une Jaguar et une Deux-chevaux, et que, même un obturateur parfaitement adapté ne parvient pas à arrêter certains spermatozoïdes « éclairs » »¹⁹¹³.

¹⁹⁰⁸ F.A Grezes-Rueff et Ch. Grezes-Rueff, *article cité*, 1967, p ; 507.

¹⁹⁰⁹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 340.

¹⁹¹⁰ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 347.

¹⁹¹¹ En 1965, le D^r Hélène Michel-Wolffromm constate : « schématiquement, une femme de 18 ans met un diaphragme en place en une minute un quart (sic !), une femme de quarante ans en une heure et demie », in *article cité*, 1965, p. 4912.

¹⁹¹² « Compte rendu du colloque sur la contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 22 novembre 1964, p. 1211.

¹⁹¹³ Hélène Michel-Wolffromm, *article cité*, 1965, p. 4913.

Cette méthode peut cependant entraîner un « dégoût » chez les femmes qui l'appliquent. Le D^r Michel-Wolfromm décrit ainsi les réactions de certaines de ses patientes : « Il faut le mettre tous les soirs, comme on se lave les dents, et le mettre avec de la pommade, une pommade qui coule ! Passe encore de se livrer à cet exercice avec un partenaire orthodoxe et discipliné : on met le diaphragme tous les soirs et on a des rapports deux ou trois fois par semaine ; mais arrive une « panne » et tout se dérègle : quinze jours sans rapports du tout, puis huit jours de rapports quotidiens ; puis l'entente sexuelle qui se désaxe et la frigidité occasionnelle de la femme énervée... À quoi bon tout ça, se dit-elle ; à quoi bon ces préparatifs pour se préparer à un rapport raté ! Et puis imaginez les cas où le mari est « du matin » et où, au saut du lit, il faut que la femme se précipite dans la salle de bain pour remettre un peu de cette satanée pommade qui n'est peut-être déjà plus spermicide depuis la veille. Ensuite il faut conserver le diaphragme toute la journée, tandis que la pommade dégouline un peu. Pour finir, il faut se laver vers six heures du soir, alors qu'on a bien d'autres choses à faire. Sans compter le talcage et surtout, le train-train : la petite boîte de rangement comme un verre pour un dentier... »¹⁹¹⁴. Sous le sarcasme, pointe une réalité qui explique aisément que les femmes vont se sentir libérées par l'arrivée de la pilule. Du côté masculin, « Les *hommes* n'acceptent pas la méthode pour plusieurs raisons : le préservatif les gêne, il « aseptise » en quelque sorte l'étreinte. L'un pense que le contrôle de la fécondation est un privilège viril : confier à sa femme l'initiative de sa propre protection blesserait son orgueil. L'autre redoute plus ou moins consciemment que son épouse ne se serve du préservatif avec un autre partenaire. L'une de mes malades, hôtesse de l'air, vivait avec un jaloux qui gardait son diaphragme en otage pendant ses déplacements. Or elle voyageait sur les lignes Amérique-Japon et avait un diaphragme en service dans chaque aéroport ! »¹⁹¹⁵. Selon le D^r Charles Rendu, le diaphragme a, comme les autres moyens contraceptifs externes, l'inconvénient majeur de « perturber les relations conjugales. Une jeune femme me disait un jour : « autrefois, quand mon mari me voulait, il me disait : je t'aime ; maintenant, il me dit : va mettre ton caoutchouc ». Trop souvent, quand un couple dispose d'un moyen mécanique [...] qui lui donne un sentiment de totale sécurité, le mari tend à prendre son plaisir avec sa femme qu'il ne considère plus que comme un objet et non comme une personne, et à ce moment-là, même s'il aime réellement sa femme, l'acte conjugal ne contribue pas à édifier l'amour conjugal »¹⁹¹⁶. On retrouve ici le principal reproche des catholiques aux méthodes de contraception de ce type : instrumentaliser l'un ou l'autre des conjoints pour un plaisir égocentrique, loin de l'idéal de « l'amour conjugal » prôné par l'Église.

A partir de 1961, la pilule est immédiatement adoptée et aussitôt critiquée. Si des dizaines de milliers de femmes réclament ce moyen contraceptif à leur

¹⁹¹⁴ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4914.

¹⁹¹⁵ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1962, p. 670.

¹⁹¹⁶ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5523.

médecin, la diffusion en France de la pilule entraîne aussitôt une polémique chez les médecins. La plupart d'entre eux mettent l'accent sur les risques que cette contraception hormonale ferait courir aux femmes. Certes les revues médicales et les thèses de médecine répondent à ce type de questions mais on est quand même frappé du caractère systématique du dénigrement de ce moyen contraceptif. Les partisans du droit à la contraception doivent donc en priorité répondre aux critiques de leurs confrères à propos de ces menaces pour la santé des femmes. Celles-ci sont évoqués à deux niveaux : celui des troubles immédiats lors de la prise de pilule et celui du cancer ou d'autres maladies, cardio-vasculaires par exemple, dans un avenir plus ou moins proche. Les médecins du Planning n'ignorent pas les symptômes ressentis par certaines femmes sous pilule : nausées, vomissements, maux de tête etc. Ces troubles sont assimilés à ceux liés à la grossesse puisque la pilule simule cet état chez la femme pour inhiber l'ovulation. Le D^r Rozenbaum précise au sujet des éventuelles prises de poids qui rebutent les femmes : « Avec les œstro-progestatifs à posologie plus faible [...] aucune modification de poids notable n'est notée : on remarque autant de femmes prenant du poids (sans que cette prise dépasse en général 3 kg) que de femmes maigrissant. [...] Précisons que ces gains pondéraux cèdent généralement à l'arrêt de la thérapeutique et peuvent également être évités, chez les femmes prédisposées, par l'institution simultanée d'un régime hypocalorique »¹⁹¹⁷. Ces troubles sont, semble-t-il, minimisés par les médecins et par les femmes elles-mêmes devant les avantages en matière de fiabilité contraceptive¹⁹¹⁸.

Quant aux risques à plus long terme, le manque de recul et la diminution continue du dosage de la pilule en hormones ne permettent pas de les cerner avec certitude : « Il y a lieu de noter le recul apparent que nous avons actuellement (15 ans) est en fait faussé par l'abandon des premiers produits utilisés et surtout pas la réduction considérable de la posologie actuellement employée par rapport à celle utilisée auparavant (nous sommes passés de doses quotidiennes de progestatifs de l'ordre de 10 à 15 mg à 1 à 2 mg) »¹⁹¹⁹, écrit le D^r Rozenbaum en 1967. Il fait remarquer que la pilule est aussi un médicament comme les autres : « Lorsqu'un médecin traite une maladie, il accepte souvent de prendre le risque d'utiliser une drogue active même si cette drogue est parfois dangereuse par les effets secondaires ou les accidents qu'elle peut provoquer. Le risque thérapeutique est la rançon de l'efficacité de nos moyens actuels, et il n'existe pas de commune mesure entre celui-ci et les risques courus par un malade dont on ne traiterait pas la maladie. Si nous acceptons donc volontiers d'user de drogues puissantes chez un malade, nous sommes beaucoup plus réticents lorsqu'il s'agit d'en faire usage chez un sujet sain, et il est normal, alors, de voir si le but recherché justifie un risque thérapeutique, si minime que

¹⁹¹⁷ Henri Rozenbaum, *La responsabilité du médecin devant la contraception orale*, thèse de médecine, Paris, 1967, n°928, f. 79 et 80.

¹⁹¹⁸ Toutes ces réflexions sont tirées de l'article de Lara V. Marks, in *Clio Medica*, 2001, p. 227-228.

¹⁹¹⁹ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, p. 13.

soit ce dernier. Le principe de la médecine préventive est adopté sans discussion par tout médecin, et justifie les vaccinations préventives, actes pouvant cependant exposer un sujet sain à des accidents parfois redoutables. User d'une méthode contraceptive chez une femme, c'est peut-être prévenir un avortement, et si un médecin est prêt à vacciner 1 000 sujets pour éviter un seul cas de diphtérie ou de variole, permettre à 1 000 femmes d'espacer volontairement des naissances évite sûrement plus d'un avortement criminel. Pour nous, cette considération suffit déjà pour justifier les risques éventuels que nous faisons courir à une femme en lui indiquant une méthode contraceptive. Bien entendu, nous souhaitons réduire ces risques au minimum »¹⁹²⁰. Enfin, les médecins partisans de la contraception mettent généralement en valeur les avantages médicaux liés à la prise de pilule et au suivi médical qui l'accompagne : « amélioration de syndromes inter et prémenstruels, traitement des dysménorrhées etc. [...] La contraception nous donne la possibilité de contrôles médicaux réguliers, frottis vaginaux et cervicaux de dépistage du cancer en particulier »¹⁹²¹. Ce point de vue positif sur la pilule est partagé par les experts, démographes et médecins. Selon Henri Leridon, « Sur le plan médical comme sur le plan démographique, on peut donc considérer que le gouvernement avait reçu dès 1966 un feu vert – ou, au minimum, un feu orange – de la part de ses experts pour la libéralisation de la contraception »¹⁹²². Il fait allusion au rapport de la commission « Marcellin » rendu public le 24 mars 1966. Selon ces quatorze experts, y compris le P^r Lacomme son président, il n'existe pas de contre-indication majeure à la prise de pilule.

Les opposants à la contraception ne sont cependant pas les seuls à douter de la pilule. Certains médecins du Planning sont réticents devant cette contraception hormonale et restent fidèles au diaphragme. En témoignent le D^r Fabre et le D^r Lagroua Weill-Hallé, deux gynécologues de la génération des fondateurs du mouvement. Le D^r Fabre répond ainsi en 1962 à Madame R. de Quimper qui demande une documentation et une adresse pour sa fille, qui n'a pas terminé ses études et se marie dans quelques mois : « Les pilules contraceptives sont vendues non seulement en Suisse mais dans toutes les pharmacies (sic) françaises. D'après les premiers travaux faits à l'étranger, il semble qu'elles soient efficaces mais il est aussi certain qu'elles sont dangereuses. Je ne puis donc que vous déconseiller l'utilisation de ce moyen anticonceptionnel »¹⁹²³. Lors de l'entretien qu'il m'a accordé en 2007, il a maintenu cette position. Le D^r Lagroua Weill-Hallé déclare en 1967 : « Je souhaite qu'au moment où la contraception va se généraliser, nos confrères ne cèdent pas à la facilité et ne se détournent pas des obturateurs (des diaphragmes) en faveur de la pilule. [...] J'estime, pour ma part, qu'en France trois femmes

¹⁹²⁰ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, f. 2-3.

¹⁹²¹ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, f. 13 et 83.

¹⁹²² Henri Leridon et alii, *La Seconde Révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, PUF, cahiers de l'INED n°117, 1987, p. 28.

¹⁹²³ Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6, 1.

sur quatre s'adaptent au diaphragme, si on prend le temps et la peine de leur expliquer que c'est une méthode efficace et certainement inoffensive, ce qui est un avantage non négligeable »¹⁹²⁴.

Les critiques sur les dangers de la prise de pilule s'apaisent au début des années 70, les effets secondaires en particulier sont relativisés. Avec le recul et l'apparition de pilules beaucoup moins dosées et d'une plus grande variété avec près de 25 modèles en France (ce qui permet une meilleure adaptation de ce médicament à chacune), certains adversaires de la contraception hormonale vont même changer d'avis. Ainsi le P^f Malinas écrit en 1974, soit 7 ans après la loi Neuwirth: « En ce qui concerne les contraceptifs œstroprogestatifs, il est certain qu'ils entraînent un certain nombre de troubles dont il ne faut exagérer ni l'importance ni la gravité. [...] Les inconvénients mineurs des contraceptifs sont en général réversibles. Ce sont soit des modifications du caractère, soit des intolérances aux œstrogènes, soit des troubles dermatologiques, soit enfin des pertes de sang plus ou moins irrégulières, toujours mal supportées par les patientes, mais en général sans gravité. Les faibles dosages rendent certains de ces troubles plus rares. [...] Si l'on s'en tient aux contre-indications médicales, on peut affirmer que la consommation régulière de contraceptifs faiblement dosés ne paraît présenter que des inconvénients mineurs et qui disparaissent avec l'arrêt du médicament. [...] Le risque que court une femme à prendre des contraceptifs est faible. Il est sûrement plus faible que le risque que court un citoyen quelconque à fumer un paquet de cigarettes par jour. [...] Il est d'ailleurs probable que la consommation de n'importe quelle molécule chimique prise à titre de médicament de façon continue peut faire courir des risques »¹⁹²⁵.

Quant aux conséquences sur la vie sexuelle des femmes et des couples, elles s'équilibrent. En 1967, le D^r Rozenbaum précise à propos des effets de la pilule sur la « libido » en citant des statistiques américaines (augmentation dans 7 % des cas et une diminution dans 11 % des cas) qu'on ne note pas en général « de différence notable avant et pendant la prise d'œstro-progestatifs »¹⁹²⁶. En 1975, interrogeant 35 femmes ayant eu une IVG à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon, après avoir abandonné leur moyen de contraception médical (en général la pilule) le D^r Bauraud note que huit femmes déclarent avoir eu des relations sexuelles plus harmonieuses, cinq des rapports plus fréquents et deux plus de plaisir ou du plaisir pour la première fois. En tout, douze femmes (certaines ayant donné plusieurs réponses) semblent avoir eu, sexuellement, des relations améliorées par la prise de contraceptifs. Un tiers signale les effets positifs de la contraception sur leur vie sexuelle. Mais, à l'inverse, huit femmes ont éprouvé

¹⁹²⁴ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1967, p. 7864.

¹⁹²⁵ Yves Malinas, « Réflexions sur la contraception. Réponses », *Le Concours Médical*, 5-10-1974, p. 5054-5056.

¹⁹²⁶ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, f. 63.

moins de plaisir, voire de la frigidité¹⁹²⁷. Ainsi, la prise de pilule est parfois associée à une baisse de la libido chez les femmes, mais cet effet secondaire n'est pas souvent pris en considération car il paraît impossible à mesurer et gêne aussi la diffusion de ce moyen de contraception. Cet inconvénient semble minimisé en ce qui concerne les femmes. À l'inverse, ce fut un argument majeur pour abandonner la recherche sur la pilule contraceptive masculine¹⁹²⁸.

Le stérilet reste un moyen contraceptif confidentiel à la différence de la pilule. Si les premiers DIU (dispositif intra utérin) sont expérimentés à partir de 1959 en Israël et au Japon, le stérilet est très peu prescrit en France et les sources y font donc rarement référence. Son usage ne se développe qu'à partir de 1964-65. La thèse de Pierre Chauvin, soutenue en décembre 1967, juste avant la loi Neuwirth, rapporte le cas de 1 000 femmes « à qui nous avons posé un stérilet dans un but contraceptif. [...] (Cette étude) a été réalisée à Paris, par le D^r J. Kahn-Nathan¹⁹²⁹, dans quatre endroits différents, dont 3 centres hospitaliers, et dans une clientèle de ville. [...] Les premiers stérilets furent posés en octobre 1964. [...] Dans 5 endroits : service de gynécologie du D^r Netter à l'hôpital Necker, cas personnels du D^r J. Kahn-Nathan, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, service de gynécologie du D^r Klotz à l'hôpital Beaujon, service de gynécologie du P^r Le Lorier à l'hôpital Rothschild »¹⁹³⁰.

Cependant, les médecins catholiques soulignent immédiatement que « c'est une méthode économique qui libère la femme de toute précaution. Mais du point de vue moral elle est critiquable puisque c'est un abortif¹⁹³¹ ». La présence du stérilet dans l'utérus entraîne un effet anti-nidateur qui empêche l'ovule fécondé de s'implanter dans la muqueuse utérine. Cette fonction du stérilet est interprétée par ces catholiques comme un micro-avortement. Autre problème : son efficacité n'est pas totale et dépend du type de stérilet. Avec les stérilets de la première génération, le taux de grossesse est de 4 à 8 %¹⁹³². Les stérilets à fil de cuivre, dits de troisième génération, améliorent cette efficacité à partir des années soixante dix. En 1967, le D^r Pierre Chauvin constate 18 grossesses pour 1 000 femmes portant un stérilet, dont trois survenues après expulsion méconnue ou en cours du stérilet. « La plupart des grossesses (15) sont survenues chez des femmes ayant un stérilet en place. [...] Le stérilet

¹⁹²⁷ Dominique Bauraud, née Bel, Pourquoi l'avortement plutôt que la contraception ? Étude des pratiques contraceptives de 35 femmes ayant fait un avortement volontaire, Lyon, 1975, n° 176, f. 62-64.

¹⁹²⁸ Lara Marks, *article cité*, 2001, p. 229.

¹⁹²⁹ Jacqueline Kahn-Nathan fait partie du collège médical du Planning Familial ; elle est donc une militante de la contraception.

¹⁹³⁰ Pierre Chauvin, *La contraception intra-utérine par les stérilets*, thèse de médecine, Paris, 1967, n° 948, f. 33.

¹⁹³¹ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5527.

¹⁹³² Emmanuel Faure, *La contraception intra-utérine par le stérilet au cuivre*, thèse de médecine, Tours, 1975, n°34, f. 26.

s'évacuera au 2^{ème} ou 3^{ème} mois spontanément. Les grossesses menées à terme ont donné naissance à des enfants normaux et le stérilet a été expulsé spontanément au cours de la grossesse »¹⁹³³.

Pourtant, le stérilet a des avantages. En 1967, le D^r Pierre Chauvin constate qu'il « est apparemment bien accepté, car c'est la seule méthode contraceptive qui n'impose aucune contrainte à la femme. Une fois inséré dans l'utérus, et si la femme tolère bien son stérilet, elle se considère comme « libérée » de toute contrainte et d'obligation, comme l'imposent certaines méthodes contraceptives (prise quotidienne, sans oubli, d'une pilule, ou de la température le matin au réveil etc.). La femme, après les premiers cycles, en arrive à « oublier » son appareil intra-utérin, considérant qu'il est définitivement en place et qu'il fait partie en quelque sorte de son corps. [...] (La contraception intra-utérine) évite de multiples sujétions parfois fort désagréables qu'imposent les autres méthodes. Elle est de longue durée, ou du moins de la durée désirée, car elle est réversible. Le retrait du stérilet est généralement suivi d'une grossesse dans les mois qui suivent son ablation. Une fois en place et passé les premiers mois d'adaptation, il peut être gardé par la femme plus de 18 mois sans qu'elle ait à s'en occuper le moins du monde »¹⁹³⁴. Effectivement, le stérilet est un moyen de contraception sans contraintes, hormis la pose. Officiellement, il ne peut être retiré que par le médecin et permet ainsi une contraception suivie sans échecs liés aux oublis ou aux circonstances.

B Le Planning et le droit des femmes

Au tournant des années soixante, apparaît progressivement la revendication que la maternité peut et doit être désirée au lieu d'être subie et imposée aux femmes. Le but du Planning Familial, selon sa fondatrice, est « d'arriver à multiplier les naissances désirées d'enfants souhaités, dans les familles qui les accueillent parfaitement »¹⁹³⁵. Ses partisans mettent l'accent sur les effets positifs de la contraception non seulement pour les femmes mais aussi pour les enfants conçus volontairement, et au final pour la société toute entière. Il est remarquable que le bien-être de l'enfant soit systématiquement évoqué dans le droit fil de l'accouchement sans douleur et dans le but, peut-être, de ne pas focaliser le débat sur l'intérêt des femmes, perçu comme de l'égoïsme. Ainsi l'exprime cette lettre désespérée au centre du Planning Familial de Grenoble : « Personne jusqu'à ce jour n'a pu nous aider, pas même les vieilles femmes dont les propos reflètent que, pour elles, l'enfant est plus le tribut que le fruit de l'amour. [...] Beaucoup de foyers sont gâchés par la famille trop nombreuse. Les « gosses » comme on dit [...] Nous voudrions n'avoir que des enfants souhaités pour que nous puissions les considérer comme faisant partie de la

¹⁹³³ Pierre Chauvin, *thèse citée*, 1967, f. 37.

¹⁹³⁴ Pierre Chauvin, *thèse citée*, 1967, f. 29 et 41.

¹⁹³⁵ D^r Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1963, p. 58.

famille, et non comme des intrus »¹⁹³⁶. Forçant le trait, les partisans du Planning n'hésitent pas à faire de l'enfant non désiré un délinquant en puissance au moment où les médias commencent à dénoncer les blousons noirs et autres jeunes dangereux pour la société : « L'enfant non souhaité, « l'accident », est candidat à l'inadaptation sociale [...] J'ai affaire, écrit le D^r André Berge, psychiatre, à trop de malheureux enfants à qui l'on fait payer cher, consciemment ou inconsciemment, le crime d'être venus au monde quand leurs parents n'en voulaient pas. Il est significatif que 75 % des délinquants soient des enfants indésirés »¹⁹³⁷. Pour le D^r Koupernic, autre psychiatre, il paraît « évident qu'une maternité non consentie risque de déclencher une névrose chez la mère, peut-être même chez l'enfant [...] (Pour les femmes) dont les moyens d'existence et notamment de logement ne permettent pas d'élever une famille pléthorique [...] nous risquons [...] parfois chez les deux parents une carence éducative en raisons des conditions d'entassement, et par là même, une facilitation de la délinquance juvénile »¹⁹³⁸. « À l'intérieur de la famille, le problème essentiel est le problème de l'enfant souhaité ou non. L'enfant non souhaité risque d'avoir une certaine peine à établir avec les autres de bonnes relations affectives ; et, de ce fait, il est presque toujours candidat à l'inadaptation sociale. Cette inadaptation sociale peut revêtir un aspect névrotique, un aspect caractériel ou se traduire par des dispositions à la délinquance. Il n'est donc pas honnêtement possible d'échapper à la nécessité d'envisager la régulation des naissances de ce point de vue individuel et psychologique. [...] J'ai affaire à trop de malheureux enfants à qui l'on fait payer cher, consciemment ou inconsciemment, le crime d'être venus au monde quand leurs parents n'en voulaient pas. [...] Et il est au moins aussi important de permettre aux enfants souhaités de naître que de permettre aux enfants non souhaités de ne pas naître »¹⁹³⁹. En 1967, enfin, le D^r Lagroua Weill-Hallé affirme que parmi ses patientes utilisant une contraception: « 225 femmes déclarent être plus patientes avec leurs enfants, 425 être de meilleure humeur avec leur mari, 491 que l'atmosphère familiale est plus détendue »¹⁹⁴⁰.

Lié à la volonté d'aimer et d'éduquer correctement ses enfants, un autre argument évoque les conditions physiques et matérielles incompatibles avec une famille nombreuse. Les médecins sont conscients de l'état d'épuisement de nombreuses mères de famille : « C'était une jeune femme, belle encore, que je ne reconnus pas d'abord. Je l'avais pourtant vue, pour la première fois en 1951 et pour la dernière en 1955 quand je lui découvris sa quatrième grossesse à 22 ans. Il me souvenait maintenant qu'elle en avait fort mal accueilli la nouvelle.

¹⁹³⁶ Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6, 1.

¹⁹³⁷ Henri Fabre, *opus cité*, 1960, p. 154.

¹⁹³⁸ « Points de vue de psychiatres », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3163.

¹⁹³⁹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, "Considérations préliminaires sur 218 femmes ayant reçu des conseils médicaux d'orthogénisme. Technique et prophylaxie mentale.", *Gynécologie pratique*, 1960, XI, p. 310-311.

¹⁹⁴⁰ Marie-André Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1967, p. 7863.

Elle s'excusa de ne pas être revenue plus tôt. « Avec mes quatre enfants, faute d'avoir été aidée jusqu'alors, je ne suis jamais libre. [...] J'ai encore maigri et ma tension ne dépasse pas 9. [...] Je souffre du bas-ventre à la marche et à l'effort. » [...] Le regard était fixe et éclatant. [...] Les seins étaient flasques et mous. La peau de l'abdomen brune, plissée, sèche et vieille. [...] Le plancher pelvien était effondré »¹⁹⁴¹. Les femmes elles-mêmes témoignent de leur épuisement, ainsi Madame D. dans une lettre au Planning Familial de Grenoble : « Après 5 ans de mariage, je suis enceinte d'un quatrième enfant. Je pèse 40 kilos, j'ai des ganglions aux poumons, mon mari n'a qu'une santé médiocre et un mauvais équilibre, et il est un nerveux sur lequel il se révèle que je ne puisse compter. Nous n'avons pour vivre qu'une pièce et un réduit de cuisine et il n'y a de repos pour personne. [...] Je reste effrayée de voir comment nos difficultés se sont aggravées lors de chaque naissance. Une telle progression nous mènerait tous au désordre et à la dérive pour le malheur des enfants surtout »¹⁹⁴². Ainsi Madame O. de Poitiers : « Mes trois enfants ne m'ont guère laissé le temps de vous écrire plus tôt, mais aujourd'hui il me semble nécessaire de le faire. Grippée, fatiguée, fiévreuse, tension 10°5, je suis à bout. Seule avec les enfants de 6 heures du matin à 20 heures du soir, je me demande s'il n'y aura jamais pour nous autre chose que la ronde infernale des biberons, lessives, vaisselle, ménage, repas, courses, raccommodage, repassage et biberons, bouillies... [...] Aucun de nos trois enfant n'est arrivé parce que nous l'avons souhaité ; mon époux adore les enfants et voulait en avoir trois mais il aurait tant désiré que je choisisse le moment de les avoir. Tous les trois sont nés à des moments difficiles pour nous. [...] Je rends la vie infernale à mon époux qui lui aussi a besoin d'affection, de calme, d'une épouse plus souriante, lorsqu'il a fini ses épuisantes journées de travail, et les heures supplémentaires qu'il accepte de faire pour nous permettre de vivre mieux. [...] Nos grands enfants, Marie-Louise 5 ans et demi, Philippe 4 ans aimeraient voir leur maman « belle », ils veulent une maman qui leur raconte des histoires, qui s'intéresse à leurs jeux, les promène le jeudi, une gentille maman qui ait les mains douces ; ils sont adorables, ne mentent jamais, m'aident lorsque je sais leur demander ; mais depuis la naissance d'Isabelle je suis lasse, épuisée [...] et je les tape à tort souvent. [...] Avec trois enfants il m'est peut-être possible d'être heureuse, mais pas au-delà. Car il m'arrive aussi d'évaluer la hauteur du cinquième étage où nous habitons. Sommes-nous condamnés à accepter encore d'autres enfants, car nous avons, tous les deux, mon époux et moi la même répulsion pour les avortements ? »¹⁹⁴³.

Les militants du Planning, plus sensibilisés que les autres médecins, font de la lutte contre l'avortement clandestin, ce fléau selon la terminologie de l'époque, leur principal argument pour demander une loi sur la contraception.

¹⁹⁴¹ J. E. Marcel, « Avant-propos », *Gynécologie pratique*, 1957, n° 3, p. 138.

¹⁹⁴² Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6, 1.

¹⁹⁴³ Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6, 1.

C'est déjà l'avis du D^r Péquignot en 1946 qui réfute les solutions habituellement conseillées pour lutter contre l'avortement : « Réglementer le diagnostic biologique de la grossesse ? Mais une femme sur cent recherche cette confirmation. L'avortement est pré-diagnostique. Les asiles de filles-mères ? Mais c'est au deuxième mois au plus tard qu'a lieu l'avortement et il est banal chez la femme mariée ou collée. La propagande par la terreur ? C'est une arme impossible à manier pour la simple raison qu'il y a, en France, à l'heure où j'écris, 10 000 000 de femmes qui ont avorté une ou plusieurs fois et que c'est à elles qu'on demande conseil. [...] Aucune propagande fondée sur les dangers de l'avortement ne peut avoir l'espoir d'être active. La répression judiciaire ? Mais j'ai ouï dire que la police était débordée, les prisons pleines, les tribunaux surchargés. Sachez que vous ne faites rien ou que vous engagez 500 000 poursuites (au minimum) par an. L'avortement est un crime mais un crime que commettent 500 000 avortées, 1 000 000 de complices (le père putatif et la conseillère, c'est un minimum) plus les avorteurs. Vous rendez-vous compte des conséquences sociales de 500 000 actions criminelles ? [...] Les allocations prénatales sont une mesure parfaite, il est évident que l'enfant coûte *dès* sa conception. Et pourtant cette mesure ne supprime que l'avortement de *misère* qui n'est pas le plus fréquent »¹⁹⁴⁴. Après un tel constat, qui se veut « de bon sens », il conclut : « Il faut peut-être avouer que le seul moyen de lutter contre l'avortement – si l'on néglige l'aspect « natalité » pour ne penser qu'à l'aspect « femme » est peut-être le Birth Control »¹⁹⁴⁵. Cette conclusion audacieuse et isolée dans nos sources, ne l'emportera en France qu'un peu plus de vingt ans plus tard avec la loi Neuwirth. C'est l'avis du Dr Lagroua Weill-Hallé qui souhaite, dès son premier article dans une revue médicale en 1953, que le birth control soit considéré comme « une prophylaxie de l'avortement criminel »¹⁹⁴⁶

Les médecins des pays limitrophes, qui accueillent quelques milliers de femmes françaises par an pour leur délivrer une contraception ou pour effectuer un avortement, jugent sévèrement la loi de 1920. Les gynécologues de Suisse romande, qui partagent la revue *BFSGOLF* avec leurs collègues français et ne sont pas des extrémistes, écrivent : « Le résultat de cette politique fut minable : la natalité continua à diminuer, le nombre des avortements criminels devint impressionnant »¹⁹⁴⁷. Le D^r Dalsace constate à son tour : « Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que le nombre des avortements est sensiblement égal à celui des naissances. [...] Nous savons d'autre part que rien n'empêchera une femme décidée à se faire avorter de recourir à des manœuvres criminelles. [...] Seul le « Birth Control » accompagné d'une éducation sexuelle, permettra de l'obtenir (restreindre ce fléau) »¹⁹⁴⁸. Un peu plus loin, dans la même revue,

¹⁹⁴⁴ Henri Péquignot, « Simples remarques sur l'avortement », *Archives de Médecine sociale*, n°3, 1946, p. 177-178-179.

¹⁹⁴⁵ Henri Péquignot, *article cité*, 1946, p. 181.

¹⁹⁴⁶ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1953, p. 149.

¹⁹⁴⁷ M. Mühlethaler, « Problèmes du Birth Control », *BFSGOLF*, avril-mai 1960, p. 130.

¹⁹⁴⁸ Jean Dalsace, « Birth Control », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 376-377.

Abraham Stone et Margaret Sanger, pionniers de la contraception aux États-Unis, affirment également : « une grossesse désirée n'est jamais volontairement interrompue. Le moyen le plus efficace de réduire le nombre des avortements serait que chaque grossesse soit une grossesse désirée »¹⁹⁴⁹. Les femmes témoignent dans le même sens. Mme C. par exemple, dans le Nord, femme d'un souffleur de verre, études primaires, quatre enfants, quinze fausses-couches : « Et j'en profite pour vous remercier de ce que vous m'avez fait connaître, car depuis plus d'un an que j'ai suivi vos conseils je n'aie plus eue aucun ennui (sic) et je puis dire que vous m'avez sauvé la vie, et gardé une mère à ses quatre enfants, je crois que je ne vous en remercierai jamais assez »¹⁹⁵⁰. En 1969 encore, soit deux ans après le vote de la loi Neuwirth, le D^r Dayant rapporte le cas d'une femme venue à la consultation de contraception de l'hôpital Bretonneau : « Mme D. a 38 ans. Elle est sans profession, de culture primaire, et catholique pratiquante. [...] Dans ses antécédents obstétricaux, on retrouve la notion de deux grossesses menées à terme. Cependant à chacune de ses grossesses, il y a tentative d'avortement. De plus à côté de ces grossesses menées à terme, on constate l'existence de 12 fausses couches provoquées, à chaque fois environ vers le troisième mois et qui se sont toutes soldées par un curetage. L'état vasculaire de ses membres inférieurs contre-indiquant la « pilule », on met en place un stérilet qui, jusqu'à ce jour, est bien supporté »¹⁹⁵¹. De l'utilité de la contraception pour éviter les avortements.

Les opposants au droit à la contraception refusent de considérer la contraception comme une prophylaxie de l'avortement : « La contraception est-elle le meilleur moyen de lutter contre les avortements criminels, ou est-elle le premier pas sur la route de l'avortement provoqué en cas d'échec de la méthode ? »¹⁹⁵² s'interrogent-ils. Et, selon ce médecin catholique : « L'utilisation des contraceptifs [...] ne diminue pas le nombre des avortements, elle tend même à l'augmenter, car elle diminue la résistance psychologique de la femme à l'avortement. De plus, les pouvoirs publics, lorsqu'ils ont autorisé les méthodes contraceptives [...] sont fort mal placés pour condamner l'avortement, qui seul permet de corriger les échecs de ces méthodes »¹⁹⁵³. Ce type d'argument reste très minoritaire dans le débat avant le vote de la loi.

Pourtant les résistances face à la contraception et donc les échecs, pourvoyeurs d'avortements, existent dès le début des années soixante et sont reconnus par les médecins du Planning. En 1963, le D^r Lagroua Weill-Hallé

¹⁹⁴⁹ Abraham Stone et Margaret Sanger, « Family Planning aux États-Unis », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 402.

¹⁹⁵⁰ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 350.

¹⁹⁵¹ Charles Dayant, *thèse citée*, 1969, f. 50-51.

¹⁹⁵² Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris, 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-1964, p. 1354.

¹⁹⁵³ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5523.

constate que « les quelques 300 prescriptions que nous avons faites depuis deux ans, avec indications formelles et motivations graves¹⁹⁵⁴, n'ont été suivies que dans une proportion de la moitié des cas. Nous avons donc été amenés à rechercher la raison de ces abandons, et il nous a paru, à l'analyse, qu'il s'agissait, avant tout, d'un manque de maturité des couples, en particulier dans le domaine de la sexualité, lié à un manque d'information. Et nous dissociâmes d'emblée, information et niveau d'études. [...] Ce manque de maturité se manifeste presque toujours de la même manière : le couple vient chercher dans la consultation de contraception une recette, et ce qu'il veut, c'est un miracle ; la recette devant lui permettre d'accomplir le miracle qui consisterait à avoir des rapports sexuels sans restriction, sans risque de grossesse, et cela, sans qu'il soit nécessaire de faire un effort de compréhension ou de volonté »¹⁹⁵⁵. Le problème semble bien réel puisque ces couples ont « la chance » de bénéficier d'une contraception médicale à cette date. Le D^r Marianne Basch, militante du MFPP, remarque que l'obstacle principal à une utilisation efficace de la contraception médicale n'est pas dans la possibilité d'être poursuivi en justice ni dans les prises de position de l'Église, mais dans l'attitude des femmes elles-mêmes : « Nous apportons à ces femmes qui n'avaient jusqu'ici que des solutions médiocres, aboutissant souvent à l'avortement dit criminel, un choix de méthodes efficaces, ayant chacune ses avantages et ses inconvénients, mais qui toutes comportent une discipline stricte et sans défaillance. [...] La femme, elle, vient nous demander la méthode *idéale*, ou mieux même, la recette miracle. [...] Or le pourcentage d'échecs croît proportionnellement au manque de rigueur dans l'application technique »¹⁹⁵⁶. Comme l'écrit le D^r Christiane Verdoux : « le planning¹⁹⁵⁷ est l'opposé de la facilité », quelque méthode qu'on applique¹⁹⁵⁸. Le D^r Lagroua Weill-Hallé constate elle-même que la contraception n'est pas capable de faire disparaître totalement les avortements à cause de négligence de ses patientes : « Ces cas de négligence, fait de femmes qui auraient dû être particulièrement motivées et soucieuses de réussir, montrent que certaines d'entre elles sont incapables de se plier à une discipline quelconque pour éviter une grossesse. Beaucoup préfèrent laisser aller et recourir à un geste désespéré le cas échéant ; d'autres qui ont le goût du martyr ou plutôt qui veulent être considérées comme des martyres, recherchent dans une grossesse non désirée, et dans l'avortement provoqué qui lui succède, une

¹⁹⁵⁴ Dans cette intervention publique, alors que la loi de 1920 est toujours en vigueur à propos de la contraception, le D^r Lagroua Weill-Hallé, fidèle à sa tactique de ne pas provoquer de réactions hostiles pour mieux faire accepter ses idées, prend ainsi un minimum de précautions...

¹⁹⁵⁵ « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris, 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-1964, p. 1354.

¹⁹⁵⁶ Marianne Basch, « Les difficultés de la contraception », *Planning Familial*, 1964, n°4, p. 10.

¹⁹⁵⁷ Au sens de contraception.

¹⁹⁵⁸ Christiane Verdoux, « La contraception : facilité ou discipline ? », *Planning Familial*, 1966, n° 11, p. 6.

justification à leurs récriminations contre leur époux ou contre la société »¹⁹⁵⁹. Ce jugement sévère vient bien de la fondatrice du Planning Familial ! Est-ce l'expression de sa déception devant les inévitables « échecs » de contraception alors que la loi est sur le point d'être votée ? Est-ce la volonté d'ignorer tout l'aspect « psychologique » de l'utilisation de contraceptifs ? La résistance des femmes, qui aboutit à des avortements, lui semble irrationnelle alors que la liberté est toute proche¹⁹⁶⁰. Le D^r Hélène Michel-Wolfromm fait le même constat : « J'ai eu 55 % de succès, chiffre fabuleux à mes yeux, bien que médiocre. [...] 55 % de ces 550 femmes (ses patientes) ont suivi mes conseils : ou elles ont appliqué avec « discipline » une méthode ancienne déjà éprouvée, ou elles ont adopté un diaphragme ou des pilules. [...] Une bonne moitié des femmes semblent prêtes à utiliser une bonne contraception »¹⁹⁶¹. Ce médecin, femme et psychothérapeute, incrimine principalement l'infantilisme de ses patientes : « Les femmes passent le plus souvent par trois phases dans leur appréciation de la contraception. La première est celle de la curiosité dévorante et idyllique : quel que soit le moyen proposé, la femme est enchantée : car elle se sent « dans le vent ». La deuxième est celle, toute aussi entière, du dégoût. Dégoût pour le diaphragme qui nécessite une hygiène « terrifiante ». [...] Avec les pilules, c'est une autre affaire. Pas une affaire de cuisine mais une question de poids. Premier drame : le poids augmente régulièrement de trois à quatre kilos. [...] Des troubles de l'humeur, bien sûr, et les seins qui gonflent. On en vient à la troisième phase, celle de la psychothérapie. Or la psychothérapie de la contraception consiste à faire accepter tous les inconvénients des procédés que la femme a essayés ou, en désespoir de cause, de lui conseiller de revenir aux anciennes méthodes, – ce à quoi certaines d'entre elles se résolvent assez facilement ; [...] « j'ai eu deux avortements en 10 ans ; eh bien, soit, j'en aurai bien un de plus ! » »¹⁹⁶². Le jugement est sévère et exonère le partenaire. En 1967, le D^r Lagroua Weill-Hallé tire un bilan mitigé de son expérience : « Aucune méthode n'est parfaite. Les statistiques montrent qu'une femme sur deux abandonne la pilule en un ou deux ans, qu'après quatre ans 50 % des femmes n'ont pas conservé leur stérilet »¹⁹⁶³.

La résistance à une contraception médicale efficace est souvent, pour ces médecins, fonction du milieu social. Pour Hélène Michel-Wolfromm, les femmes les plus rétives appartiennent aux milieux les plus modestes. « Hélas, la plupart des femmes de ces milieux populaires ressemblent à certaines méditerranéennes : elles obéissent aux ordres du destin. Vous le savez, les

¹⁹⁵⁹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1967, p. 7861.

¹⁹⁶⁰ Le D^r Christiane Verdoux, autre pionnière du Planning Familial, me confiera, lors d'un entretien en juillet 2008, quelle est sa déception et son incompréhension face au nombre constant des avortements en France malgré la loi Neuwirth. Elle fait partie de la même génération que le D^r Lagroua Weill-Hallé.

¹⁹⁶¹ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4915.

¹⁹⁶² Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4914.

¹⁹⁶³ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1967, p. 7864.

Calabraises, les Siciliennes ont douze ou quatorze enfants sans effort ni résistance. Plus les conditions sont défavorables, moins les femmes ont le courage de lutter contre leurs conséquences. »¹⁹⁶⁴. D'autres médecins préconisent de ne pas prescrire la pilule « à une femme trop insouciante, au Q.I. trop bas »¹⁹⁶⁵. Cette résistance à la contraception est communément reliée à la religion des patientes. Le D^r Perdrix a mené sur ce sujet une enquête très détaillée en 1966, auprès de 700 femmes, à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine et à celle de l'hôpital Tenon, à Paris. Il en tire cette conclusion : « Il est délicat d'aborder l'aspect religieux du problème. En toute objectivité, il semble que la religion influence peu la décision des femmes sur cette question. Chez l'homme, surtout les pères de familles nombreuses, elle est le motif le plus souvent avancé pour tenter d'expliquer leur hostilité à la contraception (en particulier chez les musulmans et un petit nombre de catholiques pratiquants) »¹⁹⁶⁶. Pour le D^r Rozenbaum : « Les facteurs psychologiques sont la clef de voûte de l'acceptation de la contraception orale, puisqu'ils conditionnent, bien souvent, l'apparition ou la non apparition d'incidents secondaires (nausées etc.). Clef de voûte bien fragile en vérité, qu'une campagne de presse, un écho alarmiste venu d'une amie, d'une voisine, de la concierge, ou d'un mauvais contact médecin-malade suffit à ébranler »¹⁹⁶⁷.

La comparaison avec les pays ayant autorisé la contraception depuis plusieurs années laisse malgré tout une impression optimiste. En 1961, Anne-Marie Dourlen-Rollier remarque : « Aux Pays-Bas, durant l'occupation, fermeture des centres de planning familial par les autorités allemandes, le chiffre des avortements est de 10 % (des naissances) ; après la Libération, réouverture des centres, le chiffre des avortements est redescendu à 1 %. Les statistiques sur le nombre d'avortements légaux pratiqués en Suède montrent que de 1946 à 1951 le nombre a été croissant [...] ; de 1951 à 1959, le chiffre décroît ; 5 322 en 1952, [...] 2 823 en 1958 pour 107 203 naissances. [...] Aucun produit contraceptif n'est parfait du moins en pratique. [...] L'éducation en matière de contraception est assez longue à faire. Les facteurs psychologiques jouent à la fois chez les médecins et dans la clientèle féminine. [...] Il est inexact de dire que l'emploi des méthodes contraceptives favorise le développement de l'avortement »¹⁹⁶⁸.

Les médecins sont parfaitement conscients que la peur de la grossesse donc l'absence de contraception peut retentir négativement sur la vie sexuelle des couples. Déjà en 1951, le D^r Hesnard, un des premiers sexologues français, explique dans le chapitre « Impuissances viriles et frigidités féminines » de son *Manuel de sexologie* qu'à côté d'autres facteurs (peur de l'organe masculin

¹⁹⁶⁴ Hélène Michel-Wolff, *article cité*, 1965, p. 4913.

¹⁹⁶⁵ Micheline Cardé, *thèse citée*, 1968, f. 41.

¹⁹⁶⁶ Jacques Perdrix, *thèse citée*, 1966, f. 109.

¹⁹⁶⁷ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, f. 62.

¹⁹⁶⁸ Anne-Marie Dourlen-Rollier, « Une question souvent posée », *Bulletin du MFPPF*, 1961, n° 19, p. 22-23.

etc.) il faut impliquer parfois « la peur de la grossesse ». Mais il rattache cette peur à l'histoire psychologique de chaque femme, évoquant « ses imaginations infantiles, que la grossesse est une terrible maladie, l'accouchement un événement affreux, souvent mortel, toujours mutilant ». Pour lui, le problème semble résider au niveau de chaque femme individuellement et de son histoire familiale. Ce type d'interprétation limitée aux problèmes personnels de chaque patiente est caractéristique des années cinquante, avant la mise en avant des revendications générales des femmes pour une contraception médicale, dix ans plus tard. En 1952, le P^r Laffont remarque, dans son manuel de gynécologie : « Il faut distinguer [...] une dyspareunie d'origine psychique, dite essentielle dans laquelle l'examen gynécologique est complètement négatif, et cependant [...] il y a presque toujours une localisation douloureuse dont sont responsables des circonstances pouvant dépendre de l'un ou l'autre des partenaires : du côté de la femme : célibat prolongé, inadaptation psychique, crainte d'une grossesse... »¹⁹⁶⁹. Pour le D^r Berge, psychiatre : « Cette angoisse (des grossesses non désirées) engendre, parfois, d'une façon d'ailleurs assez illogique, un autre mal qu'il n'est pas permis de négliger : la frigidité féminine. Bien que la frigidité n'empêche guère la fécondité¹⁹⁷⁰, la crainte de l'enfant provoque une sorte de retenue qui empêche l'épouse de se laisser aller dans les bras de son mari »¹⁹⁷¹. En 1964, pour le D^r Fribourg « la peur de la grossesse reste donc la préoccupation majeure, elle retentit sur le désir qu'elle diminue, elle inhibe l'orgasme, gâche souvent la vie intime du couple et peut conduire à des aberrations. [...] Il n'y a pas de solution standard pour les couples et le choix n'est pas définitif pour un couple donné. [...] Ce que demande la majorité des femmes c'est, avant d'espérer l'agrément, la certitude de ne pas risquer une grossesse indésirée. Pour ceux qui dans tous les domaines s'entendent bien, le problème du choix d'un moyen contraceptif est peu important pourvu qu'il soit efficace»¹⁹⁷². Pour le D^r Fabre, aussi, la peur de la grossesse peut engendrer la frigidité chez la femme : « Lorsque la femme reconnaît qu'elle évite volontairement les sensations voluptueuses. Une opinion assez répandue veut que la fécondation soit impossible sans orgasme. Cette croyance ne maîtrise pas seulement celles chez qui le désir est le père de la pensée, ces célibataires qui, dans une angoisse obsédante, prévoient leur sort de mères méprisées du monde, mais aussi les femmes mariées qui ont déjà procréé, et « ressenti », et qui, mères de nombreux enfants, ont évité intentionnellement la sensation pour ne pas augmenter encore leur progéniture »¹⁹⁷³.

Si l'on confronte l'opinion du D^r Fabre au courrier qu'il a reçu à Grenoble, en tant que médecin responsable du premier centre du Planning

¹⁹⁶⁹ Amédée Laffont, *Manuel de gynécologie*, Paris, Masson, 1952, p. 244.

¹⁹⁷⁰ C'est une croyance courante en France, à l'époque.

¹⁹⁷¹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 310.

¹⁹⁷² « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris 10-11 novembre 1963 », *Le Concours médical*, 29-11-64, p. 1351-1353.

¹⁹⁷³ Henri Fabre, *opus cité*, 1960, p. 152.

Familial de France, on s'aperçoit que l'absence de contraception fiable peut être un cauchemar pour certains couples. Par exemple, Monsieur et Madame R., qui écrivent: « Nos rapports (sont) aussi (pour) nous témoigner mutuellement notre amour, et pour consolider l'harmonie de notre foyer. Malheureusement, la peur qui révolte l'époux, et paralyse la femme, domine [...] Ma profession m'oblige à de fréquents et de longs déplacements, et au retour, il nous est difficile de freiner notre élan qui, nous le savons, peut à chaque fois être fatal, sachant que les règles de ma femme sont irrégulières par surcroît. [...] Nous vous demandons donc, puisque vous vous penchez sur le problème humain des rapports entre époux, de bien vouloir nous guider, pour nous permettre d'atteindre l'harmonie parfaite »¹⁹⁷⁴. Autre témoignage, celui de Madame B.: « J'ai trois enfants (le dernier a 3 mois) et viens de frôler la séparation d'avec mon mari, notre entente n'étant pas brillante étant toujours crispée dans l'appréhension d'une nouvelle grossesse. Il est d'accord pour trouver vraiment un remède, j'ajoute que sinon il faiblira à nouveau, je suis forcée de le comprendre, mais tout ceci est très pénible pour notre foyer »¹⁹⁷⁵.

Les couples catholiques ne sont pas épargnés et témoignent en ce sens. En 1967, le D^r Charles Rendu et sa femme collectent et publient des extraits de lettres envoyées par des couples et des femmes catholiques, sans contraception. Reviennent les expressions « j'ai peur », « une hantise », « nous sommes toujours dans le doute », « l'angoisse de tous les mois », « nous ne savons plus quoi faire ». Ces couples cessent souvent tout rapport sexuel : « J'ai trois enfants. [...] Le dernier (10 mois) que nous aimons tous les deux a créé une atmosphère assez cruelle dans notre foyer. [...] Ma femme m'a traité d'égoïste, de ne penser qu'à mon plaisir et depuis elle ne peut plus me sentir. Et je vis depuis 19 mois sans rapports avec ma femme. Je ne sais si vous pouvez sauver notre ménage ». Autre témoignage : « Mariés depuis 5 ans, nous avons 3 enfants. Les grossesses sont toujours pénibles et il me faut beaucoup de repos car il y a toujours menace de fausse-couche et prématurés. [...] Une nouvelle naissance serait une catastrophe pour ma santé, je me dois à mes enfants. Depuis plusieurs mois c'est la continence complète, ce n'est pas moi bien sûr qui en souffre le plus. [...] Mon mari ne peut jouir des quelques unions possibles car il sait que pour moi c'est plus une corvée qu'une joie. Même dans les moments possibles, il n'ose me demander, et moi il faut vraiment me forcer et faire appel à mon amour pour m'offrir à lui ». Autre lettre : « Pendant les dix premières années de notre mariage nous n'avons pas eu de véritable problème et j'ai eu 5 enfants. J'ai été gravement malade il y a trois ans et depuis nous avons interrompu complètement les relations mon mari et moi. [...] La privation complète a amené un tel déséquilibre chez mon mari qu'il faut très sérieusement inventer quelque chose ». Dernier témoignage : « Depuis deux mois nos rapports sont un enfer, notre amour s'émousse et j'ai peur d'une autre maternité. Je vous en prie envoyez-moi de l'aide afin de ne plus nous épier chaque fin de mois et trembler d'angoisse à chaque retard. Ma lettre n'est pas

¹⁹⁷⁴ Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6, 1.

¹⁹⁷⁵ Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6, 1.

motivée par un égoïsme féroce, mais en plus de mes trois enfants encore petits, j'ai la charge d'une grand-mère et j'ai bien souvent les nerfs à bout le soir ». Tous les stratagèmes pour éviter les rapports sexuels sont bons : « Le soir, à l'heure d'aller se coucher, je fais semblant d'être passionnée par la télévision pour laisser mon mari partir seul, attendant pour monter dans ma chambre qu'il soit bien endormi. Son premier sommeil est profond, alors seulement je peux me coucher sans crainte ». Ou encore : « Je prépare toujours ma corbeille de raccommodage pour le soir, et il y en a... et à l'heure de se coucher, je lui dis : « vas toujours, je monterai dès que j'aurai fini » et j'attends le plus possible ». Tous ces témoignages forment, avec de nombreux autres, la première partie de l'ouvrage de Charles et Élisabeth Rendu¹⁹⁷⁶, dans le but de promouvoir la méthode des températures. Ces extraits semblent avoir été parfois réécrits car le ton est toujours le même mais les détails sonnent juste.

Certains médecins analysent et cherchent à évaluer cette peur de la grossesse, sans limiter leur interprétation à la crainte exprimée par les femmes. Le D^r Hélène Michel-Wolfromm parle « d'harmonie sexuelle perturbée » (car « là où règne la crainte, il n'est pas de plaisir. Pendant l'étreinte, la femme inquiète « garde le contrôle ». Consciente du danger, elle n'ose prendre le risque de se laisser passivement envahir par la joie d'appartenir à l'homme de son choix. [...] À l'origine des troubles sexuels : la phobie de la grossesse existe dans plus de 50 pour 100 des cas. Cependant il ne faut pas se hâter d'interpréter : la phobie de la grossesse est parfois un prétexte honorable qui justifie la frigidité sans l'expliquer. [...] Encore que nombre de femmes redoutent à juste titre une grossesse, je ne les crois pas toutes à la lettre. Les motivations de leurs troubles sont souvent beaucoup plus profondes. Cependant dans la mesure où leur conviction religieuse ne le leur interdit pas, les gynécologues doivent en principe proposer une meilleure contraception »¹⁹⁷⁷. Le D^r Géraud rappelle : « Nous savons aussi, nous médecins praticiens, que toute femme que nous mettons en sécurité en prescrivant les disciplines contraceptives adéquates, même au prix d'une contrainte locale, se déclare libérée, calme, meilleure épouse et meilleure mère »¹⁹⁷⁸.

Le D^r Arlette Fribourg, intervenant lors d'un colloque sur « contraception et eupareunie¹⁹⁷⁹ », signalent deux facteurs liés à la contraception influençant la qualité du rapport sexuel : « Les facteurs d'ordre physique semblant nécessaires au déroulement de l'acte sexuel lui-même, tels la liberté des préludes, la possibilité de favoriser les caresses ou les pressions aux zones électivement sensibles, le déroulement de l'acte sexuel sans interruption indésirée, la poursuite commune de l'union jusqu'à la détente complète de l'un et de l'autre,

¹⁹⁷⁶ Rendu Charles et Madame Rendu, *L'Église nous a-t-elle trompés ? Témoignages de foyers sur la régulation des naissances*, Lyon, X. Mappus, 1967, p. 20-31.

¹⁹⁷⁷ Hélène Michel-Wolfromm, « Le facteur psychologique dans la contraception », *BFSGOLF*, 3-12-1962, p. 668-669.

¹⁹⁷⁸ Roger Géraud, *opus cité*, 1963, p. 146-147.

¹⁹⁷⁹ Eupareunie désigne un rapport sexuel « normal », sans douleur ; contraire : dyspareunie.

la possibilité de goûter sans préoccupation l'apaisement qui succède au plaisir, l'absence de toute gêne ou douleur locale pendant ou après l'acte sexuel. Les facteurs d'ordre psychologique où il paraît important d'avoir confiance dans la méthode employée, de se sentir en accord avec les règles de sa foi, de satisfaire à sa propre notion d'éthique et à celle de son partenaire, de se savoir désirée pour la femme, attendu et accepté pour l'homme »¹⁹⁸⁰. Cette vision idéale d'un rapport sexuel réussi a pour condition nécessaire un moyen contraceptif fiable et accepté.

Quelques médecins isolés affirment le contraire sans plus de preuves, à l'exemple du P^r Pigeaud : « La contraception peut être chez la femme un facteur de frigidité (acte sexuel réduit à une sorte de mécanisme [...] sans compter la disparition du piment du risque »¹⁹⁸¹.

La contraception est parfois envisagée comme un moyen de prophylaxie mentale¹⁹⁸². Elle peut empêcher femmes et hommes de sombrer dans la névrose, voire la psychose. Cette affirmation se fonde sur les écrits de Freud: « Il est nécessaire d'assister du conseil médical un couple marié qui pense à la restriction de la procréation, si l'on ne veut pas exposer à la névrose l'une des deux parties du couple, ou les deux. Il ne peut être contesté que des dispositions malthusiennes deviennent nécessité un jour ou l'autre dans un mariage, et ce serait théoriquement l'un des plus grands triomphes de l'humanité, l'une des libérations les plus tangibles, à l'égard de la contrainte de la Nature à laquelle notre espèce est soumise, si l'on réussissait à élever cet acte responsable qu'est la procréation au rang d'une action volontaire et intentionnelle »¹⁹⁸³. Forts de ce parrainage, les militants du Planning revendiquent les conséquences positives d'une contraception fiable sur la santé mentale des femmes et sur l'équilibre des couples en citant des exemples dramatiques : « Dernièrement, dans les milieux catholiques, a été enregistré le suicide d'une femme qui venait d'avoir son 7^{ème} enfant en 9 ans de vie commune. Ses proches savaient sa crainte de la grossesse et l'angoisse où elle se débattait, incapable de faire face à la situation. Cette femme avait à choisir entre la continence totale ou la méthode Ogino – sans doute faisait-elle partie des 30 % qui jouent perdant en pratiquant une telle méthode. Comme nous l'avons déjà exposé à nos confrères, au Congrès international de morale médicale, pour des cas de ce genre, le devoir du médecin aurait été de donner à cette femme le conseil de contraception le plus

¹⁹⁸⁰ « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 29-11-64, p. 1351.

¹⁹⁸¹ Henri Pigeaud, « Les limites d'une contraception légitime », *Lyon médical*, 1966, n°6, p. 329. Il est vrai que ce médecin affirme tout et son contraire dans cet article puisqu'il reconnaît, un peu plus loin à la même page, que « l'équilibre du couple est très certainement moins troublé par une contraception utile que par la survenue de grossesses très rapprochées et de naissances indésirées »...

¹⁹⁸² Selon les termes du D^r Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, in *article cité*, 1960, p. 343.

¹⁹⁸³ Sigmund Freud, *La sexualité dans l'étiologie des névroses*, 1898, in *Œuvres Complètes*, t. III, 1894-1899, Paris, PUF, 1989, p. 232.

sûr, et de ne pas l'abandonner aux aléas de la méthode Ogino. Notons, d'ailleurs, que cette femme, qui s'est suicidée par phobie de la grossesse, n'était pas malade, à proprement parler, et son médecin a, sans doute, été le premier surpris de son geste désespéré. Elle n'était pas malade, elle était seulement épuisée, épuisée moralement et lasse à mourir. C'était une femme riche, sans l'angoisse du lendemain, une épouse aimante et une mère exemplaire ; elle aimait les enfants. C'est ainsi que la saturation du désir de maternité peut aller jusqu'à obnubiler le sentiment religieux et le sens du devoir »¹⁹⁸⁴. Pour le D^r Fabre : « Les contraceptifs – les vrais s'entend toujours – constituent la seule thérapeutique rationnelle et vraiment efficace des névroses d'angoisse, consécutives à la peur de la grossesse »¹⁹⁸⁵. En effet : « les moyens anticonceptionnels guérissent certaines frigidités et névroses dues à la crainte de la grossesse ou à la pratique du coït interrompu »¹⁹⁸⁶.

Les militants du Planning peuvent compter sur leurs confrères psychiatres. Le D^r Lagroua Weill-Hallé oppose leur attitude ouverte à celle de ses confrères gynécologues obstétriciens pusillanimes: « Dans les milieux médicaux plus évolués, et, en particulier, chez nos confrères les psychiatres, il n'en a pas été de même. L'idée a fait son chemin et le développement du « planning familial » est souhaité par les meilleurs d'entre eux. Les psychiatres sont, en effet, mieux placés que quiconque pour apprécier le facteur d'équilibre qu'apporterait aux familles et aux individus le succès d'une telle entreprise. Jusqu'à présent, ils n'ont pu que déplorer les fâcheux effets de l'ignorance des uns et des autres dans ce domaine »¹⁹⁸⁷. Elle cite alors l'intervention du D^r Berge, psychiatre, militant du MFPP, lors d'une conférence du Groupe lyonnais d'Études médicales: « Le problème de la limitation des naissances ne se pose donc pas seulement pour la mère malade dont on convient que la santé doit être préservée, car il est évident que cela ne saurait être tenu pour un devoir d'épuiser une femme, de santé fragile, en lui imposant des grossesses incessantes. Avec ou sans continence, il demeure que le premier des devoirs conjugaux, c'est d'éviter que l'épouse tombe malade. Mais la santé physique n'est pas la seule en cause : ces mères submergées par le nombre ont un équilibre nerveux et psychique en péril. Et ce qui est le plus grave encore chez beaucoup d'entre elles que nous voyons en consultation, ce sont les effets de la peur panique (et involontaire) qu'elles ont parfois d'une nouvelle grossesse même si elles ne sont pas physiquement mal portantes »¹⁹⁸⁸. Interrogé en 1962, sur « le problème de la limitation des naissances dans le cadre de la clientèle du psychiatre », dans la revue *Le concours médical*, le D^r Koupernic élargit le

¹⁹⁸⁴ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Remarques sur le Birth Control », *Gynécologie pratique*, 1957, n°3 p. 190.

¹⁹⁸⁵ Henri Fabre, *op. cité*, 1960, p. 152.

¹⁹⁸⁶ Henri Fabre, « Trois aspects de la contraception : juridique, moral et médical. », *Le Concours médical*, 23-3- 1963, p. 1930.

¹⁹⁸⁷ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 309.

¹⁹⁸⁸ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 310-311.

débat. Pour lui, « Dans la mesure où on admet que la crainte d'une grossesse non désirée perturbe la vie sexuelle de la femme et même du couple, ce problème intéresse une très grande partie des femmes jeunes et même des jeunes filles que l'on est amené à voir [...] La peur de la grossesse constitue la cause la plus fréquente des frigidités secondaires. Il peut paraître illogique ou immoral de prendre en considération la limitation des naissances en ce qui concerne les jeunes filles. En réalité, l'évolution des mœurs est telle qu'un très grand pourcentage d'entre elles ont effectivement des relations sexuelles pré-maritales. Si ces relations aboutissent à une grossesse, elles ont pour conséquences, soit un état de « mère célibataire », soit un mariage précipité et souvent voué à l'échec, soit un avortement dit criminel. Dans les trois cas, on peut voir éclore un état névrotique durable»¹⁹⁸⁹. Mais les psychiatres ont en général mauvaise presse auprès des autres médecins, la psychiatrie étant la spécialité la moins valorisée dans les études médicales. De plus, les gynécologues obstétriciens dénoncent régulièrement le fait que certains psychiatres demandent des avortements thérapeutiques sans réelle indication médicale, les indications psychiques ayant peu de valeur ou constituant des prétextes commodes à leurs yeux. L'appui des psychiatres aux thèses du Planning en fait des alliés intéressants mais peu appréciés par le milieu médical. Il semble cependant exact que les psychiatres soient plus sensibilisés que les autres médecins à la détresse des femmes. On peut rappeler le milieu des jeunes futurs psychiatres lyonnais qui militent dans les années soixante et soixante-dix pour le droit à la contraception et à l'avortement¹⁹⁹⁰.

Les défenseurs du droit à la contraception usent parallèlement d'un argument auquel les Français sont particulièrement sensibles depuis la loi de 1905, celui de la laïcité. Pour les militants du Planning, le médecin n'a pas à imposer sa morale, habituellement catholique, à ses patientes : « Si le prêtre, le pasteur ou le rabbin déconseille les anticonceptionnels, c'est non seulement son droit mais peut-être encore son devoir. Si une malade pieuse, parfaitement informée des risques que lui ferait courir une grossesse, refuse, malgré tout d'employer un contraceptif, nous ne pourrions que regretter ou admirer suivant les cas mais nous devons nous incliner. Mais qu'un médecin fasse intervenir ses convictions religieuses pour refuser les contraceptifs lorsqu'ils sont médicalement indiqués, paraît difficilement concevable, comme le serait l'attitude de celui qui ferait intervenir ses idées anarchistes pour interrompre une grossesse sans raison médicale valable. [...] Puisque le professeur Rivière et le D^r Traissac ont délibérément posé le problème du point de vue catholique, je voudrai leur dire que leur morale n'est pas la seule valable et que l'athée n'est pas automatiquement un individu immoral »¹⁹⁹¹. Henri Fabre écrit un peu plus tard: « Nous n'avons pas à considérer si elles (nos patientes) vont à l'église, au temple, à la synagogue ou au bain. Elles se soucient très peu d'apprendre que

¹⁹⁸⁹ « Points de vue de psychiatres », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3163.

¹⁹⁹⁰ Le rôle de ces médecins est précisé dans la première partie.

¹⁹⁹¹ Henri Fabre, « Correspondance », *Gynécologie pratique*, 1957, n° 3, p. 284-285.

j'assiste à des réunions politiques ou que je préfère la pêche à la ligne »¹⁹⁹². Dans un article de *Maternité Heureuse*, en 1960, Henri Fabre, toujours lui, dénonce le fait que « tous les Français, qu'ils soient ou ne soient pas d'une Église, doivent se plier aux règles de la *morale catholique*. Comme si la morale tout court ne suffisait pas... [...] Les pays de *Birth Control* ont mis au point des procédés simples, sûrs et de parfaite innocuité. Ils pourraient – ils devraient – être à la disposition de nos couples chaque fois qu'une grossesse est à éviter. Silence là-dessus ! Ainsi le veut la loi, notre loi cléricale. Car ces contraceptifs modernes, l'Église catholique est la seule à les condamner sans appel, au silence, au bâillon, à l'inexistence ». Pour ce militant laïc, cette attitude relève de l'hypocrisie : « Vraiment, derrière l'implacable veto du catholicisme, n'y a-t-il que l'ardent désir de défendre une règle, une foi, une certitude ? Comment ne sauraient-ils pas, même s'ils le taisent à eux-mêmes avec méfiance, que, de quelque manière, 95 % de leurs ouailles, enfreignent, ont enfreint et enfreindront l'ordre donné, l'ordre réitéré ? Bien sûr l'absolution dans le confessionnal... Mais quand on sait qu'on la donne, et la redonne, et la redonnera sans cesse, n'y a-t-il pas duplicité en affectant de ne pas voir ? »¹⁹⁹³.

Ces critiques virulentes des positions de l'Église entraînent des tensions à l'intérieur du Planning car les militants de cette association représentent un large spectre idéologique ancré à gauche. Le D^r Henri Fabre est un militant laïc, écrivant simultanément le même article pour la revue réputée d'extrême-gauche *L'École Emancipée* et pour *Maternité Heureuse*¹⁹⁹⁴. Autre militant laïc, le P^r Kahane, biochimiste réputé, membre du conseil d'administration de l'association, appartient à l'Union Rationaliste¹⁹⁹⁵. Il rédige régulièrement des articles sur l'avancement des recherches sur la pilule aux États-Unis, mettant ainsi au service du Planning Familial ses compétences de scientifique. À l'opposé, les fondatrices historiques du mouvement, par exemple, viennent du catholicisme comme le D^r Lagroua Weill-Hallé, et du protestantisme comme Évelyne Sullerot. Face aux militants de la laïcité, le D^r Lagroua Weill-Hallé est attachée à une attitude plus respectueuse des autorités religieuses. Elle fait figurer, par exemple, en tête d'un article écrit en 1957 cette citation du Conseil National de l'Église Réformée : « Il y aurait, dans une autre attitude (refuser la contraception) plus de facilité que de courage, plus d'hypocrisie que de vérité et plus d'aveuglement que de clairvoyance ». Elle cite habilement le P^r Rivière, catholique : « il s'agit de maternité volontaire, de maternité désirée, seule capable de donner des familles heureuses et équilibrées ! Quel est le médecin catholique qui n'éprouverait pas la nausée devant toute cette hypocrisie ? »¹⁹⁹⁶.

¹⁹⁹² Henri Fabre, *op. cit.*, 1960, p. 151.

¹⁹⁹³ Henri Fabre, « Contrôle des naissances et laïcité », *Maternité Heureuse*, 1960, n° 13, p. 12-13.

¹⁹⁹⁴ Henri Fabre, « Contrôle des naissances et laïcité », *Maternité Heureuse*, 1960, n° 13, p. 11-14.

¹⁹⁹⁵ Il est d'ailleurs l'auteur d'un *Dictionnaire Rationaliste*, Paris, Éditions de l'Union Rationaliste, 1964, 504 p.

¹⁹⁹⁶ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1957, p. 185.

Mais ces références religieuses n'empêchent pas ses convictions car, pour elle « l'argument religieux, quand il paraît être l'élément primordial de la décision médicale, déborde le cadre scientifique, et ne saurait s'imposer à tous. [...] Nous abordons là le problème de la libre décision du malade et du respect de sa propre liberté, que le P^r Rivière et le D^r Traissac revendiquent pour eux-mêmes, mais qu'il faut bien accorder aussi aux autres. À quoi bon, même sur le plan strictement religieux, imposer une même ligne de conduite aux croyants et aux incroyants ? »¹⁹⁹⁷. En 1962, devant le succès du mouvement et l'arrivée de nouveaux militants issus en particulier de la mouvance laïque, le D^r Lagroua Weill-Hallé est obligée de faire une mise au point dans la revue du MFPPF : « Nous avons, par exemple, su garder et multiplier les contacts avec les milieux catholiques, prédominants dans notre pays, et qui, par conséquent, doivent être associés au développement d'une idée qui doit être bénéfique à tous. [...] Notre mouvement n'est pas une croisade, et encore moins une croisade pour la laïcité. Nous voulons y insister, dans ce pays où les familles d'influence catholique sont les plus nombreuses car nous travaillons pour toute la population et pour améliorer son mode de vie en matière de planning familial. [...] Nous devons, non pas dresser des barrières, mais les ouvrir, comprendre, adapter. Sans ignorer les réactions malveillantes et passionnelles de certains milieux politiques et religieux vis-à-vis de notre Mouvement, nous ne voulons pas répondre par une même malveillance, et une même passion, et nous tenons à faire l'unité des consciences – en matière de planning familial – pour le plus grand bien de tous »¹⁹⁹⁸. Cette mise au point sonne comme un avertissement aux militants de la laïcité qui lui semblent trop zélés et mettent ainsi en péril le consensus dont commence à bénéficier dans l'opinion le MFPPF. Une seconde mise au point est publiée en 1964 dans la revue du MFPPF par Maurice Deixonne, député SFIO et président de la Fédération Léo Lagrange. Ce militant de la laïcité, suffisamment modéré pour avoir été chargé par Guy Mollet des négociations avec le Vatican en 1956-57, écrit un article consensuel. L'auteur, qui ne peut être suspecté de faiblesse vis-à-vis de l'Église, rappelle que les catholiques ne forment pas un groupe monolithique. Il constate que « certains médecins catholiques sont en retrait, pour ne pas dire platement réactionnaires, par rapport aux positions déjà occupées par l'aile marchante de la pensée catholique », qui n'a pas été confirmée lors de Vatican II mais qui n'est pas encore désavouée par *Humanæ vitæ*. Il cite la référence habituelle en matière de théologien catholique « avancé », à savoir le RP de Lestapis. Il oppose, dans l'Église, « les théologiens progressistes et les paroissiens réactionnaires », concluant cependant, ultime concession (?) : « Mais que les militants d'humeur batailleuse n'aient aucune crainte : ils auront encore l'occasion de se battre »¹⁹⁹⁹. Ces mises au point successives révèlent les tensions à l'intérieur du MFPPF entre la volonté de la direction du mouvement de

¹⁹⁹⁷ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1957, p. 186-187.

¹⁹⁹⁸ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1962, n° 20, p. 1 et 5.

¹⁹⁹⁹ Maurice Deixonne, « Où le Planning Familial fait parler de lui », *Planning Familial*, 1964, n° 2, p. 19-20.

ménager et de diviser les adversaires catholiques et celle des militants anticléricaux de protester contre l'aspect réactionnaire et anti-laïc des positions de l'Église.

La défense de la laïcité demeure cependant un argument majeur pour le droit à la contraception et se transporte sur le plan déontologique de façon moins polémique. En 1967, le D^r Henri Rozenbaum intitule sa thèse pionnière : « La responsabilité du médecin devant la contraception orale ». Il précise dans l'introduction: « Cette thèse ne contient aucune intention polémique. Cependant, puisqu'il s'agit d'un sujet considéré par beaucoup comme « brûlant », nous voudrions, pour éviter toute équivoque, préciser d'emblée certains points. Les aspects moraux et religieux de la contraception orale ne seront pas abordés ici, car nous croyons qu'ils n'ont pas leur place dans une telle thèse. Qu'il soit cependant permis à l'auteur d'exprimer ici sa position quant à l'attitude du corps médical vis-à-vis du contrôle volontaire des naissances. La question est très souvent mal posée car à tort transposée immédiatement par beaucoup sur le plan moral ou religieux. Nous croyons que ces problèmes doivent être résolus par le couple, et par lui seul, et que sous aucun prétexte le médecin ne doit intervenir sur ce plan, ni même donner un conseil si on le lui demande. Si un couple désire adopter une méthode contraceptive, le médecin n'a pas à l'approuver ni à s'y opposer... du moins sur un plan autre que médical »²⁰⁰⁰. Henri Rozenbaum conclut : « Est-il excessif de dire que l'apparition des méthodes contraceptives modernes, plus particulièrement de la contraception orale, a troublé le calme apparent du corps médical, faisant parfois réapparaître la passion aux dépens et au mépris de l'analyse médicale objective ? Que certains médecins aient une opinion défavorable sur la contraception, c'est leur droit. Qu'ils l'écrivent et la publient, passe encore. Mais qu'ils aient alors le courage de leurs actes et qu'ils n'usent pas du prestige de leur profession et de leurs titres pour jeter sur la contraception orale un discrédit médical fondé en fait bien souvent sur des considérations morales ou religieuses »²⁰⁰¹.

Or l'opinion française est prête à se passer des interdits de l'Église en matière de vie sexuelle et de contraception et les femmes françaises se révèlent tout aussi laïques que la plupart des militants du Planning. En 1960 déjà, sur 218 patientes du D^r Lagroua Weill-Hallé, venues lui demander la prescription d'un moyen contraceptif, 55 % se réclament de la religion catholique et un quart se disent pratiquantes. Parmi ces dernières on note cette réaction : « Nous sommes croyants et pratiquants, mais nous ne suivons pas l'Église dans sa position sur la contraception. C'est un domaine où nous sommes seuls juges de notre conduite et nous prenons nos responsabilités ». « Quelques femmes catholiques, [...] plus timides, nous ont assuré qu'elles ne le diraient pas à leur confesseur et que, s'il les interrogeait, elles mentiraient »²⁰⁰². Ces femmes, peu

²⁰⁰⁰ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, f. 1.

²⁰⁰¹ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, f. 81.

²⁰⁰² Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 328-329.

nombreuses à cette date, représentent l'avant-garde de l'immense majorité des femmes d'obédience catholique prêtes à refuser la mainmise de l'Église sur leur vie intime. Le recul de l'emprise de la hiérarchie de l'Église sur les couples catholiques permet le vote de la loi de 1967, symbole d'un processus de laïcisation de la vie privée.

Les partisans de la contraception avancent enfin un argument adapté aux aspirations des femmes : la contraception libère les femmes. Celles-ci, telles Andromède, sont « libérées de leurs chaînes » grâce à l'action des médecins, en général des hommes, nouveaux Persée²⁰⁰³.

Les natalistes perçoivent d'ailleurs tôt cet aspect libérateur qu'ils raillent régulièrement. Dès 1947, Alfred Sauvy écrit: pour le malthusianisme anglo-saxon, « le birth control se justifie non seulement par le souci économique classique d'éviter un surpeuplement appauvrissant mais surtout par un désir de libération, d'émancipation. [...] Aucun enfant ne doit naître, dit la doctrine, sans être désiré. Enfin, dans certains cas, le birth control a été défendu parallèlement au féminisme²⁰⁰⁴ ; il marque l'une des étapes de l'affranchissement de la femme et un pas important vers l'égalité des sexes. [...] (Mais) le mouvement égalitariste qui prenait un développement si intense au début du XXe siècle paraît s'être brisé sur des obstacles matériels. Les progrès de la biologie et même des institutions sociales sont loin d'être parvenus à la hauteur des aspirations égalitaires. Faute d'une révolution biologique comparable aux anticipations d'Huxley, il a fallu composer avec les exigences de la nature. La grande libération s'est trouvée en retard sur les espérances »²⁰⁰⁵. Alfred Sauvy nous livre une analyse lucide des enjeux d'une contraception efficace : la libération de la femme. Mais son allusion au roman *Le meilleur des mondes* d'Aldous Huxley et donc à la reproduction entièrement artificielle imaginée par ce romancier, révèle ses positions natalistes à savoir que le corps des femmes est fait pour avoir des enfants. Il a beau jeu de se montrer sceptique vis-à-vis des moyens contraceptifs car il n'existe pas en 1947 de moyens médicaux fiables de type pilule. La « révolution biologique » n'a pas (encore) eu lieu et Sauvy peut ironiser sur la « grande libération » encore à venir. Peut-être d'ailleurs ne relie-t-il cette libération qu'au monde d'Huxley, un monde déshumanisé pour la reproduction comme pour le reste, et donc à éviter voire à redouter. Alfred Sauvy fait ici le parallèle courant chez les natalistes entre libération de la femme et déshumanisation.

²⁰⁰³ «Andromède libérée de ses chaînes » ou plutôt « Andromeda freed from her chains » est le titre d'un article de Lara Marks in *Clio Medica*, 2001, V, n° 61, p. 217-244. La référence à Andromède est tirée d'une annonce publicitaire pour la première pilule, Enovid, en 1964 aux États-Unis dont le slogan est repris par le titre de l'article, in Lara V. Marks, *opus cité*, 2001, p. 132.

²⁰⁰⁴ L'antiféminisme d'Alfred Sauvy rappelle les positions d'Alexis Carrel et de sa Fondation contre tout changement du rôle traditionnel de la femme. Elles sont analysées par Alain Drouard, *op. cité*, 1992, p. 223.

²⁰⁰⁵ Alfred Sauvy, « Le malthusianisme anglo-saxon », *Population*, 1947, n°2, p. 222-225.

Dix ans plus tard, le contexte a changé et le D^r Lagroua Weill-Hallé peut remarquer: « En rapport avec le progrès social et culturel, dont le bénéfice s'étend aux femmes, en France, la question de l'espacement des naissances s'impose à beaucoup d'entre elles, appelées à poursuivre une carrière ou à participer à la vie civique. Comment, pour elles, envisager ces nouvelles responsabilités si elles n'ont aucun moyen véritablement sûr de planifier les naissances quant au nombre et quant à l'intervalle ? »²⁰⁰⁶. À partir des années soixante, les aspirations des femmes et des couples vont bien au delà et concernent sans ambiguïté leur vie sexuelle. Le D^r Koupernic précise: « Dans la mesure où tous les psychologues se sont ralliés à la position défendue par Freud, celle de la légitimité d'une satisfaction des désirs sexuels, il nous paraît logique d'aider ceux et celles qui nous consultent à arriver à cette satisfaction. Il va de soi que cette tolérance a des limites, que nous ne pouvons encourager ceux qui transgressent les lois, qui débauchent les mineures ou font passer la satisfaction de leurs désirs avant le respect de liens conjugaux »²⁰⁰⁷. Le D^r Koupernic reste prudent et n'envisage qu'une libération sexuelle limitée au cadre conjugal, eu égard au contexte et à la revue consensuelle, *Le Concours médical*, dans laquelle il s'exprime. En 1963, le D^r Henri Fabre s'interroge: « L'acheminement vers un équilibre harmonieux est-il nécessairement aidé par les contraintes ? Toute une tradition philosophique, d'Épicure à Rabelais et à Freud, considère que la résistance systématique à nos propensions naturelles peut être la source des vices et des maux qui nous accablent »²⁰⁰⁸. Il affirme ici une revendication de liberté sexuelle, liée à la contraception, qui aura beaucoup de succès cinq ans plus tard. Le D^r Roger Géraud, autre médecin du MFPF, reconnaît que « l'intérêt majeur du procédé (le diaphragme), pour ses utilisatrices vient de l'impression d'autonomie que toute femme éprouve, en portant dans son sac à main, voire sur elle-même, les clefs de sa disponibilité sexuelle. Nous nous empressons d'ajouter que disponibilité ne veut pas dire usage »²⁰⁰⁹. Il ajoute: « Ce n'est pas parce que l'amour sous pilule sera « gratuit » qu'il deviendra obligatoire. [...] ceci dit, dans les jeunes couches de la population et essentiellement parmi les individus n'ayant aucune maturité psychologique ou n'ayant qu'une pauvre idée de la valeur de leur personne, chez les hommes survoltés sexuellement ou chez certaines femmes aux ovaires impérieux, on peut s'attendre à un surcroît de consommation sexuelle. Par le fait de l'innocuité du geste quant à la maternité, la tentation sera plus grande pour une femme de céder aux instances de son séducteur »²⁰¹⁰. Il termine avec lyrisme : « Quand la peur aura quitté les entrailles féminines, quand l'interdit sera levé, quand le sacré aura été évincé, atténué, banni, l'homme et la femme s'aimeront-ils encore ? Il est assez probable, bien qu'il ne soit pas sûr, qu'ils

²⁰⁰⁶ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1957, p. 190.

²⁰⁰⁷ « Points de vue de psychiatres », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3164.

²⁰⁰⁸ Henri Fabre, *article cité*, 1963, p. 1929.

²⁰⁰⁹ Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 98.

²⁰¹⁰ Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 171.

s'aimeront en effet, mais qu'ils s'aimeront différemment. Ce sera la fonction de la promotion féminine : éliminer l'ombre, la malédiction et la peur, et cependant sauver l'amour. [...] Ce nouveau printemps de l'homme et de la femme, nous croyons le discerner aujourd'hui dans les neuves exigences de la libre conception. Nous voudrions qu'il soit porté par un mouvement aussi puissant que le miracle grec, aussi enthousiaste que les premières Croisades, aussi éclatant que la Renaissance, aussi volontaire que la Réforme, aussi passionné que la Révolution française, aussi juste que le Socialisme, aussi mesuré que les grands plans quinquennaux, aussi exaltant que l'aventure spatiale, austère et tolérant comme le triomphe quotidien de la médecine, la *Pax Medica* »²⁰¹¹. Quoique avec moins de lyrisme, en 1966 le D^f Christiane Verdoux conclut de façon optimiste un article pour la revue du MFPF : « Elle (la contraception) rend le sujet majeur, libre et responsable de lui-même et non plus soumis aux lois du hasard ou aux tabous de la société »²⁰¹².

Hélène Michel-Wolfromm, l'une des premières sexologues en France, souligne également cet aspect libérateur. La volonté d'avoir une contraception fiable « révèle une certaine aspiration à ne pas dépendre du bon vouloir de l'homme. [...] Je n'ai pas vu de ces femmes passives dont le mari prend ses responsabilités, mais des personnes indépendantes, désireuses de sauvegarder leur initiative »²⁰¹³. Certes ces remarques ne concernent pas toutes les femmes et il faut compter, selon le D^f Michel-Wolfromm, sur « l'opposition de leurs maris, opposition dont on sous-estime la virulence : l'un d'eux considérait le diaphragme comme un accessoire de « poule » ; il avait demandé à sa femme de provoquer trois avortements »²⁰¹⁴. Lors du Congrès international des médecins légistes de langue française, un orateur fait remarquer la « tendance de la femme occidentale à l'émancipation dans tous les domaines. La femme désire, à juste titre, se situer sur le même plan de responsabilité que l'homme. [...] (Ce qui implique) la parenté volontaire. C'est l'aspect positif du mouvement du Planning Familial »²⁰¹⁵. On retrouve cette idée de libération de la femme, dans la première thèse française sur les stérilets soutenue à Paris en 1967. Le D^f Pierre Chauvin y écrit en introduction : « Dans le monde moderne auquel appartient la France, la femme est devenue l'égale de l'homme dans tous les domaines. De ce fait, elle aspire, comme l'homme, à acquérir non seulement sa liberté économique en occupant une place importante dans la société, grâce à une activité professionnelle, tout en ayant un foyer et une vie familiale, mais encore sa liberté sexuelle lui permettant de choisir en toute liberté le moment et le nombre de ses grossesses, suivant son état de santé, et suivant les possibilités matérielles et financières du couple. Cette maternité librement consentie ne peut

²⁰¹¹ Roger Géraud, *op. cit.*, 1963, p. 183 et 313.

²⁰¹² Christiane Verdoux, *article cité*, 1966, p. 7.

²⁰¹³ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4913.

²⁰¹⁴ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4915.

²⁰¹⁵ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale, « Compte rendu », *Annales de Médecine Légale*, 1967, t.47, n° 5, p. 428-429.

être rendue possible que grâce au développement des méthodes contraceptives »²⁰¹⁶. Dans le même registre optimiste le D^r Sacha Geller, dans son ouvrage *La pilule oui ou non ?*, conclut : « Après des millénaires et des millénaires de servitude voici qu'enfin la Science fait aujourd'hui à la femme, soumise depuis la nuit des temps à l'implacable fatalité de ses grossesses, ce merveilleux mais redoutable cadeau : sa liberté sexuelle. Est-il présomptueux de prétendre qu'elle saura l'assumer ? »²⁰¹⁷.

Cette idée d'une contraception libératrice est à replacer dans une évolution, commencée dans les années cinquante avec l'accouchement sans douleur. Claude Revault d'Allonnes fait le lien dans un article de la revue du MFPPF : « Faut-il s'étonner que ces femmes (qui ont eu un ASD) tirent profit de leur expérience ? Qu'elles cherchent à l'étendre et à la compléter ? Qu'elles demandent à comprendre et à résoudre les difficultés de leur vie personnelle : frigidité, dysharmonie sexuelle, choix des moyens anticonceptionnels, maternité voulue ? Ce sont des questions qui se posent quotidiennement dans l'ASD et non sans motifs : la préparation de l'accouchement constitue à la fois un très bon terrain pour aborder ces questions et pour y apporter dans un avenir proche un début de solution. Pour l'être humain cohérent et désireux de mieux vivre, tout est lié. Quand la raison et la liberté commence à régner au terme des processus de reproduction, il faut qu'elles régissent aussi leur commencement. L'accouchement sans douleur implique nécessairement la sexualité sans terreur et la conception libre »²⁰¹⁸. La volonté de n'avoir que les enfants que l'on désire grâce à la contraception est bien une conséquence de cet état d'esprit nouveau né de l'ASD. C'est également une des conditions pour la réussite de l'ASD. Le Planning Familial participe d'ailleurs à la diffusion de l'ASD et en 1963, au Congrès de Strasbourg de la Société française de PPO, le D^r Lagroua Weill-Hallé intervient sur « Le rôle du Planning familial dans la préparation à la maternité ». Elle y affirme que « le rôle du Planning familial est tout à fait parallèle et se juxtapose absolument à celui de la psychoprophylaxie. [...] Dans différents centres du Planning Familial, sont faits des cours sur l'accouchement sans douleur » en particulier par le D^r Pierre Simon²⁰¹⁹.

En 1968, la pilule et la loi Neuwirth paraissent rendre possible cette libération, les réactionnaires ont perdu la bataille idéologique et légale. Le D^r Berger critique alors l'attitude de ces traditionalistes, souvent âgés, qui « ne conçoivent pas qu'on puisse aborder les sujets sexuels autrement que sous l'angle de la réprobation et de l'interdit. Peut-être auraient-ils sans cela l'impression de dévoiler leurs anciens désirs d'une liberté sexuelle qu'ils

²⁰¹⁶ Pierre Chauvin, *thèse citée*, 1967, f. 1.

²⁰¹⁷ Sacha Geller, *La pilule oui ou non ?*, Paris, Julliard, 1967, p. 155.

²⁰¹⁸ Claude Revault d'Allonnes, « Conséquences psychologiques et sociales de l'ASD », *Bulletin du MFPPF*, 1963, n° 27, p. 23.

²⁰¹⁹ D^r Lagroua Weill-Hallé, "Le rôle du Planning Familial dans la préparation à la maternité", *BOSIPPO*, 1963, p. 57.

redoutent d'autant plus pour les autres qu'ils ont eux-mêmes davantage regretté d'en être privés »²⁰²⁰. Cette remarque cruelle remet en cause les protestations traditionnelles au nom de la morale et les replace dans la perspective des différences entre les générations. Le D^r Berger reprend aussi le vieil argument de la menace que cette liberté sexuelle de la femme ferait peser sur le couple : « Une crainte ancestrale d'être trompé entretient également chez l'homme la peur de donner à la femme un plus grand contrôle de sa destinée, comme si la vertu féminine ne reposait que sur le risque de la grossesse, qui n'a d'ailleurs en soi pas plus de valeur morale que la ceinture de chasteté d'antan. [...] L'éducation et la morale se doivent d'être positives et non pas toujours négatives et faites uniquement d'interdictions qui ont parfois un effet de suggestion plus grand que la non-interdiction »²⁰²¹. Il est donc interdit d'interdire la contraception et la libération sexuelle qu'elle entraîne.

C Critique des méthodes naturelles

Les médecins partisans du droit à la contraception critiquent régulièrement les méthodes dites naturelles, qui ne sont pas visées par la loi de 1920 puisque utilisées dans l'intimité par les couples sans prescription médicale. Deux techniques sont concernées : la méthode Ogino, la méthode des températures. La première porte le nom du médecin japonais qui repéra le premier l'ovulation le quatorzième jour avant la fin du cycle féminin, en 1918. La seconde est liée aux travaux du D^r Palmer qui ont corrélé la hausse légère de la température de la femme avec le début de l'ovulation à la fin des années trente ; elle est mise au point en 1960 par une équipe de médecins français de Nantes autour du D^r Van der Stappen. Elles sont toutes les deux fondées sur la possibilité de repérer ainsi les jours où la femme ovule et peut donc être fécondée. En matière de contraception, il s'agit d'éviter les rapports sexuels à ce moment-là. La méthode des températures complète la méthode Ogino, sans pouvoir néanmoins prévoir la date de l'ovulation. Seules ces deux méthodes, de par leur caractère naturel, ont l'approbation de l'Église catholique.

La première critique porte généralement sur l'impossibilité pratique d'appliquer correctement la méthode des températures à cause d'une évidence : « les aléas dus aux températures provenant d'autres causes. La moindre insomnie, le moindre état grippal, le moindre phénomène hormonal ou nerveux peut faire varier la température et donner l'impression d'une flèche thermique ovulatoire » et donc fausser les calculs et entraîner des échecs²⁰²². En 1964, le D^r Marianne Basch constate que pour la plupart des femmes, « l'estimation de la période fertile est le plus souvent incorrecte, l'interprétation de la courbe thermique erronée ». De plus, il faut bien attirer l'attention des femmes « sur les longues possibilités de survie du spermatozoïde, impliquant que pour un

²⁰²⁰ André Berger, « Du planning familial à la loi Neuwirth », *Vitalité française*, janvier-février 1967, n° 490-491, p. 268.

²⁰²¹ André Berger, *article cité*, 1968, p. 268-269.

²⁰²² Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 83.

sperme très vigoureux, tout rapport entre la fin des règles et l'ovulation peut être fécondant »²⁰²³. La méthode des températures est également parfois complexe et trop longue à mettre en place. Madame O. de Poitiers, écrit en janvier 1962 au Planning Familial de Grenoble : « Lors de ma dernière visite à un gynécologue, j'ai eu une feuille de températures à relever pendant quatre mois et à rapporter « si je ne suis pas enceinte entre temps »²⁰²⁴.

Ces deux méthodes sont également jugées inefficaces par leurs détracteurs. Le D^r Fabre attaque frontalement cette méthode dans un article au titre révélateur, « À propos de la soi-disant infertilité périodique de la femme », dans *Le Concours médical*, en 1964. Il y déplore les « avortements du thermomètre » après ceux « du calendrier », de la méthode Ogino. Il y affirme : « la femme est fertile pendant tout le cycle menstruel » alors que les propagandistes français de cette méthode ne sont pas d'accord sur la position exacte des « jours stériles » dans le cycle féminin²⁰²⁵. Dans la pure tradition médicale française, il cite les cas de certaines de ses patientes enceinte par une fécondation ayant eu lieu au début de leur cycle (quatrième jour, alors que la femme avait encore ses règles) ou en fin de cycle (28^{ème} jour). Il réfute par avance les critiques possibles en alléguant que les patientes concernées ne sont pas des exceptions mais des femmes parfaitement réglées et qui se sentaient donc en sécurité en ayant de rapports sexuels non protégés aux dates « extrêmes » de leur cycle. Il réfute aussi les mises en cause du témoignage de celles-ci qui auraient pu avoir des rapports extraconjugaux, avec le « deuxième homme » selon le vocabulaire de l'époque, à un autre moment du cycle sans l'avouer devant leur mari présent à la consultation médicale car il écrit : « Nous n'avons pas retenu les récits faits en présence d'une tierce personne »²⁰²⁶. Il conclut : « la femme est fertile pendant tout le cycle menstruel, en observant toutefois que nous n'avons pas noté de fécondation pendant les trois premiers jours du cycle, mais seulement à partir du quatrième. [...] Si telle ou telle méthode contraceptive fondée sur des « jours sûrs » s'avère faillible, il s'ensuivra une multiplication des grossesses non désirées et, par voie de conséquence, un surcroît d'avortements. [...] Donc nous comprenons fort bien [...] que des autorités morales ou religieuses prônent la continence périodique, il n'en est plus de même lorsque des médecins affirment qu'elle est d'une

²⁰²³ Marianne Basch, « Les difficultés de la contraception », *Planning Familial*, 1964, n° 4, p. 11.

²⁰²⁴ Archives du Planning Familial de Grenoble, AD 6,1.

²⁰²⁵ Henri Fabre, « À propos de la soi-disant infertilité périodique de la femme », *Le Concours médical*, 20 juin 1964, p. 3.

²⁰²⁶ Il fait d'ailleurs remarquer qu'aucun témoignage n'est totalement fiable : « Tous ceux qui ont établi des statistiques sur la continence périodique peuvent-ils, dans l'absolu, être sûrs que leurs patientes n'utilisaient pas un diaphragme et une gelée spermicide en même temps que leur thermomètre, », in *article cité*, 1964, p. 3.

efficacité absolue. C'est là, en quelque sorte que risque de résider la duperie »²⁰²⁷.

Les erreurs et spécialement l'impossibilité de prévoir avec exactitude le moment de l'ovulation entraînent de nombreux échecs qui donnent lieu à une bataille de chiffres. Citant un article de deux médecins partisans d'Ogino qui estiment les échecs de cette méthode à 30 %, le D^r Henri Fabre écrit : « les auteurs concluent : « Quand on est un homme, il doit être possible d'accepter dans la vie 30 % de risques, sans avoir à se soumettre au *birth control*, dont les dangers et les inconvénients sur le simple plan humain sont incomparablement plus graves ». Quand on est un homme ! Et quand on est une femme et qu'on a le cœur malade et une tension artérielle à 25 ! »²⁰²⁸. Quant à la méthode des températures, « ces calculs ne sont pas à la portée de toutes les cervelles et [...] le taux d'échec est lourd »²⁰²⁹. Cette impression est confirmée par les chiffres avancés. En 1963, une thèse de médecine estime à 34 % le taux d'échec de la méthode Ogino, après enquête auprès de 1 200 accouchées²⁰³⁰. Trois ans plus tard une enquête auprès de médecins français et européens révèle que seuls 7 % d'entre eux la jugent efficace²⁰³¹. En 1975, le D^r Marliac chiffre, dans sa thèse, à « 18 à 33 % (le taux d'échec) pour la méthode Ogino »²⁰³². Sans compter les 10 à 15 % de femmes qui ont des cycles trop irréguliers pour tenter de l'appliquer²⁰³³.

S'il est difficile de chiffrer avec exactitude le taux d'échecs des méthodes naturelles, les incertitudes de la méthode Ogino sont de notoriété publique, on parle ainsi couramment de dizaines de milliers de bébés Ogino. Il est cependant difficile de retrouver leurs traces dans les sources médicales. Par contre, ils sont régulièrement évoqués dans le courrier que reçoivent les médecins. Les femmes témoignent en ce sens, ainsi Madame D. dans le Loiret, patiente du D^r Lagroua Weill-Hallé : « Grâce à la méthode Ogino, notre fille est née [...] le 6 juillet 57 et nos deux fils, l'un le 21-9-58, l'autre le 3-9-59. [...] Sans commentaires »²⁰³⁴. Le 7 janvier 1962 Monsieur R., de Lyon, écrit au Planning de Grenoble : « Mariés en avril 60 ma femme attendait un bébé pour le mois de mars 1961 quand, début juillet 1960, un grave accident de voiture lui occasionna une fracture du crâne. Tout se termina bien puisqu'elle mit au monde une petite fille à la date prévue... L'état général de ma femme était loin

²⁰²⁷ Henri Fabre, *article cité*, 1964, p. 3.

²⁰²⁸ Henri Fabre, *opus cité*, 1960, p. 150.

²⁰²⁹ « Compte rendu du Colloque sur la contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 22-11-1964, p. 1206.

²⁰³⁰ Solange Siebert, *thèse citée*, 1963, f. 60.

²⁰³¹ Henri Fabre et Jean Sutter, " Opinion médicale sur la contraception et l'avortement" *Population*, janvier-février 1966, n°1, p. 68.

²⁰³² Jean-Claude Marliac, *thèse citée*, 1975, f. 58.

²⁰³³ « Compte rendu du Colloque sur la Contraception (Paris 10 -11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 22-11-1964, p. 1206-1209.

²⁰³⁴ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 317.

d'être bon et nous vivions dans la crainte d'une deuxième grossesse bien que suivant strictement la méthode dite d'Ogino... Nous attendons un deuxième bébé pour le mois de mars 1962... Vous comprendrez que dans ces conditions nous sommes prêts à tout pour éviter une troisième grossesse trop rapprochée qui serait catastrophique »²⁰³⁵. En février 1962 Madame R., de Toulouse, écrit : « Je suis mariée depuis octobre 1956. Mon premier garçon est né au mois de décembre 1957. Mon deuxième garçon est né le 18 septembre 1960 et j'attends mon troisième enfant pour le mois de mai 1962. À cette cadence, vous comprenez que je suis des plus intéressée par votre méthode. Comme toutes les mamans j'ai déjà essayé plusieurs systèmes (Ogino, températures, etc.) mais vu le résultat, je passe à quelque chose de plus sérieux »²⁰³⁶. Autre courrier à la fin du mois de février 1962, de la part de Monsieur R., de Dijon : « Nous avons un garçon né le 18-2-58. Il est bien portant, nous sommes heureux. Ma femme – qui est institutrice – se remet lentement. Adeptes – faute de connaître une méthode plus sûre – de la méthode Ogino, nous sommes encore heureux – bien que cette naissance ne soit pas désirée – d'avoir un second enfant, le 19-9-60. Nous voudrions en rester là : deux enfants à élever suffisent à occuper un couple où mari et femme travaillent. Par ailleurs ma femme n'est pas robuste : elle a subi l'ablation d'un rein alors qu'elle était normalienne. Nous vivons dans la hantise d'une 3^{ème} ou plutôt 4^{ème} grossesse. [...] Et le malheur – c'est triste d'appeler malheur ce qui devrait être joie – vient. Ma femme est à nouveau enceinte, malgré nos précautions : méthode Ogino, emploi de préservatifs masculins aux périodes risquant d'être fécondes. Nous avons accepté l'enfant qui doit naître dans un mois. Mais bientôt, le problème va se poser à nouveau, qui risque de tourner à l'obsession : comment empêcher une naissance nouvelle ? [...] Pourriez-vous me conseiller utilement, efficacement, mieux que le gynécologue dijonnais qui conseille Ogino et dupe ainsi ses clientes »²⁰³⁷.

En 1967, le D^r Charles Rendu et sa femme publient des extraits de lettres de couples catholiques souvent très critiques vis-à-vis de la méthode Ogino : « J'ai trois enfants dont les deux premiers ont 21 mois et 7 mois, ce qui fait que je suis très prise dans la journée. [...] Je suis très désemparée depuis la dernière naissance, car il m'est impossible de me fier maintenant à la méthode Ogino qui m'a donné les deux derniers enfants ». Autre lettre : « La simple lecture de la fiche d'état-civil jointe (9 enfants) vous fournira mieux que de longs discours l'essentiel de mes préoccupations : ne plus avoir d'autres bébés. [...] Je suis vraiment découragée. La méthode Ogino a donné 2 ou 3 enfants »²⁰³⁸.

Les critiques portent également sur l'abstinence forcée, induite par ces méthodes, qui entraînerait des conséquences psychologiques graves sur chaque membre du couple et sur sa vie sexuelle. Pour la plupart des médecins, cette

²⁰³⁵ Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6,1.

²⁰³⁶ Archives du Planning Familial, de Grenoble, AR 6,1.

²⁰³⁷ Archives du Planning Familial de Grenoble, AR 6,1.

²⁰³⁸ Charles Rendu et Madame, *op. cité*, 1967, p. 19.

continence n'est pas humainement réalisable. Ainsi le D^r Fabre en 1957 : « Quant à l'abstinence, elle n'est accessible qu'à une minorité de tarés et d'êtres exceptionnels. Socialement et médicalement, elle ne peut être que déconseillée »²⁰³⁹. Pour lui : « La continence périodique est une aberration. Elle ne peut être que malsaine. L'homme bien équilibré mange, et régulièrement et modérément. Un jeûne de trois semaines, suivi de huit jours de repas pantagruéliques, n'apporterait rien, ni à la santé ni à l'équilibre du couple »²⁰⁴⁰. En 1958, le D^r Jean Dalsace écrit : « Nos consultations regorgent de femmes frigides, d'hommes impuissants, de femmes atteintes de vaginisme, de névroses d'angoisse, suite de ces pratiques (contraceptives) empiriques, et si souvent inefficaces »²⁰⁴¹. En 1959, le D^r Yves Harant rappelle l'exemple de Gandhi « pour qui la chasteté seule pouvait être utilisée comme moyen de limitation des naissances ». Il ajoute, avec humour semble-t-il, que « les dirigeants actuels de l'Inde cherchent une méthode plus efficace qui serait à même d'endiguer la poussée démographique du pays »²⁰⁴².

Le D^r Berge, psychiatre, constate : « Le public ne discerne qu'une irritabilité croissante, sans pouvoir la rattacher au fait que le mari et la femme se refusent l'un à l'autre... parce que cela, il ne le sait pas ! Il est difficile de mesurer l'importance statistique de ces désaccords physiques dans les dissociations familiales. À côté des dissociations familiales officielles, il y en a d'ailleurs d'officieuses, et même de tout à fait secrètes, et il est bien difficile de dire lesquelles sont les pires, quant à leurs conséquences »²⁰⁴³.

Les couples eux-mêmes sont peu favorables à ces méthodes naturelles, une enquête, en 1963, auprès de 200 couples français montre qu'une infime minorité fait confiance à ces moyens (3 % pour Ogino et 1,5 % pour la méthode des températures) : « Les femmes trouvaient la continence périodique trop longue, le calcul des dates incertain et la courbe thermique obsédante. »²⁰⁴⁴.

L'action du Planning Familial est donc portée par une majorité des femmes et des couples dans les années soixante. Ses militants se posent en contre-experts face à des médecins catholiques, souvent professeurs de médecine, dont le discours n'est plus écouté. Les arguments du Planning sont relayés par les médias qui popularisent le discours en faveur du droit à la contraception et préparent la défaite de ces experts officiels.

²⁰³⁹ Henri Fabre, *article cité*, 1957, p. 284.

²⁰⁴⁰ Henri Fabre, *article cité*, 1962, p. 4.

²⁰⁴¹ Jean Dalsace, « Réflexion d'un sexologue », *Maternité Heureuse*, 1958, n°4, pp. 23-25.

²⁰⁴² Yves Harant, *Aspects médico-légaux de quelques problèmes soulevés par la vie sexuelle de la femme*, thèse de médecine, Paris, 1959, n° 12, f. 101.

²⁰⁴³ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 310.

²⁰⁴⁴ « Compte rendu du Colloque sur la contraception (Paris, 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 22-11-1964, p. 1353.

III Défaite des opposants à la contraception

Les opposants sont néanmoins nombreux et puissants tant du côté des institutions (Ordre des médecins, INED) que des personnalités (Alfred Sauvy) sans compter les médecins catholiques qui suivent les positions de Rome sans toujours les approuver.

A Une coalition de conservateurs

Le Conseil de l'Ordre et l'INED sont deux institutions impliquées dans le débat sur le droit à la contraception en France. Médecins élus au Conseil de l'Ordre et démographes, tout en se posant en experts au service de la France, expriment de façon plus ou moins masquée de fortes réticences vis-à-vis d'une modification de la loi de 1920 en matière de contraception. Ils se satisfont tout à fait du statu quo.

Le Conseil de l'Ordre observe dans un premier temps une politique attentiste vis-à-vis des revendications au droit à la contraception. N'étant pas une instance scientifique, il n'a pas mission d'éclairer le débat scientifique au sujet de tel ou tel moyen contraceptif. Il représente par contre une instance disciplinaire et constitue une menace toujours suspendue au dessus des médecin. À partir de 1961, le MFPF commence à ouvrir ses premiers centres dans lesquels des conseils sont donnés par des assistantes sociales qui dirigent les femmes vers les cabinets des médecins référents du Planning. Le Conseil national de l'Ordre réagit alors vivement : « En raison de la création récente en France de centres dits « de planning familial », le Conseil national de l'Ordre attire l'attention des médecins sur leur attitude dans ce domaine : au cas où les Centres fourniraient aux usagers une liste de médecins consultants, ceux-ci tomberaient sous le coup des règles déontologiques interdisant aux praticiens tout racolage de clientèle et toute publicité. Le seul fait pour un médecin d'accepter de recevoir des clients qui lui seraient adressés dans de telles conditions le rendrait passible de graves sanctions disciplinaires »²⁰⁴⁵. Malgré cet avertissement, le Conseil de l'Ordre ne sanctionne aucun médecin du Planning pour ce fait.

En 1965, lors d'une session du Conseil National, le D^r Magnin soulève un autre problème qu'il relie au monopole apparent du Planning en matière de produits contraceptifs : « Si un médecin conseille l'application d'un diaphragme occlusif avec gelée spermicide, [...] son ordonnance ne pourra, en l'état actuel de la législation, être honoré. La femme n'aura alors que la ressource d'aller dans un des centres du Planning Familial, centres sur lesquels le Ministère n'a aucun contrôle. Cette situation est-elle normale ? Quel est la position de l'Ordre à cet égard ? Doit-il se taire ou attirer l'attention des pouvoirs publics ? M. Magnin mentionne les graves entorses au code de déontologie provoquées par le fonctionnement des centres de planning et sur

²⁰⁴⁵ Conseil national de l'Ordre des médecins, « À propos des centres dits « de planning familial », *Le Concours médical*, 10 février 1962, p. 915.

lesquelles l'attention des pouvoirs publics n'a pas été beaucoup attirée. On peut évidemment condamner purement et simplement le fonctionnement de ces centres ; mais, sur le plan pratique, il sera difficile d'obtenir leur fermeture étant donné qu'ils ont des centaines de milliers d'adhérents ». Dans ce débat, le président de l'Ordre fait également remarquer « le caractère illégal des centres du Planning Familial » et s'étonne que « les pouvoirs publics aient pu tolérer que ces centres délivrent des appareils venant de l'étranger et dont la loi française interdit la vente ». Il se déclare « choqué par l'existence des centres de Planning et leur coexistence avec un corps médical désarmé lui paraît scandaleuse. ». Enfin, il signale que « la législation actuelle ne donne aucun droit aux centres de Planning ; ils se l'arrogent eux-mêmes ». M. Magnin conclut sous forme d'une motion : « Se refusant à endosser la responsabilité de la contraception dans le cas où elle n'est pas indiquée médicalement, le Conseil de l'Ordre a par contre le devoir d'insister sur les dangers de la rigidité d'une législation qui, telle qu'elle est appliquée, donne sans contrôle aux centres du Planning Familial un monopole de fait dans la diffusion des moyens contraceptifs ». Des membres de ce Conseil demandent des sanctions contre les médecins « qui collaborent avec les centres du Planning ». D'autres participants cherchent à apaiser le conflit en rappelant qu'un médecin « qui ordonnait des procédés contraceptifs à des clients ne tombait pas sous le coup de la loi de 1920, parce qu'il n'y avait pas de propagande » et que « les centres de Planning ne fournissent pas les appareils ou les produits contraceptifs mais se bornent à communiquer à leurs clientes le nom de l'officine d'Angleterre qui les leur fournira moyennant paiement par mandat international»²⁰⁴⁶. Ces modérés ne sont pas entendus car la plupart des confrères des médecins du Planning n'apprécient pas ce qu'ils assimilent à de la captation de clientèle alors qu'eux-mêmes ne pourraient répondre aux demandes de contraception des femmes.

Les délibérations à l'intérieur des instances dirigeantes du Conseil National ne sont pas publiques et ne sont pas retranscrites dans le *Bulletin* de l'Ordre. Elles révèlent l'existence de divergences avec la position officielle affichée par le président de l'époque, le P^f Lortat-Jacob. Elles montrent surtout le désarroi et le manque d'objectifs clairs et unanimes de l'Ordre, ce qui correspond finalement à l'attitude générale des médecins. La brèche ouverte par les pratiques du Planning fait éclater les contradictions entre la position rigide officielle de l'Ordre et celles, favorables ou du moins non hostiles à la contraception, de la plupart des médecins et de leurs patientes. Le Planning Familial apparaît donc aux médecins dirigeants de l'Ordre comme un concurrent direct de leur activité mais, dans le même temps, ils sont incapables de décider d'une position claire par rapport à la contraception et aux demandes des patientes. La stratégie du MFPPF semble avoir parfaitement réussi, créant un état de fait qui révèle la demande massive des femmes et des couples tout en restant en hors de portée des sanctions de la loi.

²⁰⁴⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Procès-verbal*, session du 3 juillet 1965, p. 6-8.

Signe de cette indécision de l'Ordre, les archives du Conseil national de l'Ordre ne révèlent qu'un seul cas de jugement de médecin engagé dans la lutte pour la contraception. Il s'agit du D^r Henri Fabre de Grenoble qui passe le 6 janvier 1965 devant la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre pour une affaire de stérilisation préventive pratiquée chez une jeune fille handicapée mentale. Il vient d'être sanctionné par un avertissement du Conseil régional de l'Ordre de Rhône-Alpes le 15 mars 1964 et fait appel au niveau national. Il est défendu par Maître Dourlen-Rollier et ressort victorieux de ce jugement qui annule l'avertissement précédent. Les termes de cette décision sont brefs : « Considérant qu'il résulte de pièces jointes au dossier que l'opération a été exécutée par le Docteur Henri F. dans un but thérapeutique qu'il pouvait estimer valable dans le cas très particulier de l'espèce ; que par suite il est fondé à demandé l'annulation de la décision attaquée »²⁰⁴⁷. Rappelons que la stérilisation est toujours interdite en France à cette date. Le Conseil de l'Ordre ne prend pas position sur le bien fondé de la stérilisation préventive en général mais sur ce cas particulier. Cette mesure individuelle en faveur du D^r Fabre révèle l'embarras du Conseil national de l'Ordre devant la sanction qui touche le D^r Fabre au niveau régional. Celle-ci ne concerne pas le délit de « publicité » ni de concurrence pour la délivrance de moyens contraceptifs mais une stérilisation sujette aux mêmes interdits. Cependant, cette affaire apparaît dirigée au départ contre un médecin militant bien connu à Grenoble qui dérange ses confrères et comme un prétexte pour le sanctionner. Le Conseil national de l'Ordre l'épargne dans une volonté d'apaisement. Son attitude conciliatrice peut également être interprétée comme la reconnaissance de son impuissance devant l'action du Planning.

L'Ordre, après s'être opposé systématiquement à ce que les médecins délivrent la contraception, finit par l'accepter, voire le revendiquer dans l'intérêt de ses membres. En 1962, l'Ordre national proclame : « Le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans les conseils au public, ou les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens. Le médecin n'a pas le droit d'utiliser sa qualité de médecin pour cautionner l'activité de ces centres « de planning familial. Ce n'est que dans le cas où l'utilisation de produits médicamenteux régulièrement autorisés comporterait des risques pour la santé des usagers que l'intervention du médecin se justifierait »²⁰⁴⁸. Dans le même registre, une circulaire est envoyée à toutes les sections départementales, le 29 octobre 1965 : « Questionné par divers Conseils départementaux, le Conseil National croit bon de rappeler sa position en ce qui concerne la contraception et les centres de Planning Familial. Le Conseil National estime qu'il s'agit d'un problème essentiellement extra-médical et le médecin doit refuser le monopole que l'on veut lui offrir. [...] Cela dit, la question demeure à l'étude car elle soulève de telles considérations d'ordre social, moral ou religieux qu'il n'est pas possible

²⁰⁴⁷ Archives du Conseil national de l'Ordre des médecins, section disciplinaire : n° 1457, 6 janvier 1965.

²⁰⁴⁸ Conseil national de l'Ordre, *article cité*, 1962, p. 915.

de prendre position rapidement ». Dans leur bulletin interne, les militants du MFPP, analysant ce texte, remarquent à propos de la dernière phrase : « On ne se sent plus assez fort pour brandir les foudres. Mais on est assez retors pour renvoyer aux calendes grecques »²⁰⁴⁹.

Néanmoins, en mars 1966 au moment où la commission Marcellin réfute publiquement toute contre-indication majeure à la prise de contraceptifs hormonaux, l'Ordre modifie sans vergogne son discours : « Le Conseil National n'a jamais pensé que le problème de la contraception était entièrement extra-médical. [...] Les médecins ont donc à connaître cette question. Ils peuvent également avoir à se préoccuper des inconvénients ou des dangers de certains moyens contraceptifs. [...] Le Conseil National s'est contenté de déclarer qu'il ne convient pas de remplacer les interdictions d'une loi par un contrôle médical »²⁰⁵⁰. Cette déclaration remet les médecins au cœur de la prescription contraceptive, dans une volonté de conserver une position de monopole sur le marché de la délivrance des contraceptifs.

Le 4 juin 1966 alors que Lucien Neuwirth vient de déposer son premier projet de loi, le P^r de Vernejoul, président du Conseil national de l'Ordre, justifie cette évolution : « Le Conseil de l'Ordre se préoccupe de ce problème (la contraception) et le médecin n'a pas le droit de s'en désintéresser s'il veut favoriser la pleine santé et l'épanouissement des familles dont il est médicalement responsable. [...] Ils (les médecins) sont libres de donner les conseils et les informations qu'ils jugeront utiles, en tenant compte de l'état psychique des couples qui les interrogent... [...] Je pense personnellement que la loi de 1920 doit être modifiée de façon à faire ressortir la nécessité d'une information légitime dans le cadre de la formation pré-nuptiale et conjugale, et les modalités de mise à disposition du public des différents moyens ou médicaments contraceptifs, avec interdiction de toute publicité. [...] (En ce qui concerne) les 85 centres de Planning Familial installés en France, [...] il est souhaitable qu'après modification de la loi de 1920, les consultations de ce type soient confiées aux services universitaires de gynécologie de nos grands centres hospitaliers. Renoncer à ce rôle d'information en milieu universitaire et hospitalier serait livrer le problème aux mouvements plus ou moins bien intentionnés, plus ou moins motivés, qui l'accaparent actuellement en certains endroits. Il n'est pas possible que ces problèmes soient laissés à la seule discrétion de « consultations parallèles » sans qu'il en résulte de graves conséquences. Il appartient au corps médical de devenir l'intermédiaire par lequel les personnes mariées peuvent être informées »²⁰⁵¹. L'Ordre, par l'intermédiaire de son président, maintient donc sa revendication récente d'un monopole médical pour la délivrance des contraceptifs au nom de la garantie de la santé des patientes. Il s'agit réellement d'établir un monopole puisqu'il

²⁰⁴⁹ « L'Ordre des médecins récidive », *Planning Actualités*, décembre 1965, n°0, p. 15 et 21.

²⁰⁵⁰ In Bull. du Conseil de l'Ordre National des médecins, mars 1966, p. 159.

²⁰⁵¹ In « La récente prise de position de l'Ordre des médecins », *Planning Actualités*, juin 1966, n° 5, p. 8-9.

souhaite enlever toute possibilité de consultation aux centres du Planning Familial, un de ces « mouvements plus ou moins bien intentionnés », au profit des hôpitaux. L'Ordre entend donc récupérer au profit du corps médical, qu'il représente et contrôle, l'information et la prescription des contraceptifs, en parfaite contradiction avec ses déclarations des années précédentes, devant le danger de voir ce type de consultation lui échapper. La morale de l'Ordre, à travers celle de son président, se révèle également très conservatrice puisqu'il déclare vouloir limiter les conseils de contraception aux « personnes mariées », accusant le Planning de recevoir des jeunes filles non mariées « en soif d'émancipation »²⁰⁵². L'étroite morale que l'Ordre veut imposer semble en décalage avec une partie grandissante de l'opinion publique et avec la réalité sociale. À l'occasion du dépôt du second projet de loi Neuwirth, le 1^{er} juillet 1967, l'Ordre publie de nouvelles observations dans le même registre: « Le Conseil National de l'Ordre des médecins ne pense pas que le corps médical puisse se désintéresser des problèmes de la contraception, en raison de son rôle de conseiller naturel de la population sur le plan sanitaire : retentissement possible de l'application de certains procédés sur la santé et l'équilibre moral ou psychique de ceux qui y recourent. Il estime cependant que les raisons de recourir à la contraception dépassent très largement les problèmes de santé. La proposition de loi adoptée par l'Assemblée Nationale confère au corps médical des responsabilités qui débordent sa mission et incombent aux individus, aux couples ou à l'État. [...] Le Conseil de l'Ordre exprime les plus grandes réserves quant à la prescription des contraceptifs à des mineures non émancipées, même avec l'autorisation des tuteurs légaux, particulièrement à des mineures n'ayant pas achevé leur évolution pubertaire ou n'ayant pas atteint une maturité psychologique et affective suffisantes. La majorité du Conseil a estimé que la prescription de médicaments contraceptifs à ces mineures n'était pas possible »²⁰⁵³. Dans ce texte, L'Ordre déplace la polémique au nom d'une moralité qu'il justifie par des arguments médicaux. S'il ne peut plus empêcher le vote d'une loi libéralisant la contraception, il tient à imposer sa marque en soulevant le problème des femmes mineures, âgées de moins de 21 ans. S'il n'envisage pas une possible prescription de contraceptifs pour ces femmes sans « maturité psychologique et affective suffisantes », il laisse sous-entendre qu'une grossesse à cet âge ne demande ni l'une ni l'autre. L'Ordre sera entendu du pouvoir politique puisque la loi Neuwirth prévoit, dans son article 3 : « La vente ou la fourniture des contraceptifs aux mineurs de 18 ans non émancipés et des contraceptifs inscrits au tableau spécial aux mineurs de 21 ans non émancipés ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal ». C'est donc le médecin qui est chargé de demande et de vérifier (?) cette autorisation écrite qui, bien sûr, peut être uniquement formelle.

La stratégie de l'Ordre évolue donc brutalement en 1966. Il passe d'une attitude initiale de refus d'information et de prescription à la volonté de les

²⁰⁵² In *article cité*, juin 1966, n° 5, p. 10.

²⁰⁵³ In Bull. du Conseil National de l'Ordre des médecins, janvier 1968, p. 19-20.

recupérer au profit de ses membres, tentant d'exclure les centres du Planning qui fonctionnent depuis 1961. Il prend donc conscience de mener contre la contraception un combat d'arrière-garde préjudiciable à l'intérêt financier des médecins et finit par adapter ses arguments à la réalité économique et aux pressions de l'opinion. Dans un dernier sursaut, il s'oppose à la délivrance de contraception aux mineures, donnant ainsi un dernier gage à la minorité de médecins opposés au droit à la contraception au nom de la morale menacée.

L'Ordre poursuit aussi avec obstination la chimère d'une contraception réservée aux seules femmes présentant des indications médicales. Cette position irréaliste semble refléter le désarroi de ses adhérents qui doivent s'adapter à un nouveau contexte car dans 90 % des cas la demande de contraception n'est liée à aucun trouble et n'a donc pas d'indication médicale. Le P^r Mehl prévient ses confrères : « Dans la grande majorité des cas la prescription contraceptive sera demandée pour des motifs non médicaux. Dans la meilleure hypothèse il s'agit d'un couple qui désire différer une grossesse. Mais quelle devra être l'attitude du médecin en présence d'une femme qui sollicite une prescription de pilules à l'insu de son conjoint légitime ou non ? Quelle attitude adopter à l'égard de « l'adolescente à-la-pilule » ? [...] (Une) gynécologue s'inquiétait devant la multiplication des rapports sexuels précoces, de « pure curiosité », chez ces très jeunes filles, augurant mal, semble-t-il, de leur développement futur. [...] N'est-il pas légitime de penser que la liberté sexuelle est mieux justifiée si elle s'accompagne d'une certaine discipline ? En dehors de toute morale traditionnelle, est-on bien sûr par la liberté sans contrainte de faire le bonheur de l'humanité ? »²⁰⁵⁴. La plupart de ses confrères se posent ce type de question, même s'ils ne font pas tous l'éloge de la morale traditionnelle.

Les indications médicales sont relativement faciles à cerner. Le cancer du sein par exemple : « J'ai suffisamment travaillé dans les centres anticancéreux pour avoir vu des cancers du sein stabilisés pendant quelques années se réveiller au cours d'une grossesse et évoluer de façon irrémédiable en quelques mois ou en quelques semaines. Mon dernier souvenir de ce genre remonte à l'automne dernier où dans le service de chirurgie où je travaille, est venue mourir dans ces conditions une femme de 43 ans, deux mois après la naissance de son 9^{ème} enfant. La Démographie y trouve son compte. Pas le médecin, ni l'homme »²⁰⁵⁵. Cette femme médecin invoque un cas dramatique qui aurait pu être évité par la prise de contraceptifs ou résolu par un avortement thérapeutique. Pour le D^r Fabre : « Il y a des affections que la grossesse et l'accouchement risquent d'aggraver. Il y a des malades que la grossesse et l'accouchement risquent de tuer. Il existe des contre-indications à la gestation, pourquoi ne pas le répéter sans cesse ? Le Conseil de l'Ordre des Médecins tient compte de cette réalité quand il admet la stérilisation féminine préventive. [...] Il y a des cardiaques, des néphritiques, des tuberculeuses à qui il faut éviter – passagèrement ou définitivement – une maternité. C'est un fait et le moraliste

²⁰⁵⁴ J. Mehl, *article cité*, écrit en 1967 mais publié en 1970, p. 35.

²⁰⁵⁵ F.A. Grezes-Rueff et Ch. Grezes-Rueff, *article cité*, 1967, p. 507.

n'y peut rien. Quand ces malades vont consulter leur médecins, il n'est pas question de principes mais bien de vie ou de mort »²⁰⁵⁶. Mais « le chapitre des contre-indications pathologiques de la grossesse peut être conçu plus largement que celui de l'avortement thérapeutique. Sans doute de nombreux médecins y inscriraient-ils toutes les formes de fatigue de l'organisme (et notamment celles provoquées par des maternités répétées) »²⁰⁵⁷. Le D^r Roger Géraud note que ces indications médicales restent « assez exceptionnelles ». Par exemple : « La mère de famille nombreuse (plus de 4 enfants) ou accablée de très nombreuses grossesses (plus de 6), qui ne veut plus d'enfants et dont les signes de fatigue physique et de surmenage nerveux sont évidents, doit pouvoir obtenir une sécurité absolue que seule la médication peut lui apporter ; dans la mesure où la mère l'accepte, bien entendu. Il ne faut pas craindre de rappeler que le risque de mort maternelle est quatre fois plus élevé après le cinquième enfant »²⁰⁵⁸.

En réalité la plupart des couples ou des femmes qui consultent pour une contraception ont des raisons que l'Ordre qualifie de « convenances personnelles ». La position restrictive de l'Ordre qui veut ignorer les demandes de ce type reflète et soutient l'opinion d'une partie des médecins français. Ainsi en 1966, à la veille du vote de la loi Neuwirth, Jacques Barrat et Émile Hervet distinguent encore, dans un article de *La Presse Médicale*, les « indications médicales de la contraception » de « la contraception de convenance [...] qui s'adresse à des femmes chez lesquelles l'évolution d'une grossesse ne porterait pas atteinte à la santé ». Pour eux : dans le premier cas, « c'est un acte conforme à l'éthique médicale », dans le second, « tout médecin a le droit, certains diront le devoir, d'en récuser les indications »²⁰⁵⁹. La même année, le P^r de Vernejoul, est formel: « Dans les cas de pure convenance personnelle, l'Ordre rappelle aux médecins qu'ils ont le devoir d'informer les familles des dangers et des inconvénients de certains moyens contraceptifs »²⁰⁶⁰. En bref, le président conseille aux médecins de dissuader leurs patientes, puisqu'il s'agit de préciser les seuls « dangers » et « inconvénients ». Ce type de conseil ne manque pas d'étonner de la part d'un personnage si respectable. Ces remarques ressortent bien d'un pouvoir médical sûr de lui. En février 1967, alors que la loi Neuwirth n'est pas encore votée, le D^r Raymond Jodin avertit encore ses confrères dans *Le Concours Médical* : « Pour l'heure encore, les seules indications *médicales* doivent le guider. Conseils et prescriptions devront être basés sur des données pathologiques bien établies. Elles doivent être plus rigoureusement précisées dans un domaine sans doute mouvant, celui de la

²⁰⁵⁶ Henri Fabre, *op.cité*, 1960, p. 150-151.

²⁰⁵⁷ J.-R. Gosset, « La profession médicale devant la contraception », *le Concours médical*, 2-10-1965, p. 5620.

²⁰⁵⁸ Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 116.

²⁰⁵⁹ Jacques Barrat et Émile Hervet, « Propos sur les indications médicales de la contraception », *La Presse Médicale*, 1966, n°28, p. 396.

²⁰⁶⁰ Planning Actualités, article cité, juin 1966, p. 8.

psychiatrie »²⁰⁶¹. Certains médecins justifient ces pratiques en accusant les raisons de convenance personnelle de mener la femme et le couple à un « sentiment de frustration et même de désespoir » sans aucune preuve²⁰⁶².

Les médecins sont cependant journallement confrontés à des demandes sans indication médicale. Celles-ci concernent approximativement 10 % des femmes, et ne posent aucun problème à la plupart des médecins. Le D^r Géraud évoque l'exemple de ce jeune couple qui fait appel au devoir d'humanité du médecin: « Je vis arriver à ma consultation deux jeunes mariés, qui venaient de parcourir deux cents cinquante kilomètres pour me voir²⁰⁶³. Le garçon était en tenue de parachutiste, et je n'éprouve aucune tendresse romantique à l'égard de ceux-ci. Son explication fut franche et directe. « Voilà, je suis mobilisé en Algérie et mon bataillon est en « baroud » tous les jours. Je viens en permission de temps en temps. Mon secteur est dangereux et il y a de la casse fréquemment. Je suis marié depuis deux mois. Je veux bien laisser une veuve, mais pas un orphelin ; quand je viens en permission, je veux pouvoir aimer ma femme librement ». J'ai réfléchi bien longtemps et puis j'ai prescrit la pilule »²⁰⁶⁴. Comme le souligne le D^r Mühlethaler, « les raisons qui poussent un couple à désirer limiter ses naissances sont variées : salaires insuffisants ou tout juste suffisants pour le nombre existant de bouches à nourrir, difficultés de logement, chômage, maladies, difficultés conjugales et aussi, souvent, il faut le reconnaître, un souci peut-être égoïste du confort, une volonté d'augmenter d'abord son niveau de vie avant tout autre objectif. Mais, à notre avis, quels que soient les motifs, nous n'avons pas le droit de critiquer ou de nous opposer à cette volonté. L'indication à limiter la fécondité du couple n'est pas posée par le médecin ou la société, mais par le couple lui-même. [...] Devant ces faits, nous pensons que les interdits moraux ou légaux de la société ne changeront rien à la situation (à moins d'instaurer un régime dictatorial comme sous le règne hitlérien) »²⁰⁶⁵. Ces constatations venues de Suisse romande utilisent comme argument l'aspect répulsif du nazisme en faveur de l'autorisation de la contraception. C'est assez rare, l'argument « nazi » servant plutôt aux opposants à la contraception et à l'avortement.

En 1962, deux psychiatres français sont interrogés : « Pensez-vous que le psychiatre puisse faire aisément la différence entre l'indication thérapeutique et la convenance personnelle ? ». Le premier, le D^r Koupernic, répond : « À notre avis, la « convenance personnelle » suffit pour emporter la décision. Autrement dit, même si le psychiatre considère lui-même que les rapports sexuels ne

²⁰⁶¹ Raymond Jodin, « Le praticien devant la contraception », *Le Concours Médical*, 11-2-1967, p. 1136.

²⁰⁶² Henri Pigeaud, « Limites d'une contraception légitime », *Lyon Médical*, 1966, n° 6, p. 329.

²⁰⁶³ Les médecins français prescrivant la pilule sont très rares à cette date, de l'ordre d'une vingtaine...

²⁰⁶⁴ Roger Géraud, *op. cité*, 1963, p. 118.

²⁰⁶⁵ M. Mühlethaler, *article cité*, 1960, p. 130.

devraient avoir d'autre but que la procréation, il n'a aucun droit d'imposer cette vue à ses malades. Si celles-ci sont d'une opinion inverse et si l'on est déterminé à les traiter en adultes et en êtres libres, leur « convenance personnelle » paraît aller de pair avec leur bon équilibre mental »²⁰⁶⁶. Mais pour l'autre psychiatre, le D^r Cochemé : « Quant à la convenance personnelle, si elle peut être facilement dépistée par le psychiatre, par contre le problème qu'elle pose risque d'être résolu au gré de la mentalité ou de l'appartenance idéologique de celui-ci »²⁰⁶⁷. Le D^r Cochemé ne reconnaît donc aucune légitimité à la « convenance personnelle », à savoir la volonté de la patiente sans indication thérapeutique. Il s'agit pour lui de la « dépister », derrière le discours de la femme. Ensuite, le psychiatre décide selon ses convictions. Ces deux postures révèlent deux conceptions du rôle du médecin face à la demande contraceptive. La première raisonne en terme de droit et de respect de la volonté des femmes, y compris en psychiatrie ; la seconde induit toujours la primauté du pouvoir du médecin, y compris quand il est bienveillant.

Les demandes de contraception pour convenances personnelles sont ainsi soumises à la bonne volonté et aux opinions du médecin, tant qu'une loi n'est pas votée et ne fonde pas un droit. La position de l'Ordre, en complète inadéquation avec la réalité, n'est pas retenue dans la loi Neuwirth. La loi ne fait aucune distinction entre indication médicale et convenance personnelle, même si les contraceptifs ne sont délivrés que sur ordonnance. La loi reconnaît ainsi que « la pilule contraceptive est probablement le seul médicament dont la mise au point a davantage répondu à des exigences sociales que thérapeutiques »²⁰⁶⁸ et à la volonté des femmes de s'affranchir d'une maternité « naturelle ».

Autres opposants au droit à la contraception : l'Institut national de démographie et son directeur²⁰⁶⁹ Alfred Sauvy qui font valoir leur idéologie nataliste. Alfred Sauvy fait figure d'expert en démographie, ce qu'il est de par sa formation et son œuvre. Il est en conséquence considéré par les médias et l'opinion comme une sorte de grand chef charismatique, un guide éclairé, un de Gaulle bis. Il en profite pour décliner régulièrement son opinion personnelle dans diverses revues scientifiques. Il affiche par exemple son scepticisme quant à la fiabilité des moyens contraceptifs dans la revue de l'INED: « Si les méthodes (contraceptives) préconisées ne sont pas d'une efficacité totale et d'une pratique assez facile, l'avortement subsistera »²⁰⁷⁰. Dans cette même revue, un rédacteur anonyme (A. Sauvy lui-même ?) écrit : « S'il existait des

²⁰⁶⁶ «Points de vue de psychiatres», *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3164.

²⁰⁶⁷ «Points de vue de psychiatres», *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3167.

²⁰⁶⁸ Christine Pradines, *La première contraception orale oestroprogestative: Église et Conseil de l'Ordre*. Thèse de médecine, Limoges, 1995, n°131, f. 29.

²⁰⁶⁹ Alfred Sauvy est directeur de l'INED jusqu'en 1962 mais il continue d'y exercer une grande influence par le biais des équipes qu'il a recrutées et qui restent en place.

²⁰⁷⁰ Alfred Sauvy, « Compte rendu du livre de Jacques Derogy, *Des enfants malgré nous* », *Population*, 1956, n°1, p. 163.

moyens contraceptifs parfaits sans entraîner ni réduction du plaisir sexuel ni soins trop attentifs, le nombre de naissances risquerait de diminuer notablement. [...] Aucun procédé actuellement connu n'est parfait : les échecs se traduisent par des grossesses non désirées, dont une partie est interrompue par avortement provoqué »²⁰⁷¹. En 1961, alors que la pilule commence à faire parler d'elle, Alfred Sauvy constate : « Dans le public on doit regretter une profonde ignorance [...]. Le public croit volontiers qu'il existe des procédés contraceptifs très efficaces, interdits aux Français par la loi, de sorte que l'autorisation de ces produits conduirait à remplacer la plupart des avortements actuels par des mesures préventives, c'est-à-dire par la contraception. En même temps la croyance a été répandue qu'on pouvait « planifier » sa famille. [...] Une méconnaissance aussi profonde des données de fait du problème ne peut conduire qu'à des déceptions cruelles »²⁰⁷². Face à ce « public » qui serait ignorant et abusé, Alfred Sauvy revendique sa position d'expert conscient de la complexité des problèmes. Sa stratégie consiste à déplorer les échecs des moyens contraceptifs et à renvoyer à un futur lointain les possibilités médicales de contrôler la fécondité. Cette manœuvre passe cependant sous silence les moyens contraceptifs anciens (le diaphragme) et nouveaux (la pilule) que les médias font connaître à toutes les femmes. L'argument selon lequel les contraceptifs médicaux ne sont pas fiables met néanmoins Alfred Sauvy en posture de scientifique, doté de surplus d'une profonde sagesse, même s'il ne s'agit pas de son domaine, face aux illusions qui seraient entretenues par les adversaires de la loi de 1920. Renversant le point de vue Alfred Sauvy signale également, en statisticien chevronné : « une première évidence statistique : la fécondité de la femme, au sein du couple ayant des rapports sexuels normaux, est un phénomène aléatoire ; en d'autres termes, à l'issue du cycle menstruel, la femme a assez *peu de chances de se trouver fécondée*. Ces « chances » peuvent être estimées comme étant comprises, le plus souvent, entre un sur dix et trois sur dix »²⁰⁷³. La contraception lui semble donc superflue puisque les « chances » ou les « risques » sont peu importants. Observons qu'Alfred Sauvy cite une large fourchette de chiffres, entre 10 et 30 %, dont l'imprécision peut sembler indigne d'un démographe. De plus, des « chances » de fécondation estimées à 30 % par cycle ne peuvent d'évidence que favoriser la natalité (elles donnent 51 % de chances d'être enceinte en deux mois et 66 % en trois mois).

Alfred Sauvy cherche également toujours à replacer le problème de la contraception dans le cadre plus général de la France : « le problème de la fécondité n'intéresse pas que les individus. Étant le facteur déterminant de l'évolution démographique, et particulièrement de la croissance, il concerne fortement la collectivité. [...] Objectivement : est-il utile ou nuisible que la population d'un pays augmente ? [...] Subjectivement : quelle est l'opinion de

²⁰⁷¹ I.N.E.D., « La limitation des naissances », *Population*, 1956, n° 2, p. 230.

²⁰⁷² Alfred Sauvy, « Fécondité des populations. Evolution générale des recherches », *Population*, 1961, n° 4, p. 710.

²⁰⁷³ Roland Pressat, « Compte rendu d'un livre d'Alfred Sauvy », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3183.

la population elle-même, de ses classes sociales, de ses dirigeants sur ces questions ? »²⁰⁷⁴. Il semble bien que les dirigeants du pays soient natalistes : le général de Gaulle, dans ses vœux aux Français, le 31 décembre 1962, souhaite cent millions d'habitants à la France...²⁰⁷⁵. Pour Sauvy, « L'accentuation des tendances malthusiennes [...] a un caractère dramatique. Se tromper ainsi sur le sens même de la vie et de la prospérité est profondément angoissant. [...] Il y a 26 ans, le bateau français sombrait. Après un siècle et demi de peur de la vie, de vieillissement, de stagnation, la France marchait insouciant vers les catastrophes provoquées par ce renoncement et annoncées bien vainement. L'aide à la famille et quelques circonstances favorables ont éloigné le danger pour une génération ; mais la voilà qui se profile à nouveau. L'équilibre français, précairement assuré par les faiblesses des techniques contraceptives, se trouve à nouveau menacé par le perfectionnement de celles-ci »²⁰⁷⁶. En 1966, effectivement il n'est plus question de compter sur « les faiblesses contraceptives » pour assurer une natalité élevée. Pour Alfred Sauvy une faible natalité entraîne la stagnation économique. Il ne cesse de le répéter : « Des erreurs flagrantes sont commises sur l'emploi : l'opinion cède au sophisme du simplisme arithmétique, en croyant que le chômage est une question de nombre. [...] Or, *toutes les expériences, depuis 20 ans, dans les pays industriels, ont montré que les réussites économiques ont été le fait de pays à population active croissante. [...] Du fait de l'accélération du progrès technique, et sous réserve bien entendu d'une formation professionnelle suffisante, la croissance de la population active est devenue une nécessité absolue, favorable non seulement à l'expansion, mais au plein emploi* (passage en italiques dans ce document) »²⁰⁷⁷.

Alfred Sauvy reprend également la menace du vieillissement de la population française en y ajoutant un aspect économique, dans une conférence donnée à Lille au moment du vote de la loi Neuwirth: « Nous avons la certitude que le nombre de personnes âgées augmentera, le seul doute étant sur le rythme d'augmentation ». Après ce constat, il relie vieillissement et stagnation économique: « On en peut pas citer dans l'Histoire un seul exemple de population stationnaire qui ait eu un essor économique. L'essor économique a toujours coïncidé avec un certain progrès démographique ; [...] (Car) une population qui a un contingent de jeunes suffisant s'adapte plus facilement qu'une population stationnaire ». Il remarque ensuite que la natalité française est déjà, avant l'application de la loi Neuwirth, inférieure à celle de nombreux pays qui ont autorisé la contraception, ce qui, selon lui, « présente un caractère

²⁰⁷⁴ Roland Pressat, *article cité*, 1962, p. 3187.

²⁰⁷⁵ Cité par Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour*, Paris, Payot, éd. 2002, p. 45.

²⁰⁷⁶ Alfred Sauvy, « Le destin de la France est en danger », *Vitalité française*, 1966, n° 480, p. 91.

²⁰⁷⁷ Alfred Sauvy, *article cité*, 1966, p. 89-90.

inquiétant »²⁰⁷⁸. Alfred Sauvy sait bien à cette date qu'on ne peut plus revenir en arrière et que la loi va passer. Il joue donc ici le rôle de Cassandre, en rappelant que le baby boom est terminé en France depuis 1964 et que la natalité française va encore baisser aux dépens du développement économique de la France.

Ces interventions d'Alfred Sauvy ponctuent la polémique autour des conséquences du droit à la contraception. Les opposants à ce droit reçoivent l'appui non seulement d'Alfred Sauvy en tant qu'individu mais également en tant que démographe « national » ; derrière lui, se profile l'INED tout entier.

Les démographes français cherchent en effet à s'affirmer comme les experts incontournables du débat sur la contraception. Pour le D^r Jean Sutter, à la fois médecin et chercheur à l'INED : « Les médecins devraient être les premiers informés de l'état démographique du pays, de l'état de la natalité, de la mortalité, de la nuptialité, etc. Étant mieux informés, ils situeraient mieux socialement le problème de limitation des naissances. [...] La médecine ne devrait exercer aucune influence sur les désirs de maternité de la femme ou du couple ; autrement dit, il n'a pas à juger les désirs exprimés, donner son avis en disant, par exemple, « deux enfants vous suffisent », ou « un autre serait de trop ». [...] Le médecin n'a pas seulement à protéger l'état de santé du pays mais son état démographique et le désir d'enfants qui s'est manifesté en France, surtout depuis une vingtaine d'années, doit être totalement respecté »²⁰⁷⁹. Les démographes sont cependant régulièrement invités à s'exprimer dans les revues médicales dès que le thème abordé tourne autour de la fécondité. Le D^r Sutter lui-même est sollicité et fait autorité d'autant qu'il est médecin et donc susceptible de concilier les deux points de vue.

Deux problèmes démographiques agitent l'opinion, et les médecins, après-guerre, la surpopulation mondiale et l'avenir démographique de la France. En France, la polémique sur le droit à la contraception est située avant tout dans le cadre étroitement français, à la différence des pays anglo-saxons²⁰⁸⁰. Comme l'écrivent le P^r Rivière et le D^r Traissac en 1957 : « La surpopulation ne nous gêne pas comme au Japon²⁰⁸¹ », en n'envisageant que le cas particulier de la population française²⁰⁸². Les natalistes français contestent d'ailleurs cette

²⁰⁷⁸ Alfred Sauvy, « Les conditions d'un équilibre démographique », *Vitalité française*, janvier-février 1968, n° 490-491, p. 276-278.

²⁰⁷⁹ « Suggestions en vue de solutions positives. Interview du D^r Sutter », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3169-3170.

²⁰⁸⁰ Alors que l'ouvrage de Paul Ehrlich, *La bombe population*, remporte un grand succès aux États-Unis lors de sa parution en 1968, il n'est publié en français qu'en 1973 et ne rencontre que peu d'écho. Cet ouvrage est certes postérieur au débat sur la contraception, mais son accueil tardif et restreint révèle le faible intérêt de l'opinion française pour ce type de problèmes.

²⁰⁸¹ Au Japon, une loi autorise la vente des contraceptifs à partir de 1949.

²⁰⁸² Marc Rivière et Robert Traissac, « À propos du *Birth control* », *Gynécologie pratique*, t.VIII, n°1, 1957, p. 32.

menace de surpopulation qui induirait l'absolue nécessité de limiter les naissances. Un article de la revue *Vitalité française* dénonce ainsi « l'opinion qui prévaut un peu partout selon laquelle le monde serait actuellement en voie de surpeuplement. D'où le sentiment que la situation démographique risque de devenir explosive si des mesures efficaces ne sont pas prises en vue de limiter les naissances. Simpliste, cette manière de voir l'est assurément. Elle est surtout le reflet des informations statistiques, par trop sommaires et souvent présentées de façon tendancieuse par la grande presse d'information. [...] Il n'y a pas partout surpeuplement et rien ne nous autorise à penser que nous allons vers un déséquilibre croissant entre la population et les ressources »²⁰⁸³. Optimisme que l'on peut qualifier de parti pris. Ces natalistes dénoncent « l'abus de confiance qui consiste, sous des dehors humanitaires, à poursuivre des buts politiques en orientant vers une action contraceptive de masse pour certaines populations, des méthodes que l'on présente ailleurs comme destinées à faciliter l'harmonie des couples »²⁰⁸⁴. Le D^r Gosset vise ici les recherches menées aux États-Unis qui ont déjà abouti, à cette date, à la mise au point de la pilule contraceptive. La critique se fait anti-américaine, ce qui est toujours bien reçu par l'opinion publique française. Elle n'est cependant pas dénuée de fondement selon le P^r Baulieu qui rencontre Gregory Pincus en 1961. D'après lui, Pincus n'aurait pas eu pour but premier la cause des femmes mais bien la lutte contre une natalité mondiale jugée excessive²⁰⁸⁵. Pincus déclare néanmoins qu'il a « inventé la pilule à la demande d'une femme »²⁰⁸⁶, faisant ainsi allusion à la militante féministe Margaret Sanger (1879-1966), ou à Katherine McCormick (1875-1967) qui finance ses recherches. L'ambiguïté de cette position rejoint celle des buts complémentaires poursuivis : libérer les femmes de la crainte de la grossesse et stopper l'accroissement de la natalité mondiale, en particulier dans le Tiers Monde. Certains médecins opposés à la contraception parlent également de la situation démographique comme d'un « alibi commode », car « les préoccupations des affamés de l'Inde et du Brésil sont beaucoup plus éloignées de l'esprit de la petite bourgeoise en mal d'amants ou de la jeune fille « émancipée » avide de « surprise-party complète », que la très prosaïque crainte de ramener vers le mari ou la famille, à l'issue de ces « expériences », le début d'une grossesse révélatrice ! Mais, en plus, un tel genre d'alibi est complètement faux... même s'il était sincèrement ressenti. Un fait primordial doit être mis ici en lumière : notre planète, la terre, *est encore en friche*. Les rapports sur les zones surpeuplées, sur les pays de la faim et de la malnutrition, correspondent en général à des descriptions exactes, quoique parfois assez tendancieuses. Mais, à l'échelle de la Planète, ils ne correspondent qu'à des situations localisées aussi bien dans l'espace que dans le temps. Il est intellectuellement malhonnête de présenter à des fins de propagande ces

²⁰⁸³ In « La prévention des naissances », non signé, mai-juillet 1960, n° 452, p. 114.

²⁰⁸⁴ J.-R. Gosset, *article cité*, 1965, p. 5625.

²⁰⁸⁵ Étienne-Émile Baulieu, entretien le 11 juillet 2008.

²⁰⁸⁶ Selon Lara V. Marks qui rapporte cet entretien donné par Pincus en 1966 dans son ouvrage, *Sexual Chemistry*, Yale University Press, 2001, p. 54.

phénomènes locaux comme des phénomènes généraux et des plus irréversibles si ... la contraception ne vient pas y apporter le seul remède possible ! C'est une question de faits et de chiffres : sur d'immenses étendues la terre est en friche : en Afrique la terre cultivée représente le 1/87 de la superficie cultivable [...] (Sans parler) des possibilités immenses que l'homme pourrait tirer de la mer, qui, à elle seule, pourrait fournir le garde-manger, toujours renouvelé, de la Planète ! Toutes les steppes incultes – ou presque – pourraient devenir des « steppes généreuses » à l'exemple de cette ancienne « steppe de la faim » d'URSS, la Golodnaïa du Karakhstan, devenue maintenant grande productrice de céréales... La pomme de terre et la framboise sont maintenant cultivées en Sibérie septentrionale [...] au delà du Cercle polaire. En Alaska, une superficie égale à la moitié de la France est devenue terre cultivable... [...] L'économiste Colin Clark²⁰⁸⁷ pouvait écrire : [...] « Si nous envisageons un régime alimentaire à base de céréales, nous pouvons atteindre 90 milliards d'habitants ». [...] Corrigéant les calculs de Clark, en introduisant dans la ration souhaitable un certain nombre de protéines d'origine animale, le Professeur Cépède ramène le chiffre de Clark de 90 milliards à 35 milliards d'humains, qui pourraient être nourris convenablement à notre niveau de connaissances d'aujourd'hui... ». Le D^r Huant, catholique, conclut en dénonçant la « lâcheté et l'immoralité sociale : celle de civilisés nantis, prétendant avoir fait assez en suggérant ou imposant la contraception à des « sous-développés » mal nourris, ignorants et confiants, dont on tarirait et limiterait ainsi la seule chose qu'ils possèdent encore : leur être propre et leur possibilité d'avenir »²⁰⁸⁸. Cette belle envolée optimiste prouve le fossé qui existe entre les analyses des Français et celles du reste du monde non communiste, États-Unis en tête. Les natalistes contestent ainsi la gravité de la situation démographique mondiale.

Dans les années soixante, la nouvelle génération de médecins ignore ce type de raisonnement issu du XIX^e siècle et de l'entre-deux-guerres. On peut lire en 1967 dans l'introduction d'une thèse de médecine : « À l'échelle mondiale plusieurs faits militent en faveur de l'application aussi rapide que possible des méthodes contraceptives à cause du rythme de l'augmentation de la population mondiale, qui est devenu l'un de problèmes les plus préoccupants de l'heure. La population du globe atteint actuellement 3 milliards d'habitants et elle en atteindrait 6 milliards à la fin de ce siècle. Ces chiffres sont d'autant plus alarmants que 80 % environ de l'augmentation de la population mondiale se fera dans les pays sous-développés, empêchant ainsi toute élévation de leur niveau de vie »²⁰⁸⁹. En résumé : « chaque jour naissent environ 100 000 nouveaux enfants. Si ce rythme continue, la population du globe atteindra trois milliards et demi d'individus en 1980. Devant cette situation, deux thèses

²⁰⁸⁷ Economiste et statisticien britannique (1905-1989), père de neuf enfants.

²⁰⁸⁸ Ernest Huant, « Conférence de la Mutualité, exposé du président », *La Pensée catholique*, n°117, 1968, p. 47-48.

²⁰⁸⁹ Pierre Chauvin, *thèse citée*, 1967, f. 1.

s'affrontent : celle des pessimistes ; celle des optimistes. La vieille querelle entre Malthus et Marx est ainsi rallumée. [...] Il est normal qu'un gouvernement ait le souci de maintenir un taux de natalité suffisant, mais les considérations démographiques ne doivent occuper qu'une place secondaire parmi les arguments pour ou contre le planning familial²⁰⁹⁰. Ceux-ci doivent être, avant tout psychologiques, médicaux, sociaux, humains en un mot, et tenir plus compte de l'individu que de la société »²⁰⁹¹. La conclusion de cette thèse reprend ce qui est en train de devenir l'esprit du temps, à savoir la revendication grandissante de droits individuels détachés des préoccupations démographiques des états.

La contraception semble également menacer la natalité française. Ce risque est de moins en moins évoqué dans les revues médicales sauf par les médecins opposés à la contraception. Les articles se contentent en général de citer de façon rituelle le « problème démographique français », sans insister. On peut repérer ainsi quelques allusions au baby-boom, par exemple celle du P^r René Piedelièvre en 1950 qui note dans un article sur l'avortement thérapeutique : « En 1949, il y eut 93 139 naissances d'enfants vivants et 2 830 mort-nés. Cette abondance des naissances dans le département de la Seine fait qu'il y eut cette année-là un excédent des naissances sur les décès de 40 259 »²⁰⁹². Les médecins sont donc au courant de ce formidable et inattendu essor de la natalité. Pour les natalistes, la loi de 1920 protège l'extraordinaire taux de natalité du baby-boom. En 1957, suite au numéro spécial déjà évoqué, daté 1955, de la revue *Gynécologie pratique* consacré au Birth-Control, le P^r Rivière et le D^r Traissac exercent un « droit de réponse » et développent toute une série d'arguments anti-contraception. Parmi ceux-ci : les menaces que ferait peser une autorisation de la contraception médicale sur la démographie française. Ils citent abondamment comme sources l'INED, à travers les articles parus dans *Population*, et les écrits d'Alfred Sauvy et écrivent : « En France, nous n'avons certes pas besoin de voir la courbe démographique s'infléchir si peu que ce soit. C'est un lieu commun d'affirmer que les peuples dont la natalité baisse sont voués à la disparition à plus ou moins bref délai. De plus si l'on veut que la France tienne sa place dans le monde (et celui-ci en a grandement besoin quoiqu'on dise) il faut que non seulement sa natalité augmente peu à peu mais qu'elle augmente suffisamment pour que le rapport des forces reste en équilibre²⁰⁹³. [...] D'après le bureau des Statistiques des Nations Unies la proportion de la population française par rapport à celle de l'Europe (Russie exceptée) baisse régulièrement depuis 1800 (18 %), en 1900 : 13 %, en 1930 : 11,2 %. Selon les prévisions [...] les Français ne peuvent espérer, en 1970,

²⁰⁹⁰ Au sens de la contraception.

²⁰⁹¹ Marie-Thérèse Ansaldi, *thèse citée*, 1962, f. 33-35.

²⁰⁹² René Piedelièvre, « L'avortement thérapeutique dans le département de la Seine », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 17-10-1950, n° 29 et 30, p. 578.

²⁰⁹³ Affirmation sibylline qui peut faire allusion à l'équilibre de la Guerre froide entre camp américain et camp soviétique, ou encore à l'équilibre pays développés/Tiers monde...

représenter plus de 6 % de l'Europe ²⁰⁹⁴». En conséquence : « Nous ne croyons pas, pour notre part, qu'il soit indiqué de donner à notre natalité un coup de frein... si petit soit-il, et de rompre l'équilibre instable dont nous jouissons actuellement. [...] L'enfant voulu conduit tout droit à l'enfant refusé. C'est psychologiquement inévitable. Or, pour nous, Français, limiter serait déjà dangereux, supprimer serait la fin de la France. La généralisation du fils unique qui a caractérisé la mentalité française au siècle dernier et au début de celui-ci nous a menés au bord de l'abîme. Il en faudrait peu pour nous y précipiter. [...] La période où nous vivons ne nous permet pas de relâcher les mesures de Salut Public que représente la loi de 1920. C'est aussi l'avis de notre Institut National Démographique bien placé pour connaître la question et ses dangers. [...] Nous pensons, pour notre part, que la baisse de la natalité sera très importante et rapide (en cas de légalisation de la contraception en France). On ne soumet pas un peuple quel qu'il soit, et surtout des Français, avec l'hérédité chargée qu'ils ont à ce point de vue, à une pareille tentation sans produire un choc psychologique grave qui se traduira certainement par une ruée généralisée sur ces « moyens » de se libérer des servitudes de la conception ²⁰⁹⁵ ». Argumentation admirable aux accents gaullois, au nom de la France et surtout en leurs noms propres. Ces deux médecins raisonnent comme Alfred Sauvy, en hommes d'avant la Seconde Guerre mondiale, ils n'intègrent dans leur raisonnement ni le changement démographique (baby-boom) ni le changement de génération depuis les années vingt. Tout en flattant l'esprit « français », incapable de résister à la tentation (laquelle ?), la coercition induite par de la loi de 1920 pour garder ces Français dans le droit chemin de la natalité, voire du natalisme, leur semble indispensable.

Les expériences menées à l'étranger confortent ces natalistes dans leur analyse. Le D^r Charles Rendu écrit en 1965, alors que le taux de natalité commence à diminuer en France : « L'utilisation combinée des méthodes contraceptives, de l'avortement et de la stérilisation, a déterminé en Suède et au Japon par exemple, une telle diminution de la natalité, que les pouvoirs publics ont dû faire machine arrière » ²⁰⁹⁶. En décembre 1967, au moment du vote de la loi Neuwirth, la revue *Vitalité française* reprend ces arguments en analysant la situation de la natalité en Amérique du Nord : l'article conclut à « une chute brutale du nombre des naissances depuis cinq ans. La situation économique n'en fournit pas l'explication. [...] La raison de la baisse ne peut donc être imputée qu'au développement des méthodes anticonceptionnelles. [...] Il semble que la pilule corresponde plus à un état d'esprit qu'à un besoin. [...] (En conséquence) l'emploi de « pilules » anticonceptionnelles accélèrera fortement le phénomène de vieillissement de la population. Certains pays risquent même de se retrouver rapidement en état de dépopulation virtuelle, les générations n'assurant plus

²⁰⁹⁴ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 36-37.

²⁰⁹⁵ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 37-38.

²⁰⁹⁶ Charles Rendu, « Contraception ou abstinence périodique », *Le Concours médical*, 2-10-1965, p. 5523.

leur renouvellement »²⁰⁹⁷. Toujours l'obsession des natalistes français : le vieillissement de la population et le non renouvellement des générations.

En 1966 un juriste, Pierre Bouzat, résume brutalement la situation : « l'excédent démographique est dû aux naissances non voulues et en particulier dues à l'ignorance. Faut-il y renoncer ? Au nom du soi-disant principe de la liberté de procréer ? »²⁰⁹⁸. Cet éminent professeur de Droit, ex-doyen de la faculté de Rennes, exprime franchement ce qui préoccupe les défenseurs d'une démographie dynamique en France, quitte à en ignorer les conséquences pour les femmes, les couples et la société toute entière.

La contraception apparaît aussi comme une menace contre la famille. Pour Alfred Sauvy, en 1962 : « La recherche [...] d'une famille équilibrée, psychiquement et psychologiquement heureuse, non seulement en ce qui concerne la vie des parents, mais aussi la vie infantine, et le souvenir de cette vie et la façon dont elle marque l'adulte, conduit, selon le P^r Debré, à préconiser la famille de trois à six enfants. [...] Quant à la collectivité, si elle veut assurer son remplacement, elle doit pouvoir compter sur des familles assez nombreuses, la contribution des dimensions les plus courantes et considérées comme les plus souhaitables par les individus (1, 2 ou 3 enfants ainsi que l'indiquent les enquêtes), ne suffisant pas et de loin (maintes études statistiques l'ont prouvé) à assurer ce remplacement »²⁰⁹⁹. Alfred Sauvy développe deux arguments complémentaires en faveur des familles nombreuses, celui du bonheur familial et celui de la démographie française. L'un parle au cœur et l'autre à la raison. Ils constituent les deux arguments principaux des natalistes. Il reprend inlassablement ces arguments, ici dans la revue *Vitalité française* : « Si les défauts caractériels de l'enfant unique sont assez classiques, moins connus sont les troubles des parents concentrés sur un seul enfant, anxieux en toute occasion. Avec deux enfants, la situation est déjà meilleure, mais c'est seulement à partir de trois enfants qu'on peut parler de plein équilibre familial »²¹⁰⁰. Les propos d'Alfred Sauvy sont confortés par ceux du P^r Robert Debré, une autorité médicale incontestée qui incite les médecins « à se soucier, plus que jamais, dans leur action personnelle du problème de la famille, en particulier du problème des naissances ». Pour lui, selon « son expérience personnelle », « la famille heureuse [...] se compose en réalité de trois à cinq enfants »²¹⁰¹. Son collègue, le D^r Clément Launay, catholique, renchérit :

²⁰⁹⁷ Jacques Etaix, « La pilule... Une catastrophe démographique ? », *Vitalité française*, décembre 1967, p. 209-210-211.

²⁰⁹⁸ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale, *compte rendu cité*, 1967, p. 483.

²⁰⁹⁹ Rolland Pressat, « Compte rendu d'un livre d'Alfred Sauvy », *Le Concours médical*, 19-5-1962, p. 3188.

²¹⁰⁰ Alfred Sauvy, « Le destin de la France est en danger », *Vitalité française*, 1966, n° 480, p. 89.

²¹⁰¹ Robert Debré, « Les médecins et les problèmes de population », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 17-6-1975, p. 523-524.

« L'expérience montre que la famille nombreuse favorise chez les enfants l'accès à l'autonomie et à l'ouverture sociale », tandis que l'enfant unique reste « amarré aux liens affectifs de son enfance et se conduit dans la vie comme un perpétuel égocentriste »²¹⁰².

Ces discours semblent se limiter aux lieux communs d'usage sur les familles nombreuses. Ces personnalités n'apportent aucune preuve, aucune statistique mais citent « l'expérience » sans autre justification, comptant sur un consensus qui fait de la famille nombreuse le seul modèle de la famille heureuse. Ces natalistes développent ainsi des arguments de type familialiste mettant en valeur la famille, nombreuse, en tant que valeur intime et sociale, en particulier pour les catholiques intransigeants.

Le caractère ouvertement nataliste des positions défendues par Alfred Sauvy et l'INED amène le Planning Familial à engager une controverse. Certes, dans un premier temps, le Planning s'affirme nataliste, ce qui transparaît dans la première appellation de l'association, Maternité Heureuse. Le D^r Lagroua Weill-Hallé reconnaît, dès son premier article dans la revue du mouvement, l'importance de la démographie et s'emploie à rassurer les démographes. Le contexte semble favorable pour minimiser les conséquences de la contraception sur la natalité : « En France, le problème de la faim ne se pose pas essentiellement. Nous enregistrons donc avec joie, enfin, depuis quelques années, une augmentation de la natalité, capable de s'opposer, dans une trop faible mesure encore, au vieillissement de la population. Il ne saurait donc être question pour de bons Français de faire diminuer une natalité tant souhaitée. Serions-nous, une fois encore devant un dilemme ? À savoir choisir entre une législation plus humaine ou l'avenir démographique. [...] Les considérations démographiques sont de deux ordres : les études sur le passé dont il faut sans doute tenir le plus grand compte (encore que M. Sauvy considère que le XX^e siècle est jalonné d'erreurs sur les prévisions de la natalité), et des vues sur l'avenir, peu précises, car – il faut bien le reconnaître – les facteurs qui entrent en ligne de compte au regard de la natalité sont si nombreux et si complexes que nos meilleurs démographes nagent en pleine hypothèse. [...] Pour nous, le dilemme n'existe pas, entre l'intérêt immédiat et individuel de la femme et l'intérêt national. Nous pensons même que travailler à la sauvegarde de l'un est la meilleure garantie pour la sauvegarde de l'autre »²¹⁰³. Les démographes français doivent sûrement apprécier les coups de patte du D^r Lagroua Weill-Hallé. Il n'empêche que sa présidente fait allégeance au consensus nataliste des années cinquante et justifie pleinement le nom de son association. Les militants du mouvement peuvent néanmoins se faire plus critiques vis-à-vis de l'INED. En 1957, Évelyne Sullerot, autre fondatrice du Planning, lui reproche la façon dont sont orientées les questions posées aux

²¹⁰² Clément Launay, « Démographie et équilibre familial », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 17-6-1975, p. 526-527.

²¹⁰³ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Raisons d'être de notre association », *Maternité Heureuse*, 1957, n°1, p. 9-11.

Français lors d'une enquête sur la limitation des naissances. Après avoir diplomatiquement mis en valeur les apports de cette enquête, elle constate : « On leur a demandé ce qu'elles (les personnes interrogées) pensaient que feraient les gens, en général, si ces moyens devenaient licites, et dans quelle mesure, à leur avis, cela affecterait la courbe des naissances. [...] C'est-à-dire que les démographes qualifiés de Population ont en fait demandé des pronostics démographiques aux gens de la rue. On voit mal de quelle utilité cela peut être »²¹⁰⁴. Elle ajoute qu'on « a omis de demander aux personnes interrogées si elles pensaient que des facilités données aux femmes de prévenir la grossesse dans certains cas ne permettraient pas de voir sensiblement diminuer le nombre des avortements clandestins »²¹⁰⁵. Même si Évelyne Sullerot conclut : « Les démographes de l'I.N.E.D. savent qu'ils trouvent ici leurs meilleurs alliés quand il s'agit de favoriser le climat psychologique propre à donner à la France le « goût de la famille ». Ne sommes-nous pas ici toutes mères de famille, parfois nombreuse, et profondément satisfaites de l'être »²¹⁰⁶. Elle-même est mère de quatre enfants et semble donner des gages de « bonne mère ». Ses critiques n'en sont pas moins précises et fondées sur l'orientation nataliste donnée au départ à ce type d'enquête par l'INED.

Devant cette remise en cause, Alfred Sauvy répond aux critiques du Planning souhaitant « dissiper quelques malentendus persistants ». En effet, « nombreuses sont les personnes qui voient dans le démographe avant tout un homme désireux de voir s'accroître la ou les populations. Cette position le mettrait, toujours dans la même vue, en état d'opposition à la limitation des naissances, et en particulier à la contraception »²¹⁰⁷. Il reconnaît ensuite l'évolution historique de la population française et la réalité du baby-boom : « Si les démographes français ont souvent la réputation d'être « anti malthusiens » ou « populationnistes », c'est parce que, pendant longtemps, les générations françaises n'ont pas assuré leur propre remplacement. Ce maintien du navire au-dessous de la ligne de flottaison avait diverses conséquences fâcheuses, parmi lesquelles un vieillissement excessif de la population. [...] Car ce qui importe, pour une population, ce n'est pas tant son nombre total que sa structure et sa vitalité. [...] Depuis 15 ans, grâce à une politique familiale enfin appropriée et aussi à un certain changement de psychologie collective dans les pays occidentaux, la natalité de la France est suffisante. [...] Le retour inespéré à une natalité normale n'a été obtenue qu'avec une aide à la famille plus forte que dans tout autre pays »²¹⁰⁸. Alfred Sauvy donne ensuite sa position : « Sur cette question, je le répète personnellement, je ne donne qu'un avis personnel : la

²¹⁰⁴ Évelyne Sullerot, « À propos d'une enquête de Population », *Maternité Heureuse*, 1957, n° 2, p. 9-10.

²¹⁰⁵ Évelyne Sullerot, *article cité*, 1957, p. 13.

²¹⁰⁶ Évelyne Sullerot, *article cité*, 1957, p. 12.

²¹⁰⁷ Alfred Sauvy, « La démographie devant la prévention des naissances », *Maternité Heureuse*, 1960, n° 14, p. 1.

²¹⁰⁸ Alfred Sauvy, *article cité*, 1960, p. 2 et 6.

liberté de contraception et par suite, la liberté de ventes et de conseils me paraissent seules conformes à nos institutions démocratiques et en accord avec le souci de la liberté de l'individu. [...] Il n'en reste pas moins que l'apparition d'un contraceptif parfait²¹⁰⁹ pourrait détruire l'équilibre démographique, en France comme dans d'autres pays occidentaux. Cela ne signifie pas encore une fois qu'un tel contraceptif doit être proscrit ; il signifie qu'il faut amender la législation, de façon à mettre en harmonie les désirs de la famille et les besoins de la nation »²¹¹⁰. Pour Sauvy, le droit à la contraception peut exister à condition qu'il soit assorti d'une politique familiale favorable à la natalité. Le discours d'Alfred Sauvy se veut donc consensuel, l'INED ne pouvant pas passer aux yeux de l'opinion pour un bastion du natalisme sous peine de perdre sa légitimité scientifique. Mais ce texte pêche par omission, en ne signalant pas les liens entre les chercheurs de l'INED, y compris Sauvy, et l'Alliance nationale pour la vitalité française, par exemple. Quant à la conclusion, elle n'engage Sauvy qu'à titre personnel et non l'institution mise en cause.

En réalité, les discours des natalistes, démographes ou médecins, sur les effets négatifs de la contraception pour la démographie française, n'ont finalement qu'une faible portée sur l'opinion. Le P^r Malinas le constate : « L'expérience quotidienne montre cependant que l'attitude des individus devant la natalité est guidée par des soucis qui n'ont rien à voir avec la démographie. [...] Dans les pays industriels, la crainte du chômage, de la surpopulation, le désir de faire bénéficier l'enfant de la promotion sociale, de diviser au minimum le patrimoine dans les successions, plus encore que l'égoïsme, concourent à un malthusianisme qui dépasse largement son but et qui, dans l'ensemble, est d'autant plus marqué que le « niveau social » est plus élevé »²¹¹¹. La revendication du droit à la contraception est effectivement liée à celle du libre choix dans le champ familial et individuel. Le P^r Malinas n'est pas aveuglé, ici, par son opposition à la libéralisation de la contraception et fait un constat lucide qui tend à montrer que les arguments démographiques n'importent qu'aux experts et aux gouvernements. En somme, les Français (et les Françaises au premier chef) se réclameraient dans ces années soixante d'un « Ni Dieu ni maître » en matière d'intimité et de vie sexuelle et familiale. Comme le résume le D^r Christiane Verdoux : « En France la contraception n'est pas justifiée par « l'expansion » démographique (qui est nulle, voire négative dans notre pays). Elle correspond à l'exercice d'une liberté individuelle »²¹¹².

Les opposants au droit à la contraception condamnent également la pilule pour des raisons ouvertement idéologiques. En premier lieu, ce moyen contraceptif vient des États-Unis et symbolise l'intrusion des puissants

²¹⁰⁹ Pour Sauvy, aucun contraceptif n'est parfait à cette date.

²¹¹⁰ Alfred Sauvy, *article cité*, 1960, p. 3 et 7.

²¹¹¹ Yves Malinas, « Faut-il adorer la pilule ? », *Le Concours médical*, 18-6-1966, p. 4434-4437.

²¹¹² Christiane Verdoux, « La contraception », supplément à la revue *Le Concours Médical*, 3-11-1976, p. 4.

laboratoires américains dans la polémique franco-française sur le droit à la contraception. La pilule est accusée d'être au service de l'impérialisme américain, dans le monde et en France. Celui-ci financerait la recherche et la diffusion de la pilule. En 1962, dans la revue *Vitalité française*, le D^r Jean-Robert Debray, urologue et député de droite, affirme sans ambages : « Il est clair que les thèses néo-malthusiennes sont diffusées par des organismes puissants disposant de capitaux considérables permettant, on doit le souligner, une propagande à l'échelle du monde entier. [...] Les recherches scientifiques et médicales soutenues par de tels moyens financiers ont permis d'atteindre rapidement des résultats importants, par exemple la fameuse « pilule » qui inhibe la fonction ovarienne »²¹¹³. L'année suivante, on peut lire dans la même revue : « Un article (de la presse suisse) du 8 mai dernier indique que la fondation Ford vient d'accorder un don (de plusieurs milliards de dollars) pour financer les travaux dans le domaine du planning familial »²¹¹⁴. Alfred Sauvy reprend cette information²¹¹⁵ : « Il y a une dizaine d'années, le *Population Council*, aux États-Unis, subventionné par de riches fondations (Rockefeller, Ford etc. pour un montant de 26 millions de dollars) a consacré de puissants moyens à la recherche d'un contraceptif de grande efficacité, suffisamment simple pour pouvoir être utilisé par les populations peu évoluées. [...] Ces techniques nouvelles mises au point pour les populations du Tiers Monde commenceront par exercer leurs effets sur les populations évoluées »²¹¹⁶. L'historien Pierre Chaunu, militant nataliste affiché, écrit également : « À partir des premières années soixante, la propagande anticonceptionnelle dans le monde depuis la base surpuissante du capitalisme américain sera conduite avec l'âpreté et les moyens de la compétition autour des grandes sources de profit. Le combat pour la pilule, *mutatis mutandis*, est du même ordre que le combat pour le pétrole. Il sera conduit désormais avec les mêmes procédés et la même absence de scrupule »²¹¹⁷. En 1966, le P^r Yves Malinas assimile la pilule aux produits de consommation courante importés des États-Unis relevant de la même volonté de domination : « On a laissé entendre que l'abrogation de la fameuse loi de 1920 permettrait de mettre la pilule à portée de toutes les femmes. Pourquoi la pilule ? ... parce que c'est plus présentable à la radio que le préservatif ou le diaphragme. Et puis cela fait moderne, scientifique, voire « américain ». Sur une opinion mal informée, hantée par l'idée de chômage et de crise ; sur une population traditionnellement depuis deux siècles malthusianiste, l'impact était inévitable : l'homme (la femme) de la rue a cru à la mise en vente de la pilule « miracle » dans les supermarchés »²¹¹⁸. Cette

²¹¹³ Jean-Maurice Martin, *article cité*, 1962, p. 59.

²¹¹⁴ R. Vallet, « Pas d'accord », *Vitalité française*, 1963, n° 467, p. 127.

²¹¹⁵ Elle est exacte, comme le confirme le Professeur Baulieu dans un entretien du 11 juillet 2008, mais s'explique par l'impossibilité d'avoir un financement public pour ce type de recherche en France à cette date.

²¹¹⁶ Alfred Sauvy, *article cité*, 1966, p. 92.

²¹¹⁷ P. Chaunu, *Le refus de la vie*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, p. 281.

²¹¹⁸ Yves Malinas, *article cité*, 1966, p. 4432.

dernière remarque associe la contraception orale aux denrées de peu de valeur mises en vente dans ces temples nouveaux de la consommation que sont les supermarchés en 1966, à l'exemple des États-Unis. Elle s'inscrit dans la mouvance des critiques contre la société de consommation importée d'outre-Atlantique. L'anti-américanisme des natalistes français peut trouver un écho favorable dans l'opinion française, toujours encline à critiquer l'allié américain, d'autant que le recul de la puissance française est régulièrement attribué à la politique dominatrice de l'allié américain.

Derrière le problème de la natalité française, se profile celui de la place de la France dans le monde. L'Alliance nationale pour la vitalité française appelle à une réaction en France et en Europe face à l'augmentation de la population du Tiers Monde : « Les menaces qui pèsent aujourd'hui sur notre civilisation suffiraient à nous interdire tout ce qui risquerait d'affaiblir une situation démographique en bonne voie de rétablissement sans plus, sous le prétexte que trop de pays sous-développés gardent une fécondité primitive, tout en bénéficiant d'une mortalité réduite. La France n'a pas à se suicider devant eux »²¹¹⁹. L'Alliance développe ici un argument ancien de type nationaliste en isolant la France du contexte mondial. En 1970 encore, les D^r Carlotti et Marcy décrivent la situation démographique de la France en ces termes : « La population de la France a augmenté de 10 millions d'habitants entre 1946 et 1969, alors qu'elle avait mis un siècle et demi, précédemment, pour passer de 30 à 40 millions. Malgré cette augmentation qui peut paraître particulièrement rapide, la France n'a que 94 habitants au kilomètre carré. Elle a donc une densité de population qui n'est que le tiers de celle de la Belgique et de la Hollande. [...] Il n'y a donc pas de danger de surpopulation pour la France. Il y a, en revanche, un danger possible de submersion pacifique ou non, par les peuples à démographie galopante. Ou, simplement, par un phénomène d'osmose, par les habitants de nations dont la densité est très supérieure à la notre. [...] Le nombre des étrangers, en France, s'accroît régulièrement. [...] L'influence et le rayonnement dans le monde risquent de diminuer. En 1901, la France, avec moins de 40 millions d'habitants représentait 3 % de la population totale du globe. À l'heure actuelle, les 50 millions de Français, ne représentent plus qu'à peine 1,5 % du total des habitants de la terre. [...] Le médecin ne peut se décharger complètement de ses responsabilités, mais nous voyons avec quelle prudence il doit donner ses conseils, dans le respect de la personnalité de chacun. Et nous comprenons ainsi qu'il ne puisse, à aucun prix, accepter, en dehors des indications médicales, de dispenser les moyens de la contraception au nom d'une loi ou d'une philosophie »²¹²⁰. Les auteurs ciblent ici la menace étrangère à l'intérieur et à l'extérieur de la France. Quant à Yves Malinas, il n'hésite pas à écrire: « Sur le plan historique, les Empires riches, puissants et malthusianistes ont toujours été submergés par les barbares prolifiques. Les

²¹¹⁹ Conseil d'administration de l'Alliance nationale, *article cité*, 1961, p. 165.

²¹²⁰ J.P. Carlotti et J. Marcy, «La contraception en France», *La Revue du Praticien*, 1970, n° 29, p. 4737-4744.

minorités en expansion ont toujours surclassé les majorités stagnantes »²¹²¹. Pierre Chaunu constate lui aussi : « Le monde blanc de souche européenne se meurt »²¹²².

Alfred Sauvy déclare en 1975 devant l'Académie nationale de médecine, que « pour le moment nous sommes bien revenus au pessimisme des années trente, quand paraissaient ouvrages et articles sur le déclin de la race blanche, prodiguant même des explications générales, en invoquant les décadences antérieures de la Grèce et de Rome, finalement ensevelies par des peuples moins évolués. Ne nous attardons pas sur de telles considérations, toujours fragiles »²¹²³. Cette dernière remarque ne l'empêche pas de tenir ce genre de propos. Notons l'habileté de Sauvy qui affecte de douter de ces analyses sur la fin de la supériorité de la race blanche, caractéristiques des années trente, mais qui ne peut se retenir de les citer. Tout en affirmant se démarquer de cette analyse, il la reprend deux fois dans le cours de son exposé. En particulier, à propos du phénomène de vieillissement de la population française et de ses conséquences : « Allons plus loin : ce qu'on appelle la décadence de l'Occident, tout au moins son relâchement, peut être rattaché précisément au vieillissement séculaire »²¹²⁴. Il conclut : « La France et tout l'ensemble de l'Occident se trouvent devant une question de vie et de mort, au sens le plus précis du mot »²¹²⁵. Le discours d'Alfred Sauvy, devant l'élite des médecins français, relève ainsi plus de l'idéologie que de la science malgré ses protestations vertueuses. Le vieillissement annoncé de la population française, conséquence de la diffusion d'une contraception médicale, est au cœur du raisonnement d'Alfred Sauvy et des natalistes. Emmanuel Tremblay, futur dirigeant de Laissez-les-vivre, publie en 1958 un ouvrage intitulé *Croître ou mourir*²¹²⁶ qui proclame dès son titre cette obsession du vieillissement relié à une décadence annoncée. Alfred Sauvy signe d'ailleurs la préface de ce livre. Le concept de vieillissement que Sauvy avance dans tous ses écrits et qui constitue une partie du socle idéologique d'un mouvement comme Laissez-les-vivre, reste cependant imprécis : à partir de quel âge parler de vieillissement, plus de 60 ans, de 70 ans ? pour tous quel que soit leur état de santé et leur niveau social ? Le vieillissement est présenté par les natalistes comme un concept scientifique et ses prétendues conséquences largement déroulées mais le concept lui-même n'est ni circonscrit ni discuté²¹²⁷.

Pour ses opposants, la contraception induit enfin un risque d'eugénisme social à rebours. Dès 1956, un article signé I.N.E.D. exprime cette crainte:

²¹²¹ Yves Malinas, *article cité*, 1966, p. 4437.

²¹²² P. Chaunu, *op. cité*, 1975, p. 284.

²¹²³ Alfred Sauvy, *article cité*, 1975, p. 511.

²¹²⁴ Alfred Sauvy, *article cité*, 1975, p. 512.

²¹²⁵ Alfred Sauvy, *article cité*, 1975, p. 514.

²¹²⁶ E. C. Tremblay, *Croître ou mourir*, Paris, Berger-Levrault, 1958, 255 p.

²¹²⁷ Ces réflexions (bien limitées) sont inspirées de celles d'Hervé Le Bras, *opus cité*, 1991, p. 277.

« Les familles pauvres, ignorantes, mal logées, ou caractériellement faibles, étant moins aptes que les autres à recourir aux pratiques contraceptives, on peut craindre de les trouver moins accessibles aux effets de la propagande ou aux conseils médicaux. [...] Il en résulterait une dépréciation de la qualité moyenne, en opposition avec la tendance constatée depuis la guerre. (Les conseils médicaux) empêcheront plus facilement la naissance d'un quatrième ou d'un troisième enfant (ou même du second) d'une famille normale, que celle du septième enfant d'une famille dégradée »²¹²⁸. En 1957, citant Alfred Sauvy, deux médecins reprennent ce raisonnement: « C'est dans les familles évoluées ayant un souci de prévoyance et de standing que la propagande (anticonceptionnelle) est la plus efficace. Si on allait à l'extrême : la famille tarée, composée de débiles mentaux, absolument insouciant du lendemain, insensible à l'action persuasive, resterait seule à se reproduire généreusement. La qualité moyenne court un danger évident à cette contre-sélection qui joue non seulement pour les individus, mais pour les groupes sociaux et ethniques. Les fous peuvent se multiplier, mais non les malthusiens de génie. [...] La limitation (des naissances) conduit au résultat inverse de celui cherché : la diffusion des méthodes contraceptives atteignant surtout les populations les plus évoluées, c'est-à-dire le plus souvent celles où les enfants ont le plus de chances de recevoir les soins et l'éducation nécessaire²¹²⁹ ». Il s'agirait ainsi d'une sorte d'eugénisme à rebours qui supprimerait de facto non les « débiles » et les « fous » mais les éléments « sains » et éducatibles de la population française. Cette menace eugéniste ne disparaît pas du discours nataliste dans les années soixante. En 1960 encore, le D^r Mühlethaler évoque cet « aspect du problème » : « L'application du Birth Control est surtout importante dans les couches pauvres de la population. Les indications y sont pressantes, souvent vitales. Or, précisément, c'est dans ces couches que l'on rencontre le plus d'êtres peu évolués, d'individus irresponsables. L'application de la méthode (contraceptive) y sera d'autant plus difficile. [...] Dans les classes aisées de la société, où toutes ces indications sociales à limiter les naissances ne jouent plus de rôle, nous nous attendons logiquement à voir une natalité plus grande. C'est le contraire que l'on constate. Dans ces couches sociales, le Birth Control est pratiqué avec plus d'efficacité que dans les autres »²¹³⁰. En 1966, le D^r Paul Houillon se référant à Alfred Sauvy prédit, en cas d'abrogation de la loi de 1920, « la diminution quantitative et qualitative » de la population française. Il cite également le P^r Gellé, qui est le président de sa thèse : « La contraception ne pénètre pas les masses ni les classes inférieures de la population, négligentes et peu éducatibles. Le résultat [...] : l'on voit une diminution de l'élite de la société, face au développement et à la clochardisation de la masse »²¹³¹.

²¹²⁸ I.N.E.D., *article cité*, 1956, p. 228.

²¹²⁹ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 39-40.

²¹³⁰ M. Mühlethaler, *article cité*, 1960, p. 132.

²¹³¹ Paul Houillon, *thèse citée*, 1966, f. 28.

Les arguments défendus par les natalistes français ressortent pour la plupart d'une idéologie empreinte de nationalisme, parfois de racisme. Ils n'ont finalement qu'une influence limitée sur le débat en cours mais contribuent à rapprocher les natalistes français de la mouvance d'extrême droite. L'extrême droite commence alors chez eux une politique d'entrisme, ayant abouti à l'orientation frontiste actuelle d'une association comme Laissez-les-vivre. À l'origine en 1970, Laissez-les-vivre rassemble la plupart de ces natalistes français déçus d'avoir perdu face à la loi Neuwirth. D'où un rapprochement aujourd'hui paradoxal : ces médecins et démographes natalistes ont un allié objectif jusqu'en 1965, le PCF.

B Le PCF, allié des natalistes jusqu'en 1965

Le Parti Communiste français est une autre institution opposée au droit à la contraception, du moins jusqu'en janvier 1965. Cette prise de position obstinée, malgré les remous internes qu'elle entraîne, peut sembler paradoxale pour ce grand parti de gauche. L'action des communistes pour la reconnaissance de l'ASD, à partir de 1952, couronnée de succès, les situe en effet du côté des femmes. À partir de 1956, quand leur opposition au droit à la contraception devient public, leur image ne correspond plus à leur réputation de champions du droit des femmes et en fait un allié de poids des catholiques les plus conservateurs.

Le parti communiste justifie ses positions natalistes par des raisons idéologiques différentes de celle de la droite et de l'extrême-droite française. Selon Léo Figuères, membre du Comité Central, l'URSS est un paradis où est appliquée la célèbre formule de Staline : « L'homme, le capital le plus précieux ». Pour Léo Figuères : « Aussi bien le savant soviétique ne s'occupe-t-il pas de trouver de meilleurs procédés de limiter les naissances [...] Le savant soviétique s'occupe d'autres tâches: par exemple de libérer définitivement la femme, toutes les femmes, des souffrances qui jusqu'ici accompagnent l'accouchement »²¹³². Certes la citation est de circonstance et correspond au début de la bataille pour l'ASD en France, elle est néanmoins caractéristique de l'argumentation avancée par le PCF.

De 1956 à 1965, Le PCF prend publiquement position contre le droit à la contraception. Il mène une véritable offensive à travers l'engagement personnel de Jeannette Thorez-Vermeersch et de Maurice Thorez, ce qui montre l'importance de l'enjeu pour le parti. 1956 est une date-clef qui fait éclater au grand jour la position nataliste des communistes suite aux attaques parues dans *L'Humanité* contre Jacques Derogy, militant communiste, auteur de l'ouvrage *Des enfants malgré nous*, préfacée par Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé²¹³³. Maurice Thorez, en particulier, écrit une « Lettre au camarade Derogy » le 2 mai 1956 et le 11 mai un autre article assimile la contraception aux pratiques

²¹³² Léo Figuères, "Le pape n'a pas tout dit devant les sages-femmes", *La Nouvelle Critique*, avril 1952, p. 63.

²¹³³ Jacques Derogy, *Des enfants malgré nous*, Paris, Éditions de Minuit, janvier 1956.

nazies. En 1956 Jeannette Thorez-Vermeersch fait paraître un ouvrage intitulé *Contre le néo-malthusianisme réactionnaire, nous luttons pour le droit à la maternité*, fascicule tiré d'une conférence qu'elle a tenue devant le groupe parlementaire du PCF à l'Assemblée nationale le 4 mai 1956, soit deux jours après l'article de Maurice Thorez dans *L'Humanité*. Elle y amalgame les partisans du birth control aux néomalthusianistes, qu'elle classe ainsi : « Les idéologues conscients du capitalisme qui veulent rejeter sur le dos des masses populaires les responsabilités qui incombent à leurs maîtres ; [...] les idéologues de la petite bourgeoisie égoïste, craintive ; [...] les sociologues effrayés par le drame que constitue les maternités fréquentes dans les foyers des travailleurs en régime capitaliste ; [...] les féministes, enfin, hommes et femmes, qui plaignent les femmes victimes dans leur vie des conséquences effroyables du monde capitaliste [...] et les femmes et les jeunes filles victime des préjugés ». Le néomalthusianisme lui apparaît comme une idéologie contre la nation : « Quelle belle perspective pour la nation ! Devenir un pays de vieillards misérables, exploités, usés jusqu'à l'extrême limite, jusqu'au dernier souffle ! ». Elle dénonce alors la situation des femmes : « les causes principales sont d'ordre économique. Les salaires et les traitements sont, en général, trop bas pour permettre aux travailleurs d'élever correctement plusieurs enfants. Les femmes qui travaillent craignent les maternités qui les empêchent, momentanément ou définitivement, de se livrer à un travail rémunérateur. [...] Les jeunes filles ou les femmes seules abandonnées avec un enfant à naître sont dans une situation inextricable. [...] (Mais) la solution n'est pas le birth control [...] qui est un leurre pour les classes populaires mais une arme entre les mains de la bourgeoisie contre les lois sociales. [...] C'est une capitulation contre la vie, contre l'avenir. [...] Non les communistes ne peuvent considérer la recherche de solutions individuelles, contraires à la classe, contraire à la nation. Il faut rechercher des solutions collectives aux difficultés des masses populaires. [...] demain nous aurons besoin de jeunes forces, manuelles, intellectuelles, pour faire de notre beau pays une nation libre, forte, indépendante »²¹³⁴. C'est lors de cette conférence qu'elle prononce les mots célèbres : « Les femmes travailleuses n'ambitionnent nullement d'accéder au mode de vie des bourgeoises, souvent poupées de luxe et inutiles. [...] Depuis quand les femmes travailleuses réclameraient le droit d'accéder aux vices de la bourgeoisie. Jamais ! »²¹³⁵. Quelques jours plus tard, lors de la réunion du Comité central du PCF, Jeannette Thorez-Vermeersch reprend les mêmes arguments : elle voit dans le néomalthusianisme « une capitulation opportuniste devant les difficultés de la vie dans le monde capitaliste »²¹³⁶. Elle est soutenue dans son combat lors de cette réunion par un militant aussi respecté que Gaston Plissonnier. Celui-ci,

²¹³⁴ Jeannette Thorez-Vermeersch, *Contre le néomalthusianisme réactionnaire, nous luttons pour le droit à la maternité*, conférence devant le groupe communiste à l'Assemblée nationale, 4 mai 1956, Paris, PPI, p. 1, 9-14.

²¹³⁵ Jeannette Thorez-Vermeersch, *op. cit.*, 1956, p. 13.

²¹³⁶ Enregistrements sonores des réunions du Comité Central du PCF, 1 AV/4677, intervention de Jeannette Vermeersch, 9 et 10 mai 1956.

membre du Comité Central de 1950 à 1990, véritable autorité morale du Parti, déclare en effet : « La limitation des naissances entraverait le développement normal des forces productives²¹³⁷. C'est une entreprise dirigée contre la grandeur et l'avenir de la nation, anti nationale et anti progressiste. La campagne actuelle de la bourgeoisie a pour but de détourner les travailleurs de la lutte pour de meilleures conditions de vie. [...] Si les choses se développent, très vite ils diront ça ne suffit plus le contrôle des naissances, pourquoi pas utiliser la guerre et plus la bombe atomique... cette opération s'inscrit dans le cadre d'une bataille idéologique générale de la bourgeoisie contre la politique de progrès social et pour la paix. Il faut une riposte vigoureuse ». Gaston Plissonnier termine son intervention en affirmant qu'il faut non seulement maintenir ce qui existe mais aussi renforcer les mesures qui frappent la propagande anticonceptionnelle²¹³⁸. Le 15 mai 1956, en élaborant sa réponse à une lettre de Madame Lagroua Weill-Hallé qui lui reproche son absence de soutien, Maurice Thorez écrit sur un brouillon : « Les anarchistes sont aussi pour l'amour libre, que Lénine a appelé une exigence bourgeoise et non prolétaire »²¹³⁹.

A leur tour, très rapidement toujours en 1956, les Éditions Sociales font paraître un ouvrage de Jean Freville : *La misère et le nombre. L'épouvantail malthusien*. L'auteur est critique littéraire à *L'Humanité* ; c'est un proche de Maurice Thorez²¹⁴⁰. Il utilise les sources du marxisme le plus orthodoxe (Marx, Lénine) pour fustiger les néo-malthusiens, selon le discours communiste rituel, coupables de préférer la contraception à la révolution pour le bonheur des peuples. Il reproche au néo-malthusianisme, comme Jeannette Thorez-Vermeersch, d'ignorer les responsabilités de la bourgeoisie : « Le malheur des masses provient-il des masses elles-mêmes ? C'est ce qu'affirment les néo-malthusiens. C'est ce que nous contestons »²¹⁴¹. Optimiste pour l'avenir, il cite les exemples de l'URSS et de la Chine où « l'accroissement démographique est facilement résorbé par l'accroissement de la production, dont il est le facteur déterminant »²¹⁴². Il explique enfin l'abrogation, en novembre 1955, en URSS du décret de 1936 interdisant les avortements, non par les droits de la femme, ni par les effets de la déstalinisation, mais parce que le gouvernement soviétique

²¹³⁷ Est-ce à dire qu'il entraverait la naissance de futurs prolétaires donc de futurs communistes ?

²¹³⁸ Enregistrements sonores des réunions du Comité Central, 1 AV/ 4675, intervention de Gaston Plissonnier, 9 et 10 mai 1956.

²¹³⁹ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, "Réponse de Maurice Thorez", 15 mai 1956.

²¹⁴⁰ Il a publié en 1950 *Avec Maurice Thorez*, pour ces mêmes éditions sociales. Il est aussi réputé avoir rédigé à la place de Maurice Thorez dont il est le secrétaire les mémoires de ce dernier.

²¹⁴¹ Jean Freville, *La misère et le nombre. L'épouvantail malthusien*, Paris, Éditions Sociales, 1956, p. 9.

²¹⁴² Jean Freville, *opus cité*, 1956, p. 20-21.

« jugeait que les conditions économiques et sociales suffisaient désormais pour stimuler la natalité »²¹⁴³. Il termine son ouvrage en justifiant ainsi la politique du PCF, opposée à la contraception mais plus souple vis-à-vis de l'avortement, en ces termes : « Mais si les révolutionnaires dénoncent le néo-malthusianisme, ils condamnent aussi les lois bourgeoises contre l'avortement, promulguées dans un but de défense du capitalisme et qui châtient les victimes en se gardant bien de remonter jusqu'aux causes »²¹⁴⁴. Jean Fréville exprime dans cet ouvrage la pensée officielle du PCF et de ses dirigeants. En résumé, le PCF condamne les revendications du droit à la contraception, droit individuel et d'essence bourgeoise, au nom des priorités de la lutte collective en vue de lendemains radieux.

Paradoxalement, comme le note Fréville, le PCF défend la libéralisation de l'avortement. Le 25 mai 1956, les députés communistes, dont Jeannette Thorez-Vermeersch, déposent une proposition de loi demandant l'élargissement de l'avortement thérapeutique au moment où trois propositions de loi pour l'autorisation de la contraception émanent de la gauche non communiste. Elles sont le fait de députés « progressistes » le 23 février, de radicaux (dont Charles Hernu) le 16 mars et du groupe socialiste le 25 mai. Surtout, elles envisagent la libéralisation de la contraception pour faire disparaître les avortements clandestins. La logique des communistes est donc totalement étrangère à ces trois propositions de loi, puisque c'est l'avortement thérapeutique auquel ils veulent faciliter l'accès. Cette proposition de loi communiste reprend celle que le PCF avait déjà faite le 29 janvier 1932. Aucune de ces quatre propositions de lois n'est prise en compte et n'est discutée, encore moins votée, par les députés. L'attitude du PCF pose en conséquence deux problèmes d'interprétation : pourquoi combattre la contraception ? Pourquoi lui préférer la lutte pour un droit restreint à l'avortement ?

Quelle est la responsabilité de Jeannette Thorez-Vermeersch ? L'épouse de Maurice Thorez mène le combat du parti contre la contraception. Dans une note destinée aux instances du PCF, datée du 16 avril 1956, préparant ainsi l'offensive de mai contre l'ouvrage de Derogy, Jeannette Thorez-Vermeersch justifie l'opposition à la libéralisation de la contraception: « Si cette loi est votée (celle sur l'autorisation de la contraception) [...] elle va fausser tous les problèmes de classe [...] heurter tous les sentiments familiaux et humains. [...] J'ai beaucoup réfléchi à l'argument que la loi de 1920 n'avait apporté aucun changement au sort des femmes et des familles et particulièrement à la question de l'avortement. L'argument est juste, fort. Mais le birth control apportera-t-il ce changement ? Oui mais contre la classe ouvrière, contre le peuple, contre la nation. [...] Je suis persuadée des drames, des souffrances. Je sais aussi que la plupart des femmes ont recourt à l'avortement, que c'est une plaie sociale. Mais je pense que le birth control c'est la résignation devant les bas salaires, l'absence de logement, le combat nécessaire pour la paix et le socialisme. [...]

²¹⁴³ Jean Freville, *opus cité*, 1956, p. 21.

²¹⁴⁴ Jean Freville, *opus cité*, 1956, p. 290.

Je propose donc de ne pas nous en tenir au projet des progressistes. [...] Il me semble que dans ce domaine, il nous faut savoir affronter le problème de fond»²¹⁴⁵. Cette note contient certains des éléments de réflexion qui ont amené le PCF à cette position originale. Pour Jeannette Thorez-Vermeersch, une loi libéralisant la contraception ne peut constituer qu'une loi postiche, masquant les problèmes de fond qui sont des problèmes de classes et non d'individus. De plus, le combat pour le droit à la contraception ne peut que faire dévier dangereusement la politique du PCF envers les femmes de la classe ouvrière en l'aiguillant sur un problème secondaire à l'aune de la lutte des classes. Dans la tradition communiste, il faut donc sacrifier, pour un temps, en attendant l'avènement du socialisme, les intérêts particuliers des femmes de la classe ouvrière à la stratégie qui consiste à lutter pour l'intérêt général. Car mobiliser ses forces pour la contraception revient à les éparpiller et à risquer de manquer le but final. On retrouve chez Jeannette Thorez-Vermeersch la volonté de penser globalement les problèmes en termes de lutte de classe. Jeannette Thorez-Vermeersch, en communiste, veut appréhender celui de la contraception, « non pas comme une question qui se poserait en elle-même, mais dans ses relations avec l'ensemble des conditions de l'exploitation que subissent les travailleurs et la population dans le système actuel », selon les termes de Roland Leroy²¹⁴⁶. Cette note laisse une impression mitigée, cette dirigeante du PCF semble préférer une sorte de politique du pire au nom des nécessités de la stratégie en vue d'un futur radieux.

Jeannette Thorez-Vermeersch ne s'est jamais vraiment expliquée publiquement sur cette ligne du parti qu'elle a impulsée ou du moins cautionnée. Dans ses mémoires publiées en 1998, elle ne fait aucune allusion à l'opposition officielle du PCF à la contraception. Elle se contente de rappeler son rôle au sein de la commission parlementaire sur la santé publique, à l'assemblée constituante, en octobre 1945 : « Je me suis battue vigoureusement pour les droits des femmes », en citant son action en faveur de la prime à la naissance pour les mères célibataires « au prix de beaucoup d'injures et de hurlements ». Par rapport au pouvoir médical, elle précise : « C'est au sein de cette commission que j'ai assisté aux manœuvres honteuses de l'Ordre des médecins », à propos des projets de constructions d'hôpitaux publics, en concurrence avec l'existence des cliniques privées²¹⁴⁷. Sur le plan personnel, et l'on sait combien cette dimension peut compter en matière de contraception, Renée Rousseau évoque le « puritanisme » de Jeannette Thorez-Vermeersch, qui semble mal connaître les moyens contraceptifs, selon la tradition qui veut que les femmes de la classe ouvrière aient recours principalement à l'avortement pour réguler les

²¹⁴⁵ Fonds Thorez-Vermeersch, 626 AP 187, « Note de Jeannette Vermeersch » 16 avril 1956.

²¹⁴⁶ Roland Leroy, préface à l'ouvrage collectif *Avortement et libre choix de la maternité*, Paris, Éditions Sociales, 1974, p. 7. Cette déclaration, à propos de l'avortement, peut également s'appliquer à la contraception.

²¹⁴⁷ J. Thorez-Vermeersch, *La vie en rouge*, Paris : Belfond, 1998, p. 125-126.

naissances²¹⁴⁸. Le soutien de Jeannette Thorez-Vermeersch à l'avortement ressort peut-être simplement d'une solidarité de classe avec les ouvrières, en opposition avec la contraception qualifiée de bourgeoise.

Au delà du cas particulier de Jeannette Thorez-Vermeersch, l'interprétation habituelle de la politique anti-contraception du PCF reprend l'analyse de Renée Rousseau dans son ouvrage *Les femmes rouges – Chronique des années Vermeersch*, paru en 1983. Pour l'auteur, la direction du PCF aurait trouvé, en condamnant au pilori Jacques Derogy et sa défense de la contraception, un « habile dérivatif » aux débats autour du XXe congrès du PCUS, lors duquel Khrouchtchev fait connaître son fameux « rapport secret » accusant Staline. Ce congrès se tient effectivement à la fin du mois de février 1956, alors que les principales attaques contre le livre de Derogy paru en janvier datent de mai 1956. Suivant ce rapprochement chronologique, attaquer Derogy et la contraception aurait permis de détourner l'attention des communistes français du rapport Khrouchtchev²¹⁴⁹. Renée Rousseau se fonde sur le témoignage de Dominique Desanti qui témoigne avoir entendu Jeannette Vermeersch déclarer : « Pendant qu'elles discutent de leurs règles, elles ne pensent pas au rapport attribué à Khrouchtchev »²¹⁵⁰. L'explication par l'opportunité politique semble néanmoins un peu courte, car l'opposition du PCF à la contraception ne date pas de l'année 1956. Elle prend sa source vingt ans auparavant dans le tournant politique du parti. Un article de juin 1936, dans une publication du PCF, précise la nouvelle position de celui-ci : « La femme prolétaire et travailleuse des pays capitalistes lutte pour la liberté de conception²¹⁵¹, contre l'hypocrisie de la législation capitaliste, contre la misère, l'exploitation, et non pas contre la maternité, pour la stérilité. Ces femmes n'ont rien de commun avec les dames de la bourgeoisie qui craignent que la maternité ne porte atteinte à leur commodité d'oisives et à leur « ligne ». [...] Elles ne comprennent pas non plus la formule, insensée en régime capitaliste, de certains intellectuels petit-bourgeois qui déclarent : « La femme doit disposer librement de son corps ». Elles savent qu'avec ou sans enfant, elles ne peuvent pas disposer librement de leur corps. La classe ouvrière, en tant que classe montante, est, ainsi que Lénine l'a déjà montré, adversaire des théories du néo-malthusianisme »²¹⁵². Cet article reprend l'opposition traditionnelle, de la part du PCF, entre les féministes « bourgeoises », qui ne remettent pas en cause le capitalisme et poursuivent un « dévergondage sexuel » individuel, et les femmes de la classe ouvrière collectivement en lutte pour faire cesser leur

²¹⁴⁸ Renée Rousseau, *Les femmes rouges. Chroniques des années Vermeersch*, Paris, Albin Michel, 1983, p. 242.

²¹⁴⁹ C'est aussi l'interprétation de Roger-Henri Guerrand dans sa contribution à l'ouvrage collectif, *Démographie et politique*, dirigé par Francis Ronsin, Hervé Le Bras et Élisabeth Zucker-Rouvillois, Dijon, Éditions Universitaires de Dijon, 1997, p. 63.

²¹⁵⁰ Renée Rousseau, *op. cit.*, 1983, p. 242.

²¹⁵¹ Essentiellement le droit à l'avortement, à cette date, pour la PCF.

²¹⁵² Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 51, chemise n° 16, *article cité*, 1936, p. 740.

exploitation en tant que travailleuses et en tant que femmes par le système capitaliste. Cette opposition ainsi fixée dès 1936 est réaffirmée jusqu'en 1965 et sert de support idéologique à l'intolérance du PCF envers la contraception, le Mouvement du Planning Familial et les féministes françaises.

François Delpla interprète ce tournant idéologique, qui fait passer le PCF dans le camp nataliste en 1936, en terme de tactique de la part des communistes qui n'auraient pas voulu se couper des masses, plutôt catholiques en France, ni des autres partis du Front Populaire, à savoir les radicaux qui avaient voté la loi de 1920, sans compter les raisons proprement démographiques²¹⁵³. On peut cependant douter que le PCF ait poursuivi ce type de tactique pendant vingt ans en France, la situation politique l'ayant considérablement renforcé au lendemain de la guerre. Enfin, à partir de 1947, le PCF n'applique plus de tactique de front et s'exclut des gouvernements de la IV^e et de la V^e République. Il n'a donc nul besoin de ménager d'hypothétiques alliés politiques. Dans le registre politique, on peut cependant noter une autre coïncidence troublante des dates avec l'histoire interne de l'URSS. L'avortement y est d'abord autorisé à partir de 1920, puis Staline l'interdit en 1936, année du tournant nataliste du PCF. Pareillement, après la mort de Staline en 1953, le droit à l'avortement est de nouveau reconnu officiellement en URSS à partir de novembre 1955 et le PCF dépose une proposition de loi pour élargir l'avortement thérapeutique le 25 mai 1956, quelques mois plus tard. Une telle coïncidence chronologique est rarement fortuite. Le PCF semble bien calquer sa politique sur celle des dirigeants de l'URSS.

L'année 1956 amène au constat d'une autre coïncidence. Le 8 janvier 1956, Pie XII soutient publiquement l'ASD dans une allocution remarquée. Or le combat pour l'ASD paraît encore central pour le PCF à cette date. Les critiques publiques contre les idées de Derogy peuvent ainsi apparaître comme un échange de bons procédés avec les catholiques et le Vatican en reconnaissance de leur soutien à l'ASD. Il s'agit pour le PCF de ne pas se couper d'une institution si puissante qui peut faire basculer la masse des catholiques français(es) vers l'ASD pavlovien. Ce raisonnement se limite à constater la simultanéité des dates, il ne se fonde sur aucun document précis et reste donc une hypothèse.

L'anti malthusianisme représente en tout cas une constante idéologique du PCF depuis 1936. Avec la Guerre Froide, cet argument est rituellement réactivé : pour le parti, le (néo)malthusianisme, et la contraception, sont assimilés à l'idéologie américaine dans un amalgame que les partisans du droit à la contraception n'arrivent pas à abattre. En 1952, un article de Marie-Claude Vaillant-Couturier, grande figure de la Résistance et députée communiste, est consacré à « la défense de l'enfance ». Elle y oppose l'attitude des communistes à celle de « l'impérialisme (qui) cherche toujours à inventer des théories pour masquer sa rapacité et ses crimes : l'une d'elles est le néo-malthusianisme qui

²¹⁵³ François Delpla, « Les communistes français et la sexualité », *Le Mouvement social*, avril-juin 1975, n° 91, p. 140-143.

est venu des États-Unis. [...] Le néo-malthusianisme poursuit plusieurs objectifs, d'abord empêcher les revendications de la classe ouvrière. [...] Il est évident que cette théorie monstrueuse s'accompagne de racisme et que, pour améliorer la « qualité » de la population du globe, on commence par stériliser avec les indigents, les races inférieures, les noirs, les pauvres. Ainsi est reprise, à grande échelle, la stérilisation des esclaves pratiquée par Hitler et on aboutit tout naturellement à justifier la domination de la nouvelle « race des seigneurs » avec un gouvernement mondial, celui des États-Unis. [...] Les communistes doivent dénoncer [...] toutes ces théories du désespoir. Ses agents américains font de très grands efforts pour la répandre en l'adaptant à chaque pays afin de la rendre acceptable. En France, ils essaient de la faire pénétrer dans la classe ouvrière »²¹⁵⁴. Les affirmations de Marie-Claude Vaillant-Couturier, assimilant la politique des États-Unis, à savoir le néo-malthusianisme, à celle de la dictature nazie, prennent un caractère de légitimité accrue par la personnalité et l'histoire de l'auteur. Le néo-malthusianisme y est ramené à la volonté d'impérialisme des États-Unis.

L'opposition au néo-malthusianisme n'est d'ailleurs pas spécifique au PCF ; elle se retrouve dans les grands congrès internationaux d'après-guerre, dans lesquels les États-Unis prônent la limitation des naissances comme une panacée à tous les problèmes sociaux des pays en développement tandis que les Européens expriment leur désaccord²¹⁵⁵. Les partisans européens de la contraception se défendent de toute assimilation entre leurs objectifs et ceux des États-Unis. Le D^r Van Emde Boas, médecin néerlandais responsable au sein de l'IPPF, fait remarquer que les partisans du contrôle de la natalité « ne veulent considérer celui-ci que comme faisant partie de l'ensemble des réformes sociales, accepté de plein gré par des citoyens libres et comme faisant partie de leur devoir de parents. Ils insistent pour empêcher que la contraception ne devienne un article d'exportation imposé aux peuples coloniaux par les blancs en guise d'ersatz pour remplacer les mesures sociales exigées »²¹⁵⁶. Le D^r Van Emde Boas réfute donc en vain dans cette revue française, en 1955, l'amalgame qui est fait par les opposants à la contraception entre partisans du contrôle des naissances et néomalthusiens. Malthusianisme et néomalthusianisme font toujours office de mots-clefs des slogans anti-contraception.

Ce dogme de la lutte contre le néomalthusianisme est si ancré dans le PCF, auprès de la direction comme des militants, que, lorsque certains demandent une inflexion de la politique du PCF en faveur de la contraception, ils ne manquent jamais de condamner cette doctrine pour bien montrer leur fidélité à l'orthodoxie communiste, tout en défendant le contrôle des naissances. Le 23 avril 1956, les médecins membres de la Commission de travail auprès du

²¹⁵⁴ Marie-Claude Vaillant-Couturier, « La défense de l'enfance », *Cahiers du Communisme*, août 1952, n° 7-8, p. 758-759.

²¹⁵⁵ Conrad Van Emde Boas, « Du néomalthusianisme au Birth Control », *Gynécologie Pratique*, 1955, n°6, p. 387-388.

²¹⁵⁶ Conrad Van Emde Boas, *article cité*, 1955, p. 388.

Comité Central jugent bon d'écrire au milieu de leur lettre très critique vis-à-vis de la politique du PCF: « Assimiler le néomalthusianisme et le contrôle des naissances est une erreur. [...] Nous médecins, comme tous les communistes, sommes résolument anti malthusiens. [...] Le contrôle des naissances, à la différence du malthusianisme, ne pose pas de problème de principe du point de vue des intérêts généraux de la classe ouvrière »²¹⁵⁷. La cellule Pierre Rouquès proteste également contre la politique de la direction du PCF en mai 1956: « Ils (les membres de la cellule) émettent les plus grandes réserves sur la confusion qui est faite entre contrôle des naissances et néomalthusianisme »²¹⁵⁸. En 1964 encore, dans un texte intitulé « Le couple et les problèmes de conception », envoyé au Comité Central du PCF, le D^r Claude Nachin, psychiatre du Nord de la France, proteste de son orthodoxie anti-malthusienne alors qu'il critique violemment la position officielle du PCF en matière de contraception : « La doctrine de Malthus et toute théorie sociale néo-malthusienne me sont profondément étrangères. Ce n'est pas être malthusien que de dire qu'une fécondité qui oblige à avoir 8 enfants en 8 ans est une calamité pour un couple humain. Si la fécondité naturelle de la femme était utile à l'époque de la mortalité générale et en particulier maternelle et infantile étaient très élevées, elle ne correspond plus aux besoins actuels de l'humanité ni aux nécessités d'une éducation vraiment humaine de tous les enfants »²¹⁵⁹. Le 5 mai 1971, Madeleine Vincent, dans un texte interne au PCF, reprend cette charge contre le malthusianisme, qui reste un des leitmotifs du Parti, même après le tournant de 1965 en faveur du droit à la contraception: « L'indifférence à l'avenir et le malthusianisme sont depuis toujours la marque des classes décadentes ou des gens sans espoir »²¹⁶⁰.

Les raisons qui guident la politique nataliste et anti-contraception du PCF sont complémentaires. Cette politique relève de la longue durée, depuis 1936, et de l'orthodoxie marxiste et stalinienne. Elle est réactivée quand les circonstances l'exigent, en 1956, pendant la Guerre Froide.

La position officielle du PCF est cependant discutée voire contestée à l'intérieur même du Parti. Les archives Thorez-Vermeersch renferment une trentaine de lettres de protestation adressées à Maurice Thorez, émanant aussi bien de militants que de secrétaires de cellules ou de médecins²¹⁶¹. Par exemple pour les militants de base, le 3 mai 1956, soit le lendemain de l'article de Maurice Thorez dans *L'Humanité* contre Jacques Derogy, une femme (dont la

²¹⁵⁷ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre des membres de la Commission de travail des médecins communistes auprès du Comité Central », 23 avril 1956, p. 1 et 2.

²¹⁵⁸ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre de la cellule Pierre Rouquès », arrivée le 30 mai 1956, p. 2.

²¹⁵⁹ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 381, chemise *Contrôle des naissances*, D^r Nachin, « Le couple et les problèmes de conception », 1964, p.p. 4-5.

²¹⁶⁰ Madeleine Vincent, *rapport cité*, 1971, p. 2.

²¹⁶¹ Ces lettres, qui donnent toutes lieu à une réponse personnelle et fidèle à l'orthodoxie du PCF de la part de Maurice Thorez, sont rassemblées dans le carton 626 AP 187.

signature est illisible), deux enfants, mariée depuis moins de trois ans, lui écrit : « Il est naturel qu'une femme veuille avoir plusieurs enfants mais ne désire pas passer sa vie à être enceinte. Je pense que le fait que l'avortement soit légal en URSS est une preuve de la nécessité du birth control. [...] Il n'est pas juste de condamner systématiquement le contrôle des naissances »²¹⁶². L'appel personnel au dirigeant du PCF n'est pas rare à l'époque, Maurice Thorez reçoit de nombreuses lettres lui demandant souvent une aide. Il en tient compte puisqu'il les garde et y répond²¹⁶³. Mais les courriers en faveur de la contraception sont rares ou n'ont pas été tous conservés. En tout cas, ils ne font pas bouger la position officielle du Parti.

Les médecins communistes sont apparemment unis dans la contestation de la position des dirigeants. Ils semblent d'abord critiquer les orientations de la direction du PCF en réunion de cellule. Selon Jeannette Thorez-Vermeersch : « C'est discuté dans les cellules avec « docteur » et « doctoresse » qui troublent les camarades des cellules. Tous les camarades, y compris les docteurs, disent « nous sommes contre le malthusianisme mais pour le birth control ». Ils croient que ce n'est pas la même chose [...] (à cause) du bagout, des connaissances des médecins ». Plus inquiétant encore pour Jeannette Thorez-Vermeersch : « c'est un courant très fort qui existe y compris dans le Comité Central, c'est grave »²¹⁶⁴. Pour elle, il s'agit donc essentiellement d'un problème interne qui mine son autorité et celle du Bureau politique et entraîne un raidissement idéologique.

Lors d'une assemblée générale tenue le 23 avril 1956, les médecins communistes protestent, en dehors des réunions de cellule cette fois-ci. Ils adressent une lettre collective au Bureau Politique, signée des D^r Yves Cachin, Klotz, Angelergues, Descomps, Israël, Baulieu, Reigner, Follin et Van Stegen²¹⁶⁵, membres de la Commission du travail des médecins communistes auprès du Comité Central. Cette lettre attaque dès le début les positions de la direction du Parti telles qu'elles ont été rapportées et justifiées par François Billoux, membre du Comité central et du Bureau Politique : « Nous n'avons pas trouvé dans leur ensemble ces arguments et ces textes²¹⁶⁶ convaincants. [...] Le contrôle des naissances ne pose pas de problème de principe du point de vue des intérêts généraux de la classe ouvrière. Le contrôle des naissances fait partie de la pratique quotidienne de la classe ouvrière. Voir dans la revendication du contrôle des naissances une simple « erreur petite bourgeoise » des intellectuels est une méconnaissance sérieuse des faits. [...] La prise de position du Parti,

²¹⁶² Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre du 3 mai 1956 ».

²¹⁶³ La réponse à la lettre citée n'a cependant pas été conservée.

²¹⁶⁴ Enregistrements sonores des réunions du Comité Central, 1 AV/4677, intervention de Jeannette Thorez-Vermeersch, 9 et 10 mai 1956.

²¹⁶⁵ Trois de ces médecins communistes nous sont connus : Yves Cachin responsable des médecins au sein du PCF, Étienne-Émile Baulieu, futur Professeur de médecine et chercheur dans le domaine de la contraception, et René Angelergues, pionnier de l'ASD.

²¹⁶⁶ En particulier celui de Jeannette Thorez-Vermeersch.

dans la mesure où la classe ouvrière en est informée, est profondément impopulaire. [...] Il ne faut pas sous-estimer le danger des avortements : 800 000 par an. Le choix de l'avortement par la Parti est la solution la plus dangereuse pour la femme et c'est refuser la mesure la plus simple. [...] Lutter contre le contrôle des naissances c'est lutter contre un progrès scientifique et considéré comme tel par la classe ouvrière. Nous regrettons la précipitation et le manque d'études sérieuses de la Direction du Parti avant qu'elle ne prenne position contre le contrôle des naissances. [...] Nous regrettons l'attitude de refus de la discussion adoptée par François Guilloux. [...] C'est une erreur de croire que les médecins communistes sont divisés sur le problème du contrôle des naissances ; ils sont au contraire quasi-unanimes. [...] Nous demandons que nos arguments soient jugés en tant que tels »²¹⁶⁷. Ces médecins communistes, militants très engagés à l'intérieur de PCF, contestent l'une des principales critiques qui leur est opposée par les dirigeants : « Nous regrettons que la Direction du Parti ait mis en avant l'argument « d'erreur petite bourgeoise. Nous rappelons à la direction du Parti que si nous sommes certes des techniciens et pour la plupart issus des classes moyennes et de la bourgeoisie, nous sommes avant tout des communistes »²¹⁶⁸.

La cellule Pierre Rouquès de la polyclinique des Bluets reprend ces arguments quelques jours après pour tenter d'infléchir la position de la direction du PCF: « La cellule Pierre Rouquès [...] a discuté à sa réunion du 2 mai 1956 de la liberté des moyens anticonceptionnels permettant la maternité volontaire. Les membres présents ont été à l'unanimité partisans de la liberté des moyens anticonceptionnels et par là-même en désaccord avec la direction du Parti. [...] Les arguments médicaux sont bien connus : [...] il y a en France 800 000 avortements par an. [...] Ils entraînent 20 000 morts, un nombre considérable de stérilités. [...] Une femme normale est susceptible de présenter une grossesse tous les ans. [...] La crainte d'une grossesse non désirée détermine aussi bien chez l'homme que chez la femme des troubles psychologiques et des troubles du comportement sexuel. [...] Admettre que la liberté des moyens anticonceptionnels entraînerait la dénatalité serait entendre qu'une augmentation de la natalité doit être imposée aux femmes en les empêchant de refuser la maternité, en les incitant à s'y soumettre. [...] Par rapport à l'argument de la direction : « Si on peut limiter les besoins en limitant les naissances, cela affaiblira la lutte revendicatrice », faudrait-il refuser l'emploi de la streptomycine [...] dans la lutte antituberculeuse sous prétexte que cela affaiblirait la lutte contre les taudis et la sous-alimentation, source de morbidité tuberculeuse ? Par rapport à l'argument de la direction :

²¹⁶⁷ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre des médecins communistes », 23 avril 1956.

²¹⁶⁸ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre des médecins communistes », 23 avril 1956, p. 6. Au moins l'un de ces médecins signataires quitte le PCF à la fin de l'année 1956 : le D^r Baulieu pour qui le refus de défendre le droit à la contraception est un des facteurs, avec les événements de Hongrie à l'automne 1956, qui lui font abandonner son engagement communiste.

« La liberté des moyens anticonceptionnels est acceptable dans un pays socialiste non dans un pays capitaliste », la femme a le droit dans quelque société que ce soit de décider si elle veut un enfant. Ce qui distingue l'être humain de l'animal, c'est en partie la possibilité qu'il a acquise de se libérer de certaines contraintes physiologiques. Nous espérons que cette lettre ne restera pas sans réponse et que la direction du Parti prendra ces arguments en considération, donnant ainsi une fois de plus une preuve du caractère vraiment démocratique de notre Parti. »²¹⁶⁹. Espoir déçu.

Enfin, le D^r Dalsace, militant communiste infatigable, proteste à son tour, individuellement, en juin 1956. S'il regrette l'aspect anti contraception, il condamne surtout, dans la lettre qu'il adresse à Maurice Thorez, le choix d'une proposition de loi visant à élargir l'avortement thérapeutique : « Les procédés anticonceptionnels sont préférables aux avortements préconisés dans la proposition de loi du Parti. [...] Depuis trente ans je m'occupe de la stérilité féminine. Je viens d'apprendre la mort d'une jeune fille de 23 ans à la suite de manœuvres abortives. Elle ne représentait pas un « cas social » selon la proposition de loi du Parti. [...] Si, nous, médecins communistes accepterions d'abandonner le point de vue qui consiste à préférer les procédés anticonceptionnels à l'avortement, nous nous séparerions [...] de l'ensemble des médecins. [...] Nos confrères s'emparent avec joie des accusations qui nous sont faites d'être des déviationnistes petits bourgeois et des réactionnaires adeptes du néo-malthusianisme. [...] Paraître m'incliner devant des décisions qui engagent ma vie professionnelle me semble indigne de l'image que je me fais d'un médecin communiste »²¹⁷⁰. Le D^r Dalsace prend donc le problème de façon inverse par rapport à ses collègues communistes, en condamnant l'alternative à la contraception prônée par le PCF au travers de sa proposition de loi pour l'élargissement de l'avortement thérapeutique. Il peut le faire car il en a la stature de par sa longue carrière médicale centrée sur la lutte contre la stérilité féminine. Il condamne aussi la stratégie d'isolement du PCF vis-à-vis de la grande majorité corps médical et, plus largement, vis-à-vis de la gauche. Son intervention ne débouche là encore sur aucun changement de la ligne politique du parti.

A partir de janvier 1965, le PCF proclame publiquement son soutien à la contraception. Comment interpréter ce tournant spectaculaire qui rallie le PCF aux partisans du droit à la contraception ?

Si les protestations des médecins communistes ont eu peu d'écho en 1956 et n'arrivent pas à réorienter la ligne politique, certains médecins, restés militants au PCF, poursuivent leurs critiques internes en particulier à partir de 1961 quand le débat sur le droit à la contraception devient largement public grâce à l'action du MFPPF. Une lettre du D^r Françoise Lazard, datée du 3 mars 1963, révèle l'incompréhension de certains médecins devant les positions

²¹⁶⁹ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre de la cellule Pierre Rouquès », arrivée le 30 mai 1956.

²¹⁷⁰ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, « Lettre du D^r Dalsace », 22 juin 1956.

rigides du parti par rapport à la contraception. Dans une lettre, adressée au secrétariat du Comité central, le D^r Lazard écrit : « Au cours de la conversation que j'ai eue avec la jeune camarade Rasenfeld en vue de la préparation de ce séminaire²¹⁷¹, cette dernière, à une question que je lui posais pour savoir si elle avait lu le rapport de Jeannette Vermeersch sur les femmes en novembre 1961, m'a répondu qu'elle craignait qu'une telle référence rebute les étudiants qui lui était hostiles depuis son intervention sur le contrôle des naissances. Ces décisions remontant à plusieurs années, cette étudiante n'étant âgée que de vingt ans, cette réponse m'a rendue perplexe. Il m'a paru qu'il s'agissait vraisemblablement pas d'une réaction spontanée, mais d'un courant entretenu par des éléments hostiles ; c'est pourquoi, je tiens à en informer le secrétariat »²¹⁷². Ce texte fait froid dans le dos car la seule explication donnée à l'hostilité des militants communistes médecins et intellectuels aux positions officielles du PCF est celle du complot interne. En 1964, le D^r Claude Nachin envoie au Comité Central du Parti un texte en vue de la préparation du XVII^e congrès du PCF, qui a lieu du 14 au 17 mai à Paris²¹⁷³. Son texte est intitulé : « Le couple et les problèmes de conception ». Ce psychiatre, médecin à l'hôpital de Bailleul dans le Nord, attaque d'emblée les positions anti-contraception du PCF toujours en vigueur à cette date: « Depuis huit ans, [...] le Parti et les organisations et démocratiques où les communistes exercent une influence importante, n'ont pratiquement rien fait pour obtenir la suppression ou à défaut l'atténuation des lois injustes en vigueur. [...] Il s'agit d'un problème humain, concret, quotidien qui préoccupe particulièrement les mères de familles et les jeunes couples de toutes les couches sociales. C'est sans doute parce que ces aspects de la vie privée intime s'abordent difficilement en réunion publique que les médecins progressistes en ont d'abord seuls mesuré l'importance et l'intérêt. [...] Pour aboutir dans leur action prophylactique et thérapeutique, les médecins ont besoin de l'aide de la classe ouvrière et de son parti. Dans cette perspective, la réédition du recueil de textes choisis de Jeannette Vermeersch *Les femmes dans la nation*, de sa conférence traitant en particulier du contrôle de la natalité, rédigée dans le feu des polémiques de 1956, nous apparaît comme erronée, car [...] elle ne répond pas sérieusement aux préoccupations des femmes ni aux besoins médicaux, elle critique avec une juste sévérité le néomalthusianisme mais y assimile entièrement par un confusianisme inconscient ou volontaire les questions posées par les moyens anticonceptionnels modernes. Elle ne tient aucun compte des critiques qui lui ont été adressées. [...] L'insuffisance de sa documentation scientifique tranche

²¹⁷¹ Sur « Les problèmes actuels de la femme médecin », dans le cadre de la Semaine de la pensée marxiste.

²¹⁷² Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 381, « Lettre du D^r Françoise Lazard », 4 mars 1963.

²¹⁷³ Il avait envoyé une première contribution sur ce thème de la contraception pour le Congrès de 1956, qui n'avait pas été retenue : entretien avec Claude Nachin, 27 avril 2009.

avec les autres textes »²¹⁷⁴. Le D^r Nachin mène donc une attaque en règle non seulement contre la doctrine anti-contraception du PCF mais également contre la dirigeante qui l'incarne, Jeannette Thorez-Vermeersch. Une note de Maurice Thorez adressée à « Jeannette », rangée dans la même chemise que le texte du D^r Nachin, semble suggérer que Maurice Thorez fait de cet affront un élément à charge contre ce psychiatre. Cette note reste cependant assez mystérieuse : « Jeannette, le document²¹⁷⁵ de Nachin (qu'il écrit Naschin), pourrais-tu m'en donner copie car nous allons avoir avec lui prochainement une réunion. [...] Je crains fort que Nachin soit extrêmement méprisant non seulement pour les femmes mais aussi pour la classe ouvrière en général. Rien d'étonnant que ce marxisme soit étrange : au lieu de voir la place de la classe ouvrière dans la Nation, on veut la guérir de ses maladies et de ses vices. Et, de ce point de vue, avoir des enfants (je le crains fort) devient aussi un vice »²¹⁷⁶. Au delà de l'intérêt personnel²¹⁷⁷ que peut avoir Maurice Thorez à défendre sa femme, personnellement mise en cause, il est frappant de remarquer la dernière phrase qui caricature la position du médecin et la condamne dans le même élan. Maurice Thorez insiste également sur la position d'intellectuel du psychiatre²¹⁷⁸. Le D^r Nachin ne se contente cependant pas de critiquer dans ce document la position du PCF, il poursuit en décrivant les ravages de la peur de la grossesse pour la vie sexuelle des couples. Il veut aussi prouver l'utilité qu'il y aurait à mener le combat pour l'autorisation de la contraception : « En liant notre lutte pour l'abolition des lois répressives [...] à la dénonciation impitoyable du malthusianisme des monopoles au pouvoir, [...] la classe ouvrière et les travailleurs de France sont de taille à assimiler cette question sans retomber dans les ornières de l'anarchisme ou de la bourgeoisie. Au contraire, cette lutte peut jouer un rôle positif contre l'hypocrisie bourgeoise et contre les tabous religieux. [...] Il ne s'agit pas de substituer les problèmes sexuels aux problèmes de classe mais d'améliorer [...] les conditions de vie et de combat. Un souci de moins dans le domaine de la vie privée permet de donner plus et mieux aux activités sociales. [...] C'est une revendication qui est populaire. La portée est limitée, il s'agit de la lier à l'ensemble des revendications concernant les libertés et le progrès social et non de la laisser s'y

²¹⁷⁴ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 187, chemise *Contrôle des naissances*, D^r Nachin, « Le couple et les problèmes de conception », 1964, p. 1-2.

²¹⁷⁵ Il peut s'agir soit du texte précédent soit d'un autre texte du D^r Nachin sur l'alcoolisme dans la classe ouvrière.

²¹⁷⁶ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 381, chemise *Contrôle des naissances*, « Lettre à Jeannette », non signée, non datée.

²¹⁷⁷ Annie Kriegel constate pour Maurice Thorez « une confusion progressive entre le vie privée et la vie de l'organisation. [...] Les affaires de famille sont aussi plus ou moins traitées comme des affaires du parti », in *Communismes au miroir français*, Paris, Gallimard, 1974, p. 153.

²¹⁷⁸ Le D^r Nachin, joint au téléphone le 27 avril 2009, ignorait cet écrit de Maurice Thorez. Il l'attribue aux problèmes de santé de Maurice Thorez qui meurt le 12 juillet la même année.

opposer »²¹⁷⁹. En réponse à ce texte, le D^r Claude Nachin se souvient²¹⁸⁰ avoir reçu une lettre du Bureau Politique l'assurant du bien-fondé de son argumentation et de sa prise en compte par la direction du PCF.

Cependant, le 10 décembre 1964 encore, en réponse à la lettre d'une militante communiste qui nous reste inconnue, Jeannette Thorez-Vermeersch montre toujours sa défiance vis-à-vis de la contraception et du Planning Familial : « La liberté réelle du droit à la maternité²¹⁸¹ est notre objectif, c'est pourquoi le PC ne participe pas à la campagne en faveur du planning familial qui, dans une grande mesure, est un leurre pour le plus grand nombre, tout au moins en l'état actuel de la situation en France. J'ajoute que les partisans du planning ont disposé de la radio, de la télé, pour exposer leurs thèses, ce que les défenseurs du droit réel à la maternité n'obtiennent pas ! Que de plus les pays de contraception ne donnent pas, et de loin, l'exemple de la famille heureuse. Les problèmes de la jeunesse, du couple, de la famille des travailleurs aux États-Unis ou au Japon en témoignent. Les médecins eux-mêmes ne sont pas d'accord sur les moyens de contraception dont certains finissent par atteindre plus gravement l'organisme humain que les grossesses trop rapprochées. [...] Pourquoi ne pas considérer comme un bon moyen de « planifier les naissances » le progrès économique, social et même politique ? Ce n'est pas faire preuve de mépris envers la grande masse des femmes que de considérer que ce moyen-là leur est plus accessible. [...] Il (le PC) considère de son devoir de mettre au premier plan de ses préoccupations concernant la famille le véritable droit à la maternité. Si, sur ce point nous sommes d'accord, alors luttons ensemble. Bien fraternellement »²¹⁸². Cette méfiance vis-à-vis du planning familial, que ce soit la contraception ou l'organisation du MFPPF, reste donc une constante jusqu'en 1965. Une note manuscrite du dirigeant communiste Léo Figuères, sans précision de date, adressée à Jeannette Vermeersch précise : « Une chose est claire pour nos camarades. Il faut rejeter la participation aux organisations de Planning Familial qui fonctionnent actuellement²¹⁸³ et qui sont dirigées par la bourgeoisie et qui font le jeu du néo-malthusianisme contre lequel il faut mener la lutte. Il est une confusion à dissiper chez nos médecins. Comme tels, chacun d'eux dans son cabinet peut donner à une femme qui le demande des conseils médicaux, y compris pour permettre l'espacement des naissances, sans transgresser la politique du Parti. Ce qu'il ne faut pas c'est qu'ils oublient l'essentiel : les conditions économiques

²¹⁷⁹ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 381, chemise *Contrôle des naissances*, D^r Nachin, « Le couple et les problèmes de conception », p. 5-7.

²¹⁸⁰ Entretien téléphonique du 27 avril 2009.

²¹⁸¹ Qui passe, pour le PCF, d'abord par les conditions de travail et de vie compatibles avec la maternité.

²¹⁸² Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 381, chemise *Contrôle des naissances*, « Lettre de Jeannette Vermeersch », 10 décembre 1964.

²¹⁸³ Ce qui permet de dater cette note du début des années soixante avec l'ouverture des centres du MFPPF à partir de 1961 en France.

et sociales nécessaires à la famille et à l'enfance et par conséquent les luttes que cela implique. Il faut donc faire le partage entre le travail personnel du médecin avec ses patients et le combat politique dont l'accent doit être porté sur les questions qui en valent la peine et non sur celles qui font diversion »²¹⁸⁴. Il faut remarquer, à la lecture de cette note, l'autorisation donnée aux médecins communistes de conseiller une contraception, ce qui en dit long sur la volonté de contrôle de l'appareil du PCF sur l'activité professionnelle de ses militants. Léo Figuières reprend l'idée de la position secondaire voire démobilisatrice du débat sur la contraception par rapport à l'objectif principal du parti.

Or, le 26 janvier 1965, Jeannette Thorez-Vermeersch prend publiquement position au nom du PCF dans *L'Humanité* en faveur de la contraception et de la légalisation de l'avortement. Les intellectuels communistes ne sont d'ailleurs pas d'emblée convaincus par ce brusque revirement. En juin 1965, lors de la Semaine de la pensée marxiste à la Mutualité à Paris, un débat rassemble 5 000 personnes sur le thème, « la famille et l'amour ». Les intervenants, dont Simone Iff²¹⁸⁵, affrontent une salle houleuse entre partisans et opposants au Planning Familial. Ce mouvement est violemment attaqué par Gilbert Mury²¹⁸⁶, secrétaire du Centre d'Études et de Recherches marxistes. Il « reprend la thèse traditionnelle du parti communiste sur le problème du planning », à savoir qu'il réfute l'utilité du planning « dans la mesure où se méthodes leur paraissent une échappatoire au véritable problème : promouvoir une société dans laquelle les mères pourront, entre autre chose, avoir tous les enfants qu'elles désirent, sans que les difficultés de logement, d'horaires ou de salaires les en empêchent. Mais « l'accusation adressée par M. Mury à certains mouvements - comme le Planning Familial – d'apporter, en fait, de l'eau au moulin du malthusianisme devait soulever des protestations d'une partie de la salle »²¹⁸⁷. Tels Gilbert Mury, certains intellectuels communistes continuent donc de s'en tenir à la position officielle du PCF après-guerre sur la planification, sans tenir compte du changement de cap amorcé en janvier 1965. Jeannette Thorez-Vermeersch, devant les réactions de la salle, intervient alors et, tout en lançant « un appel à tous les travailleurs pour le droit à la maternité », rappelle « que les partisans du planning familial sont d'accord pour considérer que la crainte de la maternité est due pour l'essentiel aux difficultés économiques et sociales »²¹⁸⁸. Elle vient donc au secours du Planning, dans un

²¹⁸⁴ Fonds Thorez-Vermeersch, carton 626 AP 381, chemise *Contrôle des naissances*, « Note de Léo Figuières », non datée.

²¹⁸⁵ Qui regrette que « les organisateurs de la Semaine n'aient pas cru devoir inviter l'une des dirigeantes du Planning familial à s'exprimer », faisant ainsi allusion à Madame Lagroua Weill-Hallé.

²¹⁸⁶ Celui-ci est un philosophe marxiste, spécialiste de l'Albanie et de son dictateur Enver Hoxha, ce qui tend à en faire un stalinien pur et dur.

²¹⁸⁷ N. Bernheim, « Le planning familial au cœur de la 4^{me} Semaine de la pensée marxiste », *Planning Familial*, n°6, 1965, p. 29-30.

²¹⁸⁸ N. Bernheim, *article cité*, 1965, p. 30.

effort pour exonérer celui-ci de toute influence malthusienne, et effacer ainsi la maladresse de Gilbert Mury devant un public remuant. Il est rare de voir Jeannette Thorez-Vermeersch dans un rôle de modératrice. Ces incidents semblent révéler la difficulté pour les militants du PCF de soutenir la toute nouvelle ligne du parti en faveur de la contraception et de changer d'orthodoxie.

Cette nouvelle ligne devient évidente quand les députés communistes déposent une proposition de loi le 22 décembre 1965 demandant l'arrêt de toute répression en matière d'avortement et de propagande anticonceptionnelle, l'autorisation de la « régulation des naissances » contrôlée par le corps médical et un avortement thérapeutique élargi aux femmes mariées déjà mères de trois enfants à l'état de santé déficient ou en situation sociale difficile ainsi qu'aux femmes seules dans le même cas. Cette proposition va bien plus loin que celles des députés socialistes à la même époque qui se limitent à demander l'autorisation de la contraception. Les militants du MFPP y voient, quant à eux, une manœuvre. Ils qualifient cette tactique de « surenchère » et citent Jacques Duclos : « ne jamais se laisser tourner par la gauche »²¹⁸⁹, dévalorisant ainsi les autres propositions de la Gauche parlementaire susceptibles d'être votées. D'autres militants du MFPP accusent le PCF de vouloir en réalité torpiller toute proposition de loi mettant en cause la loi de 1920, « en brouillant volontairement les cartes pour mieux effrayer le bourgeois »²¹⁹⁰. Cette surenchère servirait donc non seulement à prouver l'audace du PCF mais aussi à déconsidérer toute proposition de loi sur la contraception, liée par les communistes à l'avortement alors que ce dernier reste toujours tabou dans l'opinion publique et parlementaire. Cependant, malgré cette méfiance, voire cette paranoïa, devant le revirement du PCF sur la question, l'analyse des militants du MFPP reconnaît « que le tournant a été pris sérieusement et que, seule l'insuffisance des contacts est responsable de l'écart entre ce que nous souhaitons et ce qu'on nous propose. En effet, nombreux sont les signes que les temps ont changé. Un des plus spectaculaires fut la déclaration de Mme Jeannette Vermeersch lors de la réunion Mitterrand à la Mutualité : « Et merci, François Mitterrand, d'avoir mis à votre programme cette question du planning familial. Nous qui l'avons toujours soutenu, etc. ». Ils remarquent aussi que la représentante de l'Union des Femmes françaises, Mme Venturini, vient de déclarer publiquement : « Nous sommes entièrement d'accord avec le Planning Familial »²¹⁹¹.

Après son ralliement au droit à la contraception, le PCF revendique publiquement d'être du côté des progressistes. Dans une réponse adressée à une lettre d'Yvette Roudy le 22 mai 1969, l'auteur, qui écrit au nom du PCF mais ne signe pas ce texte, écrit : « Les communistes ont toujours été, de façon conséquente, les adversaires résolus des ordonnances de 1920. Cette loi

²¹⁸⁹ In « La proposition communiste », *Planning Actualités*, février 1966, n° 1, p. 12.

²¹⁹⁰ In « La proposition communiste », *Planning Actualités*, février 1966, n° 1, p. 12.

²¹⁹¹ In « La proposition communiste », *Planning Actualités*, février 1966, n° 1, p. 12-13.

pénalisait avant tout les femmes travailleuses et les femmes des classes modestes. Elle portait une atteinte directe à la liberté individuelle dans un domaine des plus personnels. Elle était rétrograde puisqu'elle privait les hommes et les femmes des moyens que la Science est en mesure aujourd'hui de mettre à leur disposition afin de ne pas subir aveuglément les forces de la nature, mais d'essayer de les maîtriser. C'est pourquoi nous nous sommes prononcés pour son abrogation »²¹⁹².

La nouvelle position officielle du PCF sur la contraception est dénoncée par ses alliés d'hier, à savoir les opposants catholiques à la modification de la loi de 1920. L'un d'entre eux, le D^r Huant ne manque pas, en 1968, de décrire les « variations curieuses [...] les fluctuations dialectiques du Parti ». Il cite la formule préférée des dirigeants du PCF à propos des méthodes contraceptives : « conception petite bourgeoise et erronée. Ceci parce qu'elles contribuaient à écarter l'ouvrière des joies et du droit à la maternité, qui resteraient ainsi [...] le privilège de la femme bourgeoise ! »²¹⁹³.

Pour le D^r Claude Nachin²¹⁹⁴, ce revirement signe la défaite idéologique du couple Thorez-Vermeersch à l'intérieur du Bureau Politique. Cette défaite coïncide avec la tenue du XVII^e congrès du 14 au 17 mai 1964 qui aboutit à la passation de pouvoir entre Maurice Thorez, très malade, et Waldeck Rochet. Même si Jeannette Thorez-Vermeersch siège au Bureau politique jusqu'en 1968, la mort de Maurice Thorez en juillet 1964 réduit son influence. Parallèlement, une nouvelle génération de militants communistes émerge, étrangère à l'hostilité systématique envers la contraception et au parti pris nataliste de dirigeants nés avant la guerre de 14-18²¹⁹⁵. La position anti contraception n'est peut-être simplement plus tenable devant la montée des revendications des femmes et des couples dont le PCF ne veut pas se couper. Peut aussi intervenir le souci de ne pas se couper du reste de la gauche française qui entame en 1965 sa montée en puissance face au gaullisme en difficulté.

C Des opposants virulents se réclamant du catholicisme

Les opposants les plus farouches à la contraception se présentent comme des médecins catholiques²¹⁹⁶. J'userai donc à leur propos du terme générique de « catholique », sans oublier qu'ils ne forment pas un seul bloc idéologique. Tous les médecins qui se qualifient de catholiques se réfèrent aux textes officiels de l'Église et les approuvent. L'Église condamne à intervalles réguliers la contraception médicale depuis le 21 octobre 1961 quand Pie XII prône la méthode Ogino pour la régulation des naissances devant les sages-

²¹⁹² Fonds section de travail parmi les femmes, n° 261 J 9, boîte 6, « Projet de lettre. Réponse à Yvette Roudy », p. 2.

²¹⁹³ Ernest Huant, *article cité*, 1968, p. 45.

²¹⁹⁴ Entretien du 27 avril 2009

²¹⁹⁵ Maurice Thorez est né en 1900 et Jeannette Thorez-Vermeersch en 1910.

²¹⁹⁶ Aucun démographe ne s'identifie clairement comme catholique.

femmes catholiques au 29 juillet 1968 quand Paul VI fait paraître l'encyclique *Humanae vitae* qui interdit la contraception médicale aux fidèles. L'Église de France suit les décisions vaticanes et le 3 mars 1961, par exemple, l'assemblée des cardinaux et archevêques de France interdit aux catholiques de « violer l'ordre naturel établi par Dieu ».

Ils affirment leur spécificité de médecins en critiquant la contraception sur le plan scientifique dans les revues médicales. Mais leur engagement catholique, plus ou moins marqué, les entraîne à porter des jugements tirés de l'enseignement de l'Église ou de la morale traditionnelle, attachés au rôle maternel des femmes. Ce mélange des genres, étonnant pour des publications scientifiques, caractérise leurs textes. Les médecins catholiques ont donc une position difficile à tenir quand ils écrivent dans une revue médicale ou une thèse. Ils sont conscients de devoir s'exprimer en tant que médecins, praticiens d'une science, et non en tant que croyants soumis à Rome. Mais ils ne peuvent y renoncer quand ils se proclament « médecins catholiques ». Que faire, alors, de cette morale qui les définit et les encombre à la fois ? : « Nous estimons que nous mettre d'emblée dans une optique de moraliste risque de fausser une étude qui veut être avant tout basée sur les connaissances actuelles de la médecine [...] En tant que catholiques nous désirons recevoir de la part de théologiens et de moralistes, informés et compétents, les vues et les exigences de l'Église, de façon à confronter les éléments découlant de nos recherches propres aux exigences de l'Église »²¹⁹⁷. Cette position de scientifiques respectueux de l'Église les met en porte à faux par rapport à leurs confrères qui se contentent de leur rôle de médecin. D'autres médecins n'annoncent pas d'emblée leur catholicisme mais rapportent, comme des évidences, les enseignements de l'Église et les discours de médecins catholiques célèbres. Le D^r Paul Houillon, par exemple, consacre la troisième partie de sa thèse à « Contraception et morale »²¹⁹⁸, en réalité un catalogue d'opinions relevant de la morale chrétienne. Ce type d'écrit ne semble pas susciter de controverse dans le milieu médical.

Ces médecins refusent la contraception médicale condamnée par l'Église au nom de la morale, terme employé sans plus de précision, sorte de raccourci induisant un consensus vague destiné à convaincre le plus de lecteurs possible. Il s'agit donc de prises de position a priori qui se fondent sur l'invocation d'une morale unanimement partagée. Les références à la morale sont systématiques en particulier au sujet des jeunes femmes mineures. En effet, les médecins catholiques savent que presque tous leurs confrères redoutent les conséquences d'une contraception libérée pour les jeunes filles²¹⁹⁹. Ainsi en 1957, deux d'entre eux mettent en garde leurs confrères contre « l'émancipation souvent dangereuse des jeunes générations » qu'entraînerait une autorisation de la contraception médicale en France, « en permettant au plus grand nombre d'user

²¹⁹⁷ M. Denis et R. François, *article cité*, 1962, p. 3159.

²¹⁹⁸ Paul Houillon, *thèse citée*, 1966, f. 126-154.

²¹⁹⁹ Les jeunes filles mineures ont légalement moins de 21 ans avant la loi de 1974.

sans frein ni inquiétude de l'acte sexuel sans en accepter les conséquences habituelles. [...] par la possibilité pour ces jeunes d'avoir des rapports sexuels sans aucun danger ni aucun risque ». Ils ajoutent: « Si le Birth control est dangereux pour les adultes, il sera une catastrophe pour la jeunesse. Nous défions les pères de famille de nous soutenir sérieusement le contraire »²²⁰⁰. Ils redoutent parallèlement une multiplication des avortements de jeunes femmes mineures car « la diffusion des pratiques contraceptives et l'excessive confiance mise en elles peuvent augmenter le nombre des grossesses des jeunes filles actuellement retenues par la crainte de la conception »²²⁰¹. Ces auteurs ont l'originalité d'associer les jeunes gens aux jeunes filles dans leur inquiétude mais leur discours reste traditionnel et la peur de la grossesse représente, pour eux, un garde-fou essentiel pour les jeunes femmes. Ce raisonnement dévalorise toutefois l'enseignement de l'Église et des parents puisque seule la peur d'être « fille-mère » ou de l'avortement retiendrait ces jeunes filles. Le D^r Koupernic, psychiatre, constate également cette « évolution sociologique » des jeunes filles: « Hier et depuis toujours, le garçon considérait ses premières relations sexuelles comme le franchissement souhaitable d'un Rubicon ; de plus en plus, les filles partagent ce sentiment et, donc, cette attitude. On voit de plus en plus d'adolescentes qui ont honte d'être vierges »²²⁰². Des propos qui ne peuvent que renforcer l'argumentation des médecins catholiques. Pourtant le danger ne semble pas menacer spécialement les femmes mineures et la contraception peut, contre toute attente, avoir un effet protecteur. Le D^r Hélène Michel-Wolfromm²²⁰³ note que la plupart de ses patientes « avaient entre 20 et 30 ans, mais 5 % étaient des mineures ». Certaines « étaient vierges : elles se sentaient en danger et n'acceptaient de courir quelques risques que dans la mesure où elles pouvaient y faire face. D'autres avaient déjà provoqué un avortement et ne voulaient pas recommencer. Les dernières, enfin, étaient traînées en laisse par leurs mères qui avaient peur de subir, par ricochet, les « ennuis » et voulaient amortir les conséquences de l'esprit d'aventure de leurs filles. [...] Un fait (est) patent : aujourd'hui les filles de 14 à 18 ans se jugent assez grandes pour vivre plusieurs aventures. [...] De leur partenaire, les jeunes filles disent qu'il n'y connaît rien et elles sont bien décidées à en savoir plus que lui. ». Dans ce texte écrit en 1965, Hélène Michel-Wolfromm rassure ses confrères sur l'ampleur du phénomène sociologique constaté par le D^r Koupernic. Elle décèle néanmoins dans le comportement de ses jeunes patientes un frémissement d'autonomie en matière de vie sexuelle et de contraception.

Prôner la contraception pour les mineures équivaut à reconnaître qu'elles ont une vie sexuelle. De nombreux catholiques ne peuvent l'envisager, encore moins l'accepter. Un an avant le vote de la loi Neuwirth, lors d'un congrès de

²²⁰⁰ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 43.

²²⁰¹ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 30.

²²⁰² C. Koupernic et Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1965, p. 4911-4912.

²²⁰³ Qui a reçu 550 patientes entre 1963 et 1965 pour une demande de contraception, in Koupernic C. et Michel-Wolfromm Hélène, *article cité*, 1965, p. 4915.

médecins légistes, un juriste prétend réserver la contraception aux seules femmes mariées. Evoquant le problème de la limite inférieure de l'âge requis (21 ans ? 18 ans ?), il conclut prosaïquement: « Moi, je n'ai pas de filles. La question ne me concerne guère. Mais les congressistes qui ont des filles trouveront peut-être matière à réflexion dans mes remarques. Il faut bien réfléchir avant d'ouvrir la boîte de Pandore »²²⁰⁴. Si les juristes sont rarement du côté de la contestation des lois, celui-ci utilise sans vergogne un avertissement (« Attention à vos filles ! ») qui ne peut qu'inquiéter et convaincre. Le P^r Henri Pigeaud redoute également que les jeunes puissent s'émanciper avec la contraception : « Reconnaissons qu'il (le nouveau marié) puise tout au moins dans la virginité de sa jeune épouse une confiance en lui-même que lui enlèverait peut-être le risque de comparaisons désobligeantes. On écrivait autrefois : les maladies vénériennes ont été envoyées par Dieu pour freiner le libertinage ; on peut penser de même de la crainte d'une grossesse »²²⁰⁵. Ce médecin, qui affirme dans ce même article être tiraillé entre un « moi qui se veut moderne et progressiste et un surmoi qui a intériorisé les commandements des générations précédentes »²²⁰⁶, s'est visiblement laissé submerger par ce dernier. D'autres moins scrupuleux rappellent que « pour certains psychologues en particulier la possibilité d'une vie hétérosexuelle pour les jeunes bien avant le mariage serait souhaitable... Ici je me permets de dire que si nous n'avons pas à en juger, nous avons, en tant que médecin, à réfléchir à ce que nous faisons. C'est la rançon de l'intoxication érotique de la société actuelle par les films, les affiches, les mini-jupes etc. Et c'est ce qui amènera des jeunes filles à vous demander une ordonnance pour qu'elles puissent aller « sans risques » aux sports d'hiver ! »²²⁰⁷. Cette vision caricaturale montre le fossé qui existe entre ces notables et la « jeunesse ». Elle semble néanmoins correspondre au sentiment général des médecins catholiques. Les réticences exprimées devant l'autorisation de la contraception aux mineures sont entendues par les politiques. En décembre 1967, la loi Neuwirth prévoit bien la possibilité pour les mineures d'avoir une contraception médicale mais à condition de présenter le consentement écrit de l'un des deux parents ou du représentant légal (article 3 de la loi du 28 décembre 1967). Les parlementaires ont donc tenu compte des inquiétudes exprimés par ces médecins catholiques soutenus par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Le rappel à la morale s'exerce également quel que soit l'âge de la femme. Lors de ce même congrès des médecins légistes en 1966, un autre intervenant s'exclame : « Nous ne voulons pas être complices de la décadence des mœurs,

²²⁰⁴ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale 1966, *compte-rendu cité*, 1967, p. 484-485.

²²⁰⁵ Henri Pigeaud, « Les limites d'une contraception légitime », *Lyon médical*, 1966, n°6, p. 330.

²²⁰⁶ Henri Pigeaud, *article cité*, 1966, p. 324.

²²⁰⁷ R. Verhaeghe, « Motivations de caractère personnel, familial ou social à la régulation des naissances », *La Revue du Praticien*, 11-11-1970, n°29, p. 4701.

de l'immoralité, la crainte de la grossesse semblant être le dernier rempart opposé au déchaînement de la sexualité »²²⁰⁸. Ce qui amène un autre médecin à répliquer en dénonçant « une intolérance particulière à l'idée de liberté sexuelle de la femme chez les hommes médecins »²²⁰⁹. Morale catholique et liberté sexuelle sont antinomiques, ce que personne ne conteste. Ces catholiques en appellent au rôle traditionnel de la femme, à savoir être mère, que menace sa « libération » par la contraception. Pour les médecins regroupés dans l'association « Centre international Humanæ vitæ » créée au lendemain de l'encyclique du même nom, la libération promise par la contraception est « un nouveau mythe de l'époque, se rattachant à un soi-disant nouveau « droit de la femme », proclamé aussitôt imprescriptible et irréversible, conforme au sens de la marche de l'histoire et prétendument exigé par l'ensemble de la population. [...] « Liberté de procréation »... « Maîtrise de la fécondité »... « Nouvelle liberté de la femme »... « Véritable émancipation sexuelle »... « Éveil de la libre personnalité de la femme »... Tout ceci a un nom et un seul qui se définit en une courte phrase : la jouissance sans risques... c'est-à-dire, en précisant : la séparation volontaire et artificielle de la jouissance sexuelle des conséquences naturelles possibles de l'acte... Voilà l'essentiel de la « nouvelle valeur de civilisation » revendiquée par les partisans de la contraception, voilà le nouveau droit de la femme »²²¹⁰. Ce texte résume les aspirations nouvelles des femmes et des couples, au grand dam de ces médecins catholiques.

Aux revendications de libération de la femme, ils opposent le slogan catholique de sa dignité, la contraception médicale constituant une atteinte à celle-ci. En 1957, deux médecins catholiques citent le D^r Boas, responsable néerlandais de l'IPPF : « il resterait, néanmoins, la nécessité d'espacer les naissances, ne fût-ce que pour l'amour de la dignité humaine qui nous défend d'avilir la femme au rôle d'une machine à fabriquer des enfants ». Ils répondent : « Nous pensions, nous, Français, que la dignité de la femme était justement de fabriquer des enfants. Nous pensions même que c'était sa gloire et son honneur. [...] Comment concevoir que les manœuvres et les moyens anticonceptionnels vont rendre à la femme sa dignité ? Nous pensons, au contraire, que de pareilles pratiques, dont certaines s'apparentent étrangement à l'art vétérinaire, ne vont pas compromettre non seulement la dignité de la femme, mais celle du couple humain. À l'exception de la contraception naturelle Ogino, à condition encore qu'elle soit justifiée, nous estimons que toutes les autres, directement ou indirectement, nous ravalent au rang de la bête, en attendant qu'elles soient du même coup employées pour la sélection eugénique de notre race, tout comme pour les moutons et les porcs. La dignité humaine se met-elle à ce niveau ? En France, nous n'y sommes pas encore. [...] Le Birth Control est dans la droite ligne de cette théorie « animiste » de

²²⁰⁸ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale 1966, *compte rendu cité*, 1967, p. 511.

²²⁰⁹ XXXIe Congrès de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale 1966, *compte rendu cité*, 1967, p. 511.

²²¹⁰ Ernest Huant, *article cité*, 1968, p. 45-46.

l'homme qui l'assimile à un mâle et la femme à une femelle d'une race quelconque de mammifères, qui peuple notre terre »²²¹¹. Ces médecins usent du registre nationaliste, « nous, Français », pour dévaloriser les remarques du D^r Boas, partisan de la contraception et néerlandais. Ils reprennent l'argument favori des catholiques qui veut que la contraception, « art vétérinaire », ravale femmes et hommes au rang de bêtes, leur permettant une sexualité sans frein avant d'être imposée dans un objectif eugéniste. Encore une fois, aucune preuve n'est avancée, aucune étude, il s'agit juste d'un martèlement idéologique qui ne peut convaincre que les convaincus.

Certains opposants font preuve d'une grande violence verbale, inconnue jusque là dans les sources médicales. Le D^r Nicolas Jouravleff, par exemple, envoie en 1967 une lettre²²¹² à la revue *Le Concours Médical*: « Sauf erreur de ma part, la définition courante de la sexualité telle qu'on la rencontre dans le Larousse [...] consiste à voir dans la sexualité un ensemble d'organes et de fonctions ayant pour rôle essentiel la reproduction. [...] Les juristes et les moralistes (de même d'ailleurs que les médecins en général) distinguent deux formes de sexualité : une sexualité normale, ayant précisément la reproduction pour but, une sexualité anormale, n'ayant pas la reproduction pour but. La question est la suivante : à partir du moment où l'on autorise le birth-control, c'est-à-dire à partir du moment où l'on donne à la sexualité un but différent de la reproduction, but qui n'est autre que *le plaisir érotique*, que devient la définition de la sexualité ? Ensuite sur quoi se basera-t-on logiquement pour faire la distinction entre les formes normales et les formes anormales de la sexualité ? [...] Aujourd'hui, la femme se stérilise pour pouvoir éprouver en toute quiétude d'esprit les plaisirs érotiques : demain elle pourra abandonner ses enfants pour la même raison et on légalisera cet état de fait »²²¹³. La contraception au service des « plaisirs érotiques » est une façon très catholique de parler de la « révolution sexuelle ». La représentation de la femme est celle d'un personnage affamé de sexe, pouvant enfin réaliser ses désirs ; elle apparaît menaçante dans sa furie. L'expression d'une telle vision misogyne et puritaine reste une exception. Il n'en est pas moins révélateur que cette revue médicale largement diffusée ait publié cette lettre outrancière, qui peut représenter l'opinion d'une partie de ses lecteurs.

Dans le même registre, la contraception médicamenteuse est réductible, pour certains, à un ensemble de « recettes techniques » dont les partisans n'envisagent la sexualité « que sous son aspect strictement génital », loin des « vraies valeurs de la sexualité humaine », « bien différente, grâce au cerveau, de la sexualité animale ». Pour le P^r Paul Chauchard: « la vraie relation sexuelle

²²¹¹ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 41-42.

²²¹² Nicolas Jouravleff, « Sexualité, érotisme, birth-control et morale », *Le Concours Médical*, 6-5-1967, p. 3499-3500. Il se positionnera de la même façon et avec la même violence contre l'avortement en 1971 dans la revue *La Presse Médicale* 79, 20-11-1971, p. 2246-2248.

²²¹³ Nicolas Jouravleff, *article cité*, 1967, p. 3499-3500.

humaine n'est pas satisfaction réflexe mais communion charnelle de deux personnes »²²¹⁴. Il se fait le chantre de cette maîtrise imposée par les méthodes naturelles et qui incarne, à ses yeux, le propre de la sexualité humaine. Cette maîtrise de soi peut être préparée par la chasteté avant le mariage, recommandée par les médecins catholiques. Ainsi le Congrès des médecins catholiques, réuni en 1947 à Lisbonne, émet ce vœu : « Le Congrès affirme que la chasteté est possible, qu'elle n'a pas d'inconvénients, mais plutôt des avantages, surtout pour les jeunes gens »²²¹⁵. Ce vœu concerne à la fois les prêtres et les futurs mariés qui apprennent de cette façon la maîtrise de soi, prélude à une contraception naturelle. En 1949, le Révérend Père Riquet met en avant des exemples de « couples chrétiens qui ont vécu dans la chasteté une fois le nombre d'enfants désirés atteints ». Il termine son article par une citation de Joseph de Maistre : « La source intarissable [...] d'une population saine, opulente et disponible, c'est la continence dans le célibat et la chasteté dans le mariage »²²¹⁶.

Pour d'autres médecins catholiques, conseiller un contraceptif c'est « hypertrophier les problèmes de pure génitalité et essayer de résoudre²²¹⁷ les aspects les plus délicats et les plus intimes, inclus en fait dans des perspectives beaucoup plus larges. [...] Il faut éduquer les couples en replaçant la régulation des naissances dans le contexte biologique, physiologique, psychologique et (enfin !) moral »²²¹⁸. L'opposition entre la maîtrise de soi et la contraception qui réduit le couple à l'état de « bêtes » en copulation est une constante chez les auteurs catholiques. Puritaine, elle exprime également une vision avilissante de l'acte sexuel, dans la ligne de l'enseignement de l'Église.

Plus radicalement encore, la contraception médicale est accusée de menacer l'avenir de l'humanité. Le 12 novembre 1968, lors d'une manifestation de soutien à l'encyclique de Paul VI, à la Mutualité à Paris, le D^r Huant qualifie la contraception médicale de « mutilation physiologique [...] illogisme absolu, absurdité scientifique totale. Elle apparaît foncièrement anti-évolutive. Elle tend à tarir volontairement, à la source, ce qui est la chance même de l'espèce humaine : la possibilité d'éclosions de valeurs nouvelles. [...] Elle agit au niveau de l'ensemble social comme une modalité d'expérimentation à l'aveugle, exactement comme certaines modalités d'expérimentation biologique ont prétendu agir au niveau de la formation de l'individu. [...] La contraception est doublement un péché au niveau de l'individu d'abord, à celui de la société ensuite. *Sa fuite devant le « risque » de procréation est en même temps une fuite devant un certain nombre de responsabilités biologiques.* Or l'évolution et le progrès se sont toujours affirmés à travers une série de risques

²²¹⁴ Paul Chauchard, *article cite*, 1962, p. 3153-3157.

²²¹⁵ « Compte rendu du congrès international des médecins catholiques », *Bull. de la Société Médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1947, n° 6, p. 168.

²²¹⁶ RP Riquet, « Christianisme et population », *Population*, 1949, n° 4, p. 626-630.

²²¹⁷ Peut-être s'agit-il d'une erreur et faut-il voir, à la place de « résoudre », réduire.

²²¹⁸ M. Denis et R. François, *article cité*, 1962, p. 3159-3160.

acceptés. L'absence recherchée de tout risque aboutit au contraire à la dégénérescence, au vieillissement et au parasitisme. Voilà la triple pointe de l'épée de Damoclès que la contraception ferait de plus en plus peser sur la biologie des ensembles sociaux »²²¹⁹. Ce raisonnement à première vue confus est parfois ridicule (« la triple pointe de l'épée de Damoclès »). Il fait appel à une théorie de l'évolution fondée sur le risque, condition du progrès, opposé au vieillissement cher à Alfred Sauvy. Le D^r Huant sort, ici, du domaine médical où il fait autorité. Ses affirmations servent son parti pris anti-contraception et sont teintées de préoccupations religieuses comme le terme répété de « péché » le met en évidence. Mais elles ne sont pas le fait d'un illuminé isolé car un commentaire nous fait savoir que « Cet exposé du D^r Huant a été salué d'une véritable ovation par toute la nombreuse assistance qui a marqué ainsi, par ses salves d'applaudissement, trois fois répétées, son intense satisfaction d'entendre ainsi exposée [...] toute l'ampleur démonstrative des aspects scientifiques et philosophiques du problème »²²²⁰. Il s'agit certes d'un discours exalté au milieu d'une foule de sympathisants ; il montre néanmoins la passion qui peut s'emparer d'un orateur acharné à justifier les positions de l'Église.

Les pratiques anticonceptionnelles sont également accusées de mener à de graves conséquences psychiatriques. Deux médecins catholiques déclarent : « il nous paraît absolument inutile de remplacer la psychose de la grossesse non désirée par celle des fraudeuses²²²¹ à perpétuité. Parce que la vulgarisation des moyens anticonceptionnels risque fort d'étendre cette psychose des fraudeuses à un plus grand nombre de femmes ou de la transformer en psychose anticonceptionnelle collective : conjugale ou familiale. Il nous paraît en effet anormal de croire que toutes ces campagnes contraceptives [...] pour incruster dans notre cerveau du XXe siècle, si facilement impressionnable, l'idée fixe et si alléchante de la famille planifiée, de la procréation à volonté... avec la possibilité de ne plus procréer du tout ! de l'asservissement absolu de la nature à la volonté de l'homme dans un domaine aussi délicat, aussi intime, aussi fragile que la vie conjugale et la sexualité, il est, disons-nous, anormal que tout cela n'ait qu'une influence bénéfique sur le psychisme de nos contemporains. Il n'est pas possible que le truquage permanent de l'acte sexuel et son emploi régulier (et Dieu sait s'il y aura des amateurs !) n'aient pas une influence déplorable sur le psychisme des conjoints, sur l'atmosphère même de leur vie sexuelle devenue anormale et artificielle et, par contrecoup, sur celle de la vie familiale toute entière... ». Citant le Révérend Père de Lestapis, ils ajoutent : « À décapiter systématiquement et techniquement l'amour humain de ce « vœu créateur » qui lui est inhérent, on expose à plus ou moins longue échéance, aussi bien le couple contraceptif que la civilisation de la contraception à fabriquer des « complexes de frustrations » de plus en plus nombreux »²²²². La

²²¹⁹ Ernest Huant, *article cité*, 1968, p. 48-49.

²²²⁰ Ernest Huant, *article cité*, 1968, p. 54.

²²²¹ C'est-à-dire des femmes sous contraception médicale.

²²²² Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 27-28.

seule référence citée est une autorité de l'Église, le Père de Lestapis, quant au reste il s'agit d'affirmations sans le moindre fondement scientifique ni médical. Le discours se veut rassembleur à coup d'évidences proclamées : « il n'est pas possible », « il est anormal ». S'il peut conforter des catholiques traditionnels, il a peu de chance d'élargir son auditoire.

Les opposants font valoir enfin que la légalisation de la contraception ne constituerait qu'une étape pour légaliser l'avortement : « il est inéluctable [...] que la légalisation des avortements suive la légalisation des contraceptifs [...] Evolution fatale et implacable. [...] Sur 17 pays légalisant ou tolérant la contraception sans poursuites, 12 ont légalisé l'avortement. [...] Nous ne pourrions pas refuser l'avortement légal à des Français auxquels nous permettons la contraception »²²²³. En effet, la légalisation de la contraception ne ferait pas baisser le nombre d'avortements « criminels », bien au contraire car « en Suède, [...] l'accroissement (du nombre des avortements) (est) dû au fait que la possibilité d'interrompre la grossesse est devenu un sujet courant de discussion. Il est résulté de ce fait que le concept d'avortement s'est généralisé dans la population. [...] L'échec d'une tentative contraceptive officiellement encouragée peut inciter à interrompre cette grossesse importune. »²²²⁴. Les auteurs ne citent aucun chiffre à l'appui de leurs affirmations mais s'opposent résolument aux partisans de la contraception qui en font une prophylaxie de l'avortement.

Ces critiques qui dénoncent la contraception au nom de la morale et de la religion représentent les derniers sursauts de l'idéologie catholique traditionnelle. Il s'agit d'un combat d'arrière-garde qui ne convainc que les catholiques intransigeants tout en occupant une place non négligeable dans les revues médicales. Il est le fait d'une génération de médecins catholiques arrivés au faite de leur carrière mais menant là un baroud d'honneur.

Ces opposants finissent par focaliser leurs attaques sur la pilule. Contrairement à la morale, ces critiques relèvent pleinement du débat médical et dénoncent essentiellement la dangerosité présente ou future de la pilule pour les femmes. Les contraceptifs hormonaux sont ainsi considérés comme dangereux et suspects d'être à l'origine directe de futurs cancers. L'arrivée de la pilule en France en 1961 suscite aussitôt une série d'articles mettant en cause son innocuité, qualité de base de toute contraception. Si les effets secondaires sont cités, le principal reproche fait à la contraception orale concerne les risques de cancer. En 1962, le professeur de pharmacie Charles Vaille, interrogé sur les nouveaux contraceptifs oraux, exprime son scepticisme : « Malheureusement, contrairement à ce que croient encore certains médecins ou pharmaciens, la pharmacologie animale ne permet jamais de préjuger avec certitude d'une part de l'efficacité thérapeutique d'un médicament par rapport à un autre et surtout de son innocuité absolue ». Pour conforter ses déclarations, il cite le drame récent de la thalidomide, découvert en 1960-61, alors que « rien dans la

²²²³ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 25-26 et 39.

²²²⁴ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 29-30.

formule de cet hypnotique ne permettait, compte tenu des connaissances scientifiques du moment, de prévoir cet effet ». L'auteur ne précise pas que ce type de raisonnement peut être tenu pour tout nouveau médicament mis en vente. Pour lui, « l'emploi continu de contraceptifs oraux [...] peut présenter des dangers pour la femme. En admettant même que l'on arrive à synthétiser de dérivés ne présentant pas des actions secondaires, tels que des troubles gastro-intestinaux ou une tendance à l'obésité, la première question est de savoir si ces dérivés sont dépourvus d'une action carcinogène »²²²⁵. Il note deux niveaux de troubles liés à la prise de pilule : celui des effets secondaires invalidants, « l'obésité » par exemple, ce qui ferait hésiter n'importe quelle femme, et, plus graves encore, les risques de cancer²²²⁶.

En janvier 1967, *Le Concours Médical*, la revue de tous les médecins français, publie un point de vue, non signé, sur « l'année de la pilule ». L'auteur commence par rappeler que « 6 à 8 millions d'Américains (sic) sont sous pilule ». Il consacre ensuite un paragraphe au sujet « Pilule et cancer » : « Les statistiques ne décèlent pas chez les femmes traitées par la pilule une fréquence accrue de cancers du sein. Mais, disent les auteurs américains, notre recul est au maximum de neuf ans, alors que la période de latence des carcinogènes connus (rayons X, goudron, amines aromatiques etc.) dépasse en général dix ans. [...] Hertz et Bailar qui étudient aussi l'influence possible des œstrogènes sur le cancer utérin, n'affirment pas de façon primaire : la pilule est cancérigène. Ce qu'ils affirment, c'est que nous n'avons pas la certitude qu'elle ne puisse au long cours le devenir. [...] On comprend qu'ils demandent à être convaincus que cette formidable expérimentation ne risque pas de se terminer par une flambée de cancers génitaux et mammaires. [...] Que conclure ? Il n'y a pas de médicament actif « sans histoire ». La pilule, quelle que soit sa formulation, n'échappe pas à la règle. Les incidents mineurs [...] sont fréquents durant les premiers cycles et la certitude de n'être pas enceinte, note avec humour l'éditorialiste du *British Medical Journal* rend les femmes occidentales tolérantes à un degré de « discomfort » qu'elles n'accepteraient d'aucune autre drogue. [...] Les risques à court terme paraissent minimes et après tout, acceptables dans un pays où l'automobile fait 10 000 victimes chaque année. En va-t-il de même des risques à long terme ? »²²²⁷. Le paragraphe se termine ainsi sur une interrogation, induite par le manque de recul. Ce texte reflète envers les femmes une véritable inquiétude des médecins, qu'ils soient catholiques ou non.

²²²⁵ Monsieur Charles Vaille, « Suggestions en vue de solutions positives », *Le Concours médical*, 19 mai 1962, p. 3174.

²²²⁶ Notons que les adversaires de la pilule ne sont pas les seuls à faire le lien entre les contraceptifs hormonaux et les risques de cancer. Dès 1969, paraît aux États-Unis l'ouvrage de Barbara Seaman, *The Doctor's Case Against the Pill* », qui considère que la pilule, fortement dosée en œstrogènes, peut amener les femmes à souffrir d'infarctus, de cancers et de dépression suicidaire. Cette méfiance vis-à-vis de la pilule est ici le fait d'une féministe. Ces arguments seront repris par une partie des féministes américaines qui prônera une contraception plus « naturelle », sans hormone.

²²²⁷ Nouvelles médicales, *Le Concours Médical*, 14-1-1967, p. 169-173.

La contraception hormonale se trouve donc au centre d'une controverse médicale entre opposants et partisans de la pilule: « Aucun cancer directement en rapport avec les progestatifs n'a encore été publié. Les observations recueillies à Porto Rico, où le cancer du col est fréquent, montrent que les cas détectés sont même plus rares parmi les femmes soumises aux contraceptifs oraux. Mais le recul m'apparaît insuffisant pour que le risque puisse être absolument écarté. Nous disposons de moins de dix ans d'expérience, ce qui, en matière de cancérogénèse, est beaucoup trop bref. Un agent cancérigène ne se dévoile qu'après des applications longtemps prolongées et répétées. La vigilance doit donc demeurer de règle. [...] La réticence de la plupart des médecins français vis-à-vis des progestatifs, utilisés comme anticonceptionnels, paraît une attitude pleine de sagesse »²²²⁸. Ce principe de précaution avant l'heure peut sembler fondé mais limite les risques de cancer aux hormones prises dans un but contraceptif. Cette focalisation du débat sur les hormones de la pilule est justifiée mais également bien utile aux opposants qui agitent le spectre du cancer.

Certains le font sans vergogne. Le 12 novembre 1968, le D^r Ernest Huant, cancérologue, s'écrie: « Le risque d'une certaine prédisposition au cancer, au moins dans certains cas, est un fait indéniable et que la propagande contraceptive s'efforce par tous les moyens, sinon de nier – ce qui serait impossible – mais de masquer plus ou moins en embrouillant, consciemment ou non, les données de base. On parlera par exemple de statistiques, quand on sait très bien que nous ne disposons encore sur ce problème d'aucune statistique sérieuse ou probative... Il ne faudrait pas mélanger le cas des jeunes filles prenant, depuis un an à peine, la pilule une fois par semaine²²²⁹ pour aller en « surprise-party », avec celui des femmes la prenant régulièrement depuis dix ans au moins ! [...] En Italie, des recherches, étalées depuis plus de dix ans, ont été faites par des gynécologues extrêmement réputés et leur conclusion était bien que la pilule peut favoriser, dans certains cas, une prédisposition à la dégénérescence tumorale. Le Directeur de l'Institut génétique de Rome l'a confirmé au moment même de la parution de l'encyclique pontificale (*Humanae vitae*). *Le nombre de cancer d'origine hormonale augmente depuis que la pilule a commencé à se diffuser* : voilà le fait, qui n'a pas évidemment la valeur d'une preuve expérimentale définitive, mais qui pose quand même un sérieux point d'interrogation sur des probabilités de rapport. Pour nous, et puisque la Cancérologie est notre spécialisation médicale, nous pouvons dire que l'on commence à voir dans les Hôpitaux parisiens des cancers du sein et de l'utérus ayant présenté *des évolutions beaucoup plus rapides* qu'habituellement. [...] Sur 11 cas de cette sorte qui ont été relevés, 9 affectaient des femmes soumises à la pilule. Personnellement nous avons pu vérifier, à notre propre consultation,

²²²⁸ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5524.

²²²⁹ Le D^r Huant est cancérologue et non gynécologue mais devrait savoir que la pilule ne se prend pas une fois par semaine, même pour aller en surprise-party, car avec une telle posologie elle est totalement inefficace...

2 autres cas, parfaitement démonstratifs, sur des femmes de 41 et 45 ans »²²³⁰. Pour le fondateur du Centre international Humanæ vitæ, les femmes « soumises » à la pilule risquent donc le cancer. Il faut noter cependant le caractère tendancieux du raisonnement du D^r Huant pour qui seules les statistiques, limitées d'ailleurs à quelques cas, « prouvant » les liens entre la pilule et l'apparition de cancers, sont valables tandis que les autres ne sont ni « sérieuses », ni « probatives ». Il se contente d'affirmer un lien entre pilule et cancer, du haut de sa position de cancérologue.

Les partisans de la contraception répondent à ces allégations alarmantes. Dès 1967, le D^r Rozenbaum peut écrire : « Étant donné le temps de latence de certains cancers ou de certains états précancéreux, il faut disposer avant de pouvoir conclure d'un recul de plusieurs dizaines d'années. Rappelons enfin que le renouvellement incessant des produits contraceptifs employés, les changements survenus dans la posologie employée, nous privent d'un recul suffisant. [...] Disons d'emblée, mais sans faire une conclusion, que les résultats chez la femme soumise aux œstro-progestatifs sont tous favorables depuis que la contraception orale est pratiquée »²²³¹. En 1970, les D^r Simon et Gestin rappellent que « nous avons actuellement un recul de 12 ans qui conclut en faveur de l'innocuité de la pilule (en particulier les statistiques de la Food and Drug Administration) mais pour les cancérologues ce délai est insuffisant pour se prononcer définitivement »²²³². La suspicion de cancer lié à l'usage de la pilule représente la raison principale pour laquelle les femmes peuvent hésiter à prendre une contraception hormonale. Les médecins cités le savent même s'ils se préoccupent réellement de la santé des femmes. Le thème du cancer est, pour eux, le registre idéal : terrifiant, dans l'avenir et surtout improuvable. Les risques de cancer ont beau être régulièrement démentis dans les années 70 et suivantes, ils projettent une ombre menaçante sur la contraception hormonale. En 1975, interrogeant 85 médecins généralistes, le D^r Marliac constate : « Les trois quarts des médecins pensent que la pilule est une source d'inquiétude pour la santé de la femme. [...] Pour 10 % (d'entre eux), l'inquiétude est due à la phobie du cancer »²²³³.

A côté du cancer, l'autre hantise des femmes peut être la mise au monde d'enfants « anormaux » à cause de la pilule. Cette inquiétude est régulièrement exploitée par les adversaires de la contraception hormonale. Par exemple : « La contraception hormonale et la mutilation physiologique qu'elle (la pilule)

²²³⁰ Ernest Huant, *article cité*, 1968, p. 50-51.

²²³¹ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, f. 57.

²²³² Pierre Simon et N. Gestin, « Contraception. Méthodes orales », *La Revue du Praticien*, 1970, n° 29, p. 4654.

²²³³ Jean-Claude Marliac, *thèse citée*, 1975, f. 75. Une mise au point très claire sur contraception et cancer existe dans le dictionnaire de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, article contraception : http://www.fnclcc.fr/fr/patients/dico/definition.php?id_definition=415 (consulté le 3 novembre 2009).

provoque entraîne des dangers. [...] Au point de vue génétique [...] il existe une possibilité de *malformations chromosomiques* précises qu'ont rappelées et précisées un travail récent du P^r Turpin²²³⁴. Ces malformations sont de celles qui peuvent se traduire par un certain degré de mongolisme ou certains types d'arriération mentale. Des expériences sur des femelles de singe gravides, soumises à l'administration de la pilule ont fait apparaître, *chez les petits, un comportement anormal, surtout au point de vue des manifestations sexuelles*. Chez la femme, des cas d'enfants anormaux ont déjà été observés... de même que certaines fausses couches monstrueuses. Il est à prévoir que le nombre de ces observations serait encore plus grand *si toutes étaient publiées*... Il est à craindre également que ces cas se multiplient suivant l'usage de la contraception hormonale »²²³⁵. L'auteur ne peut donner de statistiques, il évoque donc à mot couvert un prétendu complot qui empêcherait leur publication. Le procédé n'est ni scientifique ni convaincant. Le vocabulaire employé cherche à faire peur : « comportement anormal du point de vue des manifestations sexuelles »²²³⁶, « fausses couches monstrueuses » et il y réussit. Pour cet autre, les contraceptifs hormonaux « peuvent déclencher, dans la descendance des femmes qui ont absorbé des pilules, des malformations héréditaires inscrites pour toujours dans leur patrimoine génétique. [...] Les hormones, administrées par la pilule, sont des produits chimiques synthétiques et sont administrés d'une façon intempestive et traumatisante pour l'appareil génétique féminin. Elles risquent par ce traumatisme même de déclencher des mutations nouvelles, créant dans la descendance des monstres ou des enfants anormaux. Si les décrets d'application doivent prochainement libérer la pilule, il demande, d'une façon pressante, que ce mode de contraception soit expressément réservé aux femmes qui ont décidé de ne plus jamais – jamais – avoir d'enfants, la descendance risquant en effet de porter des tares indélébiles »²²³⁷. Le discours se veut alarmiste mais pourrait être ainsi moins convaincant. Ces affirmations se trouvent d'ailleurs aussitôt réfutées par une réponse des responsables de la revue. L'auteur réplique alors que « la preuve n'est pas faite que la contraception hormonale soit inoffensive pour le patrimoine génétique humain » et qu'il faut donc, selon lui, ajourner l'autorisation de vente de ces pilules, au moment où les décrets d'application de la loi Neuwirth commencent à être publiés au *Journal Officiel*, deux ans après le vote de la loi ! On peut noter l'obstination de ce médecin, qui n'est pas généticien mais chirurgien et qui avait déjà employé ce type d'argument lors de la discussion de cette même loi Neuwirth devant le sénat (car il est sénateur) en décembre 1967 : « Pour l'innocuité, ah ! mes chers collègues, c'est ici que je dénonce le manque d'objectivité de M. Neuwirth ». Jacques Henriët reste

²²³⁴ Le Professeur Turpin est célèbre à cette date pour ses travaux, en collaboration avec son élève Jérôme Lejeune, qui ont abouti en 1959 à la mise en évidence d'un chromosome supplémentaire chez les enfants trisomiques.

²²³⁵ Ernest Huant, *article cité*, 1968, p. 50.

²²³⁶ Nous restons perplexe quant à la signification de cette phrase.

²²³⁷ Jacques Henriët, « Controverse sur les dangers éventuels des contraceptifs hormonaux », *Le Concours Médical*, 26-7-1969, p. 6151.

également célèbre dans les annales du Sénat pour avoir prononcé ces mots lors de cette même intervention : « Dans le merveilleux mécanisme du cycle féminin et de la fécondation, elles (les pilules) se comportent comme un éléphant furieux dans un magasin de porcelaine (sourires). Les pilules inhibent tout, les pilules arrêtent tout, les pilules cassent tout »²²³⁸. Ces outrances ne convainquent pas, ni avant ni après la loi mais elles sont révélatrices de l'état d'esprit des opposants à la pilule qui ne reculent devant aucun argument pseudo-scientifique.

Ses adversaires dénoncent également les innombrables effets secondaires de la prise d'hormones. Le P^r Malinas, par exemple, s'interroge : « Est-il anodin de soumettre pendant un temps indéterminé une femme à une dose d'œstrogènes [...] qui réalise en fait une inondation hormonale de l'organisme comparable à une grossesse qui serait permanente ? »²²³⁹. Le terme « inondation hormonale » ne peut qu'inquiéter, tout comme « grossesse permanente ». Autre effet secondaire critiqué : le D^r Rendu se déclare préoccupé quant au maintien de la fécondité après l'arrêt de la pilule car il « observe souvent après la cessation du progestogène une période anovulatoire pouvant durer parfois jusqu'à plusieurs mois. C'est la première raison pour laquelle les progestatifs ne doivent pas être utilisés pendant longtemps »²²⁴⁰. Autres effets

²²³⁸ Jacques Henriot, intervention sur « la régulation des naissances et l'usage des contraceptifs », *Journal Officiel*, 5 décembre 1967, n° 58 S, p. 2035-2036.

²²³⁹ Yves Malinas, *article cité*, 1967, p. 3461.

²²⁴⁰ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5524. Notons cependant qu'un seul oubli de pilule peut entraîner une grossesse, ce qui signifie qu'il peut y avoir ovulation dès le premier jour sans hormones et que le blocage de l'ovulation peut être très limité. L'opinion du D^r Rendu va être largement partagée parmi les médecins français et va aboutir à une pratique jugée aberrante aujourd'hui : les femmes sous pilule vont se voir imposer, dans les années 60 et 70, tous les deux ou trois ans une « fenêtre contraceptive », c'est-à-dire une période sans pilule, de un ou deux mois, pour empêcher leur ovulation de se « bloquer » et leur permettre d'être enceintes plus tard sans problèmes. Ces « fenêtres » aboutiront souvent à des avortements.

La thèse de médecine de Françoise Thibaud, en 1974, sur le fonctionnement d'un centre d'orthogénie à Lyon, nous apporte quelques précisions statistiques : sur 104 femmes âgées de 21 à 25 ans, 29 étaient enceintes, et demandaient une IVG, à cause d'un arrêt de contraception ; sur ces 29, 7 avaient arrêté sur le conseil de leur médecin, pour pratiquer cette « fenêtre contraceptive », soit une sur quatre. En 1974, encore, des médecins nantais, militants et pratiquant des avortements avant le vote de la loi, notent : « Sur plus de 400 demandes d'interruptions, le quart avait utilisé de temps à autre la « pilule » prescrite sans conseil précis, volontiers arrêtée par le médecin traitant sous prétexte d'arrêts nécessaires tous les six mois ou de dangers organiques plus ou moins réels. Bien entendu, aucune autre méthode de contraception n'était évoquée pendant les périodes d'arrêt... », *article cité*, 1974, p. 5103. En 1975, une autre thèse lyonnaise, celle de Dominique Bauraud, relève le cas d'une femme ayant dû subir une IVG car son médecin lui avait fait arrêter la pilule « pour faire refonctionner les ovaires », *opus cité*, p. 27. Ces pratiques sont abandonnées aujourd'hui justement à cause du risque de grossesse et donc d'avortement. Toujours en 1975, le D^r Jean-Pierre Eyraud note le cas de six femmes, qui

secondaires répertoriés: « congestion mammaire douloureuse, troubles digestifs, nervosité ». De plus, « tous les contraceptifs oraux entraînent une surcharge pondérale par stimulation de l'appétit et rétention hydrique »²²⁴¹. Ces troubles relativement courants mettent mal à l'aise les partisans de la contraception qui se contentent généralement de répondre en valorisant l'efficacité contraceptive de la pilule.

D'autres troubles sont évoqués malgré leur caractère exceptionnel, par exemple les problèmes dermatologiques auxquelles les femmes sont très sensibles. En 1966, les P^r Merklen et Melki, dermatologues, constatent, dans un article du *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* : « dans le cadre limité d'une consultation dermatologique, ont pu être rassemblés quarante-cinq cas de dermatoses qui semblent indiscutablement imputables à l'emploi oral de contraceptifs à base de progestatifs le plus souvent associé à un œstrogène : 18 cas de séborrhée du cuir chevelu avec chute de cheveux, 7 cas d'acné, 4 cas d'urticaire, 3 cas de prurit vulvaire, un cas d'eczéma. Parmi les effets secondaires de la contraception orale, les incidences dermatologiques sont donc loin d'être négligeables. Amenés à les constater puis à les rechercher du fait de notre spécialisation, ils peuvent, de ce fait, paraître exagérés à certains. Sans doute sont-ils relativement rares en considération du nombre de femmes qui peuvent avoir recours à cette méthode anticonceptionnelle ; sans doute faut-il admettre et souligner même la notion capitale de terrain, de tolérance et de sensibilité individuelles. [...] Il semble en fait important de retenir que, compte tenu d'un terrain pratiquement indécélable, la contraception orale peut déclencher des manifestations dermatologiques qui chez certaines malades soucieuses de leur esthétique constituent de véritables « drames dermatologiques » »²²⁴². Les articles sur la contraception sont rares dans cette prestigieuse revue. Il n'est pas anodin que celui-ci promette, à partir de statistiques squelettiques, un « drame dermatologique » à celles qui prennent la pilule.

En janvier 1967 la revue du MFPPF destinée aux militants, *Planning Actualités*, répond à cet article et en conteste les conclusions : « les formules modernes utilisées pour la contraception orale [...] minimisent ces incidents ou ces effets secondaires ». Les médecins du Planning jugent que les auteurs de l'article ont « pour le moins une approche curieuse pour aborder un domaine aussi vaste et aussi riche d'implications nouvelles ». D'autant que ce type d'article, alarmiste pour le moins, est régulièrement repris dans la presse qui en fait « un usage abusif et erroné », qui conforte les opposants à toute

ont dû avoir une IVG car elles avaient arrêté la pilule au bout de 18 mois de prise sur l'ordre de leur médecin pour le « repos des ovaires », *opus cité*, 1975, p. 39.

²²⁴¹ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5524.

²²⁴² Félix-Pierre Merklen et G.-R. Melki, « Incidences dermatologiques de contraceptifs oraux », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 29-11-1966, p. 630-631.

contraception hormonale²²⁴³. Mais cette mise au point reste confidentielle car elle est destinée aux militants du Planning et ne peut rivaliser avec l'influence de la revue de l'Académie nationale de médecine. Pour preuve, en novembre 1968, le D^r Huant n'hésite pas à signaler parmi les conséquences de la prise de pilule « les *atteintes dermatologiques* : certaines peuvent prendre de très grandes proportions et affecter douloureusement l'esthétisme féminin : telle l'alopecie décalvante, chute massive des cheveux donnant à la tête de la femme l'aspect, commun chez l'homme âgé, d'un « genou hippocratique ». Une récente observation dermatologique indiquait que sur 20 femmes présentant cette très disgracieuse infirmité, 15 la rattachaient, d'elles-mêmes, à la prise de la pilule ! »²²⁴⁴. Il est assez peu ordinaire que ce soient les patientes elles-mêmes qui livrent leur diagnostic et que celui-ci soit pris au sérieux. Le D^r Huant fait encore preuve de sa volonté d'affoler les femmes par les termes employés : « alopecie décalvante », « genou hippocratique ».

Plus sérieusement, le P^r Jean Grasset note qu'on observe d'autres incidents plus ou moins graves liés à la prise de pilule : des saignements en cours de traitement (dans un tiers des cas) par exemple. Il met aussi en garde contre les conséquences sur le système vasculaire (pouvant entraîner phlébites, accidents pulmonaires etc.) et rappelle que ce type de contraception réalise une pseudo-gestation [...] avec des incidents comparables à ceux d'une vraie grossesse (nausées, sensation de gonflement, modification du psychisme)²²⁴⁵. Il ne retient, pour la pilule, qu'un emploi « pour une certaine catégorie de femmes suffisamment évoluées [...] et essentiellement pour des raisons médicales ou médico-sociales contre-indiquant la gestation pendant un certain temps [...] (ou avec) des indications thérapeutiques [...] telles que traitement de la dysménorrhée, de blocage cyclique etc. »²²⁴⁶. À rebours de l'opinion, le P^r Grasset veut ainsi limiter la prise de pilule aux indications médicales au nom des risques encourus et aux femmes « évoluées ».

La pilule peut, comme la contraception en général, également amener des « problèmes d'ordre psychique ». Pour le P^r Malinas : « Si certains auteurs signalent une « hantise de l'oubli de pilule », d'autres ennuis plus sérieux peuvent être notés. Parfois un ralentissement de l'activité intellectuelle très comparable à celui que l'on peut observer dans la seconde partie de la grossesse et qui peut gêner l'activité professionnelle, parfois au contraire de véritables bouffées hypomaniaques ou des accès d'angoisse qui disparaissent d'ailleurs dès l'arrêt du traitement »²²⁴⁷. Tout cela est affirmé sans preuve, le « ralentissement intellectuel » en cours de grossesse n'ayant jamais donné lieu à une quelconque recherche. Le P^r Malinas se contente de justifier son propos par

²²⁴³ In « À l'académie de médecine : les contraceptifs oraux et les cas de dermatose », *Planning Actualités*, janvier 1967, n° 9, p. 4.

²²⁴⁴ Ernest Huant, *article cité*, 1968, p. 49-50.

²²⁴⁵ Jean Grasset, *article cité*, 1966, p. 155-157.

²²⁴⁶ Jean Grasset, *article cité*, 1966, p. 159.

²²⁴⁷ Yves Malinas, *article cité*, 1967, p. 3461.

ses observations personnelles. Un forum organisé par *Le Concours Médical* en janvier 1970 essaie de mieux cerner ces atteintes psychiques avec la participation de quatre médecins dont le D^r Kahn-Nathan, du collège médical de Planning. Première remarque : « L'appréciation de l'incidence psychique des contraceptifs oraux est très aléatoire. [...] Ainsi la fréquence des céphalées chez les femmes utilisatrices est de 2-3 % pour certains auteurs et de 60 % pour d'autres. Cela tient à l'attitude du médecin et à la suggestibilité des femmes interrogées »²²⁴⁸. Tous les quatre sont d'accord pour attribuer un rôle important au médecin prescripteur dans l'apparition de ce type de troubles. Ensuite, la femme sous pilule est obligée d'assumer un nouveau rôle : celui d'une femme libérée des risques de la grossesse. La pilule « assure une sécurité absolue : il n'y a réellement aucune chance (ou aucun risque) d'avoir un enfant. L'attitude de la femme vis-à-vis de la maternité reste en effet très souvent ambivalente, elle la redoute et la désire tout à la fois. [...] C'est cette contradiction – présente bien avant le choix et la mise en œuvre de la méthode contraceptive – qui est souvent à l'origine de troubles d'ordre psychiques »²²⁴⁹. Le couple peut aussi souffrir de cette liberté nouvelle : « Tout ce qui était contraception mécanique (retrait, coït interrompu, préservatifs et même diaphragme) imposait soit une participation masculine, soit, pour le couple, une privation partagée. Avec la pilule, la femme assume désormais toutes les responsabilités : prendre cette pilule qu'on dit nocive, s'exposer à certains risques médicaux, veiller à la ponctualité de la prise du produit. Obligée de prendre en main le destin du couple dans le domaine sexuel, elle n'est pas toujours prête à cette charge, elle ne la désire pas toujours. Cette sorte de dévirilisation de l'homme peut ainsi créer un certain déséquilibre »²²⁵⁰. Enfin, pour certaines, « celle-ci (la pilule) est souvent mal supportée car elle lève chez la femme le prétexte à un refus de la vie sexuelle »²²⁵¹. Or le climat social n'aide pas les femmes à assumer cette nouvelle liberté : « L'imprégnation chrétienne de notre société, les dangers régulièrement mis en avant dans les campagnes de presse où reviennent sans cesse les mots de cancer, frigidity, stérilité, le soutien rarement enthousiaste du corps médical à l'égard de la contraception, tout cela ne peut entraîner chez la femme qu'anxiété et sentiment de culpabilité »²²⁵². Ce bilan ne nie pas les conséquences possibles de la prise de pilule sur la santé psychique des femmes mais ne les dramatise pas et les replace dans leur contexte.

Les adversaires de la pilule réfutent à l'inverse toute « action positive de la contraception sur l'équilibre psycho-organique du couple », un argument du Planning familial. Ils en dénoncent le caractère « illusoire et erroné », d'autant que la motivation pour la pilule est « la jouissance sans risques pour le

²²⁴⁸ J. Kahn –Nathan, R. Pluvinaige, H. Rozenbaum et G. Steg, « Pilule et dépression nerveuse », *Le Concours Médical*, 10-1-1970, p. 235-236.

²²⁴⁹ J. Kahn-Nathan et alii, *article cité*, 1970, p. 236.

²²⁵⁰ J. Kahn-Nathan et alii, *article cité*, 1970, p. 241.

²²⁵¹ J. Kahn-Nathan et alii, *article cité*, 1970, p. 241.

²²⁵² J. Kahn-Nathan et alii, *article cité*, 1970, p. 236.

partenaire masculin du couple, et pour la femme, peut être davantage l'assurance de mieux retenir l'homme qu'elle aime, qui lui convient ou qu'elle désire retenir, par cette perspective de jouissance sans risques ! [...] De plus les neuropsychiatres s'en sont bien aperçus, la mutilation contraceptive peut provoquer elle-même des psychoses en sens contraire beaucoup plus réelles et intenses que celle de l'enfant redouté. Selon un processus bien connu des spécialistes, elles vont évoluer, suivant le tempérament constitutionnel de la femme, soit vers l'érotomanie, soit, et plus fréquemment, vers la frigidité. Par contrecoup, vont apparaître chez le mari, des complexes de détachement – en cas de frigidité de la femme – ou d'inhibition nerveuse, pouvant aller jusqu'à l'impuissance émotive, en cas d'érotomanie de la partenaire : les excès de celle-ci fatiguant physiquement et psychiquement le conjoint et lui donnant l'impression de ne plus être en état de répondre aux sollicitations abusives et trop répétées de sa compagne »²²⁵³. Réapparaît ici la vieille terreur masculine de l'avidité sexuelle des femmes, encouragée par la prise de pilule, et qui aboutit à la castration symbolique du partenaire masculin. Ces affirmations ne peuvent que faire rejeter la pilule ; elles sont cependant gratuites, sans références scientifiques. L'emploi d'un vocabulaire outrancier, « la mutilation contraceptive », dessert ce discours.

Les médecins catholiques refusent également le stérilet. Le DIU est en effet accusé de provoquer un avortement en empêchant la nidation de l'ovule fécondé dans la muqueuse utérine. Ainsi pour le P^r Chauchard, « empêcher une nidation d'œuf fécondé c'est interrompre une vie en puissance », et il va jusqu'à désigner cela comme un « avortement prénatal que rien ne saurait justifier »²²⁵⁴.

Certains médecins s'illustrent par des positions extrémistes, comme le P^r Paul Chauchard, une personnalité incontournable dans le débat sur la contraception en France. Quand *Vitalité française* publie au lendemain de la loi Neuwirth un numéro spécial, il y figure un article de cet auteur sur les « aspects moraux de la contraception » où il développe pour la énième fois ses théories : les contraceptifs sont « des artifices techniques », qui entraînent une « sexualité incontrôlée » loin de la « dimension humaine de la sexualité » qu'il appelle de ses vœux. S'il reconnaît qu'il est nécessaire de limiter les naissances, il souhaite une « éducation du contrôle de soi » pour les couples qui, seule, permet d'aboutir au « dialogue et à la collaboration des sexes quand on ne sera plus obligé de choisir entre le déchaînement érotique et une neutralité oublieuse du sexe. [...] Le couple doit apprendre à distinguer la contraception orale qui altère l'harmonie de l'union, les produits spermicides avec risques de monstruosité fœtales par spermatozoïdes altérés, la contraception générale par « pilules » qui s'attaque à l'essence de la femme, sa rythmicité endocrinienne. [...] Il doit comprendre la différence de nature de la femme entre le diaphragme mis et enlevé par la femme dans le vagin et le monstrueux stérilet

²²⁵³ Ernest Huant, *article cité*, 1968, p. 51-52.

²²⁵⁴ Propos rapporté par R. Verhaeghe, *article cité*, 1970, p. 4705.

mis à demeure dans l'utérus, cet organe irritable, infectable, cancérisable, dont l'action est abortive, entre la pilule hormonale de décyclage féminin et la pilule « du lendemain matin » qui est abortive. [...] Il s'agit de savoir si les hommes-cobayes se laisseront déshumaniser par la technique des technocrates. [...] Devant la menace du « meilleur des mondes », il faut réagir avant qu'il ne soit trop tard »²²⁵⁵. Cette vision apocalyptique, avec emploi d'un vocabulaire inventif, reste néanmoins isolée, sans influence notable sur l'opinion, y compris catholique, mais constitue une référence obligée dans le débat.

Les experts catholiques se laissent ainsi souvent aller à dramatiser les conséquences de la prise de pilule, ou d'autres moyens contraceptifs, dans une volonté d'effrayer les femmes et leurs confrères. Cette stratégie spectaculaire, au nom du bien-fondé de leur morale, n'est efficace qu'à usage interne; leurs lectrices et lecteurs sans engagement catholique retiennent surtout l'outrance et l'anachronisme de leurs propos sans en prendre la teneur au sérieux. Quelle solution proposent donc les médecins catholiques à la régulation des naissances ? Elle tient en un slogan : « Pas de Birth Control mais du Self Control ! » car « le meilleur moyen d'être heureux en ménage n'est pas de truquer l'acte sexuel et d'installer la fraude continue dans la vie conjugale ». C'est renier la « morale de nos pères où la crainte de « l'accident » était le commencement de la sagesse, mais surtout où l'éducation de la volonté et du self-control avait une autre valeur que le déchaînement sans frein de nos instincts sous la fausse protection des trop inefficaces moyens contraceptifs»²²⁵⁶.

Les médecins catholiques militent pour les méthodes naturelles qui ne demandent ni manipulation ni prise de médicament. Elles ont également l'avantage de ne pas tomber sous le coup de la loi de 1920 car « on n'a jamais poursuivi personne pour une telle propagande. Théoriquement ces conseils permettent de limiter les familles mais comme ils peuvent être utilisés aussi efficacement pour déterminer le moment le plus favorable à la conception, dans le cas où le ménage est subfécond ...»²²⁵⁷. Elles permettent donc de ne pas remettre en cause la loi et de garder le statu quo cher aux natalistes.

Le D^r Hermann Knaus (1892-1970), autrichien, s'inspire des travaux du D^r Kyusaku Ogino (1882-1975) dans les années 1923-1928 au Japon, et de sa théorie, selon laquelle « la femme normalement capable de procréer est stérile au cours des derniers 11 jours qui précèdent la menstruation ». Les recherches D^r Knaus arrivent à une plus grande précision : « l'ovulation a lieu régulièrement le quinzième jour « ante menstruationem » et par conséquent la conception n'est possible que pendant cinq jours du cycle »²²⁵⁸. Il ajoute avec

²²⁵⁵ Paul Chauchard, « Aspects moraux de la contraception », *Vitalité française*, janvier-février 1968, n° 490-491, p. 282-284.

²²⁵⁶ Marc Rivière et Robert Traissac, *article cité*, 1957, p. 36 et 33.

²²⁵⁷ Jean Sutter, *article cité*, 1962, p. 3174.

²²⁵⁸ H. H. Knaus, « La contraception naturelle », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 416. Certains médecins étendent cette période de fertilité du 10^{ème} au 17^{ème} jour du cycle, étant

enthousiasme : « La contraception qui se base uniquement sur le choix du moment, est préférable à toutes les autres méthodes, qui ont recours à des moyens artificiels, et ce pour différentes raisons : avant tout parce qu'elle ne dérange en rien le déroulement naturel de l'acte sexuel, que tous les hommes²²⁵⁹ normaux désirent instinctivement accomplir suivant la volonté du Créateur. La contraception naturelle correspond, par conséquent, aux exigences les plus sévères de l'éthique, de l'esthétique, de l'hygiène ; elle est aussi la seule à avoir obtenu l'approbation de l'Église. [...] Enfin, la contraception naturelle, lorsqu'on observe exactement les directives donnée pour son application, offre une telle sécurité qu'elle jouit déjà, pour cette raison aussi, de l'expansion la plus grande et d'une considération sans cesse croissante »²²⁶⁰. Un beau plaidoyer pro domo et une mise en perspective idéologique.

En 1960, la méthode des températures, dite thermique, est mise au point en France : « Chez une femme bien portante et bien réglée, en période d'activité génitale normale, il existe un décalage thermique qui accompagne l'ovulation et qui est situé entre un palier de basse température, 36,5° environ, et un palier de haute température, 37,1° environ. Trois jours après la stabilisation de la courbe, en plateau, dans la zone des températures hautes, toute femme est inféconde, jusqu'à la fin du cycle »²²⁶¹. Quand la femme constate une hyperthermie, elle est fécondable, en général 14 jours avant ses futures règles, car l'augmentation de la température indique le moment de l'ovulation. Quelques temps après, elle peut avoir des rapports sexuels sans risques puisque l'ovule ne survit que quelques heures.

Ces méthodes bénéficient en effet de l'appui officiel du clergé français comme le rapporte en 1959 le D^r Jenny Leclercq dans un article de la revue *Maternité Heureuse*: « des traités de casuistique assez récents interdisaient encore aux confesseurs de parler les premiers de la méthode Ogino-Knauss. Actuellement on leur dit : il faut instruire vos pénitents en difficulté de l'existence de cette méthode »²²⁶². Ce témoignage pourrait être sujet à caution de la part d'une militante du Planning Familial mais la méthode thermique est effectivement conseillée par les prêtres, comme l'écrit un couple : « Nous avons rencontré un prêtre qui nous a aidés et conseillés la méthode des températures. La brochure qu'il mit entre nos mains [...] »²²⁶³. Le D^r Solange Siebert dont la thèse porte sur l'attitude vis-à-vis de la maternité des femmes de la région grenobloise, remarque que la méthode des températures est surtout employée chez les rares agricultrices de son échantillon, « grâce aux conférences

entendu que le premier jour du cycle est celui du premier jour des règles, in Micheline Cardi, *thèse citée*, 1968, p. 14.

²²⁵⁹ S'agit-il des êtres humains ou seulement des êtres masculins ?

²²⁶⁰ H.H. Knaus, *article cité*, 1955, p. 418.

²²⁶¹ Roger Géraud, *opus cité*, 1963, p. 76.

²²⁶² Jenny Leclercq, « La signification de la découverte Ogino-Knauss sur le plan du droit naturel », *Maternité Heureuse*, 1959, n° 11, p. 6.

²²⁶³ Charles Rendu et Madame Rendu, *opus cité*, 1967, p. 77.

catholiques faites dans les milieux ruraux »²²⁶⁴. En 1969, le D^r Juliette Pascal, sœur Marie-Christine en religion, est enjointe par son Ordre, celui des Petites Sœurs des Maternités Catholiques, à passer sa thèse sur la méthode thermique de contraception²²⁶⁵. L'Église se montre donc très offensive en matière de contraception naturelle.

Les médecins catholiques développent parallèlement un véritable militantisme pour faire reconnaître et diffuser la méthode thermique. Ce militantisme s'étend aux deux membres du couple, ainsi le D^r Rendu et sa femme signent ensemble un ouvrage qui couronne leur action commune et considèrent qu'un véritable travail d'éducation, auquel l'épouse du médecin peut participer, est indispensable à la réussite de la méthode : « le médecin ne se comporte pas seulement en technicien d'un test physiologique, mais aussi comme un époux, donc collaborant avec son épouse [...] comme un couple éducateur »²²⁶⁶. Cette notion de « couple éducateur » implique personnellement le médecin et son épouse, dans ce cas de figure traditionnel. Parfois, les deux époux catholiques sont tous les deux médecins comme François et Michelle Guy, et les D^r Vincent. Ces militants tiennent également des réunions chez eux pour former d'autres couples éducateurs qui expliquent à leur tour à d'autres la méthode thermique, formant un véritable réseau. Ces partisans enthousiastes de la méthode des températures revendiquent une éclatante réussite. Pour le D^r Charles Rendu qui mène avec son épouse une expérience de diffusion de la méthode à la Réunion en 1965 : « L'acceptabilité de la méthode est bonne et, notamment, dans les milieux frustrés. Un seul exemple : à l'île de la Réunion où nous avons introduit la courbe thermique, 1 200 couples maîtrisent ainsi leur fécondité, aidés de 80 couples éducateurs »²²⁶⁷. Quel dispositif et quel engagement militant !

Le militantisme des médecins catholiques prend également une forme plus traditionnelle avec la création d'une association pouvant tenir tête au Planning Familial: le C.L.E.R., Centre de Liaison des Équipes de Recherche, est créé en juin 1961 et déclaré au *Journal Officiel* le 20 avril 1962. Ce nom banal recouvre les activités d'une association destinée à développer la méthode thermique, réponse catholique aux aspirations des couples à une régulation des naissances. Ses fondateurs sont le RP de Lestapis, le D^r Rendu et les D^r Guy. Cette structure militante est très dynamique et concurrence le Planning Familial en ouvrant, à partir de sa base de Nantes, des centres un peu partout en France, jusqu'à la Réunion.

Le militantisme passe également par la publication d'ouvrages de conseil conjugal aux couples et aux futurs couples. En 1939, par exemple, le D^r Jean Carnot publie un ouvrage intitulé *Au service de l'amour. Un livre propre, clair*

²²⁶⁴ Solange Siebert, *thèse citée*, 1963, f. 49.

²²⁶⁵ Juliette Pascal, *thèse citée*, 1969, Nancy.

²²⁶⁶ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5530.

²²⁶⁷ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5530.

*et net*²²⁶⁸. Il est régulièrement réédité jusque dans les années soixante, en deux volumes, l'un destiné aux jeunes gens et l'autre aux jeunes femmes. Cet ouvrage d'éducation sexuelle pour jeunes catholiques en âge de se marier comprend, à la fin, des pages « documentaires » consacrées à la « détermination des jours féconds et des jours stériles de la femme », soit la méthode Ogino. Il met en garde les futurs époux contre « le pur égoïsme, sans raison valable » qui amènerait les jeunes époux à ne pas respecter « l'ordre voulu par l'Auteur de la nature puisqu'ils sacrifieraient à leur égoïsme l'un des devoirs essentiels des gens mariés, à savoir transmettre la vie »²²⁶⁹. L'auteur se place clairement dans une perspective catholique et ne retient que la méthode Ogino.

Ces techniques contraceptives naturelles sont effectivement bien adaptées aux femmes et aux couples catholiques. Le D^r Bernard Vincent, un des pionniers de la méthode des températures, le relève en 1967 : « cette méthode convient bien à une population de catholiques pratiquants désireux de se trouver en règle avec leur morale religieuse, telles qu'ils la comprennent. La méthode thermique s'avère particulièrement adaptée à une certaine attitude dans la relation amoureuse. Attitude caractérisée par le désir de privilégier des « relations d'union ». [...] L'accent est déplacé de l'organe, du sexe, à une union plus continue et diffuse. [...] Le choix de cette méthode nécessite une certaine adhésion aux normes culturelles et institutionnelles de notre société. Il paraît impliquer une « conjugalité » légalisée et socialement insérée »²²⁷⁰. Il précise : « La motivation religieuse est très souvent la première invoquée, celle qui paraît uniquement déterminer le choix du couple »²²⁷¹. Le D^r Vincent fait référence aux « incidences qui s'établissent entre une croyance profondément ancrée et un comportement sur le plan de la régulation des naissances. Le « sentiment religieux » correspond à l'un des grandes forces qui s'exprime dans cette population (de la région de Nantes) avec une homogénéité remarquable dans la manière dont il est décrit. Il apparaît avec netteté qu'il représente la principale motivation et le point central de référence dans le choix de la méthode. [...] Deux attitudes : [...] le besoin positif de vivre en accord avec ses principes religieux volontairement assumés, [...] la crainte provoquée par des interdits religieux et la volonté de se soumettre à une discipline extérieure à soi-même [...] les femmes y sont plus sensibles que leurs maris. [...] Le sentiment de vivre en accord avec la légalité et les « directives de l'Église » apporte une grande satisfaction aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Toutefois celles-ci se trouvent plus concernées que leur mari. Elles estiment en majorité la conformité à leur morale plus importante que la compréhension entre époux. Cet ordre des valeurs est changé chez les hommes »²²⁷². Ces réflexions

²²⁶⁸ J. Carnot, *Au service de l'amour*, Paris, Beaulieu, 1939, 1946 et 1964.

²²⁶⁹ J. Carnot, *opus cité*, 1946, p. 243.

²²⁷⁰ Bernard Vincent, *Méthode thermique et contraception. Approches médicale et psychosociologique*, Paris, Masson, 1967, p. 117.

²²⁷¹ Bernard Vincent, *opus cité*, 1967, p. 135.

²²⁷² Bernard Vincent, *opus cité*, 1967, p. 107-108.

constatent la prégnance des enseignements et interdits de l'Église chez les femmes concernées au premier chef par la régulation des naissances. Ce texte est lucide en faisant le lien entre pratique religieuse et méthode naturelle de contraception. Le D^r Vincent ne va cependant pas jusqu'au bout de son raisonnement : les catholiques pratiquantes deviennent une minorité en France dès 1967.

Mais ces méthodes naturelles sont jugées par la plupart des femmes et des couples trop contraignantes pour permettre une sexualité épanouie. Selon l'expérience des médecins nantais, fondateurs de la méthode, Guy Van der Stappen, Traissac et les époux Vincent, la méthode thermique permet des rapports sexuels « huit jours et parfois moins » par mois, un peu plus parfois à condition de prendre des risques. Un autre inconvénient pratique, mineur celui-là, consiste en « l'obsession du thermomètre » chez les femmes scrupuleuses comme le reconnaît lui-même le D^r Vincent²²⁷³. Mais « le reproche le plus important serait qu'elle limite les rapports à une très courte période ». Ainsi les trente personnes, dont l'ouvrage du D^r Bernard Vincent nous livre le témoignage, émettent toutes des réserves plus ou moins appuyées sur la période de « continence » qu'il leur faut respecter²²⁷⁴. Deux interprétations de cette nécessaire continence sont envisageables : l'une négative, « un temps de restriction, [...] une attente que l'on supporte de son mieux, [...] ou avec un certain désintéret », l'autre positive comme « un temps plein, un effort non pas imposé mais totalement pris en charge et considéré comme tout à fait bénéfique, [...] un acte de volonté qui provoque le sentiment agréable et positif d'assumer ses responsabilités et qui développe avec profit le respect pour autrui ». Cette dernière attitude concernerait 36,6 % des hommes et 55,2 % des femmes selon l'enquête du D^r Bernard Vincent : « cette période d'arrêt leur permet de répondre à un besoin : celui de n'être pas dominé par « l'instinct sexuel » mais de le diriger et de parvenir par là à une sexualité « adulte », c'est-à-dire « consciente et responsable ». La méthode thermique correspond à un moyen pour humaniser l'homme, le détacher de la recherche du plaisir physique en soi pour le « hausser » vers une sexualité privilégiant le dialogue et l'accomplissement de soi. Sur toutes les personnes interrogées seules 6,56 % de l'ensemble des couples expriment clairement l'insatisfaction devant cette méthode, presque tous à cause de la continence nécessaire car ils voient « leurs élans brisés par un interdit ». Mais ces critiques sont le fait d'une toute petite minorité qui n'envisage d'ailleurs pas d'abandonner la méthode²²⁷⁵. Le commentaire du D^r Vincent reprend l'argument central des catholiques en faveur d'une contraception humaine et adulte opposée à la libération de l'instinct sexuel lié aux contraceptifs médicaux pour ces catholiques. Cet argument reprend telle quelle la doctrine de l'Église pour qui l'amour conjugal « est avant tout un amour pleinement humain », à la différence d'« un simple

²²⁷³ Bernard Vincent, *opus cité*, 1967, p. 119-138.

²²⁷⁴ Bernard Vincent, *opus cité*, 1967, p. 119-138.

²²⁷⁵ Bernard Vincent, *opus cité*, 1967, p. 110-111.

transport d'instinct et de sentiment » selon les termes qu'emploie Paul VI dans *Humanae vitae*²²⁷⁶. Paul VI y affirme également : « En défendant la morale conjugale dans son intégralité, l'Église sait qu'elle contribue à l'instauration d'une civilisation vraiment humaine »²²⁷⁷. Les catholiques revendiquent en quelque sorte le monopole d'une vision humaine de la sexualité, au grand scandale des laïcs. D'autres médecins préfèrent évoquer la force que donne l'amour, plus précisément l'amour conjugal. Le D^r Charles Rendu n'esquive pas la question de la continence et la résout ainsi: « Les couples pensent initialement qu'ils ne pourront pas accepter l'abstinence pendant la période de fécondité. Si c'est la femme qui nous consulte, elle nous dit : « mon mari ne pourra jamais. [...] Comment un mari parvient-il à se maîtriser pendant 17 à 18 jours, ce qui est nécessaire si le couple désire une sécurité absolue ? Il faut qu'il ait confiance en la méthode. Il faut aussi que sa motivation soit forte. Cette motivation est liée à un problème d'amour. [...] S'il y a encore de l'amour dans ce couple et si les raisons sont impérieuses d'espacer les naissances, le mari consent à se maîtriser et cet effort consenti augmente l'amour »²²⁷⁸. Cette admirable vision semble néanmoins idyllique et il n'est aussi nullement question du désir de la femme et de sa frustration, sujet tabou. Elle correspond également à la vision officielle de l'Église, réaffirmée dans *Humanae vitae* : le paragraphe sur « la paternité responsable »²²⁷⁹ énonce que celle-ci « signifie la nécessaire maîtrise que la raison et la volonté doivent exercer sur elles (les tendances de l'instinct et des passions) »²²⁸⁰. Cette assertion est reprise à la fin de l'encyclique sous le titre « Maîtrise de soi » : « La maîtrise de l'instinct par la raison et la libre volonté impose sans nul doute une ascèse pour que les manifestations affectives de la vie conjugale soient dûment réglées, en particulier par l'observance de la continence périodique. Mais cette discipline, propre à la pureté des époux, bien loin de nuire à l'amour conjugal, lui confère au contraire une plus haute valeur humaine »²²⁸¹. Ces arguments irriguent depuis les années trente la réflexion interne de l'Église catholique avant d'être couronnés par l'encyclique. On peut donc s'interroger sur les arguments développés par les médecins catholiques du haut de leur position d'experts : quels sont les fondements de leurs écrits ? Sont-ils d'ordre scientifique ou religieux ? Sont-ils à l'origine de la doctrine de l'Église ou représentent-ils la volonté de faire passer le message pontifical ?

Un autre obstacle doit être surmonté car la continence périodique « oblige le couple à se plier dans ses désirs au cycle féminin c'est-à-dire souvent à s'unir

²²⁷⁶ Au paragraphe 9 de l'encyclique.

²²⁷⁷ Au paragraphe 18 de l'encyclique.

²²⁷⁸ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5530.

²²⁷⁹ Il est intéressant de noter qu'il ne s'agit jamais de « maternité responsable » dans cette encyclique.

²²⁸⁰ Au paragraphe 10 de l'encyclique.

²²⁸¹ Au paragraphe 21 de l'encyclique.

au moment où la femme en a le moins envie »²²⁸². La réponse du D^r Rendu se veut rassurante : « Une femme sécurisée parviendra plus facilement à l'orgasme, même si le rapport n'a pas lieu à un moment où la libido est spontanément maxima ». De plus, la maîtrise de la fécondité par le couple grâce à une période d'abstinence peut améliorer la qualité des rapports sexuels, ou plutôt conjugaux selon la terminologie en vigueur chez les médecins catholiques : « Le mari devient capable d'aller vers sa femme, plus pour lui donner du plaisir que pour le prendre lui-même. Ayant appris à attendre sa femme pendant une partie de son cycle, il lui est devenu possible de l'attendre pendant les préliminaires de l'acte conjugal et aussi une fois l'intromission réalisée. Ce pouvoir d'empêcher une éjaculation trop précoce a permis à plus d'un mari de donner davantage de tendresse à sa femme, et à plus d'une femme de guérir de sa frigidity. Beaucoup plus que leur nombre, compte la qualité des rapports charnels »²²⁸³. Un an plus tard, le D^r Rendu réitère cette opinion lors de trois conférences données devant les étudiants parisiens. La plupart des questions posées « traduisent leur crainte de voir s'installer durant les périodes d'abstinence, soit un déséquilibre du couple, soit des pratiques sexuelles anormales ». En bon militant catholique de la méthode des températures, le D^r Rendu répond : « Le rôle de l'abstinence périodique dans la guérison de la frigidity a également été souligné. Mme Rendu [...] rapporta à ce sujet les confidences de nombreuses femmes interrogées. La plupart avouent avoir redécouvert leur mari à la faveur de cette méthode. Beaucoup ne les auraient pas crus capables de tant d'abnégation. *Les femmes estiment leur mari bien plus mauvais qu'il n'est en réalité. À l'indulgence d'abord, puis à l'étonnement succède l'admiration.* L'abstinence périodique permet également un retour à la tendresse dans les couples »²²⁸⁴. S'il est imaginable qu'une grande attention au cycle de la femme puisse amener le couple à mieux connaître les mécanismes physiques de la sexualité, cette opinion (sur quoi est-elle fondée ?) semble un peu idyllique, d'autant que la frustration peut aussi bien engendrer la brutalité et la violence. Charles Rendu a même l'audace d'évoquer les périodes sans rapports sexuels en ces termes : « Si, pendant la période de fécondité, mari et femme échangent des caresses dans une volonté de don, ils retirent de ces intimités sexuelles limitées, vécues de façon non captative, beaucoup plus que des rapports conjugaux vécus dans une attitude égocentrique »²²⁸⁵. La masturbation réciproque, même aussi délicatement évoquée, n'est pas une composante habituelle des articles des revues de médecine ni de ceux des auteurs catholiques. En général, les médecins catholiques se contentent

²²⁸² Paul Chauchard, *article cité*, 1962, p. 3153.

²²⁸³ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5530.

²²⁸⁴ « La régulation des naissances devant les étudiants parisiens », *Le Concours médical*, 12 mars 1966, p. 1936.

²²⁸⁵ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5530.

d'affirmer sans raisonnement ni référence scientifique: « certains couples préfèrent, parfois pour une durée assez longue, une continence totale »²²⁸⁶.

Le D^r Charles Rendu n'hésite pas à élargir au delà de la sexualité les bienfaits de la méthode: « Pour que la sexualité soit un moyen privilégié de relations interhumaines, soit un moyen de don, il faut qu'elle soit maîtrisée. Il en est en cela comme des autres instincts. Ils ne sont humanisés que dans la mesure où ils sont maîtrisés. L'intérêt passionnant du travail que j'ai entrepris avec ma femme, c'est qu'alors qu'initialement nous pensions aider les couples uniquement à régler leur fécondité, nous nous sommes aperçus peu à peu que ceux qui pratiquaient l'abstinence périodique croissaient donc en amour, mais aussi en valeur de personne. Ce deuxième aspect se manifeste par exemple dans le domaine professionnel : une véritable promotion succédant à une stagnation ; au plan social, tel foyer, replié sur lui-même, s'ouvre aux autres ; voire au plan spirituel pour ceux dont l'évolution était bloquée par l'utilisation d'un moyen de régulation des naissances non satisfaisant. [...] On ne peut pas agir sur la fécondité des époux sans que cela retentisse sur leur amour. On ne peut dissocier amour et fécondité »²²⁸⁷. Ce discours chrétien révèle que la méthode thermique doit induire un bouleversement positif non seulement de la sexualité mais de la vie toute entière de ceux qui l'ont choisie. Les médecins catholiques ne bornent ainsi pas leur action à diffuser une technique de contraception acceptable par le Vatican. Ils visent à rendre ces couples plus épanouis socialement et plus proches encore de l'Église. Il s'agit donc bien d'un projet d'éducation global au bénéfique et avec le soutien de celle-ci.

La principale critique porte sur l'impossibilité pour la plupart des couples de respecter pleinement les contraintes nécessaires à son efficacité: « Cette méthode ne manque certes pas de valeur éducative dans le développement de la maîtrise de soi et de la spiritualité. Mais il est certain que tous les couples ne peuvent y atteindre. D'ailleurs il n'est pas sûr que son application soit souhaitable car, a priori tout au moins, elle semble être facilement génératrice de névroses chez les deux partenaires, surtout si elle est pratiquée uniquement dans un but contraceptif – ce qui sera le cas de la majorité des couples – et non dans un contexte nécessaire de recherche spirituelle »²²⁸⁸. La plupart des médecins pensent d'ailleurs qu'il n'est pas réaliste de conseiller la continence à leurs patients: « On ne peut [...] qu'approuver M. Chauchard lorsqu'il stigmatise la démoralisation érotique des jeunes et qu'il insiste sur la nécessité d'une éducation véritable à la sexualité. [...] Il essaie de montrer, en accord avec la pensée catholique actuelle que la contraception n'est qu'un faux remède, une solution de facilité devant les problèmes de la sexualité humaine et que le seul chemin de la promotion de l'amour réside dans un difficile effort de maîtrise et de contrôle. Tout ceci est probablement vrai, mais le médecin praticien, qui n'a pas vocation – et ne peut se permettre - d'être philosophe ou

²²⁸⁶ Pierre Guisnet, *Les indications médicales de la contraception*, Lille, 1969, n°105, f. 114.

²²⁸⁷ Charles Rendu, *article cité*, 1965, p. 5530.

²²⁸⁸ Marie-Thérèse Ansaldi, *thèse citée*, 1962, f. 25.

moraliste dans sa tâche quotidienne, a des problèmes concrets à résoudre devant la misère humaine journalièrement confrontée, que malheureusement cette philosophie et cette morale ne semblent pas pouvoir aider à résoudre²²⁸⁹». Le D^r Hélène Michel-Wolfromm fait remarquer plus prosaïquement que « dans cette abstention, l'homme et la femme exaltent leur mysticisme et leur désir de pureté. Il s'agit là d'un véritable *postulat spirituel* devant lequel je m'incline, en évitant de formuler les critiques qui me viennent à l'esprit (sic). Certains couples catholiques s'abstiennent non par ferveur religieuse mais parce que la femme, inhibée par les interdictions, n'éprouve guère de plaisir. Elle est enchantée de réduire son activité sexuelle à trois ou quatre rapports par mois. Le mari, de son côté, a perdu quelque peu de sa puissance, déconditionnée par une trop longue continence »²²⁹⁰. Cette sexologue trace un triste tableau bien éloigné de l'enthousiasme du D^r Rendu.

Après plusieurs années d'expérimentation de la méthode thermique, le D^r Bernard Vincent reconnaît que 6,56 % des couples qui l'appliquent sont insatisfaits. La première cause en est le « refoulement » que leur impose la période dite de continence. Les hommes insistent plus que les femmes. [...] Ils attribuent de l'importance à la spontanéité et restent attentifs au désir et à sa fantaisie : « il est difficile de transformer ces absences d'échange physique en surnaturel ! », « je souffre beaucoup de ne pas me donner », « ne pas faire l'amour quand on en éprouve le besoin »... L'insatisfaction découle essentiellement de la « qualité des rapports sexuels » en période post ovulatoire. L'organisation de la vie sexuelle en deux phases intermittentes détermine une discordance entre le désir pour son conjoint et la période de reprise des rapports : « nécessité de m'abstenir dans les périodes où je désire le plus ma femme », « quand les rapports deviennent possibles, le désir est souvent amoindri », « les jours avec sont des jours sans et les jours sans des jours avec ». Parmi les femmes exprimant leur insatisfaction, 30 % l'attribuent à cette impossibilité de faire coïncider désir sexuel et période stérile : [...] « cette méthode ne permet pas l'union totale pendant la période où physiquement la femme désire le plus son mari », « la période hyperthermique représente pour la femme celle où elle est le moins disposée à l'orgasme »²²⁹¹. Le D^r Vincent a l'honnêteté de rapporter ces témoignages. Il semble cependant minimiser le pourcentage de couples déçus par rapport à d'autres études. En 1970, à la question, « Croyez-vous que l'abstention périodique nuise à votre entente sexuelle conjugale ? », plus de la moitié des 300 femmes interrogées par le D^r Tornari, dans le cadre de sa thèse, répondent par l'affirmative (54,48 % exactement). À la question inverse, « Pensez-vous que l'abstention périodique

²²⁸⁹ « Compte rendu du livre de Paul Chauchard », *Le Concours médical*, 2 octobre 1965, p. 5626.

²²⁹⁰ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1962, p. 669.

²²⁹¹ Bernard Vincent, *op. cité*, 1967, p. 111-112.

permet une meilleure intimité sexuelle ? », elles sont 74,63 % à répondre non²²⁹².

Ces problèmes indéniables amènent une désaffection des couples vis-à-vis de la méthode thermique, à l'exception des catholiques les plus militants. En 1963, une enquête auprès de 1 200 accouchées de milieu ouvrier pour la plupart, révèle que 9,5 % de celles-ci utilisent la méthode Ogino pour éviter une grossesse et que moins de 2 % des couples pratiquent la méthode des températures²²⁹³. En 1969, 9,5 % des patientes venues pour une contraception médicale à l'hôpital Bretonneau déclaraient utiliser la méthode Ogino et 3 % la courbe thermique²²⁹⁴. La persistance inattendue de la méthode Ogino, qui a fait les preuves de son défaut d'efficacité à cette date, tient peut-être à la simplicité des calculs qu'elle exige, à l'opposé des contraintes de la méthode thermique. Il n'en reste pas moins que les méthodes naturelles ne sont utilisées que par une minorité de couples, autour de 10 %, chiffre à rapprocher du noyau dur des catholiques pratiquants en France.

D'autres catholiques, médecins et patientes, marquent leur désaccord avec les positions officielles de l'Église et espèrent une évolution en critiquant publiquement le discours pontifical: « Où passe la frontière entre méthodes naturelles et méthodes contre-nature ? [...] Comment l'Église tolère-t-elle l'accouchement sans douleur, contraire à la parole de l'Écriture : « Tu enfanteras dans la douleur ? » [...] L'anesthésie, l'immunisation contre les infections, le port de prothèse pour un mutilé ne vont-ils pas contre les lois de la nature et pourtant l'Église les admet. N'y a-t-il pas un subtil pharisaïsme dans les subtiles distinctions apportées dans le domaine des méthodes anticonceptionnelles par l'Église Catholique ? [...] Il est certain, de plus, que l'instinct sexuel déborde largement l'instinct de reproduction et qu'il y a dissociation entre la sexualité et la procréation. L'Église le reconnaît bien puisqu'elle admet un mariage entre personnes ne pouvant engendrer de descendance. L'Église révisera certainement sa position un jour. [...] D'après des statistiques établies par un médecin de Genève, les Françaises représenteraient 35 % des femmes venues consulter en vue d'un avortement et ces Françaises sont toutes, excepté une seule, catholiques »²²⁹⁵. Le D^r Ansaldi insiste : « La distinction entre fonction sexuelle et fonction de reproduction est bien inscrite par la nature dans l'espèce humaine, puisqu'il y a permanence du désir sexuel même pendant les périodes d'infertilité physiologique de la femme »²²⁹⁶. Ce texte de 1962 résume toutes les contradictions de la position d'une Église catholique qui apparaît de plus en plus incompréhensible à l'opinion en général et à ses fidèles en particulier.

²²⁹² K.C. Tornari, Contribution à l'étude des effets psychosexuels et somatiques de la pilule, thèse de médecine, Lille, 1970, f. 21-22.

²²⁹³ Solange Siebert, *thèse citée*, 1963, f. 44.

²²⁹⁴ Charles Dayant, *thèse citée*, 1969, f. 43-44.

²²⁹⁵ Marie-Thérèse Ansaldi, *thèse citée*, 1962, f. 18-19.

²²⁹⁶ Marie-Thérèse Ansaldi, *thèse citée*, 1962, f. 37.

La position rigide de l'Église catholique en matière de contraception désespère en effet plus d'un, d'une catholique. Certains voient dans le futur concile Vatican II une instance qui pourrait infléchir la position de l'Église. Ainsi en décembre 1962, le D^r Suzanne Le Sueur-Capelle fait paraître dans la revue du MFPP une « supplique en vue du concile », écrite au mois de mai précédent. Ce médecin est gynécologue accoucheur, mère de cinq enfants et médecin-expert de l'Officialité. C'est une catholique pratiquante. Elle conteste le caractère naturel des méthodes préconisées par l'Église : « Les méthodes dites « Ogino » et « des températures » sont *contre nature*. Elles préconisent l'abstention de tout rapport conjugal, à la période où précisément, ainsi que Dieu l'a voulu en créant la nature, l'attrait des époux l'un pour l'autre est le plus constant »²²⁹⁷. Elle poursuit : « La question religieuse demeure l'obstacle majeur, pour beaucoup de catholiques romains. C'est en tant que porte-parole des innombrables foyers chrétiens, dont nous côtoyons quotidiennement la détresse depuis près de 25 ans, que nous nous permettons d'adresser cette supplique aux plus hautes autorités ecclésiastiques. [...] Toute combinaison, tout calcul, quels qu'ils soient, ayant pour but d'éviter la procréation, tout en accomplissant l'acte conjugal, sont du domaine de la contraception. *L'intention* est rigoureusement identique dans tous les cas, et, quel que soit le qualificatif appliqué au système, le Seigneur ne peut s'y tromper. Si les inexacitudes des méthodes autorisées par l'Église sont bien connues, si le laps de temps si restreint qu'elles laissent trop souvent au couple met en péril la vie même du foyer, nous pensons que l'attention des autorités ecclésiastiques n'a pas été suffisamment attirée sur les incidences médicales et physiologiques dues à leur application. [...] Trop de foyers chrétiens voient leur union morale et physique, leur vie spirituelle, sombrer avec la nécessité de limiter les naissances. Trop de mères chrétiennes ignorent totalement l'épanouissement attaché par Dieu au Sacrement du Mariage, l'abstention de toute union durant la période féconde, étant la règle *anormale* de nombreux foyers désemparés. Les conséquences de cet état de fait sont d'une extrême gravité et je ne citerai pour mémoire que la perte de la Foi, la désunion des foyers, les avortements à répétition et les troubles psychiques graves des époux. [...] Il est impossible que seules demeurent autorisées des méthodes contre nature dans leur application, incertaines dans leur résultat et identiques, quant à leur intention, aux méthodes interdites. Il est impossible que l'immense cri de détresse des innombrables ménages chrétiens, tiraillés entre leur Foi et leurs devoirs d'époux et de parents, ne soit pas entendu »²²⁹⁸.

Les couples protestent eux aussi contre la rigidité des positions de l'Église. Parmi les lettres de couples catholiques recueillies dans un ouvrage de 1967, on peut lire celle-ci : « J'ai déjà quatre enfants. [...] Nous désirons continuer à nous aimer, mon mari et moi, avec tout notre amour, mais surtout avec toute la liberté d'esprit nécessaire. Or depuis longtemps les dogmes religieux nous tuent

²²⁹⁷ Suzanne Le Sueur-Capelle, « Supplique en vue du concile », *Bulletin du MFPP*, 1962, n°23, p. 17.

²²⁹⁸ Suzanne Le Sueur-Capelle, *article cité*, 1962, p. 16-18.

et nous nous demandons si c'est bien là le rôle de l'Église de pénétrer dans le règlement du secret des alcôves. Vous savez bien qu'avec le cœur l'amour physique est le ciment des foyers, et que cet amour-là, chaque femme sait trop bien qu'il faut le préserver et le conserver. La maîtrise de soi, bien sûr... mais l'immense majorité des catholiques ne peut pas toujours vivre la vie des Saints »²²⁹⁹.

Leurs espoirs vont être déçus par la publication de l'encyclique *Humanae vitae* en 1968. En 1967, alors qu'aucun texte sur la contraception n'est paru au moment de Vatican II, certains espèrent encore une évolution vers une reconnaissance de la contraception médicale: « l'intérêt de ces méthodes (la pilule) paraissait sur le plan confessionnel devoir a priori répondre à beaucoup d'espoirs. Dans les pays d'obédience catholique romaine où le principe d'une limitation des naissances est autorisé, mais où l'obligation de conserver à l'acte son caractère naturel interdisait formellement toute utilisation de préservatif quelconque, les méthodes orales allaient ainsi permettre la limitation de la fécondation en ne modifiant en aucune manière les relations entre époux. On peut penser que certaines applications de ces méthodes orales seront vraisemblablement sous peu autorisées par les autorités romaines, d'autant que par ailleurs ces médicaments ne portent nullement atteinte aux cellules reproductrices dont l'évolution est simplement stoppée et dont le potentiel vital ultérieur peut même être considéré comme accru. »²³⁰⁰. Dans le même esprit, les membres du Centre catholique des médecins français adoptent, lors de leurs Journées nationales de 1967, un texte sur le contrôle des naissances, texte visé par l'évêque dont ils dépendent : « Une connaissance approfondie des couples permet au médecin de constater que l'abstinence périodique peut parfois être vécue sans que soient respectées pour autant les valeurs fondamentales de la vie conjugale et que ces mêmes valeurs peuvent être reconnues et vécues par des couples pratiquant la contraception. Si telle ou telle conduite de contrôle des naissances doit faire l'objet d'une critique doctrinale, il n'en demeure pas moins que la décision en la matière revient en dernier lieu au jugement et à la conscience éclairée du couple. Ceci est conforme à la déontologie médicale la plus constante qui interdit au médecin d'imposer à ses malades contre leur gré une quelconque décision »²³⁰¹.

A la suite du vote de la loi Neuwirth, d'autres médecins catholiques, à la demande de la Commission épiscopale, montrent un jugement nuancé, qui se démarque des extrémistes anti-contraception et reprend en partie le texte précédent. Leur déclaration paraît en mars 1968 soit quatre mois avant

²²⁹⁹ Charles Rendu et Madame Rendu, *opus cité*, 1967, p. 17-18.

²³⁰⁰ Jean Grasset, *article cité*, 1966, p. 151-152. Rappelons qu'en octobre 1966 le pape Paul VI annonce qu'il diffère son encyclique sur la contraception, qui est publiée en 1968 sous le titre *Humanae vitae* et tient un discours radicalement opposé aux espoirs du Professeur Grasset.

²³⁰¹ Cité dans « La position du Centre catholique des médecins français », *Planning Familial Actualités*, mars-avril 1968, n° 16, p. 10.

l'encyclique *Humanae vitae*: « Notre expérience médicale en ce domaine nous permet de faire les observations suivantes : 1 Au plan physiologique : l'abstinence périodique est certainement praticable dans de nombreux cas ; toutefois, elle demeure inapplicable pour un certain nombre de couples. 2 Au plan physiologique : quoiqu'il en soit de son indiscutable valeur pédagogique et éducative, l'abstinence périodique entraîne dans certains cas des dysharmonies graves dans la relation d'amour du couple. Une connaissance plus approfondie des couples nous permet de constater également que l'abstinence périodique peut être vécue sans que soient respectées pour autant les valeurs fondamentales de la vie conjugale et que ces mêmes valeurs peuvent être reconnues et vécues par des couples pratiquant la contraception »²³⁰². Ce texte montre qu'au sein même des instances catholiques, des divergences existent quant à la contraception. On assiste à une évolution en douceur vers son acceptation parallèlement à celle de l'opinion : un sondage de la SOFRES, en 1966, rapporte que 48 % des femmes interrogées sont favorables à l'autorisation de vente de contraceptifs. D'une façon plus générale, 69 % approuvent « la limitation des naissances », seules 11 % y sont opposées et 20 % sans opinion²³⁰³.

Cette évolution est stoppée net par l'encyclique de Paul VI datée du 25 juillet 1968 et rendue publique le 29. la *Lettre encyclique de sa Sainteté le Pape Paul VI sur le mariage et la régulation des naissances* s'appuie sur les textes précédemment publiés par le Vatican et se présente comme le fruit d'une longue période de réflexion après consultation de divers experts, et hommes d'Église, et les travaux de la commission d'études instituée en mars 1963 par le pape Jean XXIII lors du concile. Après les atermoiements du concile, Paul VI tranche en faveur d'une position doctrinale rigide au contraire de l'évolution attendue par une partie des fidèles, y compris des médecins : « En conformité avec ces points fondamentaux de la conception humaine et chrétienne du mariage, nous devons encore une fois déclarer qu'est absolument à exclure, comme moyen licite de régulation des naissances [...] toute action qui, soit en prévision de l'acte conjugal, soit dans son déroulement, soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme but ou comme moyen de rendre impossible la procréation ». Les moyens contraceptifs sont donc condamnés sans exception. Par contre, sous le titre « Licéité du recours aux périodes infécondes », Paul VI affirme : « Si donc il existe, pour espacer les naissances, de sérieux motifs dus, soit aux conditions physiques ou physiologiques des conjoints, soit à des circonstances extérieures, l'Église enseigne qu'il est alors permis de tenir compte des rythmes naturels, inhérents aux fonctions de la génération, pour user du mariage dans les seules périodes infécondes et régler ainsi la natalité sans porter atteinte aux principes moraux

²³⁰² In « La régulation des naissances et le praticien », *Le Concours Médical*, 30-3-1967, p. 2806.

²³⁰³ Chiffres citées par Janine Mossuz-Lavau dans son article sur « La régulation des naissances : les aspects politiques du débat », *Revue Française de Science politique*, octobre 1966, p. 932.

que Nous venons de rappeler ». Le recours aux méthodes Ogino-Knauss et des températures est donc considéré comme seul licite. Paul VI sait bien l'accueil hostile qui attend ce texte: « On peut prévoir que cet enseignement ne sera peut-être pas facilement accueilli par tout le monde : trop de voix – amplifiées par les moyens modernes de propagande – s'opposent à la voix de l'Église. [...] En défendant la morale conjugale dans son intégralité, l'Église sait qu'elle [...] défend par là même la dignité des époux ». Les partisans d'une évolution vers la reconnaissance de la contraception ont donc perdu au sein de l'Église au profit des catholiques intransigeants. En décembre 1968, dans la revue du MFPP, mouvement dont nombre de militants viennent de la mouvance catholique, le D^r Géraud écrit une « lettre à un ami catholique » : « Las... quand se décidera-t-on, à Rome, à permettre aux catholiques d'être tout simplement heureux ? [...] Il est trop évident qu'on a toujours eu peur des femmes à Rome et l'on peut se demander si ce n'est pas la femme qui est aujourd'hui condamnée à travers la pilule. Cette phobie de la femme évoluant trouve dans la condamnation romaine une justification à peu de frais. [...] Or il se trouve que les femmes ne se confessent plus où vous croyez. C'est nous, médecins, qui voyons arriver et les maris inquiets pour des ulcères digestifs et les femmes frustrées pour des douleurs pelviennes. Elles n'ont point fini de souffrir ces femmes qui se disent catholiques. [...] Nous n'avons point fini d'élucider chez elles et les complexes de culpabilité et leur production douloureuse »²³⁰⁴.

La rigidité doctrinale symbolisée par *Humanae vitae* contraste avec les avancées audacieuses de Vatican II dans la modernisation et l'ouverture sur le monde de l'institution. Elle déçoit nombre de catholiques dont une partie choisit de s'éloigner de l'Église. On peut qualifier ce triomphe des catholiques intransigeants de victoire à la Pyrrhus qui marque une des étapes majeures de la désaffection des fidèles vis-à-vis de l'Église catholique. En France, la loi Neuwirth, replacée dans le large contexte du XX^e siècle, symbolise, comme la loi sur le divorce au siècle précédent, l'affirmation renouvelée du caractère laïc de la République en accord avec la grande majorité des Français, catholiques ou non.

D La loi Neuwirth, défaite des catholiques intransigeants et des natalistes

Cette loi abroge les articles L 648 et L 649 du Code de la santé publique, à savoir les articles 3 et 4 de la loi de 1920. Ces articles punissaient « quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, [...] aura décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore de faciliter l'usage de ces procédés. Les mêmes peines sont applicables à quiconque [...] se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité ». Les mêmes peines sont prévues en cas de faux moyens contraceptifs, « alors même que l'indication de ces vertus ne serait que mensongère ». En

²³⁰⁴ R. Géraud, « Lettre à un ami catholique », *Planning Familial*, 1968, n° 21, p. 31.

conséquence, la loi Neuwirth autorise « la vente des produits, médicaments et objets contraceptifs » subordonnée à une autorisation de mise sur le marché, exclusivement en pharmacie. Ces contraceptifs ne sont délivrés que sur ordonnance médicale, la loi entérinant ainsi les revendications de l'Ordre des médecins pour réserver au corps médical le monopole de l'accès à la contraception. Des établissements d'information, de consultation et de conseil peuvent fonctionner à condition d'être sans but lucratif²³⁰⁵. Les femmes mineures doivent présenter au médecin, qui le constate sur son ordonnance, « le consentement écrit de l'un des deux parents ou du représentant légal ». La question de la délivrance de contraceptifs aux mineures est un des éléments principaux du débat autour de cette loi, le cheval de bataille des opposants. Le législateur soumet donc les femmes mineures à cette autorisation parentale, que le médecin n'a d'ailleurs pas les moyens de vérifier. Enfin l'idéologie nataliste est toujours reconnue officiellement : l'article 5 interdit « toute propagande antinataliste » et « toute publicité commerciale directe ou indirecte ». De plus, « chaque année [...] le ministre des Affaires sociales publiera un rapport rendant compte de l'évolution démographique du pays, ainsi que de l'application de la présente loi ».

Dans l'ouvrage collectif *D'une révolte à une lutte. 25 ans d'histoire du Planning Familial*, les militantes de l'association dénoncent les insuffisances de la loi : non-remboursement par la Sécurité sociale qui « fait de l'indication contraceptive un acte marginal dans la pratique médicale » ; l'usage obligatoire d'un carnet à souches par la médecin et l'inscription sur le registre des pharmaciens qui « témoignent de la méfiance organique du législateur et du caractère policier à l'égard de la liberté féminine »²³⁰⁶. À l'analyse, cette loi apparaît comme un compromis qui permet à la mouvance nataliste de sauver la face avec des restrictions pour les mineures et le maintien de l'interdiction de la propagande antinataliste. Mais, pour les partisans de la contraception, l'essentiel est acquis et la contraception autorisée, au prix d'une médicalisation du corps des femmes et de concessions au pouvoir médical.

La loi Neuwirth entraîne des conséquences immédiates qu'il est difficile d'estimer correctement. Les chiffres sur les pratiques contraceptives des femmes avant 1967 sont lacunaires. En 1968 les laboratoires qui produisent des pilules en France « estiment à 600 000 environ le nombre de femmes » qui les utilisent. Sur une dizaine de millions de femmes en âge de procréer, l'auteur calcule que « cela ne fait guère que 6 % du total »²³⁰⁷. En 1970, les estimations vont de 400 000²³⁰⁸ à 500 000²³⁰⁹ utilisatrices de la pilule en France. En 1975,

²³⁰⁵ Les décrets d'application légalisant l'existence de ces centres, comme ceux du Planning ou du C.L.E.R., ne paraissent qu'en 1972. Ce délai de cinq ans pour l'application d'une loi est particulièrement significatif des réticences du pouvoir politique ou des pressions de l'Ordre pour favoriser les médecins libéraux, ou les deux.

²³⁰⁶ MFPP, *D'une révolte à une lutte: 25 ans d'histoire du Planning Familial*, Paris, Tierce, 1982, p. 152-153.

²³⁰⁷ D^r Raymond Baud, *Les effets psychologiques de la pilule*, Paris, Marabout, 1968, p. 35.

²³⁰⁸ J. Kahn-Nathan et alii, *article cité*, 1970, p. 241.

le D^r Jean-Pierre Eyraud note que sur 500 femmes venues pour une IVG au CHR de Limoges « 364 n'ont jamais utilisé de moyens contraceptifs, soit 72,8 % ». Pour les 27,2 % qui ont été contraceptées, les trois quarts l'ont été avec la pilule (puis l'ont abandonné pour diverses raisons). Après leur avortement, « 249 femmes ont choisi ce mode de contraception (la pilule), soit 49,8 % » et « 104 femmes ont choisi le stérilet, soit 20,8 % », « 55 ont préféré la stérilisation tubaire » et une le diaphragme, « 92 femmes n'ont pas été revues, dont 9 qui ont refusé toute contraception »²³¹⁰. Enfin, selon un sondage IFOP les 14 et 18 avril 1975 : 22 % des femmes utilisent la pilule, 7 % pratiquent l'interruption du rapport sexuel, 5 % utilisent le préservatif, 3 % ont un stérilet, 3 % pratiquent la méthode Ogino et 3 % celle des températures, 1 % ont un diaphragme, soit 44 % de femmes ayant déclaré utiliser une contraception en France. Par rapport à la pilule : 73 % la jugent sûre et 79 % facile à utiliser mais 37 % pensent qu'elle est dangereuse pour la santé²³¹¹. Malgré les réticences vis-à-vis de la pilule, cette méthode contraceptive l'emporte progressivement. L'abandon du diaphragme se généralise, sauf exception, après le vote de la loi Neuwirth. En 1975, le D^r Marliac résume les réponses de médecins généralistes du Sud-Ouest de la France : « le diaphragme est rarement utilisé et cela corrobore une enquête de 1973 qui estime à 2 % le nombre de femmes utilisant ce procédé. [...] C'est une technique très peu usitée et très mal connue du monde médical. [...] Le diaphragme n'est pratiquement jamais préconisé car les médecins considèrent la méthode pas suffisamment sûre et plutôt barbare »²³¹². Le jugement est sans appel... Quant au stérilet, il est toujours peu fréquent : de l'enquête du D^r Marliac, il ressort que « le stérilet est peu utilisé [...] de 2 à 4 %. [...] Il est considéré comme une méthode très efficace. Selon le dispositif intra-utérin utilisé, le taux d'échec varie de 2 à 7 %. Depuis peu existent des stérilets avec fil de cuivre²³¹³ dont l'efficacité se situe entre 0,4 et 1,1 %.[...] La plupart des médecins pensent que le stérilet est bien accepté. [...] L'avantage majeur du stérilet est qu'il fait « oublier la contraception » car une fois mis en place, on n'a plus à s'en soucier. [...] »²³¹⁴.

Les médecins semblent jouer le jeu et informer pour la plupart correctement leurs patientes. En 1975, le D^r Bauraud examine le comportement des médecins vis-à-vis de la contraception à travers le témoignage de 35 femmes ayant eu une IVG après l'abandon de leur contraception médicale. Elle constate que l'attitude des médecins, pour l'essentiel des généralistes, est en général « active » puisque « dans 22 cas la contraception a été proposée par le

²³⁰⁹ M. Bousquet, « Où en est la contraception ? », *Le Concours Médical*, 4-7-1970, p. 6021.

²³¹⁰ Jean-Pierre Eyraud, *Les interruptions de grossesse par aspiration*, Limoges, 1975, n°37, f. 37 et 55-57.

²³¹¹ Cité in « Editorial » d'un numéro spécial de *Contraception Fertilité Sexualité* sur les résistances à la contraception, 1975, 3 (4), p. 232.

²³¹² Jean-Claude Marliac, *thèse citée*, 1975, f. 59-64.

²³¹³ Les premiers stérilets comportant un fil de cuivre ont été posés en 1971.

²³¹⁴ Jean-Claude Marliac, *thèse citée*, 1975, f. 64-70.

médecin. Dans 11 cas où elle a été demandée par la femme, 9 fois le médecin a répondu favorablement à la demande, 2 fois il a été réticent. Les médecins semblent donc prêts actuellement à répondre à la demande contraceptive, ce qui n'existait pas il y a quelques années (plusieurs femmes nous ont dit s'être heurtées il y a 5 à 7 ans, à une fin de non recevoir lors de cette demande). Lors des consultations ultérieures, souvent, les relations avec le médecin sont bonnes (22 fois) ; les femmes estiment avoir été bien préparées, bien soutenues, bien suivies. [...] Face aux difficultés rencontrées pour des troubles, le médecin a dans la majorité des cas changé d'œstro-progestatif. [...] Il a trois fois conseillé, après échecs successifs, un arrêt provisoire. [...] (En ce cas) il a tout au plus suggéré quelques moyens traditionnels (préservatifs masculins en particulier) [...] sans prendre en charge une contraception intermédiaire efficace, « faites attention en attendant ». Le médecin en général veut bien prendre en charge la partie technique de la contraception mais pas la contraception elle-même »²³¹⁵. Mais elle est bien moins sévère dans sa conclusion où elle affirme le rôle important mais insuffisant du médecin (les deux tiers des femmes qu'elle a interrogées après une IVG liée à l'abandon d'une contraception, l'ont décidé seules). De plus, « son impact est extérieur ; il ne peut ni ne doit se substituer à la femme qui, pour bénéficier de son aide, doit d'une part accepter vraiment sa contraception et d'autre part être réellement convaincue des risques de l'avortement »²³¹⁶. Des consultations de contraception, plus accessibles aux femmes de niveau de vie modeste, sont créées dans les principaux hôpitaux de France. À Paris, l'hôpital Bretonneau, celui de la Pitié, l'hôpital Bichat, Lariboisière, Beaujon, Necker et Saint-Antoine en ouvrent. Certains y mettent des restrictions : à la Pitié, « la contraception était surtout proposé à des femmes justifiant de nombreuses grossesses »²³¹⁷, par exemple. Mais la plupart des hôpitaux ne font pas de tri préalable.

Les médecins n'ont pourtant pas reçu de formation à la contraception, sauf au Planning pour une minorité d'entre eux. Elle ne fait pas partie du cursus des études de médecine ni de l'enseignement postuniversitaire au prétexte de la loi de 1920. En 1970 encore, un article de la *Revue du Praticien* alerte les médecins sur les carences de leur formation : « Lorsqu'on fait un enquête auprès des étudiants en médecine, on est très étonné de constater qu'il ne leur est donné aucun enseignement sur tout ce qui concerne les problèmes de la vie sexuelle et ceux de la régulation des naissances ; et cette enquête révèle la même lacune dans toutes les Facultés. [...] Cette passivité des Facultés vis-à-vis de l'un des points essentiels de la vie des hommes a toujours existé, sans doute parce que tous les problèmes de la sexualité étaient entourés à la fois d'un mystère de mauvais aloi et d'une pudibonderie injustifiée. [...] Il y avait en France, et pendant ces cinquante dernières années, une excuse, sinon une

²³¹⁵ Dominique Bauraud, née Bel, *thèse citée*, 1975, f. 101-102.

²³¹⁶ Dominique Bauraud, née Bel, *thèse citée*, 1975, f. 116-117.

²³¹⁷ Charles Dayant, *thèse citée*, 1969, f. 30-32.

justification à ce silence universitaire : c'était l'esprit de la loi du 31 juillet 1920 qui interdisait tout ce qui aurait pu être interprété comme un instrument de propagande antinataliste ; et c'est ainsi que l'un d'entre nous prenait la précaution, lorsqu'il faisait en Faculté un cours sur la régulation des naissances, de le donner « hors programme », après les heures normales. Or la loi du 28 décembre 1967, - dite loi Neuwirth -, est venue transformer de manière radicale la position des enseignants et des Facultés de médecine. Il faut en effet être logique, et les Facultés ont désormais le devoir de fournir aux étudiants les enseignements qui permettent d'appliquer cette loi. [...] Or il n'existe à l'heure actuelle rien qui soit organisé dans aucune de nos Universités. Il semblerait que la Faculté de Lille soit à peu près la seule où, depuis plusieurs années, une information simple de deux à trois heures soit donnée aux étudiants de quatrième année ». Cet article met en valeur l'action de formation de la faculté catholique de Lille²³¹⁸. Cet établissement catholique n'est donc pas en retard sur l'enseignement de la contraception²³¹⁹ ; il est même en avance dans le domaine de la sexologie alors que la Faculté publique n'en fait l'objet d'aucune recherche ni d'aucun cours²³²⁰. Or, selon une des premières thèses de médecine sur le sujet, « pour pouvoir donner un avis médical (qui sera d'ailleurs, parfois, un avis défavorable pour telle ou telle méthode) le médecin doit être lui-même parfaitement informé de la question, doit connaître les différentes méthodes existant actuellement, leurs effets à long terme, leurs inconvénients éventuels et leurs contre-indications. Comme il serait particulièrement regrettable que les connaissances des médecins dans ce domaine soient uniquement tributaires de la grande presse ou de la publicité des laboratoires pharmaceutiques, nous voudrions contribuer, par cet ouvrage, à leur documentation »²³²¹. Les médecins en exercice ne lisent que rarement les thèses de leurs jeunes confrères mais les plus en prise sur l'actualité sont résumées et parfois discutées dans les revues médicales. En 1975, une autre thèse de médecine rapporte l'opinion de 85 médecins généralistes vis-à-vis de leur formation à la contraception : ils s'estiment « suffisamment informés (à 90 %) mais ce n'est pas par leurs études médicales ni par la formation postuniversitaire, c'est généralement par leurs lectures »²³²².

²³¹⁸ H. Warembourg, M. Verhaeghe et M. Linquette, « Comment concevoir et donner l'enseignement médical de la contraception », *La Revue du Praticien*, 11-11-1970, n° 29, p. 4753.

²³¹⁹ Deux thèses seront plus tard soutenues à la « catho » de Lille sur le sujet : celle de Juliette Pascal, une religieuse, sur Quelques aspects de la physiologie du post-partum. Apports de la courbe thermique basale. Application à la régulation des naissances, Nancy (et non Lille pour des raisons uniquement administratives), en 1969 et celle du D^r Tornari, Contribution à l'étude des effets psychosexuels et somatiques de la pilule, 1970.

²³²⁰ Cette position originale d'une faculté catholique en France à l'époque est analysée dans mon mémoire de DEA, *Milieu médical et contraception dans le Nord-Pas-de-Calais*, Lille III, 1999, sous la direction de Madame Annette Becker.

²³²¹ Henri Rozenbaum, *thèse citée*, 1967, f. 1-2.

²³²² Jean-Claude Marliac, *thèse citée*, 1975, f. 40-41.

On assiste ainsi à une réelle évolution de l'attitude des médecins français par rapport à la contraception, mis à part un petit groupe d'irréductibles. L'Ordre, lui-même, finit par l'accepter, avec la loi Neuwirth, et préfère contrôler la prescription de contraception pour le plus grand profit de ses membres.

Le droit à la contraception aurait dû logiquement entraîner une chute, voire une disparition du nombre des avortements clandestins²³²³. Cette conviction était fermement ancrée dans l'opinion et explique le consensus qui s'établit progressivement en faveur d'une loi autorisant la contraception. La disparition annoncée des avortements n'a pourtant pas lieu. En 1970, le D^r Marcel constate, trois ans après le vote de la loi Neuwirth : « Où en est-on ? Il convient, d'abord, de rappeler que pour l'heure la contraception n'est, chez nous, ni *généralisée*, ni *véritablement rodée*. Il paraît donc, prématuré de vouloir dresser un bilan. [...] (Mais) *la contraception ne s'est pas sensiblement substituée à l'avortement*. Le couple français n'est pas encore vraiment familiarisé avec elle. Mal éduqué, très mal informé, routinier, par habitude ou par éthique, indiscipliné, il ne s'est pas adapté aux conditions nouvelles qu'on lui propose. [...] certaines qui se soumettaient à une contraception orale, deviennent réticentes ou y renoncent suite aux bruits pessimistes, lancés à tort et à travers sur d'éventuels incidents et accidents, encore très controversés. [...] Par conséquent, dans la pratique de tous les jours, la contraception, dès son adoption par la femme, a déjà des défaillances. Il en est d'autres : certaines en rapport avec son application défectueuse : pilule irrégulièrement ingérée, diaphragme mal placé, stérilet non adapté à la cavité utérine ; d'autres sont inhérentes aux moyens contraceptifs actuels, qui, tous, comportent un taux propre, plus ou moins élevé, d'échecs. C'est cet ensemble de défaillances, qui déconcerte la femme et la livre tôt ou tard à l'avorteur »²³²⁴. Cette analyse pointe les obstacles à une application correcte et générale de la loi Neuwirth, elle ne relève cependant pas les retards de parution des décrets, qui ne peuvent qu'entraver la diffusion de la contraception. En 1975, le D^r Bauraud pose clairement la question dans sa thèse: *Pourquoi l'avortement plutôt que la contraception ?*, en interrogeant 35 femmes qui viennent d'avoir une IVG, dans le cadre de la loi Veil, après l'abandon d'une contraception médicale. Elle s'intéresse à ce qui peut paraître un scandale : renoncer à une contraception fiable et donc risquer l'IVG. Quinze femmes expliquent qu'elles « ont un sentiment d'inquiétude. Elles ont peur, ou sont méfiantes. Accepter la contraception, c'est un peu comme se jeter à l'eau. Elles ont peur pour elles d'abord, pour leur santé. Elles craignent le pire : le cancer surtout qui est expressément nommé par 5 femmes, des troubles circulatoires, des troubles hépatiques. Elles craignent souvent pour leur ligne : « j'ai peur de grossir ». Il est vrai que la pilule fait parfois prendre du poids. Étant donné l'adoration actuelle pour les silhouettes filiformes, et l'importance que les femmes attachent à leur beauté, elles voient le remède comme pire que le mal. Quand

²³²³ Entretien avec le D^r Verdoux, le 11 juillet 2008.

²³²⁴ J. E. Marcel, *article cité*, 1970, p. 237-238.

elles envisagent des grossesses futures, elles craignent des malformations pour les enfants à naître, ou des grossesses multiples, et se sentent coupables d'accepter ce risque »²³²⁵. Elles énumèrent aussi toute une série de troubles physiques, liés pour elles à la contraception. Ils sont très variés : troubles de règles (6 femmes), perte de cheveux (une femme), cystite (une femme), enrrouement de la voix (une femme), paralysie d'un bras (une femme). Parallèlement elles souffrent de troubles dits psychosomatiques : la pilule les énerve (16 femmes), elles ont des troubles digestifs (8 femmes), elles grossissent (11 femmes, jusqu'à 10 kg pour l'une d'elles), elles ont des démangeaisons (une femme), des allergies (une femme). Restent encore les troubles dits subjectifs : la fatigue (8 fois), les céphalées (4 fois), les troubles visuels (une fois). Certaines éprouvent plusieurs de ces troubles à la fois ²³²⁶! ». Dominique Bauraud conclut : « L'ensemble des réponses permet de mesurer la distance qui sépare le rêve de la femme et la réalité contraceptive. Nous pouvons mieux comprendre l'effort qu'elles ont à faire pour l'utiliser. Plus le décalage sera grand entre le désir et la réalité, plus il y aura risque d'échec de la contraception, sans que cela soit absolu, bien sûr. Elles vivent leur contraception comme une servitude quand nous la considérons comme une libération »²³²⁷. Le D^r Dominique Bauraud ne porte aucun jugement sur l'attitude paradoxale de ces femmes qui semblent choisir le risque plutôt que les contraintes d'une contraception fiable. Cette absence de leçon de morale est caractéristique des années soixante-dix et se veut respectueuse des décisions des patientes. Le fait qu'il s'agit d'une femme médecin peut aussi l'expliquer.

Le D^r Catherine Givord fait le même constat, après enquête auprès de 52 femmes ayant demandé un avortement thérapeutique entre 1968 et 1972. 34 d'entre elles ne prenaient aucun moyen contraceptif : 5 avaient essayé puis abandonné la pilule qu'elles ne supportaient pas, 3 avaient peur de cette pilule et ne l'auraient jamais prise, une prenait la pilule 2 mois sur 3 car la pilule la rendait frigide. Paradoxalement, « plusieurs, se disant partisans de la contraception sur un plan général, comme solution au problème de l'avortement en France, ne l'utilisaient pas elles-mêmes. Ce point nous est paru capital, car il met en lumière le principal défaut de la contraception : « elle ne permet pas à la femme de vérifier ses possibilités de procréation ». [...] C'est sans doute la raison pour laquelle les moyens contraceptifs sont si mal acceptés, le plus souvent d'ailleurs inconsciemment »²³²⁸. Le D^r Givord met ici l'accent sur un aspect psychologique rarement évoqué à propos des réticences à la contraception hormonale. Elle nous montre combien le problème de la contraception médicale est complexe, mettant en jeu plus que le droit ou les effets secondaires à plus ou moins long terme.

²³²⁵ Dominique Bauraud, née Bel, *thèse citée*, 1975, f. 60-61.

²³²⁶ Dominique Bauraud, née Bel, *thèse citée*, 1975, f. 63-64.

²³²⁷ Dominique Bauraud, née Bel, *thèse citée*, 1975, f. 115.

²³²⁸ Catherine Givord, À propos de 140 demandes d'avortements thérapeutiques à Lyon de 1968 à 1972, Lyon, 1973, n°70, f. 48.

Dans le même registre, en 1974, selon une enquête du centre d'orthogénie de Lyon, installé dans les locaux de la MNEF et géré par des militants du MLAC, des étudiantes, jeunes femmes cultivées, n'utilisent aucune contraception : « parmi les étudiantes qui n'avaient jamais utilisé de contraception, notamment orale²³²⁹, il est remarquable que la raison la plus fréquemment invoquée en soit: dans 1 cas sur 6 au minimum, la non conscience de la « fertilité » formulée par des expressions variées comme : « je ne croyais pas que cela pouvait m'arriver », « je n'y pensais pas », « je pensais être stérile » etc. Ces explications montrent bien chez les femmes jeunes combien la grossesse ne va pas de soi, qu'elle est plus une question de croyance, c'est-à-dire de vécu que de connaissance »²³³⁰.

Le problème de l'avortement clandestin n'est donc pas résolu comme l'espéraient ceux qui ont lutté pour la loi Neuwirth. Une partie d'entre eux rejoints par des militants plus jeunes, les enfants du baby-boom, passent alors à la bataille du droit à l'avortement.

Conclusion

L'effet « libérateur » de la contraception médicale est toujours souligné dans les années 70 même parmi les médecins. L'une des principales raisons invoquées pour utiliser la contraception médicale est qu'elle « favorise une sexualité plus heureuse »²³³¹. Cet effet positif semble recueillir l'unanimité des commentaires, à l'exception de ceux des catholiques intransigeants.

Pourtant la « libération par la pilule » est nuancée par les historiens et les féministes actuel(le)s, essentiellement anglo-saxons. Pour Angus McLaren²³³², on élabora, au début du XXe siècle, la notion de « comportement sexuel normal » pour les femmes. Des sexologues fournirent ensuite des arguments pour la reconnaissance du droit de la femme au plaisir, comme le revendiquaient les féministes. Enfin, « le contrôle des naissances joua un rôle clef dans ce genre de raisonnement, dans la mesure où il supprimait la crainte de la grossesse et détruisait les anciennes justifications de l'abstinence. ». La contraception libérerait donc les femmes, mais au prix d'une normalisation de leur sexualité. Pour illustrer cette réflexion, Lara V. Marks cite l'exemple du cycle féminin. La contraception orale est censée s'adapter à toutes les femmes, mais c'est l'inverse qui se produit : le corps des femmes s'adapte, tant bien que mal, à la prise de pilule, tellement ce médicament représente, pour elles et les médecins, l'assurance d'avoir enfin une contraception fiable. On aboutit ainsi à l'émergence d'un corps féminin « universel », au rythme de la prise de pilule

²³²⁹ Et qui ont donc dû avoir un avortement illégal.

²³³⁰ Françoise Thibaud, *Avoir un enfant ? Si je veux !*, thèse de médecine, Lyon, 1974, n°455, f. 66.

²³³¹ Jean-Claude Marliac, *thèse citée*, 1975, f. 49.

²³³² Angus McLaren, *op. cité*, 1996, p. 334.

(21 jours de prise et 7 jours sans). Ce rythme, qui a subi des évolutions, passant de 24 jours à 21 jours de prise au début des années soixante, est censé être un rythme « naturel ». En réalité, le rythme naturel est bien plus varié selon les femmes et selon la période de leur vie. Avec la généralisation de la pilule, ce rythme de 28 jours, imposé aux femmes sous contraception, devient le rythme universel, celui de centaines de millions de femmes dans le monde²³³³.

Pour tenter d'aller plus loin dans l'analyse, on peut avancer que cette libération au moyen d'une contraception fiable et légalisée enfermerait également les femmes dans une représentation unique, autour de la fécondité, négligeant les autres aspects de la sexualité féminine. La représentation des femmes en tant que mères, futures, actuelles ou refusant de l'être, peut sembler en ressortir renforcée, d'autant que le problème semble réglé par la pilule et la loi Neuwirth.

Quant aux femmes des années soixante - soixante-dix, malgré les effets secondaires et les risques nouveaux pour leur corps, elles accueillent très favorablement la contraception hormonale. Ce moyen de contraception leur paraît avant tout libérateur et les troubles ressentis ou appréhendés sont minimisés ou paraissent comme le « prix à payer » pour une liberté inouïe.

²³³³ Ces remarques sont inspirées par l'article de Lara V. Marks, *article cité*, 2001, p. 229-230.

CHAPITRE 2 – LA LOI SUR L'AVORTEMENT, NOUVELLE DÉFAITE DES EXPERTS

1 Du refus de la maternité à n'importe quel prix, l'avortement thérapeutique

L'avortement thérapeutique consiste en « l'expulsion provoquée du fœtus avant le terme de la grossesse, justifiée du fait d'un danger pour la mère, la cessation de grossesse faisant disparaître le risque »²³³⁴. Telle est la définition légale de cet acte qui introduit officiellement la pratique de l'avortement dans les hôpitaux et cliniques avant la loi Veil.

Le malaise des gynécologues obstétriciens qui le pratiquent dans les hôpitaux est régulièrement relevé : « Tout le monde souhaite l'avènement du jour où l'avortement thérapeutique aura vécu. Ainsi les P^f Portes et Gellé définissent même l'avortement thérapeutique comme « le dernier geste de la pratique médicale véritablement empreint de barbarie » [...] Il nous faut remarquer, que la plupart des auteurs qui abordent ce sujet, le font avec une certaine réticence, car tout de même, qu'on le veuille ou non, le seul fait que l'avortement thérapeutique existe est une confirmation, un aveu de notre impuissance devant certaines maladies qui se trouvent compliquées du fait de leur association avec une grossesse »²³³⁵.

En effet, l'avortement thérapeutique n'est pas un acte médical comme les autres. Il est régulé par un texte législatif en 1939, puis par un article du code de déontologie médicale élaboré par l'Ordre des médecins en 1947 puis en 1955. De par sa nature, il induit également des prises de position des autorités religieuses, en particulier l'Église catholique. Ces références religieuses sont systématiques dans les sources même après 1970. Les médecins s'y réfèrent pendant tout le XX^e siècle jusqu'aux années 1970. Le D^f Hartemann y consacre, en 1925-26, le troisième chapitre de sa thèse sur *Le malaise de l'avortement thérapeutique*²³³⁶. Quarante-cinq ans plus tard Le D^f Legierski, à Lille, analyse, lui aussi, dans cinq pages de sa thèse, les différentes doctrines religieuses sur la question²³³⁷. En 1971 le D^f Didierjean, à Nancy, décrit également ces positions des Églises, catholique, protestante et celles du

²³³⁴ René Piedelièvre, « L'avortement thérapeutique dans le département de la Seine », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 17-10-1950, p. 577.

²³³⁵ Stéphane Legierski, *Les avortements thérapeutiques à Lille de 1959 à 1969*, Lille, 1970, n° 41, f. 7.

²³³⁶ H. Hartemann, *Le malaise de l'avortement thérapeutique*. Nancy, 1925- 1926, f. 103-120.

²³³⁷ Stéphane Legierski, *thèse citée*, 1970, f. 11-16.

judaïsme²³³⁸. Il précise le fait que l'Église catholique, après Vatican II, « laisse le médecin prendre sa propre responsabilité vis-à-vis de sa conscience propre »²³³⁹.

A Une pratique tolérée puis encadrée légalement à partir de 1939

Jusqu'en 1939, l'avortement thérapeutique n'a pas d'existence légale, il est assimilé à l'avortement criminel. Le Code de la Famille le légalise en le limitant aux cas où la vie de la mère est gravement menacée par sa grossesse. En 1947 et en 1955, le premier puis le second code de déontologie de l'Ordre des médecins le précisent²³⁴⁰. Ces avortements donnent lieu à des thèses et à des communications régulières dans les revues médicales, avec, toujours en arrière-plan, le souci de les distinguer des avortements « criminels ».

Si d'après la loi aucun avortement thérapeutique n'est possible avant 1939, « la conscience médicale s'éleva au dessus du texte légal et l'avortement fut de tout temps pratiqué aussi bien dans les cliniques que dans les hôpitaux publics, toutes les fois que la continuation de la grossesse devenait un danger pour la mère »²³⁴¹. La première mention d'avortement thérapeutique remonte en effet en 1530 quand le célèbre Guillemau se demande « s'il était permis de sacrifier un enfant vivant pour sauver sa mère et a reconnu que c'était légitime »²³⁴². Les sources nous livrent d'abondantes références à partir du XIXe siècle. Une discussion a lieu par exemple à l'Académie des Sciences en 1852 à propos d'un médecin qui avait fait avorter une femme qui ne pouvait accoucher à cause d'un bassin extrêmement rétréci : « la plupart des savants en adoptèrent le principe »²³⁴³. En 1896, Victor Candelier soutient à Lille sa thèse de médecine, *Du curettage total de l'utérus comme méthode d'avortement provoqué*. Il y rappelle « la doctrine admise aujourd'hui », à savoir que « l'avortement ne doit pas être pratiqué pour un danger éloigné et incertain ». Par contre, « si le péril est immédiat, [...] la provocation de l'avortement devient non seulement légitime mais nécessaire puisque si on agit autrement la mère succombe et l'embryon avec elle »²³⁴⁴. Parmi les « périls » justifiant un avortement thérapeutique, il évoque d'abord les « vomissements incoercibles graves », contre lesquels « les médications employées d'ordinaire ne donnent que fort peu

²³³⁸ René Didierjean, *Réflexions sur l'avortement thérapeutique. Expérience de la Maternité de Nancy de 1930 à 1970*, Nancy, 1971, n° 109, f. 116-121.

²³³⁹ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 116.

²³⁴⁰ Procès verbal de la session du 26 juin 1970, Conseil national de l'Ordre, p. 9.

²³⁴¹ J. Zancarol, *L'évolution des idées sur l'avortement provoqué*, thèse Droit, Paris, 1934, p. 125.

²³⁴² Selon René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 15.

²³⁴³ H. Hartemann, *thèse citée*, 1925-26, f. 26.

²³⁴⁴ Victor Candelier, *Du curettage total comme méthode d'avortement provoqué*, thèse de médecine, Lille, 1896, f. 16.

de résultats » et qui sont étroitement liés à la grossesse puisqu'ils n'apparaissent jamais en dehors de cet état. « La guérison arrive aussitôt (avec l'avortement) parce qu'on supprime ainsi la cause du mal ». Autre péril : « les maladies de cœur sur lesquelles la grossesse agit de façon défavorable, tantôt en augmentant la lésion de l'orifice, tantôt en rompant l'équilibre circulatoire établi auparavant par compensation ». Par contre en cas de diabète ou de tuberculose « l'accord n'est pas fait entre les auteurs sur les indications d'interrompre ou non la grossesse »²³⁴⁵. Comme tout étudiant rédigeant sa thèse de médecine, il expose des cas : celui de cette femme qui éprouve « depuis le commencement des nausées de plus en plus pénibles avec effort violent pour vomir [...] accompagnés de vertiges de défaillances : inappétence complète, la malade ne supportait que le lait, le bouillon et le vin. Amaigrissement rapide, faiblesse très grande, palpitations pénibles (la malade est cardiaque), insomnie ». Un peu plus tard : « état syncopal et les vomissements sont pour ainsi dire continuels ainsi que les vertiges, l'insomnie est absolue, l'alimentation est devenue impossible, la malade est d'une faiblesse extrême. Il est alors décidé de pratiquer l'avortement »²³⁴⁶. Autre observation : « Madame C., 32 ans, septipare, 3 enfants vivants [...] : les vomissements deviennent de plus en plus intenses (60, 80, 90 par jour). Je trouvais Madame C. dans un état des plus misérables. L'amaigrissement est considérable, les traits sont altérés, les yeux excavés, tendance aux syncopes, le pouls bat 124 à 128 fois par minute, les urines sont rares [...] La malade demande la mort à grands cris pour mettre fin à ses souffrances. »²³⁴⁷.

Une règle non écrite veut que la volonté des malades soit impérativement respectée : « Je fus appelé auprès de cette dame (âgée de 38 ans). Je pus constater chez elle une grossesse de trois mois environ accompagnée de vomissements incessants, douloureux, spasmodiques au plus haut point ; ne permettant de garder ni médicaments ni même une cuillerée d'eau. L'amaigrissement est considérable ; il y a tendance aux syncopes, l'haleine est fétide, la peau terreuse. En présence de cet état grave, je prononçai le mot avortement, idée qui fut repoussée par la malade et son entourage en raison de ses principes religieux [...]. Huit jours après, je revois la malade, l'amaigrissement s'est encore accentué, la face est cachectique au plus haut point, les téguments sont secs et flétris, le pouls est misérable, il y a eu des syncopes légers, enfin, la température s'est élevée à 38°8. En présence de cet état, l'intervention est enfin acceptée par la malade et son entourage »²³⁴⁸.

Dès le XIXe siècle, sans référence à une quelconque législation, les grands principes encadrant l'avortement thérapeutique sont fixés : sauver dans l'immédiat la vie de la mère, avec son accord. Le Conseil de l'Ordre des

²³⁴⁵ Victor Candelier, *thèse citée*, 1896, f. 16-19.

²³⁴⁶ Victor Candelier, *thèse citée*, 1896, f. 47-48

²³⁴⁷ Victor Candelier, *thèse citée*, 1896, f. 55-56.

²³⁴⁸ Victor Candelier, *thèse citée*, 1896, f. 51-52.

médecins reconnaît d'ailleurs cet état de fait et constate une « tolérance officieuse » avant 1939²³⁴⁹.

L'avortement thérapeutique est encadré par un texte juridique pour la première fois en France par les décrets-lois du 30 juillet-10 août 1939, pris en exécution de la loi du 19 mars, dit Code de la famille. En vertu de l'article 87 de ce Code, le médecin peut pratiquer un avortement thérapeutique à condition que la vie de la mère soit « gravement menacée » après avoir sollicité l'avis de deux médecins consultants dont un expert auprès des tribunaux²³⁵⁰. Pour Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti ce texte n'établit pas un nouveau droit pour les femmes et les médecins, il sert au contraire à limiter les raisons bien plus variées, habituellement invoquées pour pratiquer ce type d'avortement²³⁵¹. Ce texte restrictif limite ainsi les possibilités d'avortement thérapeutique dans l'esprit du Code de la famille.

En date du 27 juin 1947, le Code de déontologie médicale précise les règles. Selon l'article 32 : « Il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique que lorsque la vie de la mère se trouvant gravement menacée, cette opération permet d'espérer sauver la vie de la mère ». L'autorisation d'un tel acte requiert l'avis de trois médecins qui doivent en rendre compte au Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Et « si la malade dûment prévenue de la gravité du cas refuse l'intervention, le médecin doit s'incliner devant la volonté librement exprimée de sa malade », sauf cas d'extrême urgence²³⁵². En 1955, un nouvel article du Code de déontologie maintient l'indication unique de sauvegarde de la vie de la mère. Il apporte cependant deux modifications : le médecin doit toujours s'incliner devant la volonté de sa malade qui peut donc refuser l'intervention mais « cette règle ne peut supporter d'exception que dans le cas d'extrême urgence et lorsque la malade est hors d'état de donner son consentement. Si le médecin, en raison de ses convictions, estime qu'il lui est interdit de conseiller de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en assurant la continuité de soins par un confrère qualifié »²³⁵³. Parfois, en effet, la patiente refuse tout avortement thérapeutique. Albert Ladret cite l'exemple d'une de ses clientes âgée de 40 ans, cypho-scoliotique, de 1,35 m, enceinte, (qui) décida [...] un accouchement après un refus d'avortement thérapeutique »²³⁵⁴. Détail important, l'article du code de 1955 introduit une nouveauté en reconnaissant au médecin une clause de conscience qui lui permet de refuser d'accomplir cet acte médical, annonçant une clause similaire que comportera la loi Veil en 1975.

Il semble cependant qu'une tolérance se maintienne malgré cette étroite réglementation et favorise des avortements thérapeutiques en dehors du cadre

²³⁴⁹ in Bull. du Conseil de l'Ordre National des médecins, juin 1962, p. 128.

²³⁵⁰ Décret-loi du 29 juillet 1939, titre II, chapitre 1^{er}, section 1, article 87.

²³⁵¹ Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti, *op. cité*, 2003, p. 187.

²³⁵² Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947, portant code de déontologie médicale.

²³⁵³ Décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955, portant code de déontologie médicale.

²³⁵⁴ Albert Ladret, *Libre maternité*, Lyon, Ed. du Dôme, 1961, p. 33.

strictement légal. Le Conseil de l'Ordre le constate en 1962 : « Actuellement une évolution s'est produite, qui aboutit à des abus »²³⁵⁵. Ces abus sont régulièrement dénoncés dans la presse médicale et assimilés à des indications médicales abusives par rapport à l'esprit des textes. Ils sont dénoncés comme des avortements de confort donc criminels, suivant la terminologie de l'époque. Ils relèvent des convictions personnelles de chaque médecin.

Les indications médicales qui justifient les avortements thérapeutiques sont parfois malaisées à repérer car « il est difficile, sinon impossible de savoir au début d'une grossesse – surtout s'il s'agit d'une primipare – quelles seront les répercussions exactes sur la maladie, de la grossesse et de l'accouchement, et surtout s'il y a un risque mortel. Aussi est-il fait souvent appel à la conscience des médecins qui jugeront le problème à la lumière des textes légaux, bien sûr, mais également à la lumière de leurs connaissances et peut-être surtout de leur sens de l'humain »²³⁵⁶. Ces indications médicales sont peu nombreuses, limitées à quelques pathologies rares.

Les vomissements incoercibles constituent la plus ancienne indication médicale reconnue. De nombreux travaux de recherche traitent de ces vomissements au XIXe siècle, en France où ils semblent avoir fasciné les médecins. En 1855, le D^r Cartaya soutient une thèse de médecine, qui en constitue la référence fondamentale, *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse, de leur traitement surtout au point de vue de l'avortement provoqué*. Les études sont beaucoup moins nombreuses au XXe siècle et relient habituellement ces vomissements à des manifestations hystériques de refus de grossesse. Les cas de vomissements incoercibles sont rares. Dans le cadre de la Maternité Baudelocque à Paris (qui fait l'objet de trois thèses successives) : en 1942, sur 2670 accouchements il n'y a qu'un seul cas de vomissements graves, affectant une femme qui subit « un amaigrissement de 15 kilos en 21 jours à partir du troisième mois » et qui ensuite retrouve une santé normale²³⁵⁷ ; en 1944, aucun cas de ce type n'est signalé²³⁵⁸ ; en 1947, aucun vomissement incoercible n'est noté sur 3 002 accouchements²³⁵⁹ ! En 1951, la thèse du D^r Desmoulins rapporte un cas « de vomissements graves de la gestation » qui entraîne une perte de poids de 19 kg en un mois chez une jeune femme enceinte de 19 ans qui obtient ainsi un avortement thérapeutique. Malgré la persistance des vomissements après l'intervention et même un coma, non expliqué, elle sort

²³⁵⁵ In Bull. du Conseil de l'Ordre National des médecins, juin 1962, p. 129.

²³⁵⁶ Stéphane Legierski, *thèse citée*, 1970, f. 5.

²³⁵⁷ Henriette Adam, *Le fonctionnement de la maternité Baudelocque*, thèse de médecine, Paris 1944 n°234, f. 32.

²³⁵⁸ Sylvain Asseraf, *Le fonctionnement de la maternité Baudelocque*, thèse Paris 1946 n°864, f. 21.

²³⁵⁹ Paulette Bauer, *Le fonctionnement de la Maternité Baudelocque*, thèse Paris, 1951, n° 31, f. 18.

de la clinique en bonne santé²³⁶⁰. En 1973 le D^r Régine Chambonnet cite un autre cas: « Mme T., 23 ans, un enfant, présentant des troubles neuropsychiques. Vomissements incoercibles avec amaigrissement considérable. [...] La grossesse est mal acceptée avec intolérance alimentaire presque absolue »²³⁶¹. Cette question des vomissements dits incoercibles reste irrésolue car ils disparaissent presque totalement des sources médicales après la Seconde Guerre mondiale²³⁶².

D'autres indications médicales existent. En 1942, toujours à la Maternité Baudelocque, on compte huit avortements thérapeutiques : deux pour hypertension, quatre pour tuberculose (sur 131 cas de femmes tuberculeuses ayant accouché à la Maternité) et deux pour néphrite chronique²³⁶³. En 1944, sont déclarés quatre avortements thérapeutiques. Une femme de 35 ans en subit un à quatre mois de grossesse car le fœtus est mort, ce qui ne constitue pas à proprement parler un avortement thérapeutique mais est répertorié dans cette rubrique. Trois autres femmes sont concernées : l'une à 40 ans, à huit mois de grossesse, pour des problèmes cardiaques et une importante scoliose ; une autre à 29 ans, à six semaines de grossesse, car elle doit subir un pneumothorax artificiel double (il s'agit donc de tuberculose) ; la dernière, 30 ans et souffrant d'asthénie et de surdité, a un avortement au huitième mois de grossesse²³⁶⁴.

En 1952, une commission formée au sein de l'Académie de médecine accepte un avortement thérapeutique « dans les cas où des lésions oculaires font craindre, du fait de la grossesse, une évolution vers la cécité totale. Cette commission a par contre estimé insoutenable la proposition d'interruption de grossesse dans les cas où les lésions de l'oreille pouvaient entraîner une surdité totale²³⁶⁵ ». La commission fait donc preuve de grande prudence en hiérarchisant ainsi, sans les justifier, les handicaps pouvant amener à l'avortement thérapeutique.

Comme on le voit toutes ces indications concernent uniquement la santé et la vie de la mère et ne prennent jamais en compte celles de l'enfant à naître. L'indication pour rubéole de la mère n'est pas retenue bien que les risques menaçant l'enfant soient parfaitement connus. En 1952, l'Académie nationale de Médecine entend le D^r Lemierre rappeler : « Ce que nous avons appris au cours de ces dernières années, particulièrement des médecins d'Australie et

²³⁶⁰ Henri Desmoulins, *Étude statistique de vingt cas d'avortements thérapeutiques à la clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon*, Lyon, 1954, n°34, f. 30-31.

²³⁶¹ Régine Chambonnet, *Expérience hospitalière d'avortements thérapeutiques du 1-1-69 au 24-8-73*, Lyon, 1973, n°239, f. 17.

²³⁶² Quelques rares femmes enceintes en sont cependant encore atteintes aujourd'hui, souffrant d'hyperemesis selon les termes médicaux actuels. Ces vomissements sont toujours inexplicables bien que certaines études actuelles y voient les conséquences de problèmes thyroïdiens ou plus simplement gastriques.

²³⁶³ Henriette Adam, *thèse citée*, f. 10, 34, 42 et 50.

²³⁶⁴ Paulette Bauer, *thèse citée*, 1951, f. 35.

²³⁶⁵ Stéphane Legierski, *thèse citée*, 1970, f. 5.

d'Amérique, c'est qu'une autre fièvre éruptive, la rubéole, lorsqu'elle frappe les femmes pendant les trois premiers mois d'une gestation, peut déterminer chez l'embryon des lésions indélébiles des appareils visuel, auditif et cardiaque. [...] Les probabilités d'apparition de malformations chez les enfants nés de femmes ayant souffert d'une rubéole pendant les premières semaines de la grossesse ont paru à certains médecins, dans les pays anglo-saxons notamment, suffisamment élevés pour justifier l'interruption de cette grossesse par avortement thérapeutique ». Le D^r Lemierre émet le vœu, au nom de l'Académie Nationale de Médecine, que soient poursuivies, sur ce sujet, les recherches en France²³⁶⁶. Le D^r Louis Guillaumat, chargé d'un rapport sur la question, cette fois-ci par l'Ordre des Médecins en décembre 1952, rapporte les conclusions des recherches effectuées après une épidémie de rubéole en Australie : cataractes congénitales, malformations cardiaques pour les enfants nés de femmes ayant contracté cette maladie dans les premières semaines de leur grossesse. Il conclut : « Mais que faire quand une femme sûrement enceinte de 2 mois se présente porteuse [...] d'une rubéole typique ? Elle ne court elle-même aucun danger, ni vital, ni sensoriel, mais elle connaît les menaces suspendues sur la tête de son enfant. Que lui répondre si elle demande comment éviter qu'il naisse aveugle, sourd, idiot, porteur d'une lésion cardiaque ? Et quelle chance y a-t-il qu'il soit ainsi ? [...] Le diagnostic de la rubéole n'est pas toujours certain, les malformations congénitales ne sont pas fatales et les épidémies sont inégalement sévères. Le risque existe pourtant et l'on conçoit qu'une mère répugne à le courir, redoutant de donner le jour à un demi-monstre alors que cet accident affreux, mais passager, peut être évité par un avortement thérapeutique sans compromettre en rien les possibilités ultérieures de conception et de génération. [...] Mais la loi n'envisage pas cette menace et la morale comme la religion réprouvent formellement une décision d'avortement fondée sur ces considérations. [...] La question méritait d'être posée ici »²³⁶⁷. Effectivement l'Ordre se contente de poser la question sans en tirer de conséquence et sans définir une nouvelle indication médicale d'avortement thérapeutique. Dix ans plus tard, le Conseil de l'Ordre reste sur ces positions. En 1962, une étude du D^r Vidal sur le sujet reprend le même point de vue : « On a envisagé d'étendre le champ d'application de l'avortement thérapeutique à propos des embryopathies²³⁶⁸ d'origine rubéoleuse. Or ici il ne s'agit plus d'un danger concernant la mère, mais d'un risque encouru par l'enfant à naître. Il est assez singulier, pour écarter ce risque, de supprimer l'enfant. C'est là une méthode trop radicale. Dans ce cas, proposer l'avortement est agir non certes dans l'intérêt de l'enfant que l'on supprime, mais peut-être dans celui de la collectivité, à laquelle on épargne une

²³⁶⁶ M. Lemierre, « Synthèse des exposés présentés », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 10-6-1952, p. 339.

²³⁶⁷ Louis Guillaumat, « Certaines lésions oculaires légitiment-elles l'interruption de grossesse ?, *Bull. du Conseil de l'Ordre National des médecins*, décembre 1955, p. 324-326.

²³⁶⁸ À savoir les maladies de l'embryon.

charge, selon la meilleure doctrine d'un régime totalitaire révolu. M. Vidal ajoute qu'il est un certain nombre d'enfants qui naissent en parfait état et, sur le nombre des malformations éventuelles, il en est de bénignes »²³⁶⁹. Le cas de la rubéole est emblématique de la rigidité de la doctrine médicale en matière d'avortement thérapeutique.

Un article de 1966 relate combien il est difficile de poser une indication médicale d'avortement thérapeutique. Il s'agit d'une femme de 39 ans, cardiaque, enceinte d'un mois, pour qui les cardiologues demandent un avortement de ce type. Cette femme a fait de multiples accidents phlébitiques et emboliques et a sept enfants vivants sur 14 grossesses depuis 1945, soit en 21 ans. Sur ces sept enfants, quatre « présentaient un retard psychomoteur important associé d'ailleurs, dans un cas, à une myopie extrême, dans un autre à une cardiopathie », ce retard étant lié, semble-t-il, à une hémorragie cérébrale à la naissance à cause du traitement anticoagulant auquel leur mère a été soumise jusqu'à l'accouchement. Devant cette situation, les médecins décident de ne pas intervenir et de laisser se dérouler la grossesse. Ils avancent leurs arguments : en premier lieu, « il paraît difficile de considérer la vie de cette malade comme directement menacée » car elle a toujours survécu aux accidents thromboemboliques. Surtout, « toute agression chirurgicale même minime » lui faisant prendre des risques, ceux « liés à la manœuvre abortive paraissant sensiblement égaux à ceux qu'on redoute pour l'accouchement », ils refusent l'avortement thérapeutique. On peut noter que cette femme est enceinte d'un mois seulement, ce qui aurait dû minimiser les conséquences négatives possibles pour sa santé. Peu de temps après ce refus, elle fait une fausse-couche spontanée. À ce moment-là, les mêmes médecins n'hésitent pas à pratiquer une ligature des trompes suivie d'un accident cardiaque heureusement non mortel. On peut remarquer la différence de traitement de cette femme selon qu'il s'agit d'effectuer un avortement thérapeutique sur une grossesse très peu avancée ou d'une ligature des trompes²³⁷⁰. On retire de la lecture de cet article une impression de malaise, cette femme semblant érigée en objet médical sans la moindre trace de compassion ni dans la façon de parler d'elle ni dans la décision d'abstention revendiquée par les auteurs au nom d'un risque qu'ils lui ont fait finalement courir pour la stériliser. Ce cas illustre l'arbitraire du pouvoir médical auquel sont soumises les femmes en demande d'avortement thérapeutique.

L'avortement thérapeutique est en fait une pratique exceptionnelle avant la loi Veil. Les chiffres apparaissent dérisoires. En 1952, devant l'Académie nationale de médecine, le P^r Piedelièvre chiffre à 132 le nombre d'avortements thérapeutiques pratiqués dans le département de la Seine en trois ans de 1947 à 1950, soit 45 à 50 avortements thérapeutiques par an, à comparer avec les

²³⁶⁹ In Bull. du Conseil de l'Ordre National des médecins, juin 1962, p. 129-130.

²³⁷⁰ Émile Hervet et J.-P. Lemoine, « Sur la difficulté des indications de l'avortement thérapeutique », *La Presse médicale*, 22 janvier 1966, 74, n° 4, p. 175-176.

90 000 naissances qui y ont lieu chaque année²³⁷¹. Les raisons de ces avortements thérapeutiques ont été essentiellement la tuberculose, puis des troubles cardiaques et d'autres affections²³⁷². En 1954-55, le D^r Henri Desmoulins analyse dans sa thèse vingt cas d'avortements thérapeutiques pratiqués entre 1949 et 1954 à la clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon. Vingt avortements thérapeutiques pour 12 824 « gestantes » pendant cette période, soit 1 pour 645 « gestantes ». Approximativement, 7 à 3 avortements thérapeutiques ont lieu chaque année dans cette clinique obstétricale, avec un chiffre qui tend d'ailleurs à diminuer (7 en 1950 et 3 en 1952 et en 1953)²³⁷³. Il compare ces chiffres à ceux des avortements thérapeutiques pratiqués à New York de 1943 à 1947 : 1 pour 200 gestations²³⁷⁴. Le D^r Desmoulins en conclut : « nous sommes très en dessous du pourcentage des auteurs américains [...] qui est près de trois fois supérieur. [...] L'avortement thérapeutique est une intervention exceptionnelle »²³⁷⁵. Quelles ont été les indications médicales de ces rares avortements thérapeutiques ? Sur 20 observations : 7 cas de tuberculose pulmonaire, soit 35 % ; 5 cas de cardiopathies, soit 25 % ; 5 cas de néphropathies, soit 25 % ; restent trois cas dont un de vomissements graves²³⁷⁶. Les progrès médicaux pour soigner la tuberculose expliquent en partie l'évolution à la baisse du nombre des avortements thérapeutiques. Le D^r Didierjean distingue quant à lui deux périodes au sujet des avortements thérapeutiques à l'hôpital de Nancy : avant 1950 ils sont très rares (10 en vingt ans), après 1950 leur nombre double (21 en vingt ans). Il attribue cette (modeste) augmentation aux « progrès thérapeutiques, (grâce auxquels) un plus grand nombre de femmes dont l'état est des plus fragiles, peuvent devenir enceintes. Cela oblige à interrompre plus fréquemment ces grossesses contre-indiquées »²³⁷⁷. Tous les avortements thérapeutiques effectués à Nancy avant 1950 ont eu lieu sur une indication médicale majeure : celle des vomissements incoercibles.

Le faible nombre d'avortements thérapeutiques autorisés en France conduisent les femmes à se tourner essentiellement vers l'étranger, en particulier vers la Suisse. Les autorités suisses ne limitent pas, en effet, les possibilités d'avortement à leurs ressortissantes nationales. De nombreuses femmes françaises passent donc la frontière, en particulier à Genève pour

²³⁷¹ René Piedelièvre, « Y a-t-il lieu de demander aux Pouvoirs publics l'extension des dispositions légales concernant l'avortement thérapeutique ? », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 10 juin 1952, p. 331.

²³⁷² Parfois les médecins, qui signalent à l'Ordre ces interventions, ne mentionnent pas l'indication médicale qui conduit à l'avortement thérapeutique, se réclamant du secret médical même si celui-ci n'a pas lieu d'être dans une communication entre médecins.

²³⁷³ Henri Desmoulins, *thèse citée* 1954-55, f. 46-47.

²³⁷⁴ Henri Desmoulins, *thèse citée*, 1954-55, f. 15.

²³⁷⁵ Henri Desmoulins, *thèse citée*, 1954-55, f. 51.

²³⁷⁶ Henri Desmoulins, *thèse citée*, 1954-55, f. 52.

²³⁷⁷ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 69.

solliciter une autorisation d'avorter auprès de médecins suisses experts, seuls habilités à la délivrer. L'un d'entre eux, le D^r Henry Flournoy consacre tout un chapitre de son ouvrage sur l'avortement au « délicat problème des femmes venues de France ». Il cite des chiffres : « Le nombre de Françaises venues nous consulter pour avis conforme atteignait en 1950 24 % du nombre total des femmes qui m'ont été adressées. En 1951, il était monté à 35 % (en 52 et en 53 il est resté stationnaire à environ 40 %). ». Mais il n'est pas le seul médecin expert de Genève et « le total se monte à plusieurs centaines chaque année ». Face à cette situation, il critique durement la loi française, pour qui « seule la sauvegarde de la vie de la mère gravement malade entre en ligne de compte au point de vue thérapeutique ». Pour lui, « cette législation française impitoyable » aboutit à une situation dramatique qui explique le recours à la Suisse pour ces femmes, car « il eût été impossible à ces personnes de recevoir une aide médicale quelconque de leur pays – à moins de recourir à un avortement clandestin »²³⁷⁸. En 1973 encore, le D^r Givord relate le cas de deux femmes qui ont dû aller en Suisse pour un avortement thérapeutique refusé par les hôpitaux français. La première a une indication de rubéole qui n'est toujours pas acceptée par la loi française ; en Suisse la commission de médecins l'autorise à avorter à cause de son âge (44 ans) sans référence à la rubéole qui n'est pas attestée. La seconde, qui a quatre enfants à 32 ans, a une indication « sociale » qui n'est pas non plus reconnue par la loi française ; elle est acceptée par la commission des médecins suisses « à condition qu'elle accepte la stérilisation » (elle a fait trois fausses couches provoquées et compliquées de phlébite et d'embolie pulmonaire) ; elle n'est pas la seule puisqu'il y « avait 60 Françaises qui attendaient à la file pour passer devant la commission ». En témoignage de cette situation vue du côté français : de 1968 à 1972, sur huit femmes dont l'avortement thérapeutique a été refusé à l'hôpital de Lyon, deux l'ont obtenu en Suisse, deux ont fait une fausse couche spontanée et quatre ont gardé leur grossesse²³⁷⁹.

Les partisans de l'élargissement de la loi vont donc dénoncer l'inégalité entre les candidates à l'avortement, seule une minorité de femmes plus fortunées pouvant résoudre leur problème à l'étranger.

B À partir de 1970, polémique sur les indications de l'avortement thérapeutique

Face à la montée des revendications pour le droit à l'avortement, la loi Neuwirth n'ayant visiblement pas réglé le problème des avortements clandestins, face au nouvel état d'esprit créé par Mai 68 et à la résurgence du féminisme, les médecins opposés à tout changement de la loi font de l'avortement thérapeutique le symbole de leur résistance à toute évolution. À l'opposé, les médecins, partisans d'une plus grande tolérance vis-à-vis de

²³⁷⁸ Henry Flournoy, *Nouvelles données et réflexions psychologiques sur les avortements médicaux*, Genève, éditions Médecine et Hygiène, 1955, p. 65, 67 et 68.

²³⁷⁹ Catherine Givord, *thèse citée*, 1973, f. 16 et 19.

l'avortement, mettent en avant l'empathie nécessaire face aux drames humains pour la prise en compte d'autres indications médicales, voire sociales. Le 29 juillet 1970, le Dr Peyret (député de la majorité UDR) donne son nom à une proposition de loi qui vise à élargir les indications de l'avortement thérapeutique quand, du fait de la grossesse, la vie de la mère est menacée par des complications lointaines, lorsqu'il existe une embryopathie incurable qui peut amener la naissance d'un enfant atteint de graves anomalies, corporelles ou mentales, lorsque la grossesse est la conséquence d'un acte criminel ou de violence. Cette proposition prend donc en compte la santé future de la femme et celle de l'enfant à naître. À côté de ces indications médicales, elle comprend une indication sociale en faveur des femmes enceintes à la suite de viols. Cette proposition n'aboutit pas mais oblige les médecins à prendre position autour des indications de l'avortement thérapeutique.

Les opposants à cette proposition de loi craignent avant tout que « tous les prétextes puissent devenir bons pour légitimer l'avortement »²³⁸⁰. En 1971, le D^r Didierjean écrit, avec la même préoccupation, que l'avortement thérapeutique ne peut être effectué ni pour raisons sociales ni pour convenances personnelles sinon « on aboutit très rapidement à des avortements « légaux » dans lesquels le médecin n'intervient que pour l'acte, l'indication étant posée par la mère à qui il suffit d'en faire la demande pour avorter »²³⁸¹. René Didierjean note, par ailleurs, la façon redondante de nommer cette intervention : « Pourquoi utilisons-nous le terme thérapeutique ? [...] Avons-nous entendu parler de césarienne thérapeutique ou d'appendicectomie thérapeutique ? »²³⁸², si ce n'est pour se démarquer de l'avortement « ordinaire » et illégal. Lors d'un forum organisé sur le sujet par la revue *Le Concours médical* en juin 1970, le P^r Jérôme Lejeune s'oppose à tout avortement thérapeutique y compris en cas de rubéole de la mère : « Personnellement, je distingue deux types d'avortements : l'avortement passionnel, auquel on procède pour des motifs extérieurs à la médecine ; et l'avortement délibéré, qui n'est jamais thérapeutique. Une thérapeutique, en effet, vise essentiellement à guérir une maladie et non à supprimer la victime de la maladie ! Je ne pense pas qu'on guérisse un fœtus de l'atteinte rubéolique en le supprimant ! [...] Cette suppression délibérée d'un être humain est faite éventuellement dans l'intérêt de la mère, voire de la société, mais sûrement pas de la victime »²³⁸³. Il estime que « si la société s'arroge le droit de disposer de certains de ses membres porteurs d'une variante génétique, on institue un nazisme chromosomique qui avait échappé aux Nazis »²³⁸⁴. La référence au nazisme devient alors quasi systématique chez les adversaires de la proposition

²³⁸⁰ H. Hartemann, *thèse citée*, 1925-26, f. 35.

²³⁸¹ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 5.

²³⁸² René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 6.

²³⁸³ Forum sur « L'avortement thérapeutique », *Le Concours Médical*, 27-6-1970, p. 5809 et 5811.

²³⁸⁴ Forum sur « L'avortement thérapeutique », *Le Concours Médical*, 27-6-1970, p. 5809.

de loi Peyret puis de l'avortement en général. On la retrouve, par exemple, chez le D^r Claude Kohler²³⁸⁵ : « Le projet de loi [...] est purement destructeur et aboutit à une fausse liberté de choix – une reviviscence d'un esprit de discrimination ségrégative qui nous reportent à certains fours qui brûlèrent en Pologne durant 4 ans... »²³⁸⁶.

Le D^r Didierjean aborde, dans un registre différent, le problème des anomalies du fœtus. Il s'affirme totalement opposé à une indication de ce type pour l'avortement thérapeutique. Selon lui : « Le projet de loi actuel voudrait permettre l'avortement de fœtus anormaux. Il est un point capital qu'il ne faut pas oublier, c'est que de tels êtres, comme les autres, ont droit à la vie » et il demande la multiplication de centres d'accueil pour ces enfants handicapés. Il emploie aussi des arguments étonnants : « Les tares fœtales telles que le mongolisme, même si l'on pouvait espérer un jour faire un dépistage précoce efficace de cette aberration chromosomique²³⁸⁷, ne peuvent constituer une indication médicale valable. En effet, non seulement il s'agit d'un fœticide gratuit mais il est admis par tous que l'amniocentèse ne pourra jamais être faite de façon systématique à toutes les femmes, voilà donc le seul moyen de détection possible réservé à une catégorie de privilégiées²³⁸⁸ ». Il affirme dans ce texte un autre argument récurrent des opposants au droit à l'avortement, le droit à la vie des fœtus considérés comme des personnes. Pour les grossesses issues de viols, il se révèle encore une fois opposé à toute possibilité légale d'avortement : « Si l'on admet comme légitime une telle indication, il faudra que la malade apporte la preuve du viol. [...] Il sera dans la plupart des cas impossible de faire la part de la vérité et dans le doute l'avortement devra dans tous les cas être accepté. On ouvre ainsi la porte à tous les abus possibles. Afin d'exclure une telle situation, il semble donc logique de rejeter le viol comme indication d'avortement thérapeutique d'autant plus que ces cas demeurent très exceptionnels. Le problème posé par l'inceste est identique²³⁸⁹ ». Au nom de leur caractère exceptionnel et de la nécessité de prouver le viol et l'inceste, il refuse l'élargissement de la loi. Il est rejoint, par exemple, par le P^r Muller qui écrit en 1974 : « En cinquante-deux ans de vie médico-légale pratique et après des milliers d'expertises, je puis présenter une dizaine de viols authentiques. Par contre, j'ai rencontré des centaines d'allégations de viols après des coïts assez librement consentis ou après constatation d'une grossesse au début. Le viol est alors donné habituellement comme excuse par la fille coupable. Dans les dix cas de viols authentiques, j'ai rencontré deux grossesses. Elles ont été, l'une et

²³⁸⁵ Dont l'ouvrage le plus connu s'intitule *Jeunes déficients mentaux*, Bruxelles, Dessart, 1967, 445 p.

²³⁸⁶ Claude Kohler, « Que messieurs les assassins commencent », *Le Concours Médical*, 5-6-1971, p. 4260.

²³⁸⁷ Rappelons que le professeur Lejeune a décrit dix ans auparavant, en 1959, le chromosome surnuméraire responsable du handicap des enfants trisomiques.

²³⁸⁸ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 123 et 110.

²³⁸⁹ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 126.

l'autre, menée à terme. L'enfant a été élevé par ses grands-parents. [...] Il y a certes des grossesses incestueuses. Mais si on voulait les supprimer, il faudrait aussi prouver qu'il y eut effectivement inceste. Combien ai-je rencontré de cas sociaux navrants où la mère et la fille était complices pour accuser d'inceste ou d'attentats aux mœurs un père ou un grand-père dont on voulait divorcer ou se séparer ! Je suis radicalement contre l'interruption de telles grossesses. [...] On n'a pas à se venger sur un enfant prénatal de l'acte d'un excité sexuel »²³⁹⁰. Les justifications avancées sont du même ordre que celles de la Justice qui ne condamne qu'exceptionnellement les viols et les incestes à cette date. Le D^r Didierjean cite enfin le P^r Portes, bien connu pour ses convictions natalistes et décédé depuis vingt ans : « L'avortement thérapeutique reste un crime »²³⁹¹. Il finit cependant par se prononcer pour « une loi suffisamment souple pour permettre au médecin de poser lui-même ses indications »²³⁹². Cette thèse est un condensé des arguments des opposants à tout changement. Elle se termine par l'affirmation de la prééminence du pouvoir médical, relevant de la décision personnelle, c'est-à-dire de l'arbitraire du médecin. Le D^r Didierjean se place ainsi dans la droite ligne de ses aînés, justifiant à son tour la rigidité doctrinale de ses confrères de la génération précédente.

Ainsi, dès 1970, tout le corpus des arguments des opposants au droit à l'avortement se met en place à propos de l'avortement thérapeutique : référence au nazisme, droit du fœtus, négation des violences faites aux femmes. Ces médecins sont soutenus par l'Ordre qui fait paraître en octobre 1970 un texte de mise au point dans la presse professionnelle. Après avoir réaffirmé le dogme fondamental du respect de la vie humaine, il met en garde les législateurs à propos du droit à avorter en cas d'anomalies reconnues du fœtus : « L'Ordre se doit de souligner que si cette dérogation n'est pas interprétée de la façon la plus stricte, on risque d'en arriver insensiblement à la suppression d'embryons ou de fœtus menacés de malformations mineures ou hypothétiques. Si une telle mesure, de la plus haute gravité, ne demeurerait exceptionnelle et basée sur une stricte rigueur scientifique, elle ne serait qu'une fâcheuse étape vers un laxisme que l'Ordre condamnerait ». Quant à la possibilité d'interruption de grossesse en cas de crime ou violence, en bref de viol : « Supprimant la vie d'un œuf sain, elle constitue une violation directe de la doctrine de l'Ordre. Les pouvoirs législatif et judiciaire peuvent en prendre la responsabilité, l'Ordre a le devoir de lui marquer son opposition absolue »²³⁹³.

Les adversaires de l'élargissement des indications d'avortement thérapeutique en dénoncent également les conséquences négatives pour la santé mentale des femmes. Pour le D^r Didierjean, ce n'est pas « une inoffensive opération de routine » à cause des suites médicales sur le plan psychique car il

²³⁹⁰ M. Muller, « Les modifications de la loi sur la répression de l'avortement », *Le Concours Médical*, 30-3-1974, p. 2118.

²³⁹¹ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 128.

²³⁹² René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 122.

²³⁹³ In Bull. du Conseil National de l'Ordre des médecins, octobre 1970, p. 515-517.

peut entraîner « le remords, le sentiment de culpabilité » voire « dans 20 % des cas des complications psychiatriques » tout comme l'avortement criminel²³⁹⁴.

Les partisans d'une nouvelle loi dénoncent principalement le fait que le risque encouru par la femme enceinte n'est pas toujours correctement pris en compte. Le D^r Lagroua Weill-Hallé rapporte le cas d'une patiente, Madame F. : « atteinte de rétrécissement mitral diagnostiqué à l'âge de 16 ans, se marie à 21 ans avec la recommandation toute platonique de son cardiologue : « surtout ne pas être enceinte ». Première grossesse dès les premiers mois du mariage, entraînant une incapacité presque totale [...] accouchement à terme sans accident grave. Nouvelles recommandations toujours aussi platoniques. [...] Deuxième grossesse avec, d'emblée, gros troubles gravido-cardiaques, malgré un repos absolu : accouchement [...] dans des conditions très difficiles et ultime recommandation à Madame F. de ne plus être enceinte. Une troisième grossesse débute cependant ; l'état de Madame F. est tel que son accoucheur ne veut pas prendre la responsabilité de poursuivre la grossesse et demande une consultation avec le cardiologue ; l'examen montre des signes de décompensation nets justifiant l'avortement thérapeutique. Mais la femme, ayant déjà supporté deux grossesses, le cardiologue pense qu'il n'est pas impossible, de ce fait, que Madame F. mène une troisième grossesse à terme et, dans l'alternative, l'avortement thérapeutique n'est pas décidé. Madame F., malgré un repos complet, voit son état empirer et rentre d'urgence, au quatrième mois de sa grossesse, dans un service de cardiologie où elle meurt à 25 ans, laissant deux enfants en bas âge »²³⁹⁵. Le risque de malformation du fœtus n'est pas non plus envisagé comme indication possible et la législation méconnaît ainsi un problème humain majeur. Les partisans d'un élargissement de la loi prennent l'exemple de la prise de thalidomide sur prescription médicale pendant la grossesse. L'opinion publique est en effet alertée par de nombreux faits divers dramatiques liés à la prise de ce médicament : le 19 octobre 1962, par exemple, est acquittée à Liège, en Belgique, une mère ayant empoisonnée sa petite fille âgée de quelques jours, née sans jambes ni bras à cause de la Thalidomide. Son mari et le médecin, qui a fourni le somnifère mortel, sont également acquittés²³⁹⁶. En 1965, Anne-Marie Dourlen-Rollier cite dans un ouvrage défendant le droit à l'avortement, le cas d'une femme, obligée, après de vaines tentatives en France, d'aller avorter en Suède d'un fœtus « qui était celui d'un enfant difforme », après la prise de thalidomide²³⁹⁷. Ces médecins bataillent aussi contre les références au nazisme. Le D^r Saint Placat répond dans *Le Concours médical* : « Les partisans du respect absolu, dogmatique, de la vie

²³⁹⁴ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 79-82.

²³⁹⁵ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Du conflit entre la loi et la conscience professionnelle du médecin », communication présentée au Ier Congrès International de Morale Médicale, Paris, 1^{er} octobre 1955, *Gynécologie Pratique*, 1955, n°6, p. 429-430.

²³⁹⁶ Cas cité par Anne-Marie Dourlen-Rollier, *L'avortement autorisé ou défendu?*, Paris, Buchet-Chastel, 1965, p. 25.

²³⁹⁷ Anne-Marie Dourlen-Rollier, *op. cité*, 1965, p. 20.

évoquent, à propos d'une proposition de réforme limitée telle que celle du D^r Peyret, les abominations nazies. Ce faisant, ne font-ils pas preuve d'ignorance et d'irréalisme ? D'ignorance car ce qui caractérisait la législation nazie, c'était l'*obligation* de détruire les enfants de telle ou telle catégorie, alors que de toute évidence, il n'est question en France que d'élargir légèrement les limites à l'intérieur desquelles les individus auront la faculté de prendre en toute conscience et liberté, la décision qu'ils croient devoir prendre. D'irréalisme car, dans un pays, des centaines de milliers d'enfants anormaux, des centaines de milliers d'avortements clandestins effectués dans les pires conditions, des centaines de femmes qui meurent chaque année à la suite de ces avortements, des millions de drames individuels ou familiaux, pèsent plus lourd que l'affirmation aveugle d'un principe, aussi noble qu'il puisse paraître »²³⁹⁸. Cette réponse dénonce l'outrance et l'injustice d'un tel rapprochement avec le nazisme. Celui-ci continue néanmoins à revenir régulièrement sous la plume de ces opposants, le P^r Lejeune en tête.

Ils remettent enfin en perspective le constat des risques pour la santé mentale des femmes après un avortement de ce type. Le D^r Régine Chambonnet remarque: « Le problème des séquelles psychiques et des frustrations post-abortum est complexe. Une idée de culpabilité accompagne souvent l'avortement thérapeutique, la somatisation ultérieure entraîne essentiellement des perturbations de la vie sexuelle avec dyspareunie, frigidity dans 2 % des cas et douleurs abdominales. Un véritable regret pour l'avortement est cependant rare (moins de 1 % des cas). Néanmoins, il est d'une importance capitale que l'indication soit bien pesée et qu'un bon contact soit établi entre la malade et le médecin qui doit prendre en charge la patiente »²³⁹⁹. Le D^r Catherine Givord parle « d'autopunition » que s'infligent certaines femmes après un avortement thérapeutique. Ainsi, Madame G., 45 ans, 5 enfants et des problèmes cardiaques : « Vécu pendant le séjour en clinique : terrible ; elle sentait la désapprobation autour d'elle. À remarquer qu'elle a choisi comme chirurgien pour réaliser cet avortement précisément le gynécologue qui s'y était opposé initialement pour une question de principes ; elle a donc eu à subir sa sévérité ; de plus c'est dans une clinique d'accouchement que l'avortement a eu lieu »²⁴⁰⁰. Elle constate, après avoir enquêté auprès des patientes, un sentiment de culpabilité difficilement explicable « chez ces femmes dont la plupart avaient des raisons de santé impératives pour interrompre leur grossesse. Mais précisément, nous pensons que l'explication tient au matériel même de cette étude : en effet, beaucoup désiraient cet enfant, vingt signalent qu'elles l'auraient gardé si leur état de santé le leur avait permis. Il est donc normal que cet avortement leur ait posé plus de problèmes qu'à des femmes n'ayant pas de motif valable au regard de la loi française, mais décidées à interrompre une

²³⁹⁸ C. Saint Placat, « Avortement : conscience, médecine et légalité », *Le Concours Médical*, 5-6-1971, p. 4416.

²³⁹⁹ Régine Chambonnet, *thèse citée*, 1973, f. 60.

²⁴⁰⁰ Catherine Givord, *thèse citée*, 1973, f. 22.

grossesse qu'elles ne désiraient absolument pas »²⁴⁰¹. Cette explication intéressante minimise cependant l'ambiguïté qui peut exister dans toute décision d'avorter, légalement ou illégalement. Les pesanteurs de l'institution hospitalière peuvent également aggraver la situation, ainsi pour ces femmes qui « se sont plaintes du nombre de démarches à effectuer, de la dispersion des lieux où elles étaient convoquées, et surtout de la longueur de la réponse, rendant l'intervention plus délicate et plus pénible à mesure que la grossesse avançait »²⁴⁰². Quant au fait d'avorter dans une Maternité, toute femme peut y ressentir une culpabilité décuplée.

En septembre 1970, un sondage de l'IFOP auprès de 449 médecins, à la demande de l'Association nationale pour l'étude de l'avortement (ANEA), montre que 79 % sont d'accord pour l'avortement thérapeutique en cas de menace pour la santé physique de la mère, 64 % en cas de menace sur sa santé mentale, 62 % en cas de viol ou d'inceste, 74 % en cas de risque de malformation grave. Mais seuls 41 % sont d'accord quand l'indication est réduite au fait qu'il s'agit mineure de moins de 15 ans, 21 % pour une multipare de plus de trois enfants, 16 % si la mère est abandonnée par le procréateur et 25 % en cas de situation économique désespérée. Pour la majorité des médecins, ces raisons sociales qu'ils assimilent aux convenances personnelles ne sont pas du ressort de la médecine. Elles sont également porteuses d'un danger : celui du droit à l'avortement à la seule demande des femmes, qui mettrait le médecin en position de simple exécutant. C'est l'avis du P^r Le Lorier qui intervient à l'Académie Nationale de Médecine en 1972 : « Sur le plan de la doctrine, l'élargissement des indications médicales au domaine social [...] conduit logiquement à plus ou moins longue échéance à l'avortement libre »²⁴⁰³. Ce sondage pose ensuite la question de la prise de décision : 48 % des médecins sont favorables à la décision de deux ou trois spécialistes, 20 % à celle d'une commission, 15 % à celle de son médecin, 7 % celle d'un expert auprès des tribunaux et 3 % celle d'un représentant du Conseil de l'Ordre²⁴⁰⁴. Il est révélateur que la question de la décision à prendre par la femme elle-même ou le couple ne leur ait même pas été posée comme si le cas était inenvisageable... On mesure ici l'audace de la loi Veil, cinq ans plus tard, qui laisse la décision aux femmes, un aspect de la loi qui révèle bien le chemin parcouru par l'opinion, y compris celle des médecins, en cinq ans.

Même si la proposition de Dr Peyret n'a pas été votée, on constate dans les faits une évolution des indications médicales. Elles concernent toujours les mères mais suivent les progrès médicaux. En 1970, la thèse du D^r Stéphane Legierski analyse 16 observations d'avortements thérapeutiques, en dix ans,

²⁴⁰¹ Catherine Givord, *thèse citée*, 1973, f. 50.

²⁴⁰² Catherine Givord, *thèse citée*, 1973, f. 46.

²⁴⁰³ Guy Le Lorier, « À propos de l'expérience acquise dans quelques pays étrangers après la libéralisation de l'avortement volontaire », *Bull. de L'Académie Nationale de Médecine*, 3-10-1972, p. 680-681.

²⁴⁰⁴ Cité in François et Michèle Guy, *L'avortement*, Paris, Ed. du Cerf, 1971, p. 83-84.

dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Lille : 16 cas sur un total de 22 127 accouchements, soit 0,072 %²⁴⁰⁵. Les indications médicales concernent des patientes atteintes de graves problèmes rénaux(57 %), de cardiopathies et de diabète sévère. Il ne relève plus d'indication de tuberculose : « Alors qu'au début du siècle, quand les traitements antituberculeux étaient réduits à peu de choses, la grossesse avait la fâcheuse tendance d'aggraver la tuberculose. Il en était de même dans le post-partum, où les décès maternels étaient particulièrement fréquents. Lacomme en 1956 en note presque 50 %. [...] Avec l'avènement des antibiotiques antituberculeux, l'avenir des bacillaires (c'est-à-dire des femmes tuberculeuses) [...] s'est vu transformé du tout au tout. [...] Ce succès assez foudroyant explique sans équivoque la disparition quasi-totale des avortements thérapeutiques pour tuberculose. »²⁴⁰⁶. Pour le D^r Legierski : « Dans tous les cas, il nous semble que les indications étaient parfaitement justifiées, soit parce que le décès de la malade est survenu assez rapidement après l'avortement thérapeutique²⁴⁰⁷, soit parce que, au contraire, la malade a pu rapidement reprendre une vie presque normale, moyennant une surveillance médicale et un traitement adéquat »²⁴⁰⁸. À l'hôpital de Toulouse, le D^r Cassagnères Fournier observe une évolution identique : « Une indication a pratiquement disparu à l'heure actuelle : les vomissements incoercibles. Nous n'avons pas noté une seule observation dans notre relevé portant sur les treize dernières années. [...] Autre indication qui a marqué un recul très net : la tuberculose. Autrefois l'un des grands chapitres des indications de l'avortement thérapeutique, actuellement c'est une indication exceptionnelle (quatre observations) [...] La lutte antituberculeuse et les derniers antibiotiques antituberculeux par leur puissance et leur innocuité [...] ont complètement effacé l'acuité du problème en supprimant la menace vitale qu'elle faisait peser sur la mère. [...] Pour les indications cardiaques [...] les progrès font que, actuellement, la majorité des malades peuvent mener leur grossesse à terme et accoucher sans risque majeur maternel ou fœtal. La mortalité maternelle est passée de 50 % des cas au début du siècle, à moins de 1 % dans les statistiques récentes²⁴⁰⁹. [...] Les indications vasculo-rénales²⁴¹⁰, elles, restent, de l'avis unanime, parmi les moins exceptionnelles et les moins discutées des indications des avortements thérapeutiques. [...] Les hémopathies²⁴¹¹ (pour lesquelles) l'interruption de grossesse se justifie pleinement, ne serait-ce que pour pouvoir mettre en œuvre tous les traitements

²⁴⁰⁵ Stéphane Legierski, *thèse citée*, 1970, f. 116.

²⁴⁰⁶ Stéphane Legierski, *thèse citée*, 1970, f. 96-97.

²⁴⁰⁷ Quatre d'entre elles sont en effet décédées dans les deux années après l'avortement, soit une sur quatre...

²⁴⁰⁸ Stéphane Legierski, *thèse citée*, 1970, f. 73.

²⁴⁰⁹ Cette évolution n'est pas récente, dès 1953 le D^r Cortin intitulait sa thèse *Cardiopathie et grossesse. Diminution actuelle des indications de l'avortement thérapeutique*, Paris, 1953.

²⁴¹⁰ Les affections des reins, généralement associées à une hypertension.

²⁴¹¹ Les maladies sanguines malignes, souvent des leucémies.

exigés par un tel état, afin d'essayer de prolonger la vie de la mère.» Il faut ajouter à cette liste tous les cancers contre lesquels la chimiothérapie et la radiothérapie sont utilisées²⁴¹².

On constate également la prise en compte d'indications eugéniques. En 1973, une thèse²⁴¹³ examine 31 cas d'avortements thérapeutiques du 1^{er} janvier 1969 au 24 août 1973, au CHU de Lyon, soit une fréquence inférieure à un avortement thérapeutique par mois. Les indications retenues sont liées à la maladie de la mère (5 femmes) mais elles sont en majorité eugéniques (18 femmes). Pour celles-ci, 7 indications d'avortements thérapeutiques sont justifiées par la rubéole mais également par certaines maladies génétiques comme la mucoviscidose (une indication). Les dix autres cas concernent des maladies héréditaires très lourdes, en général des arriérations mentales²⁴¹⁴ : par exemple Mme H., 27 ans, 4 enfants dont les trois derniers sont des « arriérés mentaux profonds »²⁴¹⁵, cette femme a obtenu un avortement thérapeutique suivi d'une stérilisation. L'année suivante, en 1974, une thèse sur les avortements thérapeutiques pratiqués au CHU de Toulouse révèle une situation semblable. Trois femmes ayant eu la rubéole obtiennent un avortement thérapeutique à partir de 1971 alors qu'auparavant aucun cas de ce genre n'est répertorié. Selon les termes du médecin : la nocivité de la rubéole pour le fœtus est amplement prouvé lors d'une épidémie aux États-Unis (1964-1965), celle-ci est « redoutable par le risque de malformations fœtales qu'elle entraîne²⁴¹⁶. [...] Le risque est particulièrement élevé pendant les deux premier mois : c'est alors que s'observent les malformations les plus graves. Selon les études et les critères retenus, il a pu être estimé de 30 à 80 %²⁴¹⁷ ». Comme à Lyon, la toxoplasmose, mieux connue des médecins depuis un colloque international en 1970, devient une indication acceptée. Trois femmes atteintes de cette pathologie ont un avortement thérapeutique au CHU de Toulouse : deux en 1972 et une en 1973²⁴¹⁸. Encore une fois, aucun cas n'est cité auparavant. Pour

²⁴¹² Marie-Brigitte Cassagnères Fournier, L'évolution des idées dans l'interruption thérapeutique de la grossesse au CHU de Toulouse de 1959 à 1973, Toulouse, 1973/74, n°90, f. 53-61.

²⁴¹³ Régine Chambonnet, *thèse citée* 1973.

²⁴¹⁴ Régine Chambonnet, *thèse citée*, 1973, f. 19-33.

²⁴¹⁵ Régine Chambonnet, *thèse citée*, 1973, f. 29.

²⁴¹⁶ Le D^r Stéphane Legierski, dans sa thèse soutenue en 1970, cite des sources britanniques qui évaluent un risque de 50 % au cours du premier mois et de 95 % lors des sept premières semaines pour qu'aient lieu des malformations pour le fœtus, imputables à une rubéole de la femme pendant sa grossesse, in *opus cité*, 1970, p. 106. En 1973, le D^r Régine Chambonnet cite les travaux d'un médecin australien qui, le premier, a reconnu dès 1941 que la rubéole chez la femme enceinte est responsable de malformations congénitales chez l'enfant à naître avec les mêmes pourcentages de risques : atteintes cardiaques surtout, oculaires, retard psychomoteur etc., in *opus cité*, 1973, p. 41-42.

²⁴¹⁷ Marie-Brigitte Cassagnères Fournier, *thèse citée*, 1974, f. 65-66.

²⁴¹⁸ Marie-Brigitte Cassagnères Fournier, *thèse citée*, 1974 : observations n° 33 et 34, p. 38 et observation n° 44, f. 41-42.

le P^r Hervet en 1974, « Le problème de la qualité de l'enfant à naître commence à se poser avec l'avènement des possibilités nouvelles de prévoir une anomalie fœtale. [...] En trois ans, d'octobre 1970 à octobre 1973, dans notre service de la Pitié, 106 avortements préventifs, tous déclarés conformément à la législation en cours, ont été effectués »²⁴¹⁹.

Mais ces indications sont critiquées. Ainsi le D^r Legierski, sans s'engager personnellement, cite le P^r Lacomme: « La pitié pour une famille qui nous supplie de la comprendre et le sentiment de regret pénible, voire de révolte contre une loi rigide qu'il nous est arrivé à tous d'éprouver en face de situations dramatiques, nous émeuvent et ne peuvent pas ne pas nous émouvoir. Mais il faut reconnaître qu'ils ne peuvent entrer seuls en ligne de compte pour promouvoir la réforme d'une loi. En s'élevant du cas particulier au problème général qui est nécessairement celui qu'envisage le législateur, on en arrive à une conception moins simple des choses. Car on légifère non pour des individualités mais pour toute une population²⁴²⁰ ». Ce texte peut être interprété comme le volonté du corps médical de garder un pouvoir de décision, et lui seul, sur la réalisation d'un avortement thérapeutique, sous-entendant que les médecins sont des experts mais aussi des êtres humains qui peuvent ainsi juger si une femme a le droit ou non d'avorter.

Des avortements thérapeutiques sont aussi de plus en plus pratiqués sur indication psychiatrique. Les gynécologues-obstétriciens, qui pratiquent les avortements thérapeutiques, sont en général plutôt sceptiques quand des confrères psychiatres leur envoient des femmes pour un avortement thérapeutique sur indication psychiatrique. Ils les soupçonnent régulièrement de laxisme ou de la volonté d'aider ces femmes à avorter malgré la loi. En 1954, le P^r Louis Portes écrit : « Il n'est pas douteux, à cet égard, que, dans bien des pays, beaucoup d'avortements criminels sont pratiqués en particulier dans les classes élevées de la population, sous le couvert d'indications thérapeutiques fallacieuses – cela souvent avec une hypocrisie notoire de la part de tous participants ; mais aussi parfois en toute bonne foi parce que les médecins se font en général des indications de l'avortement médical une idée trop étendue [...] pour des raisons dites « médicales » et notamment « psychiatriques »²⁴²¹. L'indication psychiatrique la plus courante concerne les menaces de suicide exprimées par les patientes pour obtenir un avortement. Ces menaces renvoient à l'indication générale de l'avortement thérapeutique destiné officiellement à sauver la vie de la femme enceinte. Le D^r Stéphane Legierski juge sévèrement ces femmes : « Il est facile, en effet, à certaines femmes, désireuses de se faire avorter, de faire une espèce de chantage moral sur ce sujet, afin d'arriver à

²⁴¹⁹ Émile Hervet, « Avortement clandestin – Avortement légal », *La Revue du Praticien*, 11 février 1974, p. 639-640.

²⁴²⁰ Stéphane Legierski, *thèse citée*, 1970, f. 10.

²⁴²¹ Le professeur Portes fait ici allusion à la Suisse, in Louis Portes, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, PUF, 1954, p. 72.

leurs fins »²⁴²². En 1971, au CHU de Nancy, le D^r Didierjean a la même opinion, il pense que les indications psychiatriques « sont incontestablement les plus difficiles à déterminer parce que se fondant sur des phénomènes subjectifs exclusivement. Il ne semble pas possible de dicter une conduite stéréotypée ». Prenant l'exemple du monde anglo-saxon, où elles constituent la grande majorité des indications d'avortement thérapeutique, il ajoute : « celles-ci sont prises pour des pseudo altérations psychiques, les psychiatres retenant la solution de facilité même si la femme doit après coup voir son état aggravé par les remords »²⁴²³. Notons la faible confiance de ce gynécologue-obstétricien vis-à-vis de la psychiatrie et des psychiatres qui voient leur science reléguée au rang de la subjectivité et sont accusés de reculer devant les traitements au profit d'un avortement qu'ils font effectuer par d'autres médecins.

Pourtant, malgré cette méfiance généralisée vis-à-vis des psychiatres dans le milieu des gynécologues obstétriciens, des femmes parviennent à obtenir un avortement thérapeutique avec ce type d'indication. À Lyon, le D^r Catherine Givord signale 15 cas d'indication « psychique » ayant conduit à cette intervention entre 1968 et 1972, sur 44 avortements thérapeutiques effectués pendant cette période, soit plus du tiers²⁴²⁴. Ces femmes viennent pour la plupart de l'hôpital psychiatrique de la région et sont donc répertoriées comme malades mentales. Les décisions de la commission médicale sont parfois difficiles à cerner : elle accepte un avortement thérapeutique pour Mlle G., 26 ans, travaillant en atelier protégé, dont la grossesse serait consécutive à un « viol » (les guillemets sont du médecin), en septembre 1972, cette jeune femme « est ininterrogeable ; elle ne semble pas avoir subi de choc, ni de la grossesse, ni de l'avortement »²⁴²⁵. Par contre, trois mois auparavant, une autre jeune femme ne peut avoir d'avortement thérapeutique malgré l'indication de débilité mentale consécutive à une méningite infantile : « L'enfant est né en novembre dernier, en bonne santé ; il est élevé par sa grand-mère. L'accouchement a été vécu très pénible. On n'obtient pas d'autres observations. La malade est suivie par un psychiatre »²⁴²⁶. Seule différence entre les deux jeunes femmes : la première est élevée par une religieuse qui l'a accompagné à l'hôpital et est d'accord pour l'avortement. Toujours à Lyon, le D^r Régine Chambonnet, dans sa thèse sur les avortements thérapeutiques de 1969 à 1973, tient pour certain que « le « chantage » au suicide est un moyen commode de faire interrompre une grossesse non désirée. Cependant des tentatives suicidaires antérieures, un terrain dépressif représentent ds arguments valables d'interruption de grossesse en cas de rejet de celle-ci ; le passage à l'acte étant

²⁴²² Stéphane Legierski, *thèse citée*, 1970, f. 101. Notons qu'aucune des seize femmes ayant subi un avortement thérapeutique au CHU de Lille n'a eu d'indication psychiatrique.

²⁴²³ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 109.

²⁴²⁴ Catherine Givord, *thèse citée*, 1973, f. 23 à 41.

²⁴²⁵ Catherine Givord, *thèse citée*, 1973, f. 40.

²⁴²⁶ Catherine Givord, *thèse citée*, 1973, f. 19.

alors possible »²⁴²⁷. Elle prend l'exemple de Mme B., 24 ans, 3 enfants, 6 avortements provoqués : « antécédents psychiatriques du post-partum, hérédité chargée : père éthylique, mère éthylique présentant des troubles psychiatriques avec un séjour d'un an à l'hôpital psychiatrique, une sœur est également éthylique, le mari présente également des troubles psychiques et ne travaille plus depuis 4 mois »²⁴²⁸. Cette femme a un avortement thérapeutique et une stérilisation. Au CHU de Toulouse, les médecins demeurent réticents devant les indications psychiatriques : « incontestablement les plus difficiles à définir puisque les plus fréquemment alléguées. Si l'on s'en tient rigoureusement aux termes de la loi actuelle, le seul risque vital encouru par la mère, du fait de la grossesse, ne peut être que le risque d'autodestruction. Ce danger est assez souvent mis en exergue [...] On voit (cependant) avec quelles réserves doivent être interprétées les intentions suicidaires qui peuvent n'être qu'une certaine forme de chantage et admettre le bien-fondé d'une telle menace est la porte ouverte aux indications abusives d'autant plus que les cas de cet ordre risquent fort de faire rapidement « boule de neige ». Aussi, dans notre étude, les indications psychiatriques, qui n'existaient pas jusqu'en 1971 inclus, représentent plus du tiers (en 1972 : 7/20 ; premier trimestre 73 : 3/8) des indications des quinze derniers mois ; et notre expérience est une preuve flagrante de l'extension considérable que tend à prendre l'indication psychiatrique, et des difficultés que cela pose très vite aux médecins, d'autant plus que ces indications sont la couverture facile des cas socio-économiques. [...] L'indication d'avortement est actuellement portée trop souvent. En règle générale, la grossesse peut être menée à bien grâce aux traitements modernes »²⁴²⁹. Ce médecin exprime ici son scepticisme même quand les femmes sont adressées au CHU de Toulouse par des collègues psychiatres travaillant dans diverses institutions, à la suite par exemple d'un viol collectif (observation n°31), ou pour une patiente « hémiplegique et débile mentale, enceinte de deux mois de rapports incestueux » (observation n°37)²⁴³⁰. Les médecins du Conseil de l'Ordre, au niveau national, font preuve du même scepticisme comme le révèle l'intervention du D^r Guyot et celle du D^r Villey : « M. Guyot indique que [...] beaucoup de psychiatres motivent l'interruption de grossesse par la prévention d'une tentative de suicide », et le D^r Villey ajoute : « L'argument du risque du suicide, qui est un risque vital, lequel rentre dans les normes de l'avortement thérapeutique, est habile et judicieux peut-être dans le cas d'un futur mongolien, mais il lui paraît très dangereux car le médecin est souvent sollicité de donner son accord pour un avortement pour des femmes qui n'ont rien d'autre qu'un peu de nervosité ou d'angoisse et qui font surtout le chantage au suicide »²⁴³¹. Il n'empêche que les indications

²⁴²⁷ Régine Chambonnet, *thèse citée*, 1973, f. 39.

²⁴²⁸ Régine Chambonnet, *thèse citée*, 1973, f. 14-15.

²⁴²⁹ Marie-Brigitte Cassagnères Fournier, *thèse citée*, 1974, f. 61-64.

²⁴³⁰ Marie-Brigitte Cassagnères Fournier, *thèse citée*, 1974, f. 37-38 et 39-40.

²⁴³¹ Procès-verbal, Conseil National de l'Ordre des médecins, 11 avril 1970, p. 38.

psychiatriques sont progressivement reconnues, ouvrant la voie aux indications élargies de l'avortement.

A partir de 1970, le nombre des avortements thérapeutiques semble augmenter en France. En 1971 à la Maternité de l'hôpital de Nancy, 55 femmes, envoyées par leur médecin, font une démarche pour un avortement thérapeutique, contre deux demandes par an en moyenne de 1930 à 1970. Sur ces 55, 31 demandes aboutissent et 24 sont refusés par les gynécologues obstétriciens de l'hôpital²⁴³². A partir de cet exemple, le D^r Didierjean chiffre à 1 500 par an le nombre d'avortements thérapeutiques effectués en France, soit 0,1 à 0,2 % des naissances²⁴³³. En 1974, le P^r Hervet précise : « De 1948 à 1968, il a été déclaré au Conseil de l'Ordre, une moyenne de 50 à 60 avortements thérapeutiques, chaque année pour le département de la Seine. Depuis ces toutes dernières années le nombre d'avortements médicaux déclarés a notablement augmenté »²⁴³⁴. En 1974, une thèse de médecine²⁴³⁵ analyse les 49 observations d'avortement thérapeutique au CHU de Toulouse de 1959 au premier trimestre de 1973 : « D'emblée, on est frappé par l'augmentation importante des interruptions de grossesse, sous contrôle médical, survenue depuis 1971. En effet, sur les 49 avortements pratiqués : si, dans une première période s'étalant sur 12 années (1959, jusqu'en 1970 inclus), 13 avortements ont été pratiqués, en 27 mois (1971, jusqu'au premier trimestre 1973 inclus), 36 avortements ont été faits. Cette évolution est fonction de critères divers : indications plus larges et vision moins restrictive du problème, pressions psychologiques exercées sur les malades et les médecins. Cette évolution n'est pas particulière à notre CHU. »²⁴³⁶. Un calcul simple nous montre, en effet, qu'on est passé entre ces deux périodes d'approximativement un avortement thérapeutique par an, à plus d'un avortement thérapeutique par mois. Les raisons invoquées ici restent peu précises. Pour expliquer cette augmentation significative du nombre des avortements thérapeutiques en France, même si elle ne peut être chiffrée avec précision au plan national, on peut avancer que l'avortement thérapeutique faisant l'objet d'un débat public depuis le début des années 70, n'est plus tabou, ce qui peut favoriser les demandes des femmes et celles des médecins.

De nouvelles techniques sont alors appliquées pour les avortements thérapeutiques, elles concernent l'anesthésie et l'aspiration qui remplace le curetage. L'anesthésie pour les avortements thérapeutiques se développe au début des années soixante-dix sous la forme d'une anesthésie locale, bien moins dangereuse que l'anesthésie générale : « La douleur provoquée par la pose de

²⁴³² René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 69.

²⁴³³ René Didierjean, *thèse citée*, 1971, f. 22.

²⁴³⁴ Émile Hervet, « Avortement clandestin – Avortement légal », *La Revue du Praticien*, 11 février 1974, p. 639-640.

²⁴³⁵ Marie-Brigitte Cassagnères Fournier, *thèse citée*, 1974, 90 ff.

²⁴³⁶ Marie-Brigitte Cassagnères Fournier, *thèse citée*, 1974, f. 44.

laminaires²⁴³⁷, par une aspiration endo-utérine [...] s'avère le plus souvent tolérable ; cependant la manipulation et surtout la dilatation du col utérin sont particulièrement réflexogènes, entraînant au maximum une syncope vagale ; si dans de tels cas, l'anesthésie générale semble superflue, *une simple prémédication* avec un anxiolytique ou un hypnotique barbiturique [...] peut apporter un certain confort à la patiente et à l'opérateur. Celui-ci est assez souvent conduit à la prescrire, lorsqu'il pense qu'une anesthésie générale n'est pas nécessaire, mais désire éviter angoisse, agitation et surtout réactions vagales imprévisibles. Eventuellement l'injection intraveineuse lente de l'anxiolytique peut être justifiée avant l'intervention. Dans certains cas (une anesthésie locale du col de l'utérus) peut être nécessaire »²⁴³⁸. Ces techniques d'anesthésie locale seront employées pour les IVG avant et après le vote de la loi Veil. Une nouvelle technique est également expérimentée pour la réalisation de l'avortement à la place du curetage traditionnel. Il s'agit de l'aspiration du contenu de l'utérus qui est appliquée, par exemple, à partir de 1974 pour les avortements thérapeutiques dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris. Les médecins notent que « l'aspiration endo-utérine a indiscutablement simplifié le problème de l'évacuation utérine, surtout dans les grossesses jeunes de moins de huit semaines d'aménorrhée. Elle ne supprime pas la difficulté première qui est l'ouverture du col. Celle-ci doit être modérée et très progressive »²⁴³⁹. Cette méthode se rapproche de la méthode Karman appliquée aux avortements illégaux à la même époque. Le fait d'être utilisée en hôpital pour des avortements thérapeutiques légitime cette technique légère revendiquée par les médecins militants du droit à l'avortement. Les textes qui régissent l'avortement thérapeutique restent inchangés jusqu'à la loi Veil en 1975. Mais les pratiques évoluent selon le degré de tolérance et l'empathie des médecins envers leurs patientes.

Il n'en reste pas moins que l'avortement thérapeutique constitue le terrain d'essai des arguments et des pratiques développés à partir des années soixante-dix dans le débat sur l'avortement. Les arguments sont fixés et rodés du côté des adversaires comme des partisans d'un changement de la loi. Les pratiques se mettent en place en marge des textes réglementaires et s'ouvrent à des indications nouvelles qui annoncent la loi Veil. Celle-ci régleme dans sa section II l'avortement thérapeutique qu'elle distingue ainsi de l'interruption volontaire de grossesse : il peut être pratiqué « si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. »²⁴⁴⁰. Si les risques pour la vie de la femme sont

²⁴³⁷ Pour dilater le col de l'utérus.

²⁴³⁸ S. Bernard, « Techniques d'anesthésie pour les avortements sous contrôle médical », *La Revue du Praticien*, 24, 9, p. 739.

²⁴³⁹ Y. Darbois, « Curetage et aspiration », *La Revue du Praticien*, 24, p. 669.

²⁴⁴⁰ Article 162-12 retranscrit dans l'ouvrage de Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour*, Paris, Payot, édition 2002, p. 443.

toujours pris en compte, la loi Veil y ajoute donc des indications concernant le fœtus, inconnues dans les textes précédents. Ce changement est un reflet de l'évolution de l'opinion mais aussi de la recherche médicale qui prouve, dans les années soixante, les atteintes subies par le fœtus en cas de rubéole et, au début des années soixante-dix, en cas de toxoplasmose, de la femme enceinte. Une recherche qui met également au point la méthode de l'aspiration. La bataille pour le droit à l'avortement « non thérapeutique » est donc préparée et annoncée par le débat sur l'avortement thérapeutique, mais elle s'annonce bien plus violente dans le contexte d'après Mai 68.

II Du refus de la maternité : l'avortement

L'avortement clandestin est une réalité bien connue des experts et de l'opinion. Malgré le vote de la loi Neuwirth en 1967, censée le faire disparaître, des centaines de milliers de femmes continuent à avorter en France. C'est pourquoi le D^r Peyret dépose en 1970 une proposition de loi qui lève le tabou sur l'autorisation de l'avortement, même si elle n'aboutit pas. À cette occasion et jusqu'au vote de la loi Veil en 1975, une violente polémique fait s'affronter opposants et partisans du droit à l'avortement, parmi les experts reconnus et, plus largement, dans l'opinion. Elle oppose les médecins catholiques et les démographes, soutenus par l'Ordre, à une nouvelle génération de médecins qui se considèrent avant tout comme des militants au service du droit des femmes. Car les années 1970 voient l'émergence en France de groupes féministes qui font du droit à l'avortement leur revendication essentielle et acquièrent ainsi une audience inégalée.

La polémique concerne tous les aspects de l'avortement : les chiffres, les risques, les solutions. La prudence manifestée par les médecins quand ils traitent de ce problème avant 1970 n'est plus de mise²⁴⁴¹. Avant cette date, le sujet reste sulfureux et donc marginal. Il faut être un grand patron reconnu et anticonformiste comme le P^r Henri Mondor pour consacrer un ouvrage entier dressant la typologie des pathologies mortelles liées à l'avortement²⁴⁴². Mais l'avortement reste un problème cantonné aux discussions entre experts. À partir de 1970, ceux-ci prennent à témoin l'opinion publique et les arguments scientifiques cèdent généralement le pas aux jugements militants.

Car les positions sur le droit à l'avortement ne s'expriment pas dans le champs de la médecine, la polémique ne porte pas sur telle ou telle technique et ses conséquences, à la différence de la contraception et du traitement de la

²⁴⁴¹ Le D^r Georges Darrason, par exemple, stipule en introduction de sa thèse en 1952 : « Nous nous proposons d'établir l'importance numérique de ces avortements, de traduire en chiffres et en pourcentages leurs différents aspects étiologiques, cliniques, thérapeutiques ; de comparer nos résultats avec ceux des autres travaux consacrés à la question. Notre rôle consiste à dénombrer, notre texte est destiné à présenter nos calculs, non à justifier telle ou telle doctrine »²⁴⁴¹.

²⁴⁴² Henri Mondor, *Les avortements mortels*, Paris, Masson, 1936.

ménopause. Les références religieuses, par exemple, sont incontournables avant les années 1970. Dans toutes les thèses sur l'avortement, les auteurs s'efforcent de résumer les opinions des différentes autorités religieuses, passant en revue le catholicisme, le protestantisme, le judaïsme et l'Islam. Les médecins consacrent en général au moins un chapitre de leur thèse à ces points de vue²⁴⁴³. Les prises de position des experts font donc appel à des notions plus larges, aux différentes conceptions de la vie, aux rapports entre la médecine et une certaine éthique héritée de la religion chrétienne face à la laïcité affirmée de la République. Ces experts se positionnent également par rapport aux revendications des femmes dont le droit à l'avortement devient le symbole.

Tous se retrouvent néanmoins sur un point : la nécessité de lutter contre l'avortement clandestin, cette réalité que nul n'ignore. Mais ils veulent la mener de façons opposées, accentuant la répression de l'avortement pour les médecins catholiques et l'Ordre, ou l'autorisant par une loi pour leurs adversaires.

Comme pour la contraception, la controverse sur l'avortement se manifeste dans les différents termes employés pour le désigner. Thèses et articles parlent « d'avortement criminel²⁴⁴⁴ », « d'avortement provoqué », « d'avortement clandestin », « d'avortement volontaire ». Quelques sources emploient le terme de fausse-couche volontaire ou provoquée, rapprochant l'avortement des fausses couches naturelles très fréquentes. Enfin, le mot de « fléau » est employé à la fois par les opposants à l'avortement qui le dénoncent, et par les partisans d'un changement de la loi qui soulignent son aspect général et douloureux pour les femmes. À partir des années 1970, le terme « d'IVG », interruption volontaire de grossesse, s'impose progressivement. La loi Veil le consacre en 1975 pour désigner officiellement l'avortement autorisé légalement. Ainsi le mot avortement disparaît, car lié à la clandestinité et l'illégalité, au profit d'une expression aseptisée et politiquement correcte.

Quels que soient les termes employés, les sources révèlent l'âpreté du débat et les affirmations contradictoires des experts sur la réalité et les risques réels des avortements car les militants, opposés ou favorables à ce droit, tentent tous de se rallier l'opinion.

A Une culture de l'avortement

En 1947, le D^r Léon Dérobert, spécialiste de médecine légale, constate la pérennité de l'avortement en France: « Le problème de l'avortement criminel crée un sentiment de lassitude, d'impuissance et de découragement. [...] »

²⁴⁴³ Ainsi, par exemple, le fait le D^r Pierre Guilloux dans un chapitre intitulé « L'avortement du point de vue catholique, protestant, israélite et musulman » qui occupe 18 pages de sa thèse sur 81, soit plus du cinquième.

²⁴⁴⁴ Certains récusent parfois ce terme arguant que l'avortement n'est plus, en France, passible de la cour d'Assises mais des Tribunaux Correctionnels depuis la loi du 27 mars 1923.

L'étude des faits montre que l'avortement criminel est entré dans les mœurs, c'est-à-dire qu'il s'observe dans toutes les couches sociales »²⁴⁴⁵.

Les sources doivent se contenter d'estimations sans fondement statistique et citent régulièrement le chiffre de 500 000 avortements par an. Les seuls chiffres officiels sont en effet fournis par le Ministère de la Justice²⁴⁴⁶ qui précise le nombre de personnes impliquées chaque année dans les affaires d'avortement classées et instruites. La répression de l'avortement s'y révèle en déclin. Après Vichy et l'exécution de Marie-Louise Giraud le 29 juillet 1943 en tant qu'avorteuse, le nombre de condamnations pour avortement reste au début élevé : 5 251 en 1946 (à comparer aux 4 055 de 1943), 2 885 en 1950 pour chuter à 1 336 en 1955 puis à 289 en 1960 et remonter légèrement à 588 en 1965. Les rigueurs de la loi s'appliquent en général à l'issue d'un décès ou d'une dénonciation. Elles ne concernent pas les centaines de milliers de femmes qui avortent clandestinement chaque année. Les démographes de l'INED sont bien conscients du problème. Pour Alfred Sauvy: « Les chiffres cités ne sont que de fidèles reproductions d'année en année, de suppositions antérieures, que n'était aucun document de base. Il faut donc les rayer entièrement de notre argumentation et nous contenter du terme « beaucoup », certes vague, mais qui ne trompe pas »²⁴⁴⁷. Dans la même revue, le D^r Jean Sutter fait les mêmes remarques: « Quel que soit le point de vue qu'on envisage dans le domaine de l'avortement provoqué, on ne peut s'étonner d'y trouver une forte densité d'affirmations sans fondement ou contradictoires, dont nous donnerons ici maints exemples. [...] Le domaine de l'avortement est, du point de vue de la documentation scientifique, l'un des plus démunis qu'on connaisse, aussi bien sur le plan médical que sociologique. Il n'existe en France aucune statistique concernant la fréquence des avortements provoqués. La plupart des chiffres exprimés, très rarement des évaluations, sont, tout au plus, des opinions. Tous ceux qui ont voulu établir directement des données numériques, sur un plan véritablement scientifique, y ont honnêtement renoncé. Ceci n'est d'ailleurs pas spécial à notre pays. [...] La plupart d'entre eux (ces chiffres) ne sont souvent avancés que dans un dessein de propagande et la passion peut entraîner loin dans ce domaine. [...] certes le nombre des avortements provoqués est élevé dans nos sociétés, mais nous sommes bien incapables d'en indiquer le nombre même approximatif »²⁴⁴⁸.

Comme pour la mesure de la douleur, il est donc impossible même après 1975 d'avoir des données exactes. C'est pourquoi ces chiffres vont presque

²⁴⁴⁵ Léon Dérobert, « Les raisons profondes de l'avortement criminel », *La Semaine des Hôpitaux*, 7-1-1947, p. 7-8.

²⁴⁴⁶ Ces chiffres sont précisés dans l'article de Chantal Horellou-Lafarge, « Une mutation dans les dispositifs de contrôle social : le cas de l'avortement », *Revue française de sociologie*, 1982, XXIII-3, p. 398.

²⁴⁴⁷ Alfred Sauvy, « La limitation des naissances : faits, doctrine et attitudes politiques », *Problèmes*, n°33, 1956, p. 42.

²⁴⁴⁸ Jean Sutter, « Libres propos sur l'avortement », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 50.

toujours donner lieu à des manipulations, en général des exagérations, soit par les adversaires soit par les partisans du droit à l'avortement. Dès avant la Seconde guerre mondiale, l'opinion générale est qu'on « avorte partout et dans toutes les classes de la société »²⁴⁴⁹. En 1938 une thèse de Droit, intitulée *Les délits contre la natalité*, cite le chiffre de 500 000 avortements par an en France et regrette que seuls « 300 à 400 prévenus comparaissent devant les tribunaux »²⁴⁵⁰. Sous Vichy, un autre légiste reprend le même chiffre : « Les pratiques abortives privent notre pays de plus de 500 000 naissances par an »²⁴⁵¹. Ces 500 000 avortements par an vont servir de référence récurrente dans les débats d'après-guerre, sans être remis en cause ni par les adversaires ni par les partisans d'une loi autorisant l'avortement. Ainsi, en 1950, la revue de la société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, cite toujours le chiffre de « 5 ou 600 000 avortements connus en France, soit 25 % des naissances »²⁴⁵². Les démographes de l'INED reprennent également ce chiffre. En 1966, Roland Pressat estime « excessif » le chiffre de 1 million d'avortements qui, selon lui, « ne résiste pas à un examen attentif. Ce dernier chiffre, qui dépasse celui des naissances vivantes, suppose qu'en moyenne chaque femme a eu recours à l'interruption de grossesse un peu plus souvent qu'elle n'a accouché d'un enfant vivant »²⁴⁵³, ce qui lui semble impossible à envisager. Il compare avec la situation en Hongrie²⁴⁵⁴ : on y compte « 60 avortements légaux pour 100 naissances. [...] (Mais) la facilité avec laquelle on peut recourir à l'avortement ne peut qu'entraîner un relâchement dans la vigilance de certains couples qui dans d'autres circonstances – celles régnant en France par exemple – s'en seraient tenus efficacement aux méthodes contraceptives²⁴⁵⁵ ». Il conclut : « Ainsi, sur la foi de l'expérience hongroise, il semble que l'on puisse admettre comme un maximum pour la France, qui n'est sûrement pas atteint, la proportion de 60 avortements provoqués pour 100 naissances vivantes. Nous ramenons ainsi l'évaluation maximale plausible à 500 000 avortements par an [...] soit un en moyenne au cours de la vie féconde de chaque femme »²⁴⁵⁶. Roland Pressat reprend donc le chiffre de 500 000 avortements par an en France. Il termine sur une remarque intéressante, en relevant l'importance et la banalité de l'avortement pour chaque femme. En 1956 encore le P^r Albert Netter, à partir de sa clientèle personnelle, hospitalière

²⁴⁴⁹ A. Tarakdji, *L'avortement criminel*, thèse de Droit, Toulouse, mais c'est un médecin, 1937, p.XII.

²⁴⁵⁰ X. Tallet, *Les délits contre la natalité*, thèse de Droit, Montpellier, 1938, p. 175.

²⁴⁵¹ A. Verdant, *Étude médico-légale de l'avortement*, thèse de Droit, Dijon, 1942, p. 9.

²⁴⁵² C. Launay, « Note sur le divorce et l'avortement », *Bulletin de la société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1950, n°5, p. 158.

²⁴⁵³ Roland Pressat, « Sur le nombre des avortements en France », *Le Concours médical*, 14 mai 1966, p. 3565-3566.

²⁴⁵⁴ Qui a légalisé l'avortement depuis 1954.

²⁴⁵⁵ Rappelons qu'en 1966 la contraception n'est pas encore autorisée par la loi en France.

²⁴⁵⁶ Roland Pressat, *article cité*, 1966, p. 3566 et 3570.

et de celle d'un dispensaire de banlieue parisienne, chiffre de 50 à 55 % les avortements provoqués par rapport aux naissances vivantes, soit entre 400 et 500 000 avortements par an en France²⁴⁵⁷. En 1971, le D^r Monique Maritan, militante en faveur de l'abolition de la loi de 1920, écrit dans sa thèse : « Face à ce texte de loi, une réalité : 3 à 500 000 avortements clandestins par an, dans notre pays, parce qu'illégaux »²⁴⁵⁸.

Les sources hospitalières sont plus précises car les hôpitaux accueillent en effet les femmes pour un curetage après un avortement clandestin qui s'est mal passé. Combien de femmes ayant avorté effectuent cette démarche ? Combien de ces pathologies sont dues à un avortement spontané ? Les médecins, doivent la plupart du temps se contenter de la parole des femmes, peu enclines à reconnaître un avortement jugé criminel. En 1947, l'INED publie les résultats d'une enquête concernant 1 000 femmes hospitalisées pour curetage dans les hôpitaux publics de la région parisienne. Elle s'effectue au moyen d'un questionnaire anonyme distribué aux patientes mais « la plupart des questionnaires ont été remplis par les sages-femmes ou des étudiants en médecine. [...] Ils étaient, de plus, visés par le chef de service. (Cependant) le secret individuel a été respecté »²⁴⁵⁹. On peut noter certaines contradictions entre l'intervention de la hiérarchie hospitalière, le respect du « secret individuel »... et la déontologie statistique. Sur ces 1 000 femmes, 535 ont eu un avortement volontaire ou « presque sûrement volontaire », soit plus de 50 % d'entre elles. « La majorité des avortements s'est faite avec l'assentiment des deux conjoints (et 4 % contre la volonté du conjoint) pour les femmes mariées, soit un peu plus de la moitié des femmes ayant reconnu un avortement volontaire. 56 % ont agi seules, 12 % avec le mari ou l'amant. 18 % ont eu recours à un avorteur issu du milieu médical : sage-femme (12 %), médecin (4 %), étudiant en médecine (2 %) »²⁴⁶⁰. Ce type d'enquête se poursuit en 1947, 48 et 49, auprès de 3 000 femmes hospitalisées pour curetage dans les hôpitaux de la région parisienne. Les résultats en sont publiés en 1950 : ils sont sensiblement les mêmes qu'en 1946, sinon que le pourcentage de femmes hospitalisées pour curetage reconnaissant un avortement volontaire est un peu plus élevé, 62 %²⁴⁶¹. Chaque hôpital peut fournir des chiffres de femmes hospitalisées après un avortement volontaire ou spontané. En 1942 la Maternité Baudelocque à Paris reçoit 65 femmes pour suites d'avortement (pour 2670 accouchements) dont quatre seulement sont le résultat de « manœuvres directes

²⁴⁵⁷ Albert Netter, « Études statistiques sur la fréquence des avortements provoqués », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 19.

²⁴⁵⁸ Monique Maritan, Contribution à la compréhension socio-psychologique de l'avortement volontaire, thèse de médecine, Lyon, 1971, n° 11, f. 1.

²⁴⁵⁹ Jean Sutter, « Résultats d'une enquête préliminaire sur l'avortement dans la région parisienne », *Population*, 1947, n° 3, p. 517.

²⁴⁶⁰ Jean Sutter, *article cité*, 1947, n° 3, p. 527-528.

²⁴⁶¹ Jean Sutter « Résultats d'une enquête sur l'avortement dans la région parisienne », *Population*, 1950, n° 1, p. 82.

avouées », les autres étant considérés comme spontanés et reliés à diverses affections²⁴⁶². En 1946, 70 femmes sont concernées (pour 2665 accouchements) et huit cas seulement sont liés à « des manœuvres avouées »²⁴⁶³. En 1947 sont citées 67 observations d'avortements (en comparaison, il s'y déroule 3 002 accouchements par an !), dont 5 seulement sont clairement reliés à des manœuvres abortives²⁴⁶⁴. En 1952, le D^r Georges Darrason montre bien, dans sa thèse, combien il est difficile de calculer le nombre d'avortements « criminels ». En 4 ans, 1 704 femmes ont été traitées pour avortement à la clinique d'accouchements et de gynécologie de Marseille, pendant la même période les services de Maternité de cette même clinique ont effectué 3 146 accouchements. Cela représente 35 % des grossesses interrompues par avortement, ou 54 avortements pour 100 naissances. Il faut éliminer les avortements spontanés (115) et les avortements thérapeutiques (4), il reste donc 1 585 observations parmi lesquelles 513 femmes ont reconnu avoir avorté soit 30,10 %. Les autres n'ont rien voulu préciser, même si le D^r Darrason juge que 975 d'entre elles ont provoqué leur avortement. Il se fonde sur certains critères comme l'absence de tout facteur pathologique, la reconnaissance d'avortements provoqués antérieurs, le temps plus ou moins long mis par la femme pour aller à l'hôpital, le départ prématuré ou non de l'hôpital ; cependant ces avortements ne font pas partie des statistiques car ils ne sont que probables²⁴⁶⁵. Sur ces 513 femmes, les deux tiers sont mariées et ont en général déjà un enfant, 42,8 % reconnaissent avoir eu un avortement antérieur et sont donc qualifiées de récidivistes²⁴⁶⁶. En 1969 le D^r Dayant, qui reçoit les femmes à l'hôpital Bretonneau à Paris pour une consultation de contraception, calcule que sur 415 femmes 29,7 % ont fait état d'au moins une fausse couche provoquée, soit presque un tiers de ses patientes²⁴⁶⁷. Mais ces chiffres sont lacunaires car il n'y a aucun comptage systématique. De plus les femmes peuvent être hospitalisées dans d'autres services que ceux de gynécologie obstétrique : les urgences, la chirurgie etc. Surtout ils laissent de côté la probable majorité de femmes pour lesquelles l'avortement se serait correctement déroulé.

Quelques médecins citent un nombre d'avortement à partir de leur expérience personnelle et des déclarations des femmes qu'ils reçoivent dans le secret de leur cabinet médical. En 1960, enquêtant auprès de 164 de ses patientes, le D^r Lagroua Weill-Hallé parvient à la proportion de 71 % d'entre elles ayant eu au moins une fausse-couche provoquée. D'autres relèvent le cas

²⁴⁶² Henriette Adam, *thèse citée*, 1944, f. 10.

²⁴⁶³ Sylvain Asseraf, *thèse citée*, 1946, pf 6.

²⁴⁶⁴ Paulette Bauer, *thèse citée*, 1951, f. 5.

²⁴⁶⁵ Georges Darrason, *Étude statistique des avortements criminels traités à la clinique gynécologique de Marseille au cours des années 1947 à 1950*, thèse de médecine, Marseille, 1952, n° 82, f. 4-10.

²⁴⁶⁶ Georges Darrason, *thèse citée*, 1952, f. 15- 44.

²⁴⁶⁷ Charles Dayant, *thèse citée*, 1969, f. 42-43.

de femmes ayant avorté un nombre considérable de fois. Par exemple : cette femme de 29 ans, « Madame B., femme de service, 3 enfants, 8 fausses couches provoquées dont trois ont nécessité un curetage »²⁴⁶⁸. Ou cette autre femme citée par le D^r Cazals dans sa thèse en 1970 : « Mme Pe. Âgée de 38 ans [...] Elle a eu cinq fausses-couches provoquées curetées »²⁴⁶⁹.

Il est cependant impossible de généraliser à partir de la clientèle particulière d'un médecin ou d'une observation isolée dans une thèse. Le nombre d'avortements en France reste donc inconnu jusqu'en 1975. Il s'agit toujours d'estimations fluctuant de 250 000 à 2,5 millions avortements par an, pour les chiffres extrêmes. À partir de 1975, l'INED est chargé par la loi Veil de publier chaque année les statistiques des IVG qui se déroulent légalement dans les hôpitaux et cliniques. L'INED distingue cependant encore les avortements déclarés, 134 173 en 1976 et 150 931 en 1977, et les avortements estimés, 250 000 en 1976 et 253 000 en 1977. Ces chiffres représentent approximativement un tiers de celui des naissances vivantes²⁴⁷⁰. L'estimation de l'INED, qui prend en compte l'existence persistante d'avortements clandestins, semble la plus proche possible de la réalité mais est postérieure au vote de la loi et à la période qui nous intéresse.

L'avortement est une affaire de femmes car avorter est à la fois un acte solitaire et solidaire. Selon le D^r Sutter, on assiste depuis le début du XXe siècle à une évolution vers l'auto-avortement ou plutôt à son extension à cause de deux facteurs: « la vie collective qui s'est généralisée avec le nombre croissant de jeunes femmes travaillant en usine²⁴⁷¹ ou dans d'autres lieux, a favorisé la propagande chuchotée. L'exemple des initiées fait le reste. Il traîne souvent dans le magasin ou l'atelier une sonde et un spéculum qu'on se prête volontiers, après des démonstrations qui ressemblent fort à des travaux pratiques. [...] On peut estimer d'autre part que l'auto-avortement a pu se répandre grâce aux progrès de l'hygiène »²⁴⁷². Si le second argument est souvent souligné et justifié, le premier, que rien ne vient étayer, semble relever des fantasmes du D^r Sutter sur les ouvrières et les vendeuses, suffisamment libres de leur temps pour s'exercer à « des travaux pratiques » d'un genre suspect! Il n'en reste pas moins que la plupart des femmes avortent dans la solitude.

²⁴⁶⁸ Catherine Givors, *thèse citée*, 1973, f. 23.

²⁴⁶⁹ Jean-Michel Cazals, *Indications médicales et médico-sociales de la contraception*, thèse de médecine, Paris, 1970, n° 554, f. 17-18.

²⁴⁷⁰ Sources INED, Annexes statistiques in *Femmes, genre et société : l'état des savoirs*, dirigé par Margaret Maruani, Paris : La Découverte, p. 438.

Actuellement, le chiffre des IVG tourne autour de 200 000 par an, soit 25 pour 100 naissances vivantes.

²⁴⁷¹ Jean Sutter reprend ici l'idée développée par Maxence Van der Meersch dans *Corps et âmes*, t. II, Paris, Albin Michel, 1943, p. 293 : « L'usine, pour la femme, c'est la grande école de l'avortement. C'est là qu'on oublie la morale et qu'on apprend des « trucs » ».

²⁴⁷² Jean Sutter, « Libres propos sur l'avortement », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 53.

Mais l'auto-avortement ne signifie pas l'isolement des femmes qui le pratiquent. D'autres sources notent en effet la solidarité qui existe entre les femmes dans ce domaine. Pour le D^r Mestressat, « dans un secteur donné de vie professionnelle, il existe une communauté de filles qui le moment venu sera efficace pour fournir des renseignements pratiques, les adresses utiles, le nom de l'occasionnelle et pourra aussi influencer le sujet dans la voie d'un comportement qui ne sera dépeint nullement comme anormal »²⁴⁷³. La remarque de ce médecin est moins caricaturale que celle du D^r Sutter. Elle semble refléter une partie de la réalité avec le constat d'une culture de l'avortement partagée par les femmes de différentes générations. Les médecins qui s'efforcent de dresser un « portrait psychologique de l'avortée » mettent souvent l'accent sur l'importance de cette culture de l'avortement : « Une jeune femme constate un retard de ses règles. Elle attend le mois suivant, souvent elle n'attend pas. [...] Elle est « prise ». [...] À ce moment-là va-t-elle se poser un problème ? Je crois bien que non. Sa décision est prise : elle va « se le faire passer », la littérature, témoin souvent plus fidèle que la morale écrite, l'a très bien vu. [...] Pas de problème, pas de délibération. [...] À partir de ce moment deux cas (par hypothèse il s'agit d'une primipare) : ou bien tout de suite la sonde, ou bien l'amie. L'amie s'y connaît, elle l'a déjà fait, elle aidera de ses conseils, elle dira comment on fait ou donnera « une adresse ». La fois suivante le rite est au point. On a son avorteur ou sa sonde comme on a son dentiste ou sa brosse à dent »²⁴⁷⁴. Le propos est là encore méprisant mais il remarque la banalisation, voire la banalité, de l'avortement. En effet, face au savoir et au pouvoir médical, « Les femmes ont toujours géré elles-mêmes, dans le privé, la maîtrise de leur fécondité »²⁴⁷⁵, aidées directement ou indirectement par d'autres femmes solidaires ou intéressées.

Parmi les femmes, les sages-femmes occupent une place à part. Le P^r Maurice Lacomme, gynécologue obstétricien de la Maternité de Port-Royal à Paris, les juge sévèrement: « Les avorteuses sages-femmes. C'est un fait qu'elles ne sont que trop nombreuses. [...] Ce sont des dévoyées, âpres au gain, des révoltées antisociales, ou seulement des perverses se complaisant dans l'amoral, que rien ni personne n'empêcheront de se livrer à leur besogne. Mais l'observation du milieu et de la mentalité des sages-femmes [...] m'a conduit à la conviction que la plupart de celles qui faillissent ne sont probablement que des faibles qui ont été poussées vers l'avortement par l'organisation déplorable de leur profession. Elles ont trop souvent, dès l'origine, une formation morale insuffisante parce qu'elles sont mal recrutées et insuffisamment éduquées. Elles sont, au cours de leur exercice professionnel exposées à toutes les tentations sans rien qui les retienne, ni leur situation morale qui est discutée ni leur

²⁴⁷³ Georges Mestressat, *Réflexions sur des statistiques récentes d'avortement criminel*, Bordeaux, 1968, n° 25, f. 30.

²⁴⁷⁴ Henri Péquignot, *article cité*, 1946, p. 176-177.

²⁴⁷⁵ Maud Gelly, *Le savoir médical*, Paris : L'Harmattan, 2006, p. 17.

situation matérielle qui est presque toujours au-dessous du médiocre »²⁴⁷⁶. Le P^r Lacomme insiste alors sur la nécessité d'une formation morale des futures sages-femmes pour les détourner de l'avortement: « Aucun contrôle moral n'était exercé (sur les futures sages-femmes) et l'expérience m'a montré à quelles situations ahurissantes on pouvait ainsi arriver, jusqu'à être obligé d'accueillir des échappées de boîtes de nuit ! »²⁴⁷⁷. Notons les termes méprisants employés ici par ce grand patron. Remarquons aussi le fait que la Faculté n'a jamais exigé de preuves de bonnes mœurs des étudiants en médecine. Il appelle logiquement à une réforme de l'enseignement et de la profession de sages-femmes²⁴⁷⁸ car « qui nierait qu'en arrachant une sage-femme des rangs des avorteuses le bénéfice ne soit double : par la suppression de son activité mauvaise d'abord et par l'utilisation en sens inverse de son travail et de son influence ensuite ? [...] Non seulement on aura fait un pas dans la lutte contre l'avortement mais l'on aura gagné à la cause plus vaste de la natalité l'appui de femmes qui valent certes mieux en général que leur réputation et dont l'action morale bien loin d'être négligeable mériterait d'être utilisée, bien plus que méprisée »²⁴⁷⁹. Le P^r Lacomme décrit enfin en détail les difficultés auxquelles elles se heurtent dans l'exercice de leur profession : « Quand on considère les frais occasionnés par la pratique des accouchements – ne serait-ce que les transports et le service téléphonique qui doit être assuré jour et nuit – quand on calcule qu'une dizaine d'accouchements par mois – un tous les trois jours ... ou toutes les trois nuits – représente un maximum que la résistance physique à la fatigue ne permet guère de dépasser, on est obligé de convenir que la sage-femme est défavorisée à l'extrême. Ses bénéfices ne dépassent guère ceux d'un manoeuvre dont le travail est certes moins rude. [...] Comment résisteraient-elles à la tentation qui est de tous les jours ? Les confidences d'une jeune sage-femme m'ont appris qu'elle recevait dix demandes d'avortement pour une seule d'accouchement »²⁴⁸⁰. Dans un paragraphe intitulé « Genèse de l'avorteur », Georges Mestressat décrit ainsi le processus qui fait d'un médecin ou d'une infirmière un avorteur, une avorteuse : « Cette femme enceinte, candidate à l'avortement, et qui refuse sa maternité, est prête à tout, elle est désorientée et avant tout en quête d'une « adresse », elle commencera souvent par s'adresser à son médecin, ou à une sage-femme, ou à une infirmière de sa connaissance. Ce médecin, cette sage-femme, cette infirmière qui s'est laissé convaincre une fois, pourra à nouveau

²⁴⁷⁶ Maurice Lacomme, « À propos des sages-femmes avorteuses », *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 7 janvier 1947, p. 1.

²⁴⁷⁷ Maurice Lacomme, *article cité*, 1947, p. 1.

²⁴⁷⁸ Les études et la profession de sage-femme sont réglementées en France depuis 1917. En 1943, la loi du 17 mai fixe ces études à trois ans dont une première année commune avec les infirmières. La « réforme » que le Professeur Lacomme appelle de ses vœux n'intervient qu'en 1973, date à laquelle les études sont réorganisées avec un concours d'entrée obligatoire (le baccalauréat sera exigé à partir de 1983).

²⁴⁷⁹ Maurice Lacomme, *article cité*, 1947, p. 4.

²⁴⁸⁰ Maurice Lacomme, *article cité*, 1947, p. 3.

être sollicité par une parente ou une amie de la personne à qui il avait initialement « rendu service ». Une sorte de chantage s'instaure, auquel il est difficile d'échapper et ainsi on assiste à la répétition d'un acte qui était purement occasionnel. Le nombre des solliciteurs va en augmentant, les risques se multiplient, et rapidement, l'avorteur est amené à demander une somme d'argent pour pratiquer les actes nécessaires ». L'auteur cite deux exemples de médecins tombés dans cet engrenage : le D^r Z..., médecin roumain, mais dont l'équivalence n'est pas reconnue en France et qui ne pouvait donc exercer ; selon Mestressat, ce médecin « prétendait – indépendamment du profit pécuniaire – que l'avortement était, pour lui, une façon de participer, sous une forme dégradée, à l'exercice de sa profession ». Le second exemple est tout aussi atypique puisqu'il s'agit du D^r B..., revenu d'A.O.F., « où l'on pratique l'avortement de façon courante, ses difficultés d'installation et son échec sur le plan professionnel le poussèrent à pratiquer l'avortement »²⁴⁸¹. Bref, ces médecins sont des ratés, des sous-médecins, voire des « métèques » comme dans le premier exemple. Le lecteur ne peut donc s'identifier à ces avorteurs. Parfois, ceux-ci sont mus par d'autres objectifs que l'argent. L'auteur raconte le cas de Monsieur L., infirme, sans profession, qui « imposait à ses clientes, qu'il choisissait de préférence parmi de jeunes femmes, des rapports sexuels avant de se livrer à des manœuvres abortives, avec le bon prétexte que cela aidait à dilater le col »²⁴⁸². Ces abus sexuels, révélés ici par un procès, sont rarement évoqués, même si certaines femmes en témoignent en privé.

Les médecins sont rarement sanctionnés et la figure du médecin avorteur est singulièrement absente des sources médicales sauf dans les bulletins du Conseil de l'Ordre. Car, confronté aux demandes de ses patientes, quelle attitude le médecin doit-il adopter pour ne pas tomber sous le coup de la loi ? En 1949, le Conseil de l'Ordre fait paraître cet avertissement dans son *Bulletin national* : « De nombreux médecins font actuellement couramment au Président du Conseil départemental de l'Ordre des déclarations *anonymes* d'avortements. Ils indiquent parfois les circonstances au cours desquelles ils ont été amenés à donner des soins à l'avortée, voire à pratiquer un curetage ; c'est qu'en effet il est certaines régions où l'avortement criminel est fréquent. Des médecins sont amenés ainsi, plus souvent que d'autres, à donner des soins à des avortées. Ils mettent alors volontiers au courant de cette situation le président de leur Conseil départemental, afin de pouvoir éventuellement prouver leur bonne foi s'ils sont amenés à être impliqués dans quelque affaire d'avortement criminel »²⁴⁸³. Ce discours reste allusif quant à l'ampleur et à la géographie de l'avortement. Il ne vise qu'à mettre en garde les médecins en leur donnant l'exemple de ceux qui déclarent à l'Ordre leurs interventions auprès d'avortées restées anonymes, pour ne pas être faussement accusés d'avoir provoqué ces avortements. La

²⁴⁸¹ Georges Mestressat, *thèse citée*, 1968, f. 11-12.

²⁴⁸² Georges Mestressat, *thèse citée*, 1968, f. 13.

²⁴⁸³ *Bulletin national de l'Ordre des médecins*, année 1949-1950, n° 1, décembre 1949, p. 23-24.

perspective est ici corporatiste. Une thèse de médecine, soutenue en 1953-54, recommande également au médecin une attitude négative mais prudente. Car, « c'est à la pitié de son interlocuteur que la femme fait le plus souvent appel. Elle tente de le fléchir par ses prières, ses larmes, le spectacle d'un désespoir parfois sincère. Célibataire, elle risque le déshonneur. [...] Certaines ne craignent pas de recourir aux arguments extrêmes. Le chantage au suicide [...] est utilisé. Le médecin est rendu responsable d'une détermination que, le plus souvent, sa cliente n'a pas la moindre intention de réaliser. Objet de prières, le médecin peut être aussi celui d'offres diverses. La plus fréquente est la promesse de gros honoraires. Elle n'est pas la seule utilisée. La femme peut s'adresser à l'ambition du praticien et lui promettre, par exemple, des appuis. [...] Enfin, succédant aux prières et aux offres, peuvent apparaître les menaces. Menaces de violences, de sévices, ou même, menaces de mort. Mais la plus importante qu'une femme puisse faire peser sur le médecin est celle d'une dénonciation future, accusation de complicité dans l'intervention ou de provocation à l'avortement »²⁴⁸⁴. Le rôle officiel du Conseil de l'Ordre est aussi de sanctionner professionnellement, parallèlement à la justice, les médecins convaincus d'avortements. Le P^r Portes, président de l'Ordre, le rappelle en 1954: « Au cours de ces quatre années, 34 affaires d'avortement ont été jugées en première instance (au niveau de la section départementale de l'Ordre) et parmi elles 25 ont fait l'objet d'un appel devant la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre. Sur les 34 affaires soumises à la juridiction de l'Ordre, soit uniquement en première instance, soit en première instance puis en appel : 14 ont abouti à la radiation du Tableau, 6 à des suspensions temporaires s'échelonnant de trois mois à trois ans, 11 au refus d'inscription, 3 à des inscriptions au tableau qui avaient été refusées en première instance mais furent accordées en appel. Dans ces trois derniers cas, on note : un avortement pratiqué par un médecin marié, sur la personne de sa maîtresse, sous l'empire sans doute de la passion et de la crainte, mais en tout cas hors de l'exercice professionnel ; une affaire d'avortement où le médecin avait été acquitté au bénéfice du doute par le juridiction de Droit commun, un avortement isolé dans des circonstances exceptionnelles. Ces trois dernières exceptions montrent bien ce qu'est l'esprit qui anime la juridiction professionnelle qui, je le répète, ne juge pas le délit lui-même, mais bien la mentalité dont le délit fait la preuve selon qu'elle apparaît comme incompatible ou non avec l'exercice médical »²⁴⁸⁵. Ces chiffres précisent le nombre de médecins sanctionnés, un peu moins d'une dizaine de médecins par an en France. Ce chiffre ne semble pas plus significatif que le nombre de femmes officiellement jugées chaque année, par rapport au nombre réel de médecins ou d'étudiants en médecine impliqués dans un avortement.

Les avortements sont donc reconnus comme un phénomène général, ce qui amène les médecins et les juristes à s'interroger sur les raisons qui poussent tant

²⁴⁸⁴ Jacqueline Bernardy, *Le médecin devant le problème de l'avortement provoqué. Règles déontologiques*, thèse de médecine, Montpellier, 1953-54, n° 39, f. 36-38.

²⁴⁸⁵ Louis Portes, *op. cité*, 1954, p. 59-60.

de femmes à prendre ce risque. La première raison généralement invoquée met en avant le contexte d'une époque jugée amoralisée selon les critères encore actifs de l'idéologie de Vichy. En 1947, le P^r Derobert déplore que « dans toutes les couches de la société, un besoin de liberté déferle, un désir de luxe, de confort, de commodité s'affirme davantage ». Il parle « d'égoïsme jouisseur » qui amène « certains (à penser), contrairement à tout principe moral, que l'on peut disposer de son corps comme bon vous semble ». Quand les raisons ne sont pas morales mais financières, le P^r Derobert rappelle, en se référant à l'avant-guerre, que « l'esprit de lucre dominait tout autre sentiment et le luxe que chacun peut observer, les loisirs obligatoires, exigeaient des possibilités financières que la majorité des Français ne pouvaient se permettre. [...] La grande majorité des avortées était (pendant la guerre) constituée par des femmes mariées dont la plus grande part étaient des femmes de prisonniers ou de travailleurs requis. [...] Ces femmes avaient pris un ou plusieurs amants, ou s'étaient débauchées et leur position nouvelle avait été plus lucrative que celle de paisibles et honnêtes mères de famille. Mais l'époque du retour après avoir été prévisible devint une réalité et il fallut celer de façon définitive la faute commise. [...] Des constatations analogues avaient été faites après la guerre de 1870 et après celle de 14-18. [...] Les faits d'observation nous obligent à dire que la majeure partie des avortées avaient été enceinte des œuvres d'un étranger »²⁴⁸⁶. On retrouve dans cet article les obsessions vichystes condamnant la prétendue frénésie de « jouissance » des Françaises (et des Français), symbolisée par les congés payés instaurés en 1936. On retrouve également les accents d'indignation patriotique fidèles au contexte de l'époque et rappelant inévitablement les images des « femmes tondues » de la Libération. Le P^r Derobert écrit ces phrases trois ans à peine après la Libération sans esprit critique ni recul. Il témoigne de la prégnance de l'idéologie vichyste après 1944 en ce qui concerne les femmes. La lutte contre l'avortement, « fléau national », semble le permettre et le justifier. D'autres invoquent, toujours dans le même registre, la participation des femmes au monde du travail, comme le D^r Paulette Courtois qui affirme sans preuve : « Bien que sur ce point, il n'existe aucune statistique à notre connaissance, on estime en général que chez les femmes qui travaillent au dehors, l'avortement est plus fréquent que chez celles qui se consacrent aux soins de leur foyer. [...] Les causes individuelles de l'avortement : [...] coquetterie, désir de retenir l'homme, enfin égoïsme de certaines qui se refusent à renoncer à beaucoup de facilités de vie d'un ménage sans enfants »²⁴⁸⁷. Le registre reste moral et moralisateur.

Mais les raisons peuvent être plus personnelles et le partenaire masculin est également rendu responsable. Le D^r Flournoy cite une enquête des Caisses d'Allocation Familiale, en France: « L'abandon de la femme enceinte par le séducteur est en effet une cause fréquente de l'avortement et la responsabilité de

²⁴⁸⁶ Léon Derobert, « Les raisons profondes de l'avortement criminel », *Semaines des Hôpitaux de Paris*, n°1, 7 janvier 1947, p. 9, 10 et 12.

²⁴⁸⁷ Paulette Courtois, *L'avortement et ses conséquences, des moyens propres à le combattre*, thèse de médecine, Paris, 1947, n°561, p. 27-29.

l'homme est d'autant plus grande que, le plus souvent, c'est justement à cause de la grossesse qu'il abandonne la femme »²⁴⁸⁸. Les féministes des années 70 reprendront cette accusation en remarquant que seule la femme porte l'opprobre de l'avortement pour le corps médical et l'opinion. Au niveau individuel, certains stigmatisent la jeune femme sans expérience ou la célibataire abandonnée par son séducteur... Mais en réalité, « c'est après le premier et le deuxième enfant que les femmes recourent le plus souvent à l'avortement provoqué », soit toutes, ou presque, des femmes mariées, mères de famille²⁴⁸⁹.

Enfin, sont toujours invoquées des raisons psychologiques voire psychiatriques. Le D^r Péquignot les résume ainsi: « Une psychologie de l'avortement est nécessaire. Jusqu'à présent nous vivons sur deux « théories » : la sentimentale ; celle de la fille-mère ; la matérialiste : celle du niveau de vie. Aucune ne contrôle les faits, l'avortement est le plus fréquent chez la femme mariée, ou « collée ». Il est fait d'accord avec le mari (ou le compagnon) et financé par lui. D'autre part la fréquence de l'avortement n'est pas inversement proportionnelle au chiffre des revenus. Psychologiquement il y a sans doute *des* avortements et je pose en principe que rien n'est plus mal connu que la psychologie de l'avortée. Je n'en donnerai qu'un exemple : une femme qui rate son avortement (tout arrive) la plupart du temps ne récidive pas. Nous connaissons tous des enfants qui sont ainsi des « rescapés de la sonde ». [...] Pourquoi avez-vous avorté ? (En général on obtiendrait des justifications *a posteriori* et non la vraie raison) »²⁴⁹⁰.

Au delà de ces généralités non fondées, les observations rapportées dans les thèses essaient rarement de cerner les causes réelles qui ont poussé telle ou telle femme à avorter. Il est vrai que ces raisons intéressent généralement peu les médecins, censés remédier uniquement aux pathologies physiques de leur patiente. Le D^r Duforeau rapportant le cas de Mademoiselle W. écrit : « Agée de 23 ans, elle accouche en mars 1953 d'un enfant de sexe féminin et l'entourage nous avoue un avortement provoqué, sans suites, dont la date exacte ne peut être précisée. [...] Elle entre dans notre service le 15 octobre 1953 [...] dans un coma profond », après une nouvelle tentative d'avortement²⁴⁹¹. Il s'agit donc d'une demoiselle, non mariée, qui en est à sa deuxième grossesse en un an et qui a déjà essayé, en vain, d'avorter la première fois. Notons qu'elle se remettra de son coma et de l'hémiplégie consécutive à l'avortement. La convention qui fait précéder l'initiale du nom des femmes observées par la dénomination madame ou mademoiselle peut donc fournir une indication sur les raisons de leur avortement mais elle n'est pas relevée ni commentée dans les

²⁴⁸⁸ Henry Flournoy, *op. cit.*, 1955, p. 51.

²⁴⁸⁹ Jean Chosson et Georges Darrason, « Remarques sur une statistique des avortements traités à la clinique obstétricale et gynécologique de Marseille de 1947 à 1950 », *Maroc Médical*, 1952, octobre-novembre, p. 923.

²⁴⁹⁰ Henri Péquignot, *article cité*, 1946, p. 176.

²⁴⁹¹ Albert Duforeau, *Accident nerveux de l'avortement provoqué*, thèse médecine : Lille, 1953-54, n°30, 1954, f. 4.

thèses de médecine. En 1955, un psychiatre, le D^r Brisset met en garde ses confrères gynécologues-obstétriciens contre les explications simplistes de l'avortement : « Prenons par exemple le cas d'une femme qui refuse sa grossesse. Examinons avec elle les raisons qu'elle se donne pour son projet d'avortement : les plus fréquemment invoquées sont les raisons économiques et sociales. S'il s'agit d'une femme mariée (rappelons qu'en France on estime plus fréquents les avortements chez les femmes mariées que chez les femmes célibataires) elle invoque souvent des arguments économiques. S'il s'agit d'une célibataire, des arguments d'ordre social : honte, déshonneur, gravité de l'abandon etc. [...] Mais la situation déborde ce cadre économique-social simplifié. Dans certains cas, ces considérations n'auront aucune importance réelle en face, par exemple, d'un refus d'ordre nettement psychologique ou psychiatrique. [...] Un exemple : le type de femme-enfant [...] infantile dans sa position de femme, en danger, sinon en situation d'échec devant sa propre féminité, que peut lui apporter la maternité ? Une nouvelle charge et de nouveaux échecs ? Elle se sent incapable de l'assumer. Ailleurs la grossesse ne sera pas tolérée pour des raisons conjugales ; la femme peut estimer que son mari va se détacher d'elle parce qu'elle sera moins désirable, déformée, trop occupée par l'enfant. Ailleurs encore, elle peut se voir gênée dans un métier, une carrière, une situation mondaine, etc. La question a des aspects juridiques, culturels, religieux. Il faudrait tenir compte de la place de la grossesse dans la vie de la femme, de son âge, de sa santé ou de ce qu'elle en pense. On voit qu'une telle étude fait intervenir toute la vie de la femme, toute son histoire et tout son milieu. Il y a sans doute des cas simples ; il y en a d'autres, et davantage, qui sont très complexes. [...] *On peut dire que la situation de la femme devant la grossesse est infiniment variable.* Telle femme refuse la grossesse à cause de la sévérité, réelle ou supposée, du milieu social devant une grossesse illégitime. Telle autre refuse une grossesse légitime, malgré des conditions de vie favorables, pour des considérations de conflit conjugal ; ailleurs c'est un caractère névrotique qui développe une angoisse intolérable à l'idée de la maternité. [...] Une telle complexité défie toute classification. »²⁴⁹².

Effectivement, il semble impossible de rassembler toutes les causes qui poussent les femmes à avorter d'autant que leur témoignage est rare et contraint aux généralités attendues par le corps médical. La parole des femmes n'est de toute façon pas libre puisque l'avortement est réprimé par la loi et que rares sont les médecins qui s'y intéressent.

Pour avorter, les femmes emploient des techniques variées, dont témoignent les sources médicales. Toutefois, la première réaction des femmes est généralement de se taire et de nier toute tentative abortive. Les médecins des hôpitaux regrettent, à longueur d'articles et de thèses, le silence des femmes sur cet acte, qui retarde dangereusement le diagnostic et contrarie l'intervention chirurgicale nécessaire pour les sauver. En effet, il « est bien difficile de faire

²⁴⁹² Ch. Brisset, « Incidences psychiatriques de l'avortement », *Gynécologie Pratique*, 1955, n°5, p. 446-448.

préciser aux malades les conditions dans lesquelles l'avortement a été provoqué. Leur discrétion est, ici, à toute épreuve, et telle femme portant une large déchirure du fond utérin niera énergiquement avoir subi la moindre manœuvre abortive »²⁴⁹³. Ce silence des femmes, voire leur dénégation, complique considérablement la tâche du chirurgien qui ne peut intervenir à l'aveugle. C'est pourquoi « L'on doit s'efforcer de mettre la femme en confiance, de lui faire comprendre qu'il est de son intérêt de dire s'il y a eu ou non manœuvres abortives, et qu'elle n'a rien à redouter de cette confession qui restera entre elle et le chirurgien »²⁴⁹⁴. La patiente est, en effet, protégée par le secret médical mais soit elle l'ignore soit elle ne fait aucune confiance au médecin. Or les perforations utérines, dont traite cette thèse, peuvent entraîner la mort. Mais « les femmes ignorent souvent la perforation, et, même en connaissance de cause, espèrent une guérison spontanée qui les aura laissées seul témoin de leur acte criminel. Ce n'est donc, le plus souvent, qu'au bout de 2 ou 3 jours, alors que les symptômes déjà alarmants sont apparus, que l'on amène les malades à l'hôpital. »²⁴⁹⁵. Or « l'évolution normale est la péritonite aigüe généralisée, et c'est d'ailleurs malheureusement le plus souvent à cette période que l'on voit les malades qui ont attendu jusqu'au dernier moment pour se décider à venir à l'hôpital »²⁴⁹⁶. Louis Bergouignan conclut : « Le diagnostic, facile quand les manœuvres abortives sont avouées, est beaucoup plus difficile quand celles-ci restent ignorées »²⁴⁹⁷. Ces remarques sont confirmées dans l'ouvrage de référence écrit en 1936 par le P^r Henri Mondor, *Les avortements mortels*. Henri Mondor constate lui aussi à propos du diagnostic de perforation utérine : « Les circonstances sont presque toujours obscures. La malade se croit une accusée, même parmi les médecins, et se tait obstinément ; la sage-femme n'a rien remarqué ou croit opportun de ne rien dire [...] (Or) les malades arrivent parfois avec des diagnostics trompeurs : appendicite, embarras gastriques etc. »²⁴⁹⁸. Il revient régulièrement sur le sujet tout au long de cet ouvrage, fustigeant « une malade qui se croit une inculpée et qui, trop souvent, répond sans bonne grâce, à celui qui veut la guérir ». S'écriant, plus loin : « Et que de fois les aveux réticents de la malade laissent-ils ignorer l'une ou l'autre des manœuvres (abortives) ». En cas d'intoxication par ingestion, il note : « Ces ingestions toxiques ne sont pas facilement confessées par la malade. Elle les tient secrètes. Même conscientes de la gravité de leur état, certaines malades refusent toute confiance véridique ; d'autres malades sont dans une d'hébétude

²⁴⁹³ Louis Bergouignan, *Les perforations utérines de l'avortement criminel*, thèse de médecine, Paris, 1931, f. 15. Il reprend ce leitmotiv dans deux autres endroits de sa thèse : f. 25 et 28.

²⁴⁹⁴ Louis Bergouignan, *thèse citée*, 1931, f. 42.

²⁴⁹⁵ Louis Bergouignan, *thèse citée*, 1931, f. 24.

²⁴⁹⁶ Louis Bergouignan, *thèse citée*, 1931, f. 30.

²⁴⁹⁷ Louis Bergouignan, *thèse citée*, 1931, conclusions.

²⁴⁹⁸ Henri Mondor, *Les avortements mortels*, Paris, Masson, 1936, p. 58 et 68.

si vite inattentive que tout interrogatoire profitable est impossible »²⁴⁹⁹. En 1952, le D^r Darrason écrit, à propos de son « matériel d'étude », c'est-à-dire les patientes : « Notre matériel d'étude est constitué par les observations de la salle Rouffio où ont été traités les avortements qui nous intéressent. Dans un domaine où l'illégalité flagrante de leur situation rend les femmes peu loquaces, où les difficultés d'interrogatoire sont accrues du fait que bon nombre d'entre elles sont des étrangères – parlant à peine français, il n'est pas étonnant que quelques-uns des renseignements qui nous intéressent ne soient pas toujours notifiés dans l'observation ou ne s'y trouvent qu'ébauchés »²⁵⁰⁰. Il ajoute plus loin : « Les femmes qui ont provoqué leur avortement ont conscience d'avoir commis un délit, légalement punissable. Très souvent, elles se méfient du médecin qui les interroge, surtout à l'hôpital. Surtout, elles n'oublient pas les recommandations de leurs complices : « Ne jamais avouer »²⁵⁰¹. Le mot « aveu » nous répugne. En matière professionnelle nous n'avons pas à juger. Pourtant nul autre mot ne répond mieux à l'état d'esprit de la femme qui nous livre son secret. Il n'est évidemment pas question, ici, des « habituées » de la maison, des récidivistes invétérées. Celles-là savent qu'elles ne risquent aucune dénonciation. Mais de celles qui viennent pour la première fois, c'est déjà un certain succès de leur voir arraché l'aveu de leur provocation. Souvent, on s'arrête là »²⁵⁰². De même en 1954 le D^r Duforeau, qui travaille sur les accidents neurologiques liés à l'avortement, remarque que « le diagnostic peut présenter de grandes difficultés, en raison de la dissimulation des circonstances qui les ont provoquées (ces crises) »²⁵⁰³.

Ce silence obstiné est également dénoncé par les démographes pour qui « les enquêtes directes sur un sujet aussi délicat sont généralement impraticables. Les souvenirs pénibles laissés par une action clandestine aussi traumatisante ne peuvent qu'inciter les femmes enquêtées à la dissimulation »²⁵⁰⁴.

Il est malaisé de décrire avec précision et exhaustivité les techniques d'avortement qui semblent innombrables. Elles sont pourtant bien connues des femmes dans un contexte qu'on peut qualifier de véritable culture de l'avortement. Elles ne sont cependant pas toutes efficaces. Quelques certitudes émergent néanmoins. Par exemple, le fait que l'avortement a généralement lieu

²⁴⁹⁹ Henri Mondor, *op. cité*, 1936, p. 198, 356 et 352.

²⁵⁰⁰ Georges Darrason, *thèse citée*, 1952, f. 1.

²⁵⁰¹ Dans un article paru peu après, le D^r Darrason, avec le D^r Chosson, précise : « Trop souvent les femmes ont reçu de leur avorteur une consigne précise : elles répètent alors leur leçon sans se lasser, bien convaincues que cette déclaration suffit à renseigner le médecin et à guider sa thérapeutique, tout en garantissant l'impunité », in *article cité*, 1952, p. 924.

²⁵⁰² Georges Darrason, *thèse citée*, 1952, f. 17.

²⁵⁰³ Albert Duforeau, *thèse citée*, 1954, f. 17.

²⁵⁰⁴ Roland Pressat, « Sur le nombre des avortements en France », *Le Concours médical*, 14 mai 1966, p. 3566.

au début de la grossesse : « Dans la majorité des cas, les manœuvres criminelles s'effectuent au deuxième mois de la grossesse car c'est à ce moment que la femme a acquis la certitude sur son état et, que des manœuvres antérieures inoffensives ayant échoué, elle en vient à des manœuvres plus actives. Statistiquement [...] : 20 % (des tentatives) se déroulent au cours du premier mois de grossesse, 42 % le deuxième mois, 24 % le troisième mois, 4,5 % le quatrième mois »²⁵⁰⁵. Il est également incontestable que les avortements bénéficient à partir de 1945 de l'arrivée des antibiotiques: « la faveur s'attache aux moyens directs qui donnent le maximum de résultats et de sécurité, surtout depuis les progrès de l'asepsie [...] L'avortement est devenu une véritable industrie pour le compte de laquelle travaillent de véritables spécialistes, et qui profite chaque jour des progrès de la science »²⁵⁰⁶.

Pour le reste, les méthodes d'avortements sont incroyablement variées et donnent lieu à des dénonciations régulières dans les sources.

« Certaines femmes font un exercice physique intempestif : balançoire, sauts répétés, courses à bicyclette ou en mobylette sur terrains variés, comme si leur grossesse devait se détacher comme un fruit. D'autres se font pétrir l'abdomen par leurs proches ou par des masseuses pour essayer d'expulser l'œuf comme un noyau »²⁵⁰⁷. Ces moyens échouant, elles se tournent parfois vers les plantes. Les « recettes », d'utilisation des plantes, se transmettent de femme en femme depuis le XIXe siècle, voire, pour certains auteurs, depuis le Moyen Âge²⁵⁰⁸. Les plantes ont l'avantage d'être gratuites ou peu onéreuses et d'emploi discret. Les auteurs d'un ouvrage médical sur les plantes servant à avorter²⁵⁰⁹ en recensent principalement quatre : l'apiol sous forme de capsules (à base de graines de persil), la rue²⁵¹⁰, la sabine et l'armoise, surtout, abondante dans la nature. Ces plantes, prises le plus souvent en infusion, ne sont pas abortives en elles-mêmes, ce sont souvent des poisons qui « mettent en jeu la vie de la mère, tuent souvent le fœtus ou en tout cas compromettent sa vitalité »²⁵¹¹. Il existe des particularismes locaux, le D^r Jean Sutter citant la région de Lille (Nord) « où il est bien connu que les femmes avortent volontiers à l'aide de tisanes, 4 grossistes ont vendu en 1940, quotidiennement, 700 000 doses thérapeutiques d'armoise, de rue, de sabine, d'apiol. On a pu estimer que cette quantité

²⁵⁰⁵ Albert Duforeau, *thèse citée*, 1954, f. 10.

²⁵⁰⁶ X. Tallet, *Les délits contre la natalité*, thèse de Droit, Montpellier, 1938, f. 20.

²⁵⁰⁷ Albert Ladret, *op. citée*, 1961, p. 39.

²⁵⁰⁸ Ainsi que l'a étudié Agnès Fine dans son article, « Savoirs sur le corps et procédés abortifs au XIXe siècle », *Communications*, 1986, n° 44, p. 107-136.

²⁵⁰⁹ André Patoir, Gérard Patoir, Bédrine Henri et Debuirre Adrien, *Étude clinique et expérimentale de quelques produits abortifs d'origine végétale*, Paris, Maloine, 1938.

²⁵¹⁰ Roger Vaultier rapporte dans son article sur « Avortement et croyance populaire », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 146, que « l'on croyait qu'il était interdit de cultiver de la rue dans son jardin et que le spécimen du Jardin des Plantes devait être protégé afin d'échapper à des mains criminelles ».

²⁵¹¹ André Patoir et alii, *op. citée*, 1938, p. 122.

correspondait à 10 fois celle vendue dans le reste de la France »²⁵¹². Mais les femmes ingèrent en réalité de multiples substances dont le P^r Henri Mondor livre un recensement impressionnant : les diurétiques (sans action sur la grossesse), la salsepareille, le gaïac, les purgatifs (inutiles eux aussi pour avorter) comme l'aloès, la coloquinte, sous forme d'infusion ou de pilules. Il y ajoute la mélisse, l'absinthe, l'armoise, le safran, l'apiol très utilisé, et aussi l'if, le genévrier, la rue, l'ergot de seigle etc. Il cite le cas d'une jeune fille de seize ans qui avait absorbé : « du vin blanc contenant de la poudre à fusil et de l'ail en gousse ; du vin blanc contenant de la sabine ; du vin blanc mélangé à de l'absinthe ; de l'absinthe pure ; du vin blanc contenant du seigle ergoté pulvérisé »²⁵¹³ ! D'autres ingurgitent du plomb, sous la forme d'acétate de plomb, connu sous le nom de « sucre de Saturne », responsable d'intoxications mortelles. En conséquence « ces ingestions immodérées ou particulièrement toxiques ne conduisent d'ordinaire à l'avortement qu'au prix d'une intoxication générale. Bien des viscères autres que l'utérus sont atteints. Le foie, le rein, plus particulièrement, ont gravement à souffrir de ces empoisonnements »²⁵¹⁴. Et ces ingestions, qui semblent inoffensives, se révèlent parfois tout simplement mortelles : « la malade [...] enceinte d'un mois et demi, absorba plusieurs tasses de tisane d'armoise. Dans la nuit, la fausse couche fut faite. Le lendemain matin apparut un ictère intense, sans vomissement, sans diarrhée, sans fièvre. Le lendemain, anurie absolue et hypothermie. Encore un jour et la malade mourut »²⁵¹⁵. En 1952, le D^r Darrason, dans son étude sur les avortements provoqués soignés à l'hôpital de Marseille de 1947 à 1950, signale, pour 45 femmes sur 513, des ingestions et injections de différentes substances : quinine, hormones (folliculine), aspirine, armoise, cachets au contenu non précisé. Certains ne sont pas abortifs, comme la quinine qui « semble jouer aux yeux du public de propriétés abortogènes solidement établies (11 fois utilisée) mais les doses citées sont bien modestes »²⁵¹⁶. 182 autres patientes de l'hôpital de Marseille ont fait des instillations intra-utérines d'eau bouillie salée, d'eau de javel (3 fois !), de liqueur de Labarraque, d'eau savonneuse (133 femmes)²⁵¹⁷.

Dans les années quarante et cinquante, un des procédés les plus employés et les plus dangereux consiste en une injection d'eau savonneuse dans l'utérus²⁵¹⁸. Un autre procédé utilise le permanganate de potasse ou de potassium sous forme de comprimés achetés en pharmacie. Le permanganate est

²⁵¹² Jean Sutter, « Libres propos sur l'avortement », *Problèmes*, n°33, 1956, p. 52.

²⁵¹³ Henri Mondor, *op. cité*, 1936, p. 353-354.

²⁵¹⁴ Henri Mondor, *op. cité*, 1936, p. 354.

²⁵¹⁵ Henri Mondor, *op. cité*, 1936, p. 355.

²⁵¹⁶ Georges Darrason, *thèse citée*, 1952, f. 17-19.

²⁵¹⁷ Georges Darrason, *thèse citée*, 1952, f. 23.

²⁵¹⁸ C'est ainsi qu'en 1949, les Dr de Grailly, Dax et Biraben publient un article intitulé « Étude histologique et expérimentale des lésions dues aux injections savonneuses intra-utérines » dans le *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, n° 23 et 24, p. 466-467, pour dénoncer cette pratique.

l'exemple même du faux abortif pouvant se révéler très dangereux et donc régulièrement dénoncé dans la presse médicale et dans les thèses de médecine²⁵¹⁹. En 1961, les D^r Bertrand, Dubreuil-Fillmann et Blanchard décrivent en ces termes l'action de ces comprimés : « le permanganate, caustique et oxydant puissant, détermine en son point d'application (à l'intérieur du vagin le plus souvent), et avec un seul comprimé, une escarre de la taille d'une pièce de cinq francs environ, qui commence à saigner plus ou moins abondamment cinq à six heures après »²⁵²⁰. En 1961 toujours, le P^r Paul Funck-Brentano précise : « Les pastilles de permanganate, le plus souvent introduites par la femme elle-même, par la lenteur de leur dissolution, vont provoquer une, ou plus souvent, plusieurs ulcérations qui peuvent siéger à n'importe quel niveau du vagin (et du col de l'utérus). [...] Ces ulcérations vont non seulement s'étaler en surface, mais encore et surtout gagner en profondeur. [...] Ces hémorragies seront d'autant plus graves, que la femme, persuadée qu'il s'agit des manifestations prémonitoires de la fausse couche tant désirée, ne fera appel que tardivement au médecin »²⁵²¹. Il conclut : « Parmi les gestes inconsidérés que font certaines femmes affolées par une grossesse redoutée, celui qui consiste à introduire dans le vagin un ou plusieurs comprimés de permanganate de potassium, est particulièrement stupide. Il est stupide car le geste n'a naturellement aucun effet abortif ; par contre, il est singulièrement dangereux. Il est dangereux immédiatement à cause des hémorragies provoquées par le caustique, hémorragies qui, par leur abondance et leur permanence, peuvent gravement menacer la vie de la femme. [...] L'utilisation de ce produit, dans un but abortif, [...] remonte à un quart de siècle. [...] Or ce produit est distribué sans contrôle dans toutes les pharmacies »²⁵²². En effet, il sert couramment pour stériliser l'eau, pour les amateurs de camping. Le P^r Funck-Brentano demande logiquement l'interdiction de la vente de ce produit. C'est un vœu pieux puisqu'en 1965, devant cette même Académie de Médecine, le D^r Chappaz fait de nouveau une proposition en ce sens, après avoir calculé que 1 200 à 1 300 femmes se présentent tous les ans en grand danger immédiat à l'hôpital pour avoir utilisé ces comprimés²⁵²³ !

²⁵¹⁹ Cinq thèses de médecine sont écrites pendant la période étudiée sur ce sujet : celle de Petit à Nancy en 1945, de Naudinat à Paris en 1958, de Petitcolas à Paris en 1959 et celles de Cauquil et Nached à Paris en 1962.

²⁵²⁰ P. Bertrand, Y. Dubreuil-Fillmann et R. Blanchard, « Tentatives d'avortement par comprimés de permanganate », *BFSGOLF*, 26-4-1961, p. 467.

²⁵²¹ Paul Funck-Brentano, « Le danger que représente la vente libre d'un faux abortif : le comprimé de permanganate de potassium », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 11-5-1961, p. 250-251.

²⁵²² Paul Funck-Brentano, *article cité*, 1961, p. 250-251.

²⁵²³ Gaston Chappaz, « Proposition tendant à faire interdire la vente libre en pharmacie des comprimés de permanganate de potassium », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 27-5-1965, p. 277-280.

Mais les femmes emploient le plus souvent des procédés mécaniques, généralement en complément des précédents. Ceux-ci concernent 341 femmes sur 513 à l'hôpital de Marseille entre 1947 et 1950, par exemple, et consistent en « perforations » ou « décollement » par mise en place intra-cervicale d'un instrument pendant un temps variable : aiguille à tricoter (une fois), plume de poule (une fois), queue de persil²⁵²⁴ (2 fois). Ces moyens traditionnels deviennent rares après-guerre et cèdent la place à l'utilisation de sondes en gomme rigide ou semi-rigide, moyen qui « semble dangereusement efficace », pour 153 femmes²⁵²⁵. Cette sonde recouvre en réalité tout instrument pointu propre à avorter : « L'avorteur qui utilise une sonde ne demande pas toujours à cet instrument un rôle de simple excitateur par son séjour dans le col mais il l'emploie fréquemment avec l'intention de perforer l'œuf. Il n'est pas étonnant de voir dans ce vocable désigner dans le langage courant un ensemble varié d'instruments plus ou moins rigides, dont l'usage se révèle autrement dangereux qu'une vraie sonde, en gomme ou en caoutchouc »²⁵²⁶.

La description épouvantable du D^r Louis Bergouignan de l'état d'une malade arrivant après l'emploi d'une « sonde » dans son service est transposable après-guerre : « Nous avons cherché à savoir par quels moyens un tel traumatisme utérin a pu être obtenu. L'utérus était, en effet, particulièrement déchiqueté à sa face postérieure [...]. Nous avons alors pu apprendre que la malade avait essayé de se faire avorter une première fois avec une sonde en gomme, trois jours avant son entrée à l'hôpital. Après plusieurs tentatives sans doute insuffisantes, elle avait renforcé la sonde avec un mandrin en fil de fer. Elle sentit alors brusquement la résistance utérine céder, et la sonde pénétra très profondément. Mais, fait intéressant, elle fut extrêmement difficile à ramener. Il est vraisemblable que, le mandrin s'étant recourbé, la sonde a agi à la manière d'un crochet, et après avoir pénétré dans l'abdomen, a ramené avec elle une anse intestinale qu'elle a ainsi véritablement « crochétée » ». Signalons que cette malade « sort en très bon état au 27^{ème} jour de l'intervention. Elle est revue, depuis, à plusieurs reprises, sa paroi abdominale est solide, son transit intestinal normal »²⁵²⁷. Parfois la sonde disparaît et « file » dans le corps de la femme. Elle perce alors la paroi de l'utérus²⁵²⁸. C'est le cas de « M^{elle} D. Solange, 17 ans, (qui) entre le 28 mai 1930 à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, dans le service du P^r Gosset.

²⁵²⁴ Cependant, en 1962, Georges Morand, dans sa thèse, relève encore deux cas de manœuvres abortives avec une queue de persil (n° 5 et 13) et quatre par tige de lierre (n° 7, 8, 35 et 36), *Le choc des anuries post-abortum*, thèse de médecine, Paris, 1962, n° 97, f. 12 à 45.

²⁵²⁵ Georges Darrason, *thèse citée*, 1952, f. 20.

²⁵²⁶ Jean Chosson et Georges Darrason, *article cité*, 1952, p. 924.

²⁵²⁷ Louis Bergouignan, , *Les perforations utérines de l'avortement criminel*, thèse de médecine, Paris, 1931, n°494, ff. 36-37.

²⁵²⁸ A.M. Sudre et L. Rixe, « Perforation utérine sans symptômes immédiats », *BFSGOLF*, 2-7-1962, p. 697-698.

Elle présente un syndrome de péritonite aigüe généralisée, avec température à 40°. [...] La malade délire et meurt peu après son admission. [...] Après autopsie et enquête discrète : l'auteur de l'avortement avait vu disparaître la sonde dans l'abdomen et n'avait pu la rattraper. »²⁵²⁹. Ces perforations constituent un véritable risque car « il faut insister sur la fragilité particulière de l'utérus gravide, qui se laisse très facilement traverser. Point n'est besoin de déployer une force considérable pour perforer un utérus et c'est plutôt [...] affaire de maladresse que de force ». La blessure provoquée n'est parfois « qu'un simple orifice, du calibre de l'objet contondant, c'est parfois, au contraire, une déchirure large et béante, ayant laissé échapper dans la cavité abdominale le fœtus et des fragments placentaires. [...] Presque toutes les perforations ont la même forme : cratère dont l'ouverture la plus large se trouve côté péritonéal. Ceci est d'ailleurs absolument comparable aux lésions causées par un projectile de guerre dont l'orifice de sortie est éclaté, déchiqueté. [...] La vessie peut être déchirée. [...] L'intestin grêle peut se trouver atteint »²⁵³⁰. L'utilisation d'une sonde et les perforations qu'elle entraîne parfois causent de grandes douleurs. Les souffrances éprouvées par les femmes à l'occasion de l'avortement ne s'arrêtent pas à cette douleur auto-infligée.

Avorter est le plus souvent douloureux même si peu de sources médicales en font mention. Quand il arrive à obtenir la confiance de la femme, le médecin peut connaître et décrire le déroulement de l'avortement: « On apprend alors qu'à la suite de manœuvres intra-utérines, souvent d'ailleurs répétées à plusieurs jours d'intervalle, la femme a ressenti une vive douleur dans le bas-ventre, en même temps qu'elle a perdu un peu de sang. La douleur initiale peut être très variable. C'est, dans certains cas, une douleur syncopale, absolument analogue à celle d'une rupture de grossesse tubaire. Le plus souvent la douleur est moins intense quoique vive [...] Elle irradie vers les lombes, les membres inférieurs. Mais c'est une douleur abdominale plus qu'utérine, fait important quand on peut le préciser. Elle ne va d'ailleurs pas tarder à s'atténuer, et cette accalmie sera, comme d'ailleurs dans bien des syndromes aigus abdominaux, une cause de retard à l'intervention »²⁵³¹. Le P^r Henri Mondor signale à propos des perforations utérines auxquels aboutissent certains avortements: « La douleur, celle d'abord du moment de l'accident, quelquefois syncopale ; puis une douleur ou persistante ou en reprise, après atténuation ; douleur ou hypogastrique, ou latérale au bas-ventre, ou haute, sous les côtes, ou lombaire »²⁵³². Les injections diverses ne sont pas moins douloureuses. Henri Mondor rapporte le cas d'une de ses patientes qui s'est fait injecter du savon ordinaire additionné d'eau : « aussitôt après, douleurs vives du bas-ventre, en forme de crampes et, quelques minutes plus tard, frissons, tremblements des jambes, sensation de froid, sueurs profuses, vertige intense. [...] Mise en

²⁵²⁹ Louis Bergouignan, *thèse citée*, 1931, f. 22-23.

²⁵³⁰ Louis Bergouignan, *thèse citée*, 1931, f. 15-21.

²⁵³¹ Louis Bergouignan, *thèse citée*, 1931, f. 25-28.

²⁵³² Henri Mondor, *Les avortements mortels*, Paris, Masson, 1936, p. 70.

observation, les douleurs abdominales augmentèrent, le pouls s'altéra et les vomissements se produisirent plusieurs fois. La malade se plaint de souffrir sans cesse, surtout à droite ; elle dit que ces douleurs ne ressemblent pas aux douleurs expulsives qu'elle connaît bien²⁵³³. Étant donné qu'à ce moment la malade niait toute tentative d'avortement, le diagnostic était naturellement hésitant »²⁵³⁴. Henri Mondor décrit également la douleur ressentie avant de mourir d'une péritonite foudroyante : « Moins de vingt-quatre heures après l'apparition du frisson initial, les malades sont en proie aux souffrances les plus aiguës, lesquelles parcourent en tout sens l'enceinte abdominale. Aucune région de cette cavité n'est épargnée. Tension et développement du ventre, sécheresse de la langue, nausées, vomissements, diarrhée, altération des traits, excavation des yeux, pulvérulence des narines, agitation, insomnie, tout cet appareil symptomatique qui appartient à la péritonite confirmée se manifeste avec ou aussitôt après les premières douleurs. Il va de soi que cet ensemble effrayant de phénomènes morbides aboutit, dans un délai très court, à l'issue funeste. La durée peut être de quarante-huit heures, trente-six et même vingt-quatre heures »²⁵³⁵.

Pour les médecins le siège et l'intensité de la douleur ressentie représentent des indications précieuses pour établir un diagnostic: « L'avortement est fait : récemment, c'est-à-dire depuis quelques heures, quarante-huit au plus ; généralement c'est une douleur abdominale [...] diffuse, vague, plus intense au niveau de l'utérus. D'autres fois c'est une douleur encore plus diffuse, avec localisation impossible à préciser, tout le ventre étant douloureux : c'est la péritonite qui commence. L'état général est en rapport avec les symptômes observés, depuis l'état infectieux banal avec température à 39°, pouls autour de 100, respiration à peine accélérée, en passant par tous les intermédiaires jusqu'au collapsus avec hyperthermie, délire et mort rapide »²⁵³⁶. Car la mort pour avortement est douloureuse : « Le 3-9-1945, la gérante d'un hôtel reçoit les doléances de locataires qui se plaignent de ne pouvoir dormir étant donné la fréquence et la répétition rythmée des coups donnés dans la porte d'une chambre de pensionnaire. [...] La gérante fait ouvrir la porte. [...] Une femme, entièrement nue, était étendue sur la tapis, ayant auprès d'elle des pinces métalliques, une poire à injection munie d'une sonde et une glace à main. [...] Transportée à l'Hôtel-Dieu, la femme y mourrait huit heures plus tard au milieu de crises convulsives »²⁵³⁷.

Dans un registre moins dramatique, la douleur est aussi ressentie lors des soins donnés à l'hôpital. Henri Mondor fustige la brutalité « ordinaire » des

²⁵³³ Elle a 28 ans et en est à sa douzième grossesse.

²⁵³⁴ Henri Mondor, *op. cité*, 1936, p. 96.

²⁵³⁵ Henri Mondor, *op. cité*, 1936, p. 202-203.

²⁵³⁶ Alfred Zucherman, *Étude d'une statistique de 2 162 avortements*, thèse de médecine, Paris, 1938, sans numéro, f. 12.

²⁵³⁷ Jean-Claude Morvan, *Morts subites et accidents neurologiques des avortements criminels*, thèse médecine Paris, 1966, n°11, f. 35.

gestes des médecins. Pour lui, au contraire : « la palpation doit être faite la main à plat, toute entière couchée au contact de la paroi. Le palper et le diagnostic « du bout des doigts » sont contestables et détestables. Ils ne sont pas sans laisser voir une suffisance qui pontifie ou une brutalité qui offense. L'index n'est pas un bon indicateur, piqué verticalement, vers le ventre et s'y enfonçant : il est sans douceur et trompeur. Le palper doit être très doux, très lent : la malade sera, elle-même, patiente, appliquée à collaborer, si la main qui l'explore lui semble sans rudesse ; au contraire, elle s'impatientera, pleurera, se contractera, si celui qui ne sait pas palper lui enfonce les doigts, à pic, sur le ventre »²⁵³⁸.

La plupart des femmes subissent un curetage utérin quand elles arrivent à l'hôpital et celui-ci est une nouvelle source de douleur. Au moins un avortement sur deux est suivi de curetage, voire 70 à 80 %, « en sorte que le nombre des femmes ayant subi au cours de leur existence un ou plusieurs curetages est très élevé »²⁵³⁹. De nombreuses femmes témoignent oralement que ces curetages se font à vif, leur causant d'intenses douleurs, censées « punir » la femme. On en trouve quelques traces dans les écrits médicaux jusque dans les années soixante. Déjà, en 1896, le D^r Candelier remarque que lors d'un curetage pour un avortement thérapeutique, le médecin « peut se passer presque de l'anesthésie [...] Doleris ne donne pas de chloroforme, Blanc et Puech se contentent de quelques inhalations d'éther »²⁵⁴⁰. En 1943, le comité médical de l'Alliance nationale contre la dépopulation déplore : « Un certain nombre de chirurgiens, en clientèle hospitalière, refusent catégoriquement d'anesthésier les femmes opérées de curetage après avortement provoqué, et même sont extrêmement sévères dans l'octroi des convalescences. Cette attitude est parfois une protestation déguisée, indirecte, contre le crime commis. Est-on sûr qu'elle soit comprise de la sorte par les intéressées ? C'est aussi une façon de rendre un service peu accueillant pour cette catégorie trop nombreuse d'hospitalisées peu intéressantes, et comme une manière de vengeance. Réactions bien humaines, et souvent fort légitimes. Au point de vue de la lutte contre l'avortement, [...] (cela) ne leur fait pas voir clairement ce qu'a de répréhensible leur acte, comme le ferait une admonestation froide et l'affirmation claire qu'il y a eu assassinat d'un être vivant. Le médecin n'a pas à prendre le rôle d'un juste bourreau, mais doit conserver celui de ferme conseiller »²⁵⁴¹. Ainsi, même les médecins de cette association ouvertement nataliste et anti-avortement dénoncent les médecins « bourreaux ». Pourtant la pratique perdure. En 1947, le D^r Jacques Gaillard critique dans un article de la revue *L'Hôpital* la façon dont se déroulent les curetages dans ce type

²⁵³⁸ Henri Mondor, *op. cité*, 1936, p. 200-201.

²⁵³⁹ G. Le Lorier, *article cité*, 1958, p. 218.

²⁵⁴⁰ Victor Candelier, *Du curetage total de l'utérus comme méthode d'avortement provoqué*, thèse médecine Lille, 1896, n° 128, f. 64.

²⁵⁴¹ Comité médical de l'Alliance, « Le rôle des médecins dans la lutte contre l'avortement », *Revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation*, janvier 1943, p. 13-14.

d'établissement : « Il est bien rare que dans les hôpitaux, les chefs de service ou les assistants pratiquent eux-mêmes cette intervention, qui est confiée le plus souvent aux internes voire aux externes. [...] Enfin l'exécrable manière de procéder qui consiste à jouer le rôle du gendarme en s'abstenant de toute anesthésie, afin de « donner une leçon » à la malheureuse avortée, sévit encore fréquemment dans certains services hospitaliers. [...] Le col (de l'utérus) saisi par une pince de Museux, on passe quelques bougies, juste ce qu'il faut pour introduire une curette, et on procède à un gratouillage, brutal ou timide, mais généralement incomplet ». Or, toujours selon lui : « L'anesthésie est indispensable. Le médecin doit guérir, non châtier. [...] Endormez-les tout bonnement au masque d'Ombredanne ou à la compresse. Les anesthésies régionales sont encore trop imparfaites »²⁵⁴². En 1954, le P^r Louis Portes, président de l'Ordre des médecins, peu suspect de sympathie pour le droit à l'avortement, regrette : « J'observerai enfin que l'avortée criminelle n'est pas toujours correctement soignée dans nos services. C'est ainsi que dans certains services de chirurgie, qui sont habituellement surchargés par des nécessités opératoires importantes, le traitement des avortées n'est pas toujours confié aux mains les plus expertes alors que pourtant cette catégorie de malades soulève des problèmes de responsabilité médicale non négligeables. [...] À l'hôpital, en d'autres termes, les avortées et notamment les avortées criminelles font parfois figure « d'indésirables », non comme autrefois pour des raisons morales, mais parce qu'elles troublent le fonctionnement normal du service qu'elles encombrant. De là des réactions médicales inacceptables qui consistent soit à les négliger, soit à les rebuter par des attitudes rébarbatives ou par des jugements sévères plus ou moins publiquement exprimés, soit même à les soigner incorrectement pour les « sanctionner ». N'a-t-on pas vu, dans ces conditions, des médecins se faire « tortionnaires » et pratiquer le curettage sans anesthésie, sous prétexte que l'avortement était provoqué ? Ne dramatisons pas mais reconnaissons cependant que ces faits exceptionnels traduisent le malaise que crée l'avortement criminel dans nos services hospitaliers »²⁵⁴³.

Tous les médecins qui suivent leurs études dans les années quarante-cinquante témoignent de ces curetages à vif qui sont souvent à l'origine de leurs engagement militant en faveur du droit à la contraception ou à l'avortement. En 1961 dans son ouvrage destiné au grand public, *La grand'peur d'aimer*, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé rapporte son expérience traumatisante d'étudiante en médecine : « Dans le service de chirurgie où je faisais mon premier stage [...] passant près de la salle d'opérations, j'entends des cris et des gémissements. J'entre et je vois une femme attachée sur la table. Une jeune externe [...] est en train de la cureter maladroitement, surveillé par un interne qui la laisse patauger et prend, de temps en temps, la curette en main. La femme, les yeux exorbités, se tord de douleur. La panseuse m'explique que la patiente n'est pas anesthésiée pour que « cela lui ôte l'envie de recommencer ». Il y a vingt ans un épisode de cet ordre était banal, le curetage sans anesthésie

²⁵⁴² Jacques Gaillard, « Notes sur le curettage utérin », *L'Hôpital*, février 1947, p. 30.

²⁵⁴³ Louis Portes, *op. cit.*, 1954, p. 80.

passé dans les mœurs, et les femmes le subissaient en gémissant mais sans jamais oser porter plainte sur le registre de réclamations qu'on lui tendait à la sortie. Elles se sentaient coupables. [...] (Son patron lui répond) : si j'anesthésiais les fausses couches, tout le quartier le saurait, et dans les quinze jours mes lits en seraient remplis. Les kystes de l'ovaire, les cancers, les fibromes ... iraient chez x ou y. Qu'est-ce qu'il me resterait à montrer à mes élèves ? ». Elle ajoute : « le curetage sans anesthésie est maintenant du passé »²⁵⁴⁴. En 1965, Anne-Marie Dourlen-Rollier rapporte, dans un ouvrage en faveur du droit à l'avortement, ce témoignage d'une femme hospitalisée : « Ma voisine de gauche [...] me confie comment il y a 15 ans, on lui a fait un curetage sans anesthésie « pour m'enlever l'envie de recommencer ». Heureusement de tels procédés ne sont plus employés. D'ailleurs, me dit-elle, cela ne m'a pas empêché de « remettre cela » deux ans plus tard. »²⁵⁴⁵. En 1970, le D^r Marcel témoigne lui aussi : « De cet avortement, j'ai connu très jeune, la férocité, lorsque les externes, à la main lourde et inexpérimentée, s'astreignaient de toute urgence à recueillir le fameux « cri utérin », restant sourds à ceux désespérés poussés par leurs malades. L'on voulait, ainsi, les pénaliser de leur forfait ou les dissuader de récidiver ! »²⁵⁴⁶. Aujourd'hui encore, le D^r Christiane Verdoux a le souvenir de curetages à vif pratiqués dans le service de chirurgie de l'hôpital Bichat où elle était interne pendant la guerre. Quand une femme arrivait à Bichat après un avortement, si la grossesse était récente (moins de deux-trois mois), on les envoyait en chirurgie, si la grossesse était plus avancée, elles étaient traitées dans le service de la Maternité où elles étaient anesthésiées pour le curetage. D'après le D^r Verdoux, les femmes comprenaient vite et déclaraient souvent des grossesses plus avancées que dans la réalité²⁵⁴⁷. Le P^r Baulieu se souvient lui aussi des instructions données aux internes quand des femmes arrivaient à l'hôpital en saignant après un avortement : « Curetez-les sans anesthésie, elles l'ont bien mérité »²⁵⁴⁸.

S'il sauve des vies, le curetage peut avoir des conséquences graves : « des infections, une stérilité secondaire, des grossesses extra-utérines (un tiers de celles-ci se produiraient après un avortement suivi de curettage), des avortements spontanés à répétition et des troubles de l'accouchement, sans qu'on puisse clairement relier tel ou tel de ces troubles spécifiquement à l'avortement ou au curettage »²⁵⁴⁹.

²⁵⁴⁴ Marie-André Lagroua Weill-Hallé, *La grand' peur d'aimer*, Paris, Gonthier, 1961, p. 14-16.

²⁵⁴⁵ Anne-Marie Dourlen-Rollier, *op. cité*, 1965, p. 82.

²⁵⁴⁶ J. E. Marcel, « Propos sur l'avortement : à propos d'un opuscule », *Gynécologie Pratique*, 1970, n° 3, p. 235.

²⁵⁴⁷ Christiane Verdoux, entretien le 11 juillet 2008.

²⁵⁴⁸ Étienne-Émile Baulieu, entretien le 11 juillet 2008.

²⁵⁴⁹ G. Le Lorier, *article cité*, 1958, p. 220-223.

B Des risques nombreux, voire mortels

Les risques de l'avortement sont dénoncés par les opposants comme par les partisans du droit à l'avortement, dans les revues médicales généralistes mais surtout dans celles spécialisées en gynécologie-obstétrique. Ainsi le *Bulletin de la Fédération des Sociétés de gynécologie obstétrique de langue française* publie deux articles par an en moyenne, au maximum cinq comme en 1962, sur les conséquences de l'avortement clandestin. Le problème de l'avortement est donc reconnu comme récurrent mais ne tient qu'une place discrète dans les sources.

La mort peut être une des conséquences de l'avortement clandestin, aucune femme ne l'ignore, tous les médecins le savent. Mais les morts pour avortement restent, pour la plupart, secrètes²⁵⁵⁰. Les chiffres de la mortalité due à l'avortement donnent lieu à une violente polémique puisque les partisans du droit à l'avortement les mettent en avant pour justifier leur action. Ces militants inclinent à citer des chiffres élevés tandis que leurs opposants les minimisent, sans qu'aucune des deux estimations soit vérifiée et vérifiable.

Avant-guerre l'absence d'antibiotiques induit des risques importants de mortalité. En 1937, dans le *Bulletin de l'Association Française des Femmes médecins*, le P^r Ballard, de l'hôpital de Bordeaux, « a fait une statistique de la mortalité par avortement observée dans son service, de janvier 1934 à octobre 1936. [...] Il y eut 726 avortements criminels avec une mortalité de 3,58 % »²⁵⁵¹. Mais en 1938, le D^r Alfred Zucherman cite un taux de 0,87 % à l'hôpital Saint-Louis, à Paris²⁵⁵². Le P^r Funck-Brentano rappelle le pourcentage évoqué par Henri Mondor avant l'existence des antibiotiques : 9 % des femmes qui viennent à l'hôpital. Déjà, les auteurs ne s'accordent pas sur des estimations voisines, les taux de mortalité allant de moins de 1 % à presque 10 %. En effet, ils peuvent prendre en compte uniquement les décès des services de gynécologie obstétrique ou ceux qui sont survenus dans l'ensemble des services, par exemple en chirurgie²⁵⁵³. Il ne s'agit d'ailleurs que des décès enregistrés dans le cadre hospitalier. Les femmes qui meurent chez elles ne sont pas comptabilisées. Les médecins en exercice dans les années cinquante-soixante se souviennent de ces drames et cette mémoire constitue souvent une des raisons principales de leur engagement pour le droit à la contraception.

Après guerre, les auteurs oscillent entre observations limitées à un service hospitalier et estimations générales. En 1947, le D^r Monsaingeon écrit : « Pour 127 avortées, nous avons observé 11 cas mortels [...] et 15 formes graves qui

²⁵⁵⁰ Une exception : le décès du peintre Clotilde Vautier en mars 1968, à 28 ans, dont le destin tragique a été révélé dans le film d'une de ses filles *Histoire d'un secret*, en 2003.

²⁵⁵¹ Mme Anchel-Bach, « La mortalité maternelle et l'avortement », *Bull. de l'A.F.F.M.*, Janvier-mars 1937, p. 29.

²⁵⁵² Alfred Zucherman, *Étude d'une statistique de 2 162 avortements*, thèse de médecine, Paris, 1938, f. 63.

²⁵⁵³ Comme celui du P^r Henri Mondor.

ont guéri presque toujours avec une mutilation chirurgicale »²⁵⁵⁴. Soit plus de 8 % des femmes hospitalisées qui décèdent des suites d'un avortement. À la même date, le D^r Paulette Courtois, opposée au droit à l'avortement, estime : « à plus de 30 000 environ le chiffre de mortalité maternelle annuelle (par avortement) »²⁵⁵⁵. Ce chiffre considérable peut représenter 6 % des avortements si on les chiffre à 500 000 par an. En 1952, le D^r Lemoine estime que « les complications des avortements provoqués sont nombreuses et graves puisque susceptible d'entraîner la mort dans 0,90 à 1,7 % des cas »²⁵⁵⁶. En 1952 toujours, le D^r Darrason relève que 11 femmes sur 513, ayant reconnu un avortement provoqué à la clinique obstétricale et gynécologique de Marseille entre 1947 et 1950, sont mortes à l'hôpital des suites de leur avortement provoqué, soit 2,14 % du nombre total des avortements provoqués étudiés. Ce taux est plus élevé que celui de certains de ces collègues mais le D^r Darrason, à la différence de ceux-ci, ne tient compte que des avortements provoqués dont il a la preuve par l'aveu de la patiente. Par contre, ces chiffres sont meilleurs que les statistiques plus anciennes, avant la seconde Guerre mondiale, ce qui fait écrire au D^r Darrason que l'on assiste à « une nette régression de la mortalité par avortement criminel ». Pour lui, « nul doute que l'avènement des antibiotiques et leur large utilisation ne soit le facteur dominant de cette régression.[...] (Mais) ces considérations [...] ne nous permettent pas de nous réjouir devant l'écrasant pourcentage de guérisons »²⁵⁵⁷.

Les démographes de l'INED apportent des précisions censées mettre un peu d'ordre dans cette bataille de chiffres. En 1956, le D^r Sutter, chercheur à l'INED, raisonne en statisticien : « Soutenir qu'il meurt en France 25 000, 30 000 ou 35 000 femmes par an à la suite de manœuvres abortives est proprement absurde. La mortalité des femmes âgées de 17 à 45 ans pour toutes causes a été dans notre pays, lors de ces dernières années, de l'ordre de 14 000 par an. Si l'on s'en réfère aux causes de décès pouvant passer à la rigueur pour avoir cette origine, on arrive à un total de 600 qu'on peut, certes, juger trop bas. Mais, même si on le double ou le triple, on est encore loin de compte des estimations extravagantes qui précèdent »²⁵⁵⁸. Cet article et son estimation, autour de 1 000 décès de femmes par an à cause de l'avortement, va servir de référence à ceux qui minimisent cette mortalité. Dix ans plus tard, un autre démographe, Roland Pressat, conteste à son tour les chiffres couramment avancés en France de « 15 000 à 50 000 décès de femmes par an ». Il rappelle que « la totalité des décès entre 15 et 45 ans (est de) 9 684 en 1960 » et que pour « les seuls décès attribués à une cause gynécologique (donc y compris ceux

²⁵⁵⁴ André Monsaigeon, « L'avortement en pratique hospitalière », *La Semaine des Hôpitaux*, 7 janvier 1957, p. 6.

²⁵⁵⁵ Paulette Courtois, *thèse citée*, 1947, f. 8.

²⁵⁵⁶ A. Lemoine, « Complications chirurgicales des avortements provoqués », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n°23, 18 juin 1952, p. 477.

²⁵⁵⁷ Georges Darrason, *thèse citée*, f. 40-43.

²⁵⁵⁸ Jean Sutter, *article cité*, 1956, p. 51.

dus à l'accouchement) on enregistre en 1960 423 décès, dont 343 pour le seul groupe d'âges 25-45 ans, soit 6 pour 100 000 femmes, taux comparable à ceux de la Suisse, des Pays-Bas, des États-Unis, de la Belgique. Sans doute en France trouve-t-on une plus forte proportion de décès pour cause inconnue (900 dans le groupe d'âge féminin considéré²⁵⁵⁹), catégorie dans laquelle pourraient se dissimuler certains décès consécutifs aux manœuvres abortives ; mais cette importance assez grande des décès pour cause non spécifiée n'est pas propre aux femmes en âge de procréation : on constate le même phénomène à tous les âges et aussi bien pour les hommes que pour les femmes »²⁵⁶⁰.

Ces précisions indiscutables permettent aux médecins de relativiser les chiffres de mortalité de l'avortement. En 1970, un médecin peut affirmer : « aux États-Unis, on compte que 300 femmes meurent d'avortement criminel tous les ans. Il y en a au moins autant en France ! Nous voici loin des chiffres avancés il y a quelques années quand on parlait de 15 000 morts par an ! Je suis heureux de constater que cette légende fantastique a pris fin. En fait la mortalité par avortement est assez minime »²⁵⁶¹. En 1974, le D^r Cassagnères Fournier rappelle les chiffres suivants : le nombre de décès par avortement est, pour l'année 1967, évalué « à une fourchette située entre 45 et 158 ce qui, rapporté au chiffre estimé d'avortements de 300 000, donne une mortalité de 1,5 à 5 pour 10 000 »²⁵⁶². En 1974, encore, le P^r Hervet, de la Pitié-Salpêtrière, minimise lui aussi cette mortalité : « Il y a quelques années nous avons estimé que le taux de mortalité annuelle devait s'exprimer en centaines. Il semble aujourd'hui qu'il soit plus conforme à la réalité de l'exprimer en dizaines. [...] Sur cinq cents femmes hospitalisées dans notre service de la Pitié, à la suite d'un avortement provoqué, une seule a dû être transférée dans un centre de réanimation qui a d'ailleurs guéri sans séquelles, les autres ont subi des soins qui n'ont pas nécessité plus de trois ou quatre jours en moyenne d'hospitalisation. L'évolution actuelle de l'avortement clandestin en France peut être schématisée ainsi : le plus grand nombre s'effectue sans complication immédiate ou tardive et ne nécessite aucune hospitalisation, ni aucun soin particulier. Une proportion relativement faible se complique de fièvre ou d'hémorragie. Ces complications conduisent habituellement les femmes dans les services hospitaliers qu'elles quittent après quelques jours de traitement dont l'antibiothérapie et le curetage restent la base. Enfin, les cas gravissimes peuvent se dénombrer avec une relative facilité puisqu'ils sont à peu près tous dirigés vers les centres de réanimation. Ces cas guérissent dans la proportion de 85 % ». Il dénonce alors les journalistes qui préfèrent entendre « les voix qui

²⁵⁵⁹ Bien qu'il ne le précise pas, Roland Pressat prend comme référence de base le chiffre de 9 684 décès de femmes entre 15 et 45 ans en France en 1960.

²⁵⁶⁰ Roland Pressat, *article cité*, 1966, p. 3569.

²⁵⁶¹ Forum sur « L'avortement thérapeutique », *Le Concours Médical*, 27-6-1970, p. 5815.

²⁵⁶² Marie-Brigitte Cassagnères Fournier, L'évolution des idées dans l'interruption thérapeutique de la grossesse au CHU de Toulouse de 1959 à 1973, Toulouse, 1973/74, n°90, f. 51.

dénonçaient cet avortement comme un fléau national avec son cortège de 6 000 à 10 000 morts chaque année. Ils n'avaient pas entendu les voix, à vrai dire moins retentissantes qui contestaient la réalité de ce massacre, et fixaient à quelques dizaines de morts les avortées chaque année, c'est-à-dire à un chiffre cent fois moindre. [...] En fait, l'avorteur qui opère dans l'illégalité est de plus en plus un médecin ou un auxiliaire médical très souvent au courant des techniques modernes, comme l'aspiration, et qui connaît les vertus de l'antibiothérapie. Il sait peut-être aussi n'intervenir que si la grossesse est récente²⁵⁶³. [...] L'intervention en outre se fait habituellement sans anesthésie, ce qui supprime au moins tous les risques inhérents à chaque anesthésie. ». Il conclut : « L'avortement clandestin est moins dramatique [...] qu'on a encore coutume de le dire. [...] Nous acceptons volontiers le chiffre de 332 décès présenté comme le chiffre maximum de décès après avortement clandestin pour la France en 1963 par l'Institut Démographique National. »²⁵⁶⁴. Enfin, pour le P^r Hervet, le « livre célèbre de Mondor : *les avortements mortels* [...] est par excellence le livre de référence pour toute étude *historique* sur l'avortement clandestin. [...] Richesse de cette pathologie abortive, si merveilleusement décrite par Mondor à cette époque, où la médecine était encore plus séméiologique que thérapeutique, plus littéraire que scientifique »²⁵⁶⁵. Les ravages décrits et combattus par Henri Mondor sont donc révolus. Notons l'adjectif « littéraire » pour qualifier l'œuvre de Mondor, qui ne peut être que péjoratif dans l'esprit d'un grand patron de gynécologie-obstétrique et qui fait référence à l'œuvre non-médicale de Mondor, consacrée à Mallarmé et qui lui a valu un fauteuil à l'Académie Française. Cet amalgame entre les divers travaux de Mondor, médicaux et littéraires, ne peut que desservir ce dernier qui n'était d'ailleurs pas un gynécologue-obstétricien mais un chirurgien. Les partisans du changement de la loi finissent également par reconnaître le bien-fondé de ces chiffres. Par exemple, un texte rédigé par une commission du travail auprès du Comité central du PCF cite un taux de mortalité de 1 pour mille soit 300 femmes par an, en 1974²⁵⁶⁶.

Ces affirmations semblent donc fondées, elles mettent en valeur les progrès de la médecine (antibiotiques etc.), mais 332 ou 300 femmes qui meurent, au maximum, chaque année, cela représente presque une femme par jour en France. Et n'y en aurait-il qu'une par an, ce chiffre serait en lui-même un scandale pour les partisans du droit à l'avortement. Roland Pressat lui-même, bien éloigné idéologiquement des défenseurs des droits des femmes, conclut : « Si de toute façon ces avortements provoqués n'entraînent pas les

²⁵⁶³ Le P^r Hervet signale « les progrès récents et à venir dans la détection facile et précoce de la grossesse par le test immunologique aujourd'hui par la radio-immunologie demain vont sans doute réduire le nombre des avortements tardifs », in « Avortement clandestin – avortement légal », *Revue du Praticien*, 1974, 24, 9, p. 640.

²⁵⁶⁴ Émile Hervet, *article cité*, 1974, p. 639-640.

²⁵⁶⁵ Émile Hervet, *article cité*, 1974, p. 637.

²⁵⁶⁶ PCF, *opus cité*, 1974, p. 16.

nombreux décès que l'on dit, ils sont suffisamment dommageables pour la femme, physiquement et moralement, pour que l'on conserve à ce phénomène le nom de fléau. Le désir de la faire disparaître conduit, selon une apparente logique, à souhaiter un effort d'éducation des couples et une diffusion plus large et plus éclairée des méthodes contraceptives »²⁵⁶⁷. Il ne va certes pas jusqu'à prôner un droit à l'avortement en 1966 mais Roland Pressat envisage le problème de l'avortement tel qu'on le posera à partir de 1970. Car, quels que soient les chiffres, chaque médecin semble pouvoir citer au moins un cas de mort de femme après un avortement. Le D^r Peyret, médecin généraliste dans le Poitou et député gaulliste, auteur de la proposition de loi qui ne sera jamais votée en 1970, évoque, au début d'un ouvrage destiné à justifier son action, le cas d'une de ses patientes à qui il avait refusé son aide pour un avortement. Celle-ci meurt peu de temps après d'une perforation utérine. C'est pourquoi, écrit-il, lui le médecin catholique : « je ne peux plus avoir bonne conscience »²⁵⁶⁸.

De quoi meurent donc les femmes ? Le P^r Henri Mondor ²⁵⁶⁹ a dressé la liste de toutes les pathologies mortelles recensées avant guerre : mort subite (embolies), perforations de l'utérus, gangrène de l'utérus, péritonites, hémorragies internes, septicémies, intoxications, tétanos. Henri Mondor parle d'une époque qui ne connaît pas encore les antibiotiques, une grande partie de ces décès étant imputables aux infections qu'on ne savait pas juguler. En 1960, le D^r Simone Blajan-Marcus, devenue psychanalyste, relate son expérience comme externe en « chirurgie de femmes » avant la Seconde Guerre mondiale : dans son service, « il y avait là, honnies par une surveillante pleine de sa propre vertu de vierge prolongée, plus de huit femme sur dix souffrant des suites d'avortement clandestin. [...] les antibiotiques n'avaient pas encore fait leur apparition, mais les *autres* infectées, si gravement atteintes qu'elles soient, étaient traitées avec compréhension et respect, et s'en tiraient mieux... »²⁵⁷⁰. En 1960, une thèse de médecine sur les femmes autopsiées à l'Institut Médico-légal de Paris entre 1939 et 1959 fait le point sur 1 316 décès en vingt ans dus aux suites d'avortements clandestins. Le D^r Legrand note que dans près de deux tiers des cas (833 femmes) il s'agit de « décès subits ou très rapides » par embolie gazeuse ou réflexe inhibiteur cardio-respiratoire »²⁵⁷¹. Pour le tiers restants des décès, il s'agit toujours de morts par infection (plus de 80 %), voire par tétanos (11 %). Pour le D^r Legrand, « l'infection, étant l'apanage de toutes les formes d'avortement criminel, puisqu'aussi bien amenée par l'agent abortif externe que résultant d'un œuf ouvert ou d'une rétention placentaire secondaire

²⁵⁶⁷ Roland Pressat, *article cité*, 1966, p. 3570.

²⁵⁶⁸ Claude Peyret, *Avortement, pour une loi plus humaine*, Paris, Calmann-Lévy, 1974, p. 8-9.

²⁵⁶⁹ Dans son ouvrage, *Les avortements mortels*, Paris, Masson, 1936.

²⁵⁷⁰ Simone Blajan-Marcus, « Témoignage », *Maternité Heureuse*, 1960, n° 15, p. 12.

²⁵⁷¹ Jean-Paul Legrand, *Étude statistique des décès par avortement observés à l'Institut Médico-légal de Paris de 1939 à 1959*, thèse de médecine, Paris, 1960, n° 112, f. 18 et 30.

à un avortement réalisé, semble assez indépendante de la méthode »²⁵⁷². On peut penser que les femmes décédées à cause d'une infection ont tardé à se faire hospitaliser et qu'alors les antibiotiques ont été impuissants à les sauver.

Les accidents neurologiques de l'avortement restent une des principales causes de mortalité contre laquelle la médecine demeure souvent impuissante. Le D^r Duforeau les répertorie dans sa thèse en 1954²⁵⁷³ : « du point de vue clinique : coma initial, crises convulsives généralisées, déficit moteur hémiplégique ou monoplégique, d'étendue variable, troubles sensitifs plus ou moins durables. Malgré l'apparence gravissime d'emblée, les choses peuvent s'arranger au cours des jours ou des semaines qui suivent, mais il n'est pas rare que la malade succombe rapidement, ou si elle survit, qu'elle présente des séquelles neurologiques, motrices ou sensitives, psychiques ou psychomotrices ». Ces accidents peuvent arriver au moment même de l'avortement ; c'est le cas de la « mort subite » ou syncope mortelle immédiate : « soit au moment où pénètre la sonde dans le col utérin, soit dès l'insufflation d'air ou l'injection de liquide, soit quelques secondes après cette manœuvre, la femme pousse un gémissement, présente quelques mouvements convulsifs et tombe morte ». Parfois peut se produire un intervalle plus long entre la manœuvre abortive et le décès, par exemple pour cette femme « qui a le temps d'effacer les traces, de vaquer une demi-heure à ses occupations » avant de mourir ainsi²⁵⁷⁴. Les accidents peuvent être encore plus tardifs, le D^r Duforeau cite le cas de Mme G. qui fait deux tentatives ratées d'avortement en novembre et décembre 1950 : « Finalement, l'avortement est provoqué en janvier 1951. Une semaine plus tard elle subit un curettage qui ramène des débris placentaires. Elle ne présente alors qu'une fièvre à 38° et une céphalée tenace qui fait bientôt place à une torpeur insolite [...] Cet état persiste pendant 24 heures et brusquement, en faisant un effort pour se lever, la malade meurt en quelques secondes »²⁵⁷⁵. Ces accidents peuvent même avoir lieu avant toute réelle manœuvre abortive : « Il reste quelques cas où surviennent des accidents nerveux ou la mort subite, alors que de toute évidence, la sonde n'a fait qu'entrer en contact avec le col utérin, sans pénétrer dans le col, et sans qu'aucune insufflation ou injection n'aient eu lieu »²⁵⁷⁶. En 1966, le D^r Morvan rapporte également de nombreux exemples de morts subites et accidents neurologiques mortels dus à l'avortement clandestin. Il cite le cas de cette « femme mère de deux enfants, enceinte de deux mois. Après avoir promené ses filles, elle les couche après dîner et s'assure qu'elles dorment. Le lendemain matin, à leur réveil, les deux petites filles trouvent leur mère morte, le thorax contre le bois du lit, les cuisses et les jambes pliées au-dessus d'une

²⁵⁷² Jean-Paul Legrand, *thèse citée*, 1960, f. 19 et 31.

²⁵⁷³ Albert Duforeau, *Accidents nerveux de l'avortement provoqué à propos d'une observation*, thèse de médecine, Lille, 1954, f. 2.

²⁵⁷⁴ Albert Duforeau, *thèse citée*, 1954, f. 15.

²⁵⁷⁵ Albert Duforeau, *thèse citée*, 1954, f. 24.

²⁵⁷⁶ Albert Duforeau, *thèse citée*, 1954, f. 12.

glace, le spéculum dans le vagin, la sonde encore engagée et tenue de la main droite crispée. [...] Au moment où la sonde heurte le col, se produit la syncope réflexe qui la plaque sur le sol accroupie »²⁵⁷⁷. Ou celui d'une « femme de 24 ans, mère de trois enfants, trouvée morte le 12 août 1955. À ses côtés, une grosse poire à lavement en caoutchouc munie d'une canule en os remplie d'un liquide non identifié »²⁵⁷⁸.

En 1975 encore, le D^r Eyraud condamne violemment dans l'introduction de sa thèse, les avorteurs, « escrocs-meurtriers », souvent ses confrères, qui officient dans la région de Limoges. Il cite deux exemples de femmes venues mourir au CHR après un avortement clandestin aux mains de ces avorteurs. « Madame M. entre dans le service de gynécologie-obstétrique en août 1972. Elle est enceinte de 10 semaines et la veille un avorteur clandestin lui a posé une sonde intra-utérine. [...] Six heures plus tard, apparaît un choc brutal, aussitôt suivi d'une détresse respiratoire intense et la femme meurt en quelques minutes avant même l'arrivée de l'interne de garde. [...] Cette jeune femme, en instance de divorce, mère de trois enfants, avait 22 ans ». Plus loin, il évoque « une jeune fille de 17 ans, enceinte de plus de quatre mois, est hospitalisée et meurt quelques minutes après son admission. Elle a subi, à domicile, de la main d'un médecin, 48 heures auparavant, une tentative d'avortement à la curette. Le praticien n'ayant « rien retiré » a affirmé que l'œuf s'évacuerait tout seul, a quitté sa malade et a refusé de la revoir. À l'autopsie, on trouve une large brèche du fond utérin où s'engage la tête du fœtus »²⁵⁷⁹. Ces morts sont à l'origine de son engagement pour que l'avortement puisse se dérouler correctement à l'hôpital.

La mort est ainsi la sanction redoutée à l'issue de tout avortement clandestin, une mort réservée aux femmes, sur le champ de bataille de la sexualité et des interdits de la loi.

L'avortement clandestin comporte d'autres risques, y compris celui de la stérilité, et peut entraîner des traumatismes psychologiques. Citant le D^r Dalsace, le D^r Mestressat indique que « 60 à 75 % des stérilités secondaires féminines sont dues aux conséquences d'un avortement antérieur »²⁵⁸⁰. En 1952, dans une thèse inspirée par le même D^r Dalsace, Arlette Fribourg cherche à relier l'avortement, plus précisément le curetage qui le suit, avec la stérilité. Certes « de nombreuses femmes ne sont pas devenues stériles bien qu'elles aient avorté volontairement plusieurs fois. Les confidences faites au gynécologue apprennent que certaines ont avorté plus de dix fois de suite, certaines quinze fois et même davantage. Or dans la majorité des cas, il s'agissait d'avortements curetés. [...] Les méfaits que l'on impute au curetage ne serait donc pas si

²⁵⁷⁷ Jean-Claude Morvan, *Morts subites et accidents neurologiques des avortements criminels*, thèse de médecine, Paris, 1966, f. 20.

²⁵⁷⁸ Jean-Claude Morvan, *thèse citée*, 1966, f. 24.

²⁵⁷⁹ Jean-Pierre Eyraud, *thèse citée*, 1975, f. 1-2.

²⁵⁸⁰ Georges Mestressat, *Réflexions sur des statistiques récentes d'avortement criminel*, Bordeaux, 1968, n°25, f. 21.

fréquemment en cause, puisque ces femmes, à leur grand déplaisir, sont redevenues enceintes »²⁵⁸¹. Mais le curetage peut créer de lésions, sources de stérilité future : « lésions d'origine mécanique, l'endomètre peut être atrophié par un curetage trop énergique ou trop poussé, il est détruit et ne peut donc se reconstituer ; lésions par irritation chimique des produits employés après le curetage ; lésions infectieuses »²⁵⁸². C'est pourquoi, le D^r Fribourg conclut sur ces recommandations : « Le curetage n'est donc pas un acte inoffensif. Il peut être à l'origine de certaines stérilités. Mais certaines précautions semblent pouvoir l'en garantir : le curetage devrait n'être confié qu'à des mains expertes ; [...] il devrait être accompagné par les antibiotiques ; il ne devrait pas être suivi de lavages irritants ; enfin, il devrait être précoce »²⁵⁸³. Dans un article de 1958, le D^r Le Lorier dénonce lui aussi les « dangers du curetage utérin »²⁵⁸⁴. Il alerte ses confrères sur les complications infectieuses de ces curetages : « On imagine que le curetage risque surtout d'être un facteur de dissémination infectieuse, s'il utilise une curette tranchante, si celle-ci est maniée sans douceur pour aboutir à une abrasion très appuyée »²⁵⁸⁵. Il évoque une autre conséquence possible : « la béance de l'isthme utérin », impliquée dans de nombreux avortements spontanés. Cette béance peut être « consécutive au curetage. Celui-ci peut avoir entraîné la lésion isthmique par l'action directe de la curette entaillant profondément le muscle utérin au voisinage de l'orifice externe. Cela suppose une curette tranchante, maniée véritablement sans précaution »²⁵⁸⁶. À la lecture de ces lignes, on espère que les femmes ainsi curetées l'ont été sous anesthésie. La dénonciation de ces pratiques reste cependant du domaine de la future fécondité des femmes, réduisant celles-ci à leur fonction maternelle. Le D^r Lagroua Weill-Hallé rappelle la responsabilité du législateur avec la loi de 1920 dont « l'application rigoureuse détermine quotidiennement des catastrophes dans le domaine de la santé publique [...] accidents graves dus aux avortements criminels, secondaires aux grossesses non désirées. Si les accidents mortels paraissent moins fréquents, grâce aux nouvelles médications, ils n'en déclenchent pas moins une stérilité souvent définitive, stérilité secondaire aussi déplorable pour la femme que pour l'avenir de la nation »²⁵⁸⁷.

Le risque de traumatisme psychologique est plus discuté. Se fondant sur le compte rendu du Congrès de Kiev en 1927²⁵⁸⁸, le D^r Paulette Courtois, opposante au droit à l'avortement n'hésite pas à citer parmi les conséquences

²⁵⁸¹ Arlette Fribourg, *Avortement et stérilité*, thèse de médecine, Paris, 1952, n° 668, f. 37.

²⁵⁸² Arlette fribourg, *thèse citée*, 1952, f. 34-36.

²⁵⁸³ Arlette Fribourg, *thèse citée*, 1952, f. 80.

²⁵⁸⁴ G. Le Lorier, « Les dangers du curetage utérin », *Maternité*, 1958, p. 219-223.

²⁵⁸⁵ G. Le Lorier, *article cité*, 1958, p. 220.

²⁵⁸⁶ G. Le Lorier, *article cité*, 1958, p. 222.

²⁵⁸⁷ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, « Du conflit entre la loi et la conscience professionnelle du médecin », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 430.

²⁵⁸⁸ L'URSS autorise en effet l'avortement « à la demande » depuis 1920.

des avortements un certain nombre de troubles mentaux, tels que « vieillissement précoce, affaiblissement de la mémoire, dépression, hystérie, frigidity »²⁵⁸⁹. Elle reprend, sans recul, les conclusions de ce congrès qui serviront de fondements à l'interdiction de l'avortement en URSS de 1936 à 1955. D'autres médecins signalent des « dyspareunies, frigidity, retentissement psychique »²⁵⁹⁰. En 1954, le D^r Duforeau évoque le cas d'une de ses malades, « une jeune femme de 19 ans (qui) fit une tentative de suicide et l'on vit évoluer chez elle un syndrome de dépression, avec idée de culpabilité et d'indignité qui persista longtemps. Il n'est pas rare de voir persister à la suite de manœuvres abortives la crainte de grossesse anormale et le refus de toute nouvelle maternité »²⁵⁹¹. Mais d'autres médecins s'élèvent contre ces lieux communs. En 1955, le D^r Maurice Jay fait paraître un article sur les conséquences psychiatriques de l'avortement en citant une étude suédoise. En effet, dans ce pays, l'avortement thérapeutique est à cette date légal sur indication psychiatrique à la différence de la France. Selon le médecin suédois cité par le D^r Jay : « Sur l'ensemble des femmes examinées par lui (479 avortements légaux), 65 %, sans aucune séquelle, se déclaraient parfaitement satisfaites de l'intervention ; 10 %, bien que satisfaites, en gardaient cependant un souvenir déplaisant ; 14 % dirent avoir éprouvé à un certain moment des remords légers ; 11 % souffrirent de remords intenses ou présentèrent dans les suites des signes de la série dépressive ; mais ces séquelles même furent le plus souvent bénignes : dans 1 % des cas seulement le travail dut à un moment quelconque être interrompu, et encore dans ces cas, d'autres éléments (tel le départ du mari ou l'alcoolisme) semblent avoir joué un rôle important dans l'apparition des troubles. Certaines de ces femmes cherchèrent dans une grossesse ultérieure une compensation et un apaisement à leurs remords. [...] Ni la situation sociale ou familiale, ni le niveau intellectuel ne semblent être des facteurs favorisants. De même l'absence d'enfants nés antérieurement à l'avortement ne semble pas non plus constituer un facteur décisif dans la statistique présentée, à l'inverse de ce qui est parfois écrit. [...] Le risque d'éprouver des remords est plus grand si la femme n'était pas entièrement résolue à accepter l'intervention mais gardait quelques hésitations. [...] Il est ainsi certain [...] que l'avortement entraîne assez souvent des sentiments de faute ou des remords chez les femmes qui y sont soumises, mais il est somme toute rare que ces séquelles soient assez importantes pour entamer la capacité de travail de l'individu, et pour être qualifiées de morbides »²⁵⁹². Cet article montre que les conséquences tragiques d'un avortement pour la santé mentale des femmes ne se vérifient pas systématiquement, en tout cas en Suède. Curieusement il ne relie pas cette absence de culpabilité et de traumatisme au fait que l'avortement y est autorisé, sous conditions. Même en France, le

²⁵⁸⁹ Paulette Courtois, *thèse citée*, 1947, f. 14.

²⁵⁹⁰ A. Lemoine, *article cité*, 1952, p. 480.

²⁵⁹¹ Albert Duforeau, *thèse citée*, 1954, f. 29.

²⁵⁹² Maurice Jay, « Les séquelles psychiatriques de l'avortement », *La Presse Médicale*, 9-11-1955, p. 1528.

D^r Lagroua Weill-Hallé constate que cette pratique illégale et condamnée par tous ne semble pas toujours poser de graves problèmes de conscience à ses patientes : « elles nous ont fait sentir que, pour elles, le problème n°1, le seul, est de supprimer une grossesse indésirable. Tout s'efface devant cet impératif absolu. Cette attitude des femmes nous a d'autant plus déroutés qu'au départ nous pensions que, pour la plupart d'entre elles, la fausse-couche provoquée causait un traumatisme psychologique très grave. [...] Chez les femmes mariées, sûres de leur mari et ayant satisfait leur désir de maternité, ce traumatisme psychologique n'a presque jamais paru exister, si ce n'est dans le sens du scrupule religieux. Des confrères psychiatres, à qui nous avons fait part de ces constatations, nous ont suggéré que le traumatisme existait mais qu'il était inapparent »²⁵⁹³. Malgré tout, le préjugé selon lequel l'avortement traumatise les femmes perdure. En 1974, dans un débat interne à l'Académie nationale de médecine, le P^r Guy Laroche affirme : « Le traumatisme moral est la conséquence la plus sérieuse de l'avortement pour la femme ; elle en reste parfois marquée pour toute la vie, et l'évolution de névroses parfois graves est loin d'être rare chez ces malheureuses »²⁵⁹⁴. Il ne fait en réalité que reprendre l'intervention précédente d'un neuropsychiatre, le P^r Henri Baruk, qui, dans une longue intervention, déclare : « Bien des femmes qui se sont fait avorter ont ensuite des regrets ou des remords. Certaines en veulent à leur mari quand ceux-ci les ont incitées à l'avortement et nous avons vu des cas où la femme a demandé le divorce pour ce motif. Nous avons vu, par ailleurs, une femme divorcée qui devait se remarier avec un homme qu'elle aimait devenir enceinte de cet homme et, ensuite, elle s'est fait avorter. Par ce geste, elle a perdu la confiance de son ami, qui a rompu le projet de mariage. Elle est alors tombée dans un état mélancolique avec dépression et remords polarisés sur cet avortement qu'elle avait fait faire en suivant l'atmosphère de son milieu, milieu polarisé sur le culte du désir individuel et de l'arbitraire, sur l'idée des droits sans devoirs »²⁵⁹⁵. Cette histoire édifiante, la « méchante » femme ayant finalement été punie, semble peu digne d'un débat dans ce type d'assemblée, d'autant que les partisans de l'avortement peuvent y opposer des contre-exemples tout aussi émouvants. On peut trouver ce genre de récits dans tous les magazines féminins de l'époque, qui ne sont certes pas du niveau de l'Académie nationale de médecine²⁵⁹⁶.

Ces remarques contradictoires montrent le déplacement du débat sur un autre plan que le domaine médical. Cette tendance s'exacerbe à partir de 1970

²⁵⁹³ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *article cité*, 1960, p. 327-328.

²⁵⁹⁴ Robert Merger, « Rapport de la commission chargée d'examiner l'interruption de grossesse, suivi d'une discussion générale », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 8-1-1974, p. 137.

²⁵⁹⁵ Robert Merger, *rapport cité*, p. 137.

²⁵⁹⁶ Il est à noter qu'une étude américaine parue en 1992²⁵⁹⁶ a considéré que le traumatisme psychologique attribué à l'avortement, légal ou non, était un « mythe », du point de vue des psychiatres, in Nada L. Stotland, « The myth of the abortion trauma syndrome », *JAMA*, 21 October 1992, vol. 268, n° 15, p. 2078-2079.

dans les publications médicales et démographiques. Chaque camp met alors en avant des arguments qui lui sont propres et relèvent de conceptions philosophiques et politiques incompatibles. Il ne s'agit plus d'un débat scientifique mais d'un affrontement entre deux conceptions de la vie et du droit des femmes.

C À partir de 1970, une violente polémique

Jusqu'en 1970, l'avortement clandestin est régulièrement dénoncé dans les sources selon un rituel sans grand enjeu. À partir de cette date et de la proposition de loi Peyret, se déclenche une véritable polémique en guise de débat national. Deux groupes se manifestent dans les sources : des notables catholiques intransigeants et politiquement à droite voire à l'extrême-droite face à une nouvelle génération de médecins partisans du droit à l'avortement, souvent situés à l'extrême-gauche. Il ne s'agit pas, dans le cadre de cette thèse, de reprendre tous les arguments développés par ces adversaires, seulement de voir dans quelle mesure ils utilisent les publications médicales et démographiques pour exprimer et justifier leurs positions sans dialogue possible.

Les médecins catholiques opposés au droit à l'avortement réagissent immédiatement et violemment à toute proposition ou projet de loi sur l'avortement à partir de 1970, devant la proposition de loi Peyret, et surtout à partir de 1972 et du procès de Bobigny²⁵⁹⁷. Après la défaite de la loi Neuwirth, ces catholiques intransigeants ne veulent pas d'une loi autorisant l'avortement sous quelques conditions que ce soit. Ils s'organisent en associations : le P^r Jérôme Lejeune fonde l'association Laissez-les-vivre en novembre 1970 et l'année suivante l'Association des médecins pour le respect de la vie est créée. Il veulent convaincre leurs confrères quitte à écrire avec brutalité car il faut noter la violence de ton de la plupart de leurs textes, unique dans ce type de sources.

Pour ces opposants, l'avortement est considéré comme un « crime contre inconnu. Cet embryon aurait pu devenir un autre Pasteur, un autre Einstein »²⁵⁹⁸. Cet argument n'est cependant pas systématiquement employé car il est facile à leurs adversaires de les contredire en remarquant que cet embryon aurait pu devenir un autre Hitler ou un autre Staline. Mais l'argument principal de ces médecins reste tout au long de la polémique le respect de la vie. Le 5 février 1973, *Le Nouvel Observateur*, fait paraître le *Manifeste des 330 médecins* qui reconnaissent avoir pratiqué des avortements mettant ainsi la justice devant le fait accompli. Le D^r Ernest Huant, qui vient de publier un

²⁵⁹⁷ Il s'agit du procès d'une jeune femme de 17 ans qui comparait devant le tribunal pour enfants de Bobigny le 11 octobre 1972 sous l'inculpation d'avortement. Elle est relaxée. Sa mère et la personne qui l'a aidé à avorter passent en procès le 8 novembre 1972. Celui-ci est l'occasion d'une grande mobilisation des partisans du droit à l'avortement.

²⁵⁹⁸ Paul Funck-Brentano, « Le médecin devant le triple problème de l'avortement », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 11.

ouvrage au titre explicite, *Non à l'avortement*²⁵⁹⁹, pourfend ce manifeste qui « ne se préoccupe d'aucun des arguments biologiques et sociologiques qui s'opposent catégoriquement à une légalisation de l'avortement. Il ne fait que reprendre le vieil argument de « la Garçonne » (déjà suranné vers 1925) : « Ton corps est à toi ». Ainsi faisant ils affectent de considérer le corps de l'enfant – qui est pourtant celui *d'un autre être humain, personnel et singulier* – comme un simple avatar physiologique, voire pathologique, du corps de la femme. *Pourquoi ces praticiens de l'avortement se sont-ils faits médecins*, puisqu'ils affectent de dédaigner l'impératif absolu du médecin qui est de respecter, de soigner et non pas tuer la Vie »²⁶⁰⁰.

L'avortement représente fondamentalement pour eux un crime contre une personne. Cette affirmation est reprise directement de la doctrine catholique de l'embryon puis du fœtus²⁶⁰¹ considéré comme une personne, un être humain doté d'une âme dès la conception. Cette représentation d'un être humain dès la fusion des deux cellules originelles relève d'une tradition ancienne qui amène les médecins catholiques à prôner le baptême des embryons et fœtus pour leur éviter un séjour éternel dans les limbes. En 1947, dans le *Bulletin de la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, le D^r Coste affirme la vivacité extraordinaire des fœtus et en conséquence l'obligation pour tout catholique de les baptiser car « ils peuvent rester vivants un certain temps après l'avortement. [...] On sait aujourd'hui que les fœtus se présentent souvent en état de mort apparente, et peuvent rester dans cet état pendant des heures et des jours entiers ». Il cite le D^r Debreyne : « Un embryon de 40 jours fut trouvé vivant après 24 heures, un de trois mois, qui paraissait mort au moment de l'avortement à 4 heures de l'après-midi, fut placé à une fenêtre à l'air froid et humide et fut retrouvé vivant le lendemain à une heure du matin ; un autre de deux mois fut trouvé vivant sur le pavé après deux heures ». Le D^r Coste en conclut que « le baptême du fœtus est un devoir » car il a une âme « dès la conception, dès la fusion des deux cellules génératrices ; c'est l'opinion de saint Basile, de saint Césaire, de saint Alphonse de Ligurie ; c'est la doctrine communément admise aujourd'hui. Tout embryon doit, en conséquence, être considéré comme capable de recevoir la vie surnaturelle par le baptême ; il doit donc être baptisé, si, pour une cause quelconque, il est expulsé du sein maternel, pourvu qu'il donne des signes de vie »²⁶⁰². Cette affirmation impressionnante, propre à servir d'argument fondamental contre l'avortement, n'est pas justifiée scientifiquement par son auteur. Le D^r Coste cite bien le

²⁵⁹⁹ Ernest Huant, *Non à l'avortement*, 1972, Paris, Tequi, 144 p. Notons que les éditions Tequi font partie d'une maison d'édition catholique qui se veut, toujours aujourd'hui, d'après son site internet, « au service de l'Église et de la Famille ».

²⁶⁰⁰ Ernest Huant, « À propos du manifeste des 330 médecins », *La Nouvelle Presse Médicale*, 17-2-1973, p. 534.

²⁶⁰¹ Les médecins parlent d'embryon jusqu'à la huitième semaine de grossesse, il s'agit ensuite d'un fœtus jusqu'à la naissance.

²⁶⁰² Coste, « La mort apparente », *Bulletin de la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, n° 3, mars 1947, p. 70-71.

D^r Pierre Debreyne mais celui-ci est un religieux, un moine trappiste ; surtout, c'est un médecin du XIX^e siècle, mort en 1867, et on peut douter des fondements scientifiques de ses assertions. Quant à l'opinion des différents saints cités dans l'article, elle relève de la même catégorie de sources indiscutables pour les croyants mais totalement en dehors du domaine scientifique même dans une revue médicale catholique.

Contre toute attente, ce type d'argument ne disparaît pas des revues médicales et démographiques postérieures. En 1971, Marcel Felgines, démographe nataliste, l'adapte aux découvertes scientifiques du moment: « Biologiquement il est incontestable que l'être à venir est en puissance dans l'embryon, que tous les caractères spécifiques et individuels de l'être nouveau, notamment le futur cerveau, sont matériellement présents dans cet organe de programmation que sont les acides nucléiques des gènes. D'aucuns considèrent que les étapes de ce développement ne se situent pas au même niveau d'où des degrés divers dans le respect qui est dû à cette vie en gestation. Mais, alors, quel tribunal aura à décider de la date limite jusqu'à laquelle l'embryon - c'est-à-dire l'enfant - sera en quelque sorte « passible de la peine de mort » ! [...] Rendre ce respect relatif, le faire dépendre d'appréciations admises par les uns, contestées par les autres, cela reviendrait, en quelque sorte à rendre chacun plus ou moins juge du droit à la vie de ses semblables. [...] Quand il s'agit de la faire respecter, il ne faut pas commencer par couper la vie en tranches, mais la considérer comme formant, de la conception à la mort, un tout indissociable »²⁶⁰³. Dans le même registre, paraît en novembre 1971 dans une revue médicale une lettre signée par le D^r Nicolas Jouravleff, généraliste exerçant dans le Loiret, elle s'intitule : « Réponse à l'appel des 343 femmes en faveur de l'avortement », allusion au texte paru le 5 avril 1971 dans le *Nouvel Observateur*. Le D^r Jouravleff est un opposant déclaré à l'avortement ; il a, en effet, rédigé sa thèse de médecine en 1947 à Paris sous le titre : *Quelques considérations sur l'avortement criminel : les moyens anticonceptionnels et le problème démographique en France*²⁶⁰⁴. Pour lui, l'avortement est « une mutilation ou une automutilation »²⁶⁰⁵. Vingt quatre ans après, le D^r Jouravleff est toujours aussi virulent cette fois contre l'appel des 343: « Un homme est un homme quel que soit son âge et son stade de développement. L'embryon au

²⁶⁰³ Marcel Felgines, « Les aspects moraux, sociaux et psychologiques de l'avortement », *Population et avenir*, 1971, n° 505, p. 539.

²⁶⁰⁴ Thèse de médecine, Paris, 1947, n° 34, 53f.

²⁶⁰⁵ Nicolas Jouravleff, *thèse citée*, 1947, f. 17 et 18. Il n'hésite pas à écrire : « Nous pensons qu'il y aurait lieu de considérer plus souvent qu'on ne le fait l'avortée et son conjoint comme des malades mentaux, à la limite de la déviation sexuelle, de la perversion ou de la psychasthénie²⁶⁰⁵. Si nous comparons par exemple l'avortement et l'homosexualité, nous pouvons noter de nombreux traits communs : tous deux représentent deux déviations très proches l'une de l'autre, l'homosexualité, perversion de l'instinct sexuel quant à son objet, l'avortement perversion de l'instinct sexuel quant à sa fin, perversion de l'instinct de reproduction »²⁶⁰⁵. Il est rare de trouver un texte aussi violent dans une thèse de médecine.

même titre que n'importe lequel de ceux ou de celles qui cherchent à le supprimer. [...] La réalité biologique reste une réalité biologique : un fœtus humain est un être humain, quelles que soient les raisons idéologiques que l'on donne pour ne pas lui reconnaître ce titre. Et la suppression d'un être humain, à quelque stade que ce soit de son développement, reste un meurtre. C'est ce que refusent d'admettre les partisans de l'avortement. [...] La libre disposition de votre corps, vous l'avez toujours eue, Mesdames. Mais ce que vous n'avez pas le droit d'avoir, c'est la libre disposition du corps et de la vie d'autrui. Que cet autrui soit, de par la nature des choses, intérieur ou extérieur à vous. [...] Cette connaissance scientifique nous apprend que l'être humain commence à la fécondation et que tout son avenir est déjà inscrit dans la complexité de ses structures moléculaires²⁶⁰⁶». Ce texte affirme le principe selon lequel l'embryon est un enfant à qui l'on doit protection. Dans son outrance, le D^r Jouravleff martèle ses mots : être humain, meurtre. Il s'adresse directement aux femmes ce qui renforce l'agressivité du texte. Pour frapper le lecteur, les opposants à l'avortement décrivent également avec force détails le « meurtre » des embryons. Le P^r Malinas répond, par exemple, en ces termes à une question sur la nouvelle technique de l'aspiration qui remplace peu à peu le curetage : « Pour ce qui est de l'évacuation de l'œuf vivant, la dilatation du col est nécessaire. [...] L'évacuation est souvent imparfaite. [...] Quant au fœtus, il est souvent dilacéré de telle sorte que les membres se détachent et que le tronc est plus ou moins correctement aspiré par lambeaux. La tête ne peut aussi aisément être réduite par la dépression et il arrive souvent que de petits os restent dans l'utérus »²⁶⁰⁷. Cette description cauchemardesque, qui peut concerner un avortement bien plus tardif que le délai légal envisagé par la future loi Veil, est bien un moyen pour combattre celle-ci quitte à truquer les références en restant discret sur l'âge réel du fœtus dont il est question. Cette technique de description spectaculaire et horrifiante rappelle celle de l'association Laissez-les-vivre qui l'accompagne en général de photos. Rappelons que le P^r Malinas fait partie du comité d'honneur de cette association depuis sa création en 1970 au moment de la proposition de loi Peyret. Autre exemple d'intervention violente au sujet de l'avortement : celle du P^r Cerbonnet, cancérologue en gynécologie, disciple d'Henri Mondor, en 1973. Il déclare : « Il faut insister vivement pour que la loi indique une date de viabilité fœtale. Lorsque l'interruption sera faite à 7 mois de grossesse, sera-t-il interdit au médecin de mettre l'enfant en couveuse ? Lui sera-t-il fait obligation de l'étrangler lorsqu'il sera viable ? »²⁶⁰⁸. Cette remarque volontairement provocante révèle les passions engendrées par la question de l'avortement, même chez d'honorables mandarins. Le ton peut être plus feutré. Le P^r Muller, un des militants de l'accouchement sans douleur en France, prend position contre toute libéralisation de l'avortement en 1974 : « Dès l'instant de la fusion entre

²⁶⁰⁶ Nicolas Jouravleff, « Réponse à l'appel des 343 femmes en faveur de l'avortement », *La Presse médicale*, 79, 20 novembre 1971, p. 2246-2248.

²⁶⁰⁷ Yves Malinas, « Techniques de l'aspiration », *Le Concours Médical*, 20-4-1974, p. 2569.

²⁶⁰⁸ In Bull. de l'Ordre National des médecins, octobre 1973, p. 384.

l'ovule et le spermatozoïde, une nouvelle vie existe, *un nouvel être est créé*. Il possède, dès les premières divisions cellulaires, son potentiel génétique propre et, par conséquent, son devenir est fixé dans les grandes lignes. [...] *Au 18^{ème} jour, le cœur de l'enfant est constitué déjà entièrement et bat indépendamment de celui de sa mère.* [...] Le contenu intra-utérin, le produit de conception, l'embryon, l'œuf, le fœtus c'est, pendant les trois premiers mois de la vie intra-utérine, *un être humain vivant. C'est un enfant prénatal.* [...] Si l'homme et la femme sont libres de leurs corps, ils n'ont pas, pour autant, le droit moral d'attenter à la vie d'autrui, donc à celle de l'enfant prénatal. Ce serait une solution simple, barbare, inacceptable »²⁶⁰⁹. Ces prises de position se situent tout à fait dans le registre de l'association Laissez-les-vivre, fondée en 1970.

Les opposants à l'avortement comparent régulièrement l'avortement aux pratiques nazies. La référence au nazisme, à sa politique d'euthanasie et d'eugénisme, est en effet une constante dans ces textes. Le D^r Jouravleff n'hésite pas: « Tuer cet être humain [...] c'est, du même coup, affirmer le droit de tuer tous les autres êtres humains qui ont besoin d'une tierce personne pour survivre : les incurables, les grabataires, les vieillards, les fous – et tant qu'on y est – la majeure partie des peuples sous-développés, le tiers-monde, qui ne pourraient pas survivre sans l'aide des pays surdéveloppés. [...] On peut légaliser le meurtre. Le meurtre collectif. C'est ce qu'a fait Hitler en cherchant à exterminer les juifs. Ou le meurtre individuel. C'est ce que font un grand nombre de pays où existe encore la peine de mort ou qui sont en guerre les uns contre les autres. C'est ce que feront demain d'autres pays en autorisant l'euthanasie. [...] Le meurtre du fœtus, c'est-à-dire l'avortement, est une faute beaucoup plus grave que l'euthanasie. Car l'avortement engage l'avenir de l'espèce humaine, alors que l'euthanasie ne fait que précipiter le passé ou soulager le présent. Que diraient les signataires de cet appel, si les conditions démographiques s'aggravant plus rapidement que prévu, on les conduisait systématiquement, à l'âge de 60 ou 65 ans, à la chambre à gaz ?²⁶¹⁰ ». À peine moins provocateur, le D^r Léger : « Il est peu à faire pour promouvoir encore l'*euthanasie*, qui n'est pas entrée dans nos mœurs, mais l'allègement et l'abréviation des souffrances d'un cancéreux ne constituent-ils pas un objectif des plus nobles et ne soulageront-ils pas les proches et éventuellement les héritiers ? [...] Le *géronticide* lui-même devra bientôt se discuter car, enfin, ce troisième âge est-il socialement utile ? [...] Toute discussion technique, morale ou juridique est superflue : il faut simplement choisir *entre la médecine qui soigne et celle qui tue*... L'avortement aujourd'hui... Demain l'infanticide, l'euthanasie et le géronticide. [...] Et pourquoi d'ailleurs ne pas réclamer le droit de supprimer un nouveau-né pour peu qu'il paraisse malformé ou d'un quotient intellectuel atténué... Voire même dans les cas où sa présence, sa vue, ses cris risqueraient de perturber l'équilibre psychique et la tranquillité de la mère – et je réclame aussi en faveur du père ! – donc dans les cas la présence de

²⁶⁰⁹ M. Muller, « Les modifications de la loi sur la répression de l'avortement », *Le Concours Médical*, 30-3-1974, p. 2115-2116.

²⁶¹⁰ Nicolas Jouravleff, *article cité*, 1971, p. 2246.

ce poupon troublerait la quiétude de ses parents, voire même des grands-parents »²⁶¹¹. En 1974, le D^r Rohmer envoie ce texte de soutien au président de l'Ordre des médecins, le D^r Lortat-Jacob : « Monsieur le Professeur, [...] J'ai dû suivre comme tous les médecins d'Alsace et du Luxembourg un stage de six semaines (en Allemagne) en 1941. L'État totalitaire, par la bouche de ses représentants Professeurs de Faculté nazis, nous fit savoir que nous devions supprimer les fous, ceux qui présentaient des tares ou des malformations congénitales, que nous ne devions pas prolonger la vie des vieillards (ceux qui ne pouvaient plus travailler), leur faire des radios, leur donner des médicaments coûteux. Si nous ne défendons pas la vie au début, selon quel principe défendrons-nous nos vieillards lorsque l'État nous demandera de les supprimer pour leur improductivité ? Demain le Régime politique peut changer et nous pouvons tomber sur les mêmes fous. Votre combat est le bon ». Une seconde lettre du même médecin encourage l'Ordre dans la voie choisie : « Monsieur le Président, [...] Je vous remercie d'être descendu dans l'arène pour ce combat, y risquant l'impopularité, afin de défendre l'individu contre d'éventuels errements d'un étatsisme matérialiste et la Médecine française contre toute collusion avec de telles erreurs. »²⁶¹². L'avortement serait ainsi la porte ouverte à la déshumanisation de la médecine et en particulier au « géronticide » des personnes âgées. L'évocation d'une telle menace se veut une mise en garde contre une première étape, illustrée par le droit à l'avortement, vers une médecine au service d'un État totalitaire. L'outrance de ces propos ne peut cependant que nuire à leur efficacité.

Les textes des opposants au droit à l'avortement se révèlent parfois particulièrement sexistes. Le D^r Jouravleff s'écrie en 1971 : « Aujourd'hui, Mesdames, vous demandez la suppression de vos fœtus, parce qu'ils vous gênent (quel dommage que vos mères ne l'aient pas fait avant vous, vous n'auriez pas eu ainsi, mes dames, la peine de vivre. Demain, pourquoi ne demanderiez-vous pas la suppression de vos maris, parce que, eux aussi, peuvent devenir gênants. Pourquoi divorcer – cela demande encore plus de temps que d'accoucher – alors qu'il est si facile de tuer ? Après-demain, pourquoi ne demanderiez-vous pas la suppression de vos vieux parents qui, eux aussi, sont souvent bien encombrants ? Et, enfin, pourquoi, Mesdames, ne demanderiez-vous pas la suppression de vos rivales, de toutes les filles qui sont plus jeunes, plus belles que vous ? Certes, c'est pousser jusqu'à l'absurde. Mais n'est-ce pas déjà absurde de réclamer le droit à l'avortement alors que vous avez déjà la pilule, l'homosexualité, et ces petits appareils d'origine nordique, tellement plus infatigables, plus commodes et plus que des maris ou des amants. Sauf coupure de courant électrique »²⁶¹³. Ce médecin veut visiblement rabaisser les femmes, jusqu'à les insulter sexuellement. Il est rare qu'un texte aussi

²⁶¹¹ Lucien Léger, « Une pente savonneuse : l'avortement aujourd'hui... », *La Nouvelle Presse Médicale*, 17-2-1973, p. 459.

²⁶¹² In Bull. de l'Ordre National des médecins, avril 1974, p. 138-139.

²⁶¹³ Nicolas Jouravleff, *article cité*, 1971, p. 2248.

violent et misogyne soit publié par une revue médicale. Ce n'est pas un hasard si c'est à propos de l'avortement. Cette violence verbale contre les femmes se retrouve dans la lettre adressée à la revue *Le Concours Médical*, le 5 juin 1971 par un spécialiste de l'enfance handicapée, le D^r Claude Kohler, de Lyon. Il écrit, réagissant lui aussi au manifeste des « 343 salopes » : « Eh bien, ils ont commencé – ou plutôt elles ont continué – Elles, c'est-à-dire plus de 300 dames de l'élite littéraire, artistique, théâtrale ou tout simplement parisienne. Plus de 300 à s'avouer, sans risque car il y a prescription, je pense, coupables de l'avoir « fait sauter » au moins une fois en cours de carrière. Heureusement pas de sépultures : plus de 300 petites tombes, cela ferait tout de même beaucoup. J'étais au Danemark il y a quelques années quand battait son plein la campagne que menaient les homosexuels pour avoir « pignon sur rue ». Je me propose de visiter bientôt le « sexe shop » que d'éclairés commerçants viennent d'ouvrir entre Rhône et Saône, pas loin de l'Hôtel de ville de Lyon. Liberté du sexe mais quel sexe ? Liberté de l'amour mais quel amour ? »²⁶¹⁴. La fureur de ces médecins devant les revendications des femmes, leur volonté de les insulter ressort d'un antiféminisme de base qui ne s'exprime dans les sources médicales qu'à propos de l'avortement.

Les opposants font valoir également un argument « national », à savoir les conséquences négatives sur la démographie française. Cet argument est récurrent depuis 1945, dans la droite ligne de l'idéologie de Vichy. Au sortir de la guerre, le D^r François Chassagnard évoque l'une des principales conséquences de l'avortement en France, ce « fléau » selon la rhétorique de l'époque, à savoir « la baisse inquiétante de la natalité française »²⁶¹⁵. Toujours en 1945, le D^r Pierre Guilloux relie l'importance des avortements avant-guerre à la catastrophe de 1940 : « Notre défaite de 1940 a été attribuée à notre faible natalité dont la principale cause est l'avortement. [...] Avoir des enfants pour les voir tuer à vingt ans... à la prochaine guerre... Non merci ! [...] Pour empêcher une mort problématique à vingt ans, une mort glorieuse et utile à la Nation, ces gens n'hésitent pas le cas échéant à assassiner froidement un enfant avant de naître et s'en félicitent... Il n'y a pourtant pas de quoi. Ils répugnent cependant à passer pour ce qu'ils sont : de dangereux égoïstes, voire de vulgaires criminels ; d'où cet essai de justification de leurs actes par des arguments qui n'en sont point. [...] Si l'avortement cesse de tuer des milliers de Français chaque année, la France peut aborder l'avenir avec la plus grande confiance, et quel que soit son gouvernement, reprendre parmi les nations d'Europe une des premières places »²⁶¹⁶. Il va ensuite plus loin, jusqu'aux confins de l'empire : « Impossible, faute d'hommes, d'exploiter notre territoire métropolitain ; comment dès lors empêcher l'emprise étrangère sur les richesses

²⁶¹⁴ Claude Kohler, « Que messieurs les assassins commencent », *Le Concours Médical*, 5-6-1971, p. 4259.

²⁶¹⁵ François Chassagnard, *Le respect du secret médical et la lutte contre l'avortement*, thèse de médecine, Paris, n° 433, f. 7.

²⁶¹⁶ Pierre Guilloux, *L'avortement est un crime*, thèse de médecine, Paris, 1945, f. 70-72.

incalculables de notre magnifique empire »²⁶¹⁷. De la lutte contre l'avortement, condition du rayonnement de la France dans le monde. En 1947, le D^r Paulette Courtois soutient une thèse, dont le titre, *L'avortement et ses conséquences. Des moyens propres à le combattre*²⁶¹⁸, ne laisse aucun doute sur ses positions. Dès l'introduction, elle se place dans une perspective démographique : « L'avortement criminel [...] Il faut y voir avant tout un phénomène social et le combattre comme une des causes essentielles de la dénatalité française ». Ses références sont démographiques : Alfred Sauvy (*Bien-être et population*) et Fernand Boverat (*La résurrection par la natalité*), deux militants natalistes. Elle cite Alfred Sauvy : « La lutte contre l'avortement est le procédé le plus efficace, le plus rapide, le moins onéreux pour agir sur la natalité. [...] Il ne s'agit pas évidemment de reprendre l'expérience spectaculaire qui, dans ce domaine, marqua l'entrée des nazis, à Vienne, où, après 18 mois, les autorités se vantaient d'avoir obtenu une augmentation de 50 % du nombre des naissances uniquement grâce à une répression brutale de l'avortement »²⁶¹⁹. Le D^r Courtois déplore, dans sa conclusion, le fait que « l'abaissement progressif de la population française met en péril la vie du pays. Le nombre de naissances doit augmenter de 100 000 par an. Or, le nombre des avortements est estimé aujourd'hui à environ 400 000. La lutte contre l'avortement peut donc aisément donner à la France les 100 000 naissances dont elle a besoin »²⁶²⁰. Le D^r Monsaingeon n'hésite pas à écrire en 1947 que « l'avortement apparaît de plus en plus comme un fait de civilisation. Il est l'expression d'un certain « équilibre de vie » assez général pour peser lourdement sur les destinées d'une nation et peut-être de la race blanche toute entière. [...] Il est inutile de parler de force et de grandeur françaises si le sentiment de la vie est diminué dans la conscience des familles, des hommes politiques, des économistes, des magistrats ou des médecins »²⁶²¹. Ces arguments de type vichyste sur la grandeur perdue de la France à cause des centaines de milliers d'avortements effectués chaque année se font plus rares au début des années cinquante, y compris les allusions à la nécessité de défendre la « race blanche ». Ce registre nataliste est trop lié à Vichy et inutile dans une société qui connaît un accroissement considérable et inespéré, de la natalité avec le baby-boom.

A partir de 1970, quand le débat rebondit, l'argument nataliste est de nouveau employé d'autant que le baby-boom est terminé depuis 1964. En 1975, Alfred Sauvy, dans une intervention devant l'Académie nationale de médecine, reprend cette argumentation : « la natalité est certes le résultat de décisions individuelles, mais dépend surtout d'un état d'esprit collectif ». Il en donne

²⁶¹⁷ Pierre Guilloux, *thèse citée*, 1945, f. 73.

²⁶¹⁸ Paulette Courtois, *L'avortement et ses conséquences. Des moyens propre à la combattre*, thèse de médecine, Paris, 1947, n° 561.

²⁶¹⁹ Paulette Courtois, *thèse citée*, 1947, f. 2 et 3.

²⁶²⁰ Paulette Courtois, *thèse citée*, 1947, f. 46.

²⁶²¹ André Monsaingeon, « L'avortement en pratique hospitalière », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n°1, 7 janvier 1947, p. 7.

pour preuve l'exemple néfaste à ses yeux des législations étrangères : « La libéralisation de l'avortement dans d'autres pays (Angleterre, États-Unis, etc.) a contribué à la baisse de la natalité en France, toujours par création d'un état d'esprit collectif. Ces législations autorisant un acte, qui a longtemps été tenu pour criminel, ont contribué à réduire l'importance de l'enfant, même dans les pays où elles ne s'exercent pas. [...] La libéralisation de l'avortement en France n'a pas encore pu exercer d'effet direct sur la natalité. Il n'est pas impossible qu'elle n'ait pas, à l'avenir, d'effet direct notable, autrement dit que les avortements légaux ne fassent que remplacer des avortements clandestins ou des mesures contraceptives, mais, de toute façon, cette loi exercera un effet indirect dépressif, comme l'ont fait toutes les législations étrangères »²⁶²². Selon Alfred Sauvy, toute loi autorisant l'avortement a un effet direct ou indirect sur le recul de la natalité même si la fin du baby-boom en 1964 ne correspond à aucun changement de loi sur la contraception ou l'avortement, même si la loi répressive de 1920 n'a pas empêché la chute de la natalité française entre les deux guerres. À cette date, le discours d'Alfred Sauvy, démographe français « officiel » semble relever de son opinion personnelle et ne fait pas l'unanimité parmi les démographes. Ainsi Roland Pressat critique ce type de raisonnement et signale que « ceux qui s'opposent à une libéralisation de la loi française arrêtent leur attitude en partie pour des motifs démographiques ; selon eux, rendre l'avortement plus facile et surtout « libre et gratuit » serait provoquer l'effondrement de la natalité française » Ces opposants à toute libéralisation prennent comme exemple la Roumanie où, en novembre 1966, on est passé d'une loi très libérale avec un avortement « à la demande » à une loi très restrictive, ce qui s'est traduit par une hausse spectaculaire de la natalité²⁶²³. Quant à la France, « il paraît normal de supposer qu'une fois la législation changée, la quasi-totalité de ces avortements sera pratiquée dans le cadre légal. Mais ce transfert d'appellation est sans effet démographique »²⁶²⁴. À la question, « Une pratique étendue de l'avortement légal fera-t-elle baisser la natalité ? », Roland Pressat répond donc : « Si les avortements qu'une loi peut permettre ont lieu néanmoins en l'absence d'une telle loi mais alors de façon clandestine, l'effet sur la natalité, ou plus précisément sur la fécondité, d'un changement de législation est nul. [...] Un mouvement de baisse (de la fécondité) a atteint la plupart des pays occidentaux, que l'avortement y soit légal ou pas. [...] Un effondrement de la natalité ayant comme cause unique l'extension des indications légales est peu probable, alors qu'un tel effondrement peut s'observer avec une législation rigoureuse, ainsi actuellement en Allemagne de l'Ouest »²⁶²⁵. En 1974, le D^r Peyret, dans un ouvrage justifiant son action en faveur d'une loi plus libérale sur l'avortement, remarque, dans le même registre : « La France reste dans le peloton de tête de

²⁶²² Alfred Sauvy, *article cité*, 1975, p. 509-510.

²⁶²³ Roland Pressat, *article cité*, 1973, p. 491.

²⁶²⁴ Roland Pressat, *article cité*, 1973, p. 492-493.

²⁶²⁵ Roland Pressat, « L'avortement. Questions et réponses », *Le Concours Médical*, 30-3-1974, p. 2112.

l'Europe de l'Ouest avec 16,9 nouveaux nés pour mille habitants (contre 17,1 l'année précédente). Les naissances, en cette même année 1972, l'ont emporté de 320 000 sur les décès, alors qu'en Allemagne Fédérale il y a plus de morts que de naissances »²⁶²⁶. Il conclut « Je renvoie dos à dos ceux qui veulent « utiliser » les femmes pour augmenter, sans tenir compte de ce qu'elles pensent, une population nationale comme si elles n'étaient que des réceptacles, et ceux qui les culpabilisent au nom du risque de surpopulation mondiale quand elles souhaitent avoir des enfants ! »²⁶²⁷. L'argument nataliste ne joue effectivement plus un rôle important dans les années 1970 malgré les tentatives d'Alfred Sauvy pour le valoriser. D'autant que l'avortement légal est censé remplacer l'avortement clandestin et que la contraception est légale.

Ces médecins se font un devoir d'empêcher les femmes d'avorter quitte à les manipuler, usant ainsi de leur pouvoir d'hommes de science. Ils ne décrivent certes pas leurs manœuvres dans les sources mais elles sont évoquées par le P^r Louis Portes dans son ouvrage de référence, *À la recherche d'une éthique médicale*. Il écrit: « Nous ne pouvons pas toujours affirmer cliniquement la grossesse à son début, mais nous pouvons profiter de ces incertitudes pour ne pas être trop affirmatifs sur l'existence de la gestation quand nous avons quelque raison de penser que l'intéressée songe à se faire avorter. En cette matière, il est utile de gagner du temps, car les femmes, bien décidées d'abord à l'avortement, changent souvent d'avis au bout de quelques semaines, soit parce qu'elles ont trouvé une solution légitime aux difficultés matérielles qu'elles redoutaient, soit parce qu'elles sont simplement sorties de la période d'affolement ou d'accablement où la grossesse les plongeait. Mais les intéressées n'acceptent pas longtemps nos absences de diagnostic et le problème se pose de savoir si nous pouvons délibérément mentir en leur affirmant qu'elles ne sont pas enceintes quand nous savons pertinemment qu'elles le sont. Cette façon d'agir qui a été soutenue par des praticiens éminents qui voyaient là le moyen d'éviter l'avortement en retardant le diagnostic de la grossesse jusqu'au moment où elle est devenue évidente et où l'avortement devient pratiquement impossible parce que trop dangereux, n'est aucunement satisfaisante ; si les médecins en effet ont le droit et même le devoir de « doré » parfois la vérité, ils n'ont pas celui de mentir sciemment, même dans le but d'éviter un avortement éventuel parce que « la fin ne justifie pas les moyens ». Ils ne doivent pas non plus compromettre la dignité de leur art en paraissant commettre des erreurs de diagnostic qui seront fatalement controuvées quelques mois plus tard »²⁶²⁸. Parfois le médecin peut directement abuser sa patiente dans sa volonté d'éviter un éventuel avortement : « Il est une erreur qu'il ne faut pas commettre ; c'est celle de paraître accepter leurs propositions, quitte à les tromper, soit en leur administrant de faux abortifs, soit en paraissant se livrer à des manœuvres qu'on sait inefficaces. Cette façon

²⁶²⁶ Claude Peyret, *op. cité*, 1974, p. 137.

²⁶²⁷ Claude Peyret, *op. cité*, 1974, p. 143.

²⁶²⁸ Louis Portes, *op. cité*, 1954, p. 61.

d'agir dont j'ai constaté de multiples exemples [...] est d'une part indigne de notre Profession, dont elle compromet le prestige, et d'autre part, singulièrement dangereuse. Il arrive en effet qu'à la suite de l'administration du remède le plus anodin ou qu'après le geste le plus insignifiant, un avortement spontané se produise. Dès lors, la femme elle-même croit qu'elle a été effectivement avortée ; elle en fait part à tous ses confidents et éventuellement à la police ou à la Justice, et le médecin devient alors, aux yeux de tous, pour toujours, un avorteur dont personne ne conteste plus l'habileté. [...] La seule solution raisonnable chez ces femmes qui « paraissent » a priori résolues à se faire avorter est de les convaincre qu'elles ont tort »²⁶²⁹. S'il dénonce ces pratiques, Louis Portes ne renonce pas à détourner les femmes d'un éventuel avortement : « Nous pouvons dissuader quelques femmes de se faire avorter par des « arguments sentimentaux ». Certaines, en effet, qui admettent la légitimité de l'avortement quand il est provoqué très précocement et qu'il ne leur apparaît que comme un moyen de « faire revenir leurs règles », se rendent à nos raisons quand nous leur faisons comprendre qu'en dépit des apparences anodines de leur geste, il s'agit là pourtant d'un véritable « meurtre ». Ce sont les mêmes qui après avoir longtemps hésité, abandonnent toute idée funeste dès l'instant où elles perçoivent les mouvements du fœtus et qu'elles sentent de ce fait s'éveiller en elles l'instinct maternel ; tout le problème est donc chez elles de gagner du temps. [...] Beaucoup plus de femmes qu'on le croit sont accessibles aux arguments religieux. Il est étonnant à cet égard de voir combien la plupart d'entre elles ignorent les principes réels de la religion qu'elles pratiquent ; il suffit parfois de les leur rappeler pour les convaincre »²⁶³⁰. Il s'agit donc, dans l'esprit de l'auteur, de faire preuve de pédagogie et de convaincre les femmes de renoncer à l'avortement. En réalité, il s'agit tout simplement de faire pression sur elles. En 1974, le P^r Hervet, dans un article intitulé « Prophylaxie de l'avortement », juge ce type de pression légitime : « Cette action préventive doit également s'exercer sur une femme enceinte qui désire avorter. [...] En fait les motifs qui poussent à avorter sont des motifs sociaux. C'est l'étude de ces motifs qui demande le plus de temps, d'attention et de psychologie. [...] Une célibataire, socialement et moralement accablée par sa grossesse, a-t-elle pensé au secours d'un service social intelligent et aux possibilités de l'abandon ? L'expérience montre qu'il est possible d'éviter nombre d'avortements que les intéressées avaient réclamés par manque d'information »²⁶³¹. Il préconise donc une politique de dissuasion, qu'il fait appliquer dans son service de gynécologie de l'hôpital de la Pitié qui reçoit, à cette date, des demandes d'avortements thérapeutiques. Les manœuvres de ce type semblent fréquentes et effectuées en toute bonne conscience par des médecins au nom de la lutte contre l'avortement. L'avis et la volonté des

²⁶²⁹ Louis Portes, *op. cité*, 1954, p. 64-65.

²⁶³⁰ Louis Portes, *op. cité*, 1954, p. 69-70. Cette remarque dénote, semble-t-il, une certaine naïveté affichée par le célèbre professeur...

²⁶³¹ Émile Hervet, « Prophylaxie de l'avortement », *La Revue du Praticien*, 1974, t. XXIV, 24, 9, p. 753-754.

femmes ne semble pas réellement compter pour ces éminents professeurs. Cette attitude est dénoncée après 1968 par une nouvelle génération de médecins, quand ils s'en prennent aux « mandarins » sûrs de leur pouvoir.

Malgré toutes les raisons qui justifient leur lutte contre l'avortement, les médecins catholiques ne sont pas exempts de remords. Le D^r Guionnet, par exemple, écrit en 1973 : « Pour avoir constamment suivi jusqu'au crépuscule de ma carrière la règle morale personnelle qui se trouve être aussi officielle et chrétienne, je n'en suis pas plus fier. [...] J'ai désolé une famille en lui imposant un quatrième infirme, j'ai perdu la confiance de quelques autres en les laissant à leurs problèmes ; mes beaux discours concernant les joies de la maternité, la satisfaction que donne la croissance d'une jeune enfant qu'on présente à la vie, tout ceci ne trouvait que rarement écho, car il n'est pire sourd qui ne veut pas entendre. Puis c'est le miracle des grossesses indiscutables disparaissant : quelques-unes sans traces, d'autres avec des blessures, d'autres encore avec des drames. Le problème est ailleurs, c'est une affaire qui concerne l'intimité de la personne et sa conscience »²⁶³². Ce constat tardif, à la fin d'une carrière de médecin reflète la situation des praticiens, catholiques ou non, face à l'avortement. Ils gardent pour la plupart les mains propres, au nom d'une morale religieuse et/ou professionnelle. Ils n'en retirent pas moins un sentiment d'échec. Cette prise de conscience peut indiquer une évolution dans les années 1970 : ce médecin aurait-il écrit la même lettre en 1960 ? Une telle évolution semble toucher tout le corps médical, sauf exception, suivant en cela l'évolution de la société presque unanime et aboutissant ainsi au vote de la loi Veil.

En face, les partisans du droit à l'avortement soutiennent les revendications des femmes relayées par les féministes et inaugurent de nouvelles formes d'action. Ces médecins se situent à gauche, voire à l'extrême-gauche de l'échiquier politique. Le parti communiste, en particulier, est chronologiquement le premier à avoir proposé une loi autorisant l'avortement²⁶³³. Mais les sources ne citent pas d'actions ni d'études menées spécifiquement par les médecins communistes. Par contre, les médecins d'extrême-gauche occupent le champs des revendications à partir de 1972-1973 avec l'application de la méthode Karman et la création du MLAC. Les groupes féministes de la « deuxième vague » agissent également à l'intérieur et à

²⁶³² J. Guionnet, « Lettre », *Le Concours Médical*, 14-4-1973, p. 2829.

²⁶³³ Le PCF propose dès 1933 une loi légalisant l'avortement en France. Il dépose une nouvelle proposition de loi pour élargir l'avortement thérapeutique aux femmes seules en situation difficile et aux mères de trois enfants ayant des problèmes de santé, le 25 mai 1956. Il dépose régulièrement des propositions de loi en faveur d'une loi autorisant l'avortement, en 1970, 1972 et 1973 (deux propositions). Les propositions de loi du PCF veulent l'abrogation de la législation répressive et l'autorisation de l'avortement dans les cas où la vie de la mère est en danger (ce que permet déjà la législation sur l'avortement thérapeutique), quand il y a risques notables de malformation fœtale ou d'anomalie congénitale, quand la grossesse est consécutive à un acte criminel ou de violence, quand la santé physique ou mentale de la femme est mise en danger, enfin quand la grossesse pose un problème social grave sans solution immédiate pour la mère ou la famille.

l'extérieur des structures militantes traditionnelles mais ne sont pas visibles en tant que tels dans les sources.

Les partisans du droit à l'avortement participent donc à la polémique nationale sur la future loi. Ils justifient leurs revendications en mettant l'accent sur l'échec et les injustices de la loi ainsi que sur les droits des femmes. En 1970, le D^r Marcel constate comme la plupart de ses confrères l'échec de la loi de 1920 dans la répression de l'avortement : cette loi « promulguée au lendemain de la formidable saignée que nous venions de subir et aggravée, de surcroît, en 1942 à la suite d'un autre désastre, - malgré ses menaces, ses rigueurs, son application parfois impitoyable, souvent même injuste, était incapable de combattre cette maladie pandémique, ce mal inéluctable, cet acte, sans doute illicite, mais qui paraît d'autant plus « excusable » que, curieusement, ni la Famille, ni l'Opinion ne le réprouvent²⁶³⁴ ». Il pose ainsi le constat du divorce entre les pratiques et l'opinion des Français d'un côté et cette loi de 1920 de l'autre, inapplicable et donc inappliquée. Le PCF dénonce de son côté les injustices créées par la loi. Dans un rapport adressé aux membres du Bureau Politique, Madeleine Vincent, dirigeante communiste, écrit le 5 mai 1971 : « Les chiffres donnent de 300 000 à 800 000 avortements par an. La loi actuelle [...] est injuste, hypocrite et inefficace. [...] Elle est l'expression, dans ce domaine, de l'inégalité sociale qui caractérise le régime capitaliste. En effet, toute femme disposant de moyens financiers peut avorter dans des pays voisins et même en France dans des conditions de sécurité maximum et à l'abri de la répression. Ce sont les femmes de condition modeste (bien souvent amenées à cette solution pour des raisons économiques) qui s'exposent aux plus graves dangers physiques et psychiques et encourent les plus lourdes pénalités ainsi que le prouvent les statistiques »²⁶³⁵. Déjà, lors du colloque de Royaumont en 1963, le P^r Geisendorf, médecin à Genève, avait indiqué que le nombre de femmes étrangères avortant en Suisse dépassait 10 000 par an, 90 % d'entre elles étant françaises²⁶³⁶.

La situation au Royaume-Uni, où se rendent également des milliers de femmes françaises pour avorter, sert de contre exemple. Selon le témoignage de Madame A., citoyenne britannique, qui a pu avorter légalement en Angleterre : « Rapidité, facilité, contacts humains avec le médecin et l'équipe soignante [...] La possibilité de parler de son avortement autour d'elle [...] L'absence de culpabilité »²⁶³⁷. Peut-être ce tableau semble-t-il trop idyllique. Mais le D^r Maritan conclut : « Il nous est apparu une inégalité flagrante dans les possibilités de réalisation de l'avortement volontaire, ce dernier étant en particulier facilement réalisable à l'étranger et par les couches sociales favorisées pécuniairement ». Effectivement, les cliniques britanniques accueillent des milliers de femmes françaises qui veulent un avortement. À

²⁶³⁴ J. E. Marcel, *article cité*, 1970, p. 236-237.

²⁶³⁵ Madeleine Vincent, « Rapport sur le problème de l'avortement », 5 mai 1971, p. 1.

²⁶³⁶ Cité par Anne-Marie Dourlen-Rollier, *opus cité*, 1965, p. 107-108.

²⁶³⁷ Monique Maritan, *thèse citée*, 1971, f. 21.

partir de 1968, la loi britannique autorise en effet l'avortement sous certaines conditions : pour préserver la vie et la santé physique ou mentale de la mère, en cas de risque sérieux d'anomalies physiques ou mentales du fœtus, après l'avis d'une commission composée de deux médecins qui doivent prendre en considération le contexte dans lequel vit la future mère. En 1970, sur 86 363 avortements, 10 603 ont concerné des étrangères parmi lesquelles 2 267 Françaises. Cette minorité de femmes françaises, qui peut accéder à un avortement médical dont le coût n'est pris en charge par aucune Sécurité Sociale, est bien évidemment favorisée²⁶³⁸. Dans le domaine judiciaire aussi les risques de sanctions ne sont pas partagés à égalité par toutes les femmes. Le D^r Mestressat remarque en 1968 que « toutes les catégories sociales et toutes les professions ont leurs avortées mais il est rarement connu d'avortement criminel parmi les femmes ayant une situation sociale élevée. [...] Si les cadres et les femmes ayant un niveau de vie élevé représentent un faible pourcentage, c'est parce que l'on peut avancer l'hypothèse que dans ce milieu les femmes ont moins souvent le besoin de recourir à la pratique de l'avortement, ayant des facilités pour se procurer des produits ou des instruments anticonceptionnels. Et dans le « cas où... », certaines « privilégiées » peuvent se rendre dans des pays étrangers ou ville étrangère. Le coût de l'intervention, auquel s'ajoutent les frais de séjour et de voyage en interdit cette solution aux classes moins favorisées. Il est également admis que ces personnes moyennant des sommes très importantes, se font avorter en milieu médical »²⁶³⁹. Les partisans du droit à l'avortement s'élèvent contre la situation faite aux femmes au nom de l'égalité, principe bafoué à cause de la loi de 1920.

Ces médecins réclament également le droit pour les femmes de disposer librement de leur corps au nom cette fois du principe de liberté. Ce droit est d'ailleurs appliqué par les femmes elles-mêmes au travers des pratiques d'avortement. Cette volonté d'être libre de disposer de son corps est une des revendications majeures des féministes. Elle n'est cependant pas nouvelle malgré l'influence de mai 68. Dès 1946, le D^r Péquignot écrivait : « Nous le croyons – l'avortement actuel, contemporain, est la forme moderne d'une très vieille tendance que nous ne savons comment désigner. Maîtrise de la procréation ? Droit ou liberté de procréer ? Tous les mots sont mauvais, parce que, malgré les apparences, cette tendance a rarement pris conscience d'elle-même d'une façon parfaitement claire. [...] On peut dire que dès la société primitive, l'homme et la Société se réservent le droit d'accepter ou de refuser ce cadeau de la nature ou des dieux qu'est l'enfant. Nos sociétés se sont individualisées, et la femme s'est émancipée. Aussi est-ce maintenant la femme qui décide, et non le destin ou le père. Nos sociétés ont perfectionné leur science physiologique et raffiné leur sensibilité, aussi l'avortement prend-il le pas sur l'infanticide. [...] Une femme ne garde son enfant que lorsqu'elle a

²⁶³⁸ Monique Maritan, *thèse citée*, 1971, f. 28.

²⁶³⁹ Georges Mestressat, *Réflexions sur les statistiques récentes d'avortement criminel*, thèse de médecine, Bordeaux, 1968, n° 25, f. 17-18.

bien voulu l'avoir »²⁶⁴⁰. Le D^r Péquignot reste prudent, précisant « n'engager que moi-même » et qu'on n'est « pas obligé de me prendre au sérieux »²⁶⁴¹. Il est cependant un des rares médecins à mettre le phénomène de l'avortement dans une perspective historique sans références morales ni religieuses. Il est l'un des seuls à faire allusion à ce qui s'appellera dans les années soixante-dix la « libération de la femme », sans avoir les mots pour la nommer, et qui se révèle être une tendance de fond de l'histoire des femmes. En 1968, le D^r Mestressat cite en effet comme première « motivation pour avorter » le fait que « la femme qui se trouve enceinte peut parfois prétendre à l'avortement au nom d'une liberté nouvelle. C'est le cas d'une minorité intellectualisée, qui cherche à affirmer de façon concrète son indépendance et sa liberté ; cette liberté de procréer quand elle le désire, puisque la fonction de reproduire ne doit plus être, pour elles, une servitude naturelle, amène certaines femmes à avorter au nom de principes nouveaux. [...] Ce problème est aggravé par des structures sociales qui sont peut-être mal adaptées, en face d'une mentalité nouvelle, en face d'une « révolution sexuelle » que les sociologues ont longuement décrite, et dont l'une des conséquences est de faire du nombre l'ennemi de la famille »²⁶⁴². L'analyse du PCF est plus marquée politiquement mais revient au même : « La plupart des avortements clandestins n'expriment pas de la part du couple ou de la femme le « refus » de l'enfant, mais l'impossibilité concrète (matérielle ou morale, matérielle et morale) de l'accueillir. Le système actuel, dominé par les grandes féodalités industrielles et financières, applique une politique antisociale au détriment de la grande masse des travailleurs. Il fait obstacle par sa nature même à tout nouveau droit permettant à l'homme et à la femme de mieux maîtriser son destin »²⁶⁴³. Ce discours, un peu « langue de bois », tranche sur les analyses habituelles et reprend le concept de libération à travers les termes « mieux maîtriser son destin », associant la femme et l'homme.

Les médecins partisans du droit à l'avortement restent, dans un premier temps, dans le cadre légal ou à la limite de la légalité. Ils recourent par exemple aux témoignages des femmes, une pratique déjà employée dans les années soixante pour revendiquer le droit à la contraception. Ils arrivent ainsi à faire sortir l'avortement de la clandestinité et du secret pour alimenter un débat public. Ainsi, en 1971, une thèse de médecine, soutenue à Lyon, retranscrit trois témoignages sur les avortements clandestins. Mademoiselle X., célibataire, fait état de deux avortements, le premier survenu à 17 ans et effectué au Danemark, le second effectué en France : « Solitude : impossibilité de se confier à ses parents et à ses camarades par peur d'être dénoncée, à son partenaire qui ne fait que fournir une partie de l'argent. Elle n'a pas voulu s'adresser à des médecins, étant sûre de leur refus, mais à une infirmière auprès

²⁶⁴⁰ Henri Péquignot, *article cité*, 1946, p. 179-180.

²⁶⁴¹ Henri Péquignot, *article cité*, 1946, p. 178.

²⁶⁴² Georges Mestressat, *thèse citée*, 1968, f. 18 et 34.

²⁶⁴³ PCF, *opus cité*, 1974, p. 22.

de qui, elle dit, avoir trouvé beaucoup de compréhension. Cette infirmière lui a placé une sonde pour 400 frs, un médecin pour 600 frs lui a fait un curetage à froid (?). L'attitude de ce médecin est vécue comme rejetante et froidement technique alors qu'elle en attendait autre chose. « J'avais l'impression qu'il faisait cela pour empocher ses 600 francs »²⁶⁴⁴. Autre témoignage, celui de Mademoiselle Y. : « Etudiante lors de son avortement, elle nous relatara les conditions dramatiques de ce dernier. Là encore nous ont frappé : son refus de la réalité de la grossesse : « on croit toujours que non » ; sa solitude psychologique lors de la décision d'avortement : « on se ferme à tout le reste, on ne pense qu'à ça » et matérielle au moment même de l'avortement : elle avorte seule dans un WC ; son angoisse tout au long de cet avortement se matérialisant par [...] une dépression après de premières manœuvres infructueuses, une crainte d'enfant anormal, au cas où l'avortement ne se ferait pas, du fait des tentatives abortives. Là encore c'est un médecin qui l'avortera, mais sans lui demander d'argent. »²⁶⁴⁵. Un homme témoigne également, à la demande de sa femme : 49 ans, catholique pratiquant, déjà père de 5 enfants. « Sa femme et lui n'avaient pas utilisé de moyens contraceptifs pendant plusieurs années sur le refus de sa femme. La grossesse interrompue est survenue 8 ans après la dernière naissance alors qu'ils se trouvaient tous les deux trop âgés pour élever un autre enfant. [...] « Ma femme était prête à faire n'importe quoi et j'avais peur, surtout quand elle était seule ; j'avais peur qu'elle fasse des bêtises et qu'elle utilise des moyens dangereux comme l'eau savonneuse etc. » [...] Il a trouvé par l'intermédiaire de sa belle-mère un médecin complaisant qui, pour 600 frs, a pratiqué l'avortement et a pris très soigneusement sa femme en charge. Sur le plan psychologique, sa femme s'est sentie immédiatement soulagée, tandis que lui fait encore état d'une culpabilité importante liée en apparence à des problèmes religieux uniquement, mais, également, de manière importante, à l'illégalité de l'acte qu'il a dû effectuer. Il a également souffert de sa solitude. Le couple a ensuite utilisé un moyen contraceptif dont il s'accommode bien, actuellement. »²⁶⁴⁶. Présenter de tels témoignages dans une thèse de médecine est courageux. Le médecin s'efface ici devant la parole des femmes, et des hommes, à propos d'un acte condamné par la loi. Cette façon de faire veut susciter l'empathie du lecteur ou de la lectrice loin des caricatures des femmes qui avortent sans problèmes, des « récidivistes ». Il s'agit d'une démarche humaniste destinée à nous faire ressentir le drame de ces femmes, sans jugement moral. Ces témoignages sont nombreux dans la presse, en particulier féminine, de l'époque et constituent un puissant moyen de populariser la revendication d'un droit à l'avortement. Certes, ce type de texte n'a que peu de lecteurs et le D^r Maritan use d'un procédé devenu courant mais ces témoignages sont rapportés dans une thèse de médecine donc fondés par la rigueur scientifique exigée.

²⁶⁴⁴ Monique Maritan, *thèse citée*, 1971, f. 17.

²⁶⁴⁵ Monique Maritan, *thèse citée*, 1971, f. 19.

²⁶⁴⁶ Monique Maritan, *thèse citée*, 1971, f. 22.

L'aspect humaniste de la revendication du droit à l'avortement transparait également dans l'action de quelques médecins qui pratiquent des avortements avant le vote de la loi. Ces médecins agissent au nom du devoir d'humanité en se démarquant des avorteurs traditionnels. Ils ne se réclament en général d'aucun mouvement militant et sont peu visibles dans les sources. Mais ils sont parfois publiquement critiqués, par exemple dans un article du P^r Hervet en 1974 : ces médecins ou chirurgiens pratiquent des avortements « pour des raisons variées non médicales, mais plus particulièrement médico-légales d'autoprotection et lucratives, assortissent l'avortement d'une cœlioscopie ou d'une laparotomie, augmentant d'autant les risques, pour masquer le but réel de leur action »²⁶⁴⁷. Cette remarque sous-entend que des médecins avortent des femmes dans des hôpitaux ou des cliniques en faisant passer cet acte sous une autre rubrique et en l'accompagnant d'examen censés le justifier aux yeux de l'administration et de la Sécurité sociale. Cette pratique existait depuis toujours, elle semble se répandre dans les années qui précèdent la loi Veil profitant peut-être du fait que la justice ne lance plus aucune poursuite pour avortement. Le P^r Hervet signale l'aspect lucratif de ces interventions. À Limoges, les médecins du service de gynécologie-obstétrique du CHR pratiquent également des avortements « pour convenance personnelle », comme le prouve la thèse de Jean-Pierre Eyraud sur *Les interruptions de grossesse par aspiration*, soutenue en mai 1975 et portant sur 500 observations d'IVG en 18 mois d'octobre 1973 à mars 1974²⁶⁴⁸. Ce nombre remarquable d'IVG, effectuées en milieu hospitalier, donc publiquement, ne concerne pas les avortements thérapeutiques, qui restent toujours rares, mais bien des interruptions volontaires de grossesse au sens premier du terme. Le D^r Eyraud s'en justifie dans son introduction : « Les réticences à la contraception, distillées par les médecins, les pouvoirs publics, et les femmes elles-mêmes, ont conduit en France à une situation dramatique du fait de la grande fréquence des grossesses non désirées et de la volonté de plus en plus claire et exprimée des femmes refusant de conserver une grossesse non voulue. Cette situation de détresse des femmes a été largement exploitée, en particulier dans la région du Limousin, par des avorteurs, médecins²⁶⁴⁹ ou non, qui pratiquent l'avortement à des tarifs variant de 300 francs à 500 francs. [...] Les méthodes employées étaient archaïques et surtout extraordinairement dangereuses. [...] « Les observations (de mort suite à un avortement clandestin) recueillies en quelques mois ne constituent qu'un faible échantillon : elles donnent une idée de la nullité médicale des avorteurs

²⁶⁴⁷ Émile Hervet, *article cité*, 1974, p. 638 (note).

²⁶⁴⁸ Jean-Pierre Eyraud, *Les interruptions de grossesse par aspiration. À propos de 500 observations*, thèse de médecine, Limoges, 1975, n° 137, f. 29.

²⁶⁴⁹ Georges Valensin est un exemple de ces médecins avorteurs qui publie, en 1974, un ouvrage intitulé *Je suis un avorteur*, Paris, Ed. Filipacchi. L'auteur, livre un témoignage qui met mal à l'aise, revendiquant ses actes d'avorteur condamné en 1945 à 2 ans et 6 mois de prison et à 10 ans d'interdiction de la médecine. Ce texte met le en vedette et se révèle profondément misogynne. Il cherche visiblement à exploiter le débat sur l'avortement pour faire vendre son livre.

clandestins de la région du Limousin et expliquent que nous ayons décidé de procéder nous-mêmes à l'avortement lorsqu'il nous paraissait inévitable. Certes, dans notre esprit, l'avortement même « bien fait » est un échec et nous sommes hostiles fondamentalement à ce geste. Mais il nous semble préférable de le pratiquer nous-mêmes en dehors de toute incidence financière, et dans des conditions techniques satisfaisantes, plutôt que de laisser les femmes entre les mains d'escrocs-meurtriers, nos confrères pour la plupart. Certes se faisant, nous perdons notre pureté. Mais « la pureté, c'est une idée de fakir ou de moine » et nous ne sommes ni l'un ni l'autre. En dernière analyse, il faut bien que quelqu'un se résigne à avoir les mains sales²⁶⁵⁰». Cette introduction est surprenante pour une thèse, à plus d'un point : le D^r Eyraud met en cause la « nullité » de ses confrères, qu'il rend responsable de la mort d'un certain nombre de femmes de la région et cette situation justifie l'illégalité dans laquelle il agit, avec d'autres confrères, au CHR de Limoges. Ce service est une exception dans le paysage hospitalier français liée à la personnalité du chef de service, le P^r Jean-Henri Baudet²⁶⁵¹ et à l'autorisation du directeur de l'hôpital. Il est vrai que Limoges est depuis toujours une région de gauche, ce qui pourrait expliquer ce soutien au moins implicite de la part de l'administration de l'hôpital. Le D^r Eyraud ne revendique lui-même aucun militantisme.

Certains médecins, militants affichés du droit à l'avortement, agissent en liaison avec des associations comme le MFPP, Choisir ou le MLAC. En 1974, six médecins d'un département de l'Ouest, semble-t-il de la région de Nantes, font paraître un article dans *Le Concours Médical* dans lequel ils relatent, anonymement cette fois, leur expérience de l'avortement. « Leur désir d'anonymat correspond moins à la crainte d'être personnellement inquiétés qu'au désir de montrer que leur travail n'a aucun but « de publication savante », encore moins de « publicité » auprès du public comme auprès des confrères »²⁶⁵². Il est vrai qu'il n'y a plus guère de poursuites de médecins avorteurs à cette date, puisqu'on attend le vote de la loi. Cependant le délit de publicité reste bien réel et réprimé en tant que tel par l'Ordre des médecins. Ces six médecins décrivent donc le protocole qu'ils ont appliqué pour 456 avortements, effectués dans leur cabinet (de généraliste ou de gynécologue

²⁶⁵⁰ Jean-Pierre Eyraud, *thèse citée*, 1975, f. 1-3.

²⁶⁵¹ Notons que tout au long de sa thèse, le D^r Eyraud insiste lourdement sur l'effort de « dissuasion » que fait son service et lui-même auprès des femmes demandeuses d'IVG, in *opus cité*, 1975, p. 24-25. Joint par téléphone, le D^r Eyraud, qui pratique toujours des IVG au CHR de Limoges, nous a affirmé que les internes n'avaient pas le choix de refuser ces IVG avant le vote de la loi car leur patron, Jean-Henri Baudet, y était personnellement favorable. Ce dernier a d'ailleurs joué le rôle d'expert auprès de Madame Veil au moment du vote de la loi. Enfin, il n'y avait plus de poursuites à cette date. Ce professeur, Jean-Henri Baudet, n'était pas particulièrement un militant politique, plutôt, selon les termes du D^r Eyraud, un « anarchiste de droite » qui imposait ainsi ses idées à ses internes : belle manifestation du pouvoir médical a contrario de la tradition anti-avortement !

²⁶⁵² Six médecins d'un département de l'Ouest, « À propos de 456 interruptions de grossesse », *Le Concours Médical*, 5-10-1974, p. 5095.

médical), soit trois avortements par semaine et par médecin pendant une période de six mois. Ils ont d'abord fixé leurs objectifs : « éviter le drame des avortements clandestins et parer à la discrimination due à l'argent en ce domaine »²⁶⁵³. On peut penser que de tels buts, surtout le second, montrent que ces médecins ont plutôt une sensibilité de gauche. Ce qui est confirmé par le fait qu'ils ont travaillé en collaboration étroite avec le Planning Familial de Nantes, dont les conseillères ont reçu les femmes demandant une IVG. Ce militantisme se constate aussi par leur attitude vis-à-vis des médecins traitants ou des gynécologues de ces femmes : « Il nous paraît primordial que le médecin traitant soit informé de la demande par la patiente elle-même et que s'il comprend cette demande, il signale les antécédents connus, l'existence de tel ou tel état pathologique ou intolérance, les raisons qu'il connaît amenant la femme à faire une telle demande ». En bref, ils veulent « amener les médecins à ne pas se décharger, trop aisément sur d'autres de ces situations difficiles » en les informant et en leur demandant un courrier médical sur l'état de santé de leur patiente comme pour n'importe quelle intervention. Ils font aussi remarquer que, dans un quart des cas, ces médecins sont en partie responsables de la grossesse des femmes par leurs conseils inadaptés en matière de contraception²⁶⁵⁴. Ils ont cependant été souvent déçus : « Dans bon nombre de cas l'attitude des confrères a été, et est encore, celle d'une fin de non recevoir, mais nous assistons à une prise de conscience progressive de cette grave situation »²⁶⁵⁵. Ils ont pratiqué l'avortement lorsque trois conditions étaient réunies : une grossesse confirmée par un test, jusqu'à la huitième semaine à partir du premier jour des dernières règles ; des revenus familiaux faibles (quand ceux-ci sont plus élevés, les femmes partent en Angleterre ou en Hollande avec le Planning Familial) et un médecin de famille informé. Ils précisent qu'ils ne sont pas les seuls dans le département à pratiquer ces IVG avant le vote de la loi puisque l'association Choisir en fait aussi²⁶⁵⁶. Dans 88 % des cas, il s'agit d'indication médico-sociales (grandes multipares, troubles psychonévrotiques aggravés par une grossesse refusée, femmes handicapées etc.)²⁶⁵⁷. Ils ont appliqué « la très simple méthode Karman », seules huit des 456 IVG ont nécessité un curetage de contrôle. Il y eut une perforation utérine mais la femme concernée précisa qu'elle s'était livrée « à des manœuvres abortives » avant l'intervention elle-même. Quant aux conséquences psychiques : « il n'y a pas eu, à notre connaissance, de grand syndrome psychiatrique en rapport direct avec une IVG »²⁶⁵⁸. Ce bilan positif vise à rassurer les médecins qui pourraient vouloir effectuer des IVG dans le cadre de la loi. Mais les actions les plus spectaculaires et les plus militantes sont

²⁶⁵³ Six médecins d'un département de l'Ouest, *article cité*, 1974, p. 5095.

²⁶⁵⁴ Voir note 242, p. 56 du III.

²⁶⁵⁵ Six médecins d'un département de l'Ouest, *article cité*, 1974, p. 5095 et 5097.

²⁶⁵⁶ Six médecins d'un département de l'Ouest, *article cité*, 1974, p. 5096.

²⁶⁵⁷ Six médecins d'un département de l'Ouest, *article cité*, 1974, p. 5097.

²⁶⁵⁸ Six médecins d'un département de l'Ouest, *article cité*, 1974, p. 505097-5101.

effectuées par les médecins membres du MLAC. Les médecins militants de gauche et d'extrême-gauche se regroupent en effet dans de nouvelles structures en dehors des syndicats et des partis politiques traditionnels. À la suite de création du GIS, Groupe Information Santé, en 1969 dans la lignée de Mai 68, ils fondent le MLAC, Mouvement pour la Liberté d'Avortement et de Contraception, déclaré en préfecture le 4 avril 1973. Ce mouvement mixte, que rejoignent des médecins mais aussi de nombreux non médecins sur la base d'un engagement politique, féministe ou individuel, veut sensibiliser l'opinion et les pouvoirs publics au droit à l'avortement. La nouvelle génération de médecins qui succède aux militants de la contraception ne cherche plus à se concilier l'Ordre ni les dirigeants, elle veut secouer l'opinion et le monde politique. Ces médecins mettent ainsi les autorités devant le fait accompli en pratiquant des avortements illégaux au vu et su de tous. Les membres de cette association légale font le choix tactique de pratiques illégales, à la différence de leurs aînés devenus pour la plupart des notables, anciens du MFPPF, regroupés dans l'ANEA qui réclame, frileusement à leurs yeux, un avortement thérapeutique élargi. Les militantes féministes adhèrent en général au MLAC comme 15 000 femmes en France entre 1973 et 1975²⁶⁵⁹. Le MFPPF se trouve plutôt en retrait même si le mouvement décide de s'engager dans la lutte pour la liberté de l'avortement à partir de son congrès de juin 1973 lors duquel Simone Iff, représentant les militantes radicales de l'association, est élue présidente du mouvement et même si elle devient vice-présidente du MLAC.

Ces médecins vont appliquer une nouvelle technique d'avortement, la méthode Karman qui arrive en France en 1972, une pratique proprement révolutionnaire. La méthode d'avortement par aspiration Karman est importée des États-Unis et du Royaume-Uni après avoir été mise au point en Chine et dans les pays d'Europe de l'Est. Elle fait l'objet d'un premier article dans la revue britannique *The Lancet* le 13 mai 1972. Harvey Karman et Malcolm Potts la qualifie de « simple and cheap [...] silent [...] minimising trauma, decreasing pain »²⁶⁶⁰, à condition de l'utiliser pour des grossesses de moins de sept semaines d'aménorrhée. Les adversaires de Karman lui reprochent de ne pas être un médecin mais un psychologue, qui a « bricolé » tout seul, en Californie, le procédé qu'il a inventé (canule en plastique et seringue pour aspirer la grossesse)²⁶⁶¹. Cette méthode effectivement simple et légère reprend en réalité le principe de l'avortement par aspiration, qui a progressivement remplacé l'avortement par curetage, dans le cas d'avortements thérapeutiques pour des grossesses peu avancées. Mais Karman utilise un matériel simple, une seringue, en comparaison des machines aspirantes des hôpitaux français. Le

²⁶⁵⁹ Chiffres cités par Michelle Zancarini-Fournel, « Histoire(s) du MLAC (1973-1975), *Clio*, n° 18-2003, p. 242.

²⁶⁶⁰ Soit : « simple et bon marché, silencieuse, minimisant le traumatisme, diminuant la douleur », in Harvey Karman et Malcolm Potts, « Very early abortion using syringe as vacuum source », *The Lancet*, 13 mai 1972, p. 1051-1052.

²⁶⁶¹ Comme le précisent J. Cohen et Raoul Palmer, dans leur article, « Interruptions de grossesse : aspiration ou curetage ? », *Le Concours Médical*, 8-6-1974, p. 3723.

D^e Françoise Thibaud rapporte, dans sa thèse qu'« en juin 1972, des médecins grenoblois rapportèrent de leur voyage en Grande-Bretagne la méthode Karman. [...] Ainsi allaient pouvoir être réalisées sans risque, par un personnel compétent des interruptions de grossesse présentant toutes les caractéristiques d'un acte médical ne nécessitant pas une infrastructure hospitalière ou clinique dont les portes restaient bien entendu fermées »²⁶⁶². Elle décrit en détail cette intervention « simplifiée » en comparaison d'un avortement traditionnel : « Commencer la dilatation avec une bougie de très faible diamètre (n°12) et la poursuivre progressivement [...] Il y fait suite le temps d'aspiration proprement dit : la sonde Karman n°6 ou n°8 peut alors être introduite ; elle est immédiatement branchée au système d'aspiration et par un mouvement de va-et-vient et de rotation le contenu utérin est ainsi évacué et chaque face de la cavité utérine peut alors être nettoyée. [...] L'intervention s'arrête au moment où l'opérateur perçoit une contraction utérine signant la vacuité de l'organe. [...] L'ensemble des débris placentaire et embryonnaire est examiné après rinçage à l'eau courante pour s'assurer d'une autre manière que l'utérus a été bien nettoyé. [...] L'ensemble de l'intervention dure en moyenne 10 minutes et le temps d'aspiration proprement dit 3 minutes »²⁶⁶³. Cette révolution technique²⁶⁶⁴ fait sortir l'avortement des hôpitaux et des cliniques et est appliquée, de façon ambulatoire, par tous ceux, médecins ou non médecins, qui militent pour un avortement « libre » dans tous les sens du terme. Ces avortements qualifiés parfois de « sauvages » vont prouver que cette intervention est possible presque partout et qu'elle ne traumatise plus ni le corps ni l'esprit des femmes. Ils vont mettre les autorités françaises devant le fait accompli : la loi de 1920 est obsolète, les avortements « Karman » se multiplient, parfois même en présence de journalistes, de caméramans etc. Des films sont en effet tournés, montrant un avortement en direct, pour populariser ces actions et former d'autres médecins à la méthode Karman. Ces avortements se font, pour la plupart, dans le cadre et avec le soutien d'associations comme Choisir²⁶⁶⁵ ou le MLAC. Un des avantages de cette méthode est d'éviter le recours à une anesthésie générale remplacée par « une anesthésie régionale ou même une « anesthésie verbale » après prémédication suffisante »²⁶⁶⁶. Car ces médecins militants restent attentifs à la douleur des femmes : « Ces interventions sont effectuées sans anesthésie générale ; cette manière de faire nous est, en quelque sorte, imposée par les

²⁶⁶² Françoise Thibaud, *thèse citée*, 1974, f. 6.

²⁶⁶³ Françoise Thibaud, *thèse citée*, 1974, f. 45.

²⁶⁶⁴ Parfois, la méthode Karman sert de « régulation menstruelle » pour des femmes qui ne sont pas encore sûres d'être enceintes mais qui ont un retard de règles d'une semaine. Cette pratique, qui suscite l'opposition des médecins car toute aspiration comporte un risque, s'est peu développée en France, sauf dans les milieux très militants opposés à une contraception chimique, donc à la pilule.

²⁶⁶⁵ L'association Choisir reste réticente devant le passage à l'acte pour l'avortement, ce qui amène par exemple ses militants lyonnais les plus radicaux à créer une structure parallèle, nommée Choisir-MLAC, en conflit avec la direction parisienne.

²⁶⁶⁶ J. Cohen et Raoul Palmer, *article cité*, 1974, p. 3727.

conditions dans lesquelles nous pratiquons ces dernières (il est en effet inenvisageable techniquement d'anesthésier des sujets dans nos locaux²⁶⁶⁷). Il nous semble cependant que cette pratique est en tout état de cause, souhaitable pour deux raisons essentielles: cela élimine le risque de complications inhérent à toute anesthésie générale et qui est loin d'être négligeable, cela donne la possibilité de faire « participer la femme à l'avortement » et d'ainsi en limiter la portée fantasmagorique ». Dans ce problème de l'anesthésie, central pour les femmes, ils essaient de « faire la part des choses entre ce que l'on suppose être le confort de la femme qui ainsi ne « souffre plus » et le confort des praticiens qui n'ont plus à supporter les manifestations de la souffrance physique et psychologique de la femme qu'ils avortent. [...] Douleurs objectives notées par l'opérateur : nulle : 1 ; faibles : 74, à savoir 50 % ; Importantes : 70, 48 % ; atroces : 3, 2 %, sur 148 interventions »²⁶⁶⁸. Deux autres médecins lyonnais, de l'association Choisir-MLAC, rapportent d'autres observations : « La douleur est très variable suivant l'état nerveux de la femme : le plus souvent elle ressemble effectivement à des règles douloureuses. [...] Dans 44 % des cas, la douleur est nulle ou très faible ; dans 10 % des cas, elle va jusqu'aux cris. [...] On ne fait pas d'anesthésie (générale) malgré ces 10 % pour des raisons techniques : nécessité de rester 24 heures à l'hôpital, décès sous anesthésie dans un cas sur 5 000. Rappelons que certaines femmes avortées sous anesthésie refusaient de croire qu'on les avait avortées. Le problème ici est de savoir si l'avortement est mieux supporté s'il y a une participation consciente de la femme ou pas. La participation permettrait de différencier les fantasmes de la réalité : « Ce n'était que ça ». [...] Au cours de l'avortement, on pratique « l'anesthésie verbale », c'est-à-dire en fait la mise en confiance »²⁶⁶⁹.

Ces deux médecins lyonnais ne se contentent pas de décrire le déroulement de ces avortements illégaux dans une revue médicale lyonnaise, ils analysent aussi leur action du point de vue politique, ce qui est exceptionnel dans ce type de source. Ils réfléchissent particulièrement à la signification de leur pratique par rapport au pouvoir médical. La méthode Karman leur paraît révolutionnaire car elle passe « par la démystification de l'avortement, en montrant que c'est un acte simple »²⁶⁷⁰. Leur technique, qui requiert la participation d'un médecin et se montre attentive à la douleur des femmes, les différencie des « faiseuses d'anges ». D'autant que ces avortements s'effectuent « sans l'exploitation commerciale éhontée que l'on connaît ailleurs », les médecins, qui sont deux futurs psychiatres, étant bénévoles²⁶⁷¹. Cette pratique s'accompagne également d'un accueil en groupe des femmes à la place de l'entretien individuel traditionnel pour faciliter une prise de conscience

²⁶⁶⁷ Ceux du MLAC à Lyon.

²⁶⁶⁸ Françoise Thibaud, *opus cité*, 1974, p. 47.

²⁶⁶⁹ M. Berger et J. Furtos, « Réflexions sur le fonctionnement d'un centre d'avortement clandestin en France », *Cahiers médicaux lyonnais*, n°28, 20-9-1974, p. 2259-2260.

²⁶⁷⁰ M. Berger et J. Furtos, *article cité*, 1974, p. 2258.

²⁶⁷¹ M. Berger et J. Furtos, *article cité*, 1974, p. 2259-2260.

collective, donc politique, de l'avortement : « La pratique des avortements était définie : comme la matérialisation des revendications, comme la matérialisation d'un état de fait tant vis-à-vis du pouvoir politique que du pouvoir médical. Elle n'était pas considérée comme la manière de régler un problème mais comme celle de le poser. L'accueil collectif des femmes avait pour fonction, non pas une « nébuleuse thérapie de groupe », mais de situer, y compris pour les femmes confrontées à ce problème, l'avortement dans sa véritable dimension : celle d'un phénomène de masse. »²⁶⁷². À Lyon, au centre d'orthogénie du MLAC, ces groupes permettent d'abord d'expliquer de manière « économique » (puisqu'il s'agissait d'explications collectives) la méthode Karman, de situer l'avortement de chacune des femmes présentes dans un contexte, non plus de solitude, renvoyant à la clandestinité passée mais dans un contexte de groupe. Il paraissait essentiel de faire passer ainsi la dimension sociale du phénomène souvent oubliée, du fait du caractère personnel et dramatique que peut revêtir une décision d'avortement. Le groupe permet également aux femmes présentes d'exprimer l'ensemble des raisons parfois contradictoires voire des résistances qui les avaient amenées à cette décision »²⁶⁷³. Cette expérience lyonnaise montre le dynamisme militant d'une partie des étudiants en médecine et particulièrement des futurs psychiatres lyonnais dans les années soixante-dix. Selon le D^r Daniel Balvet, psychiatre lui aussi, et militant de ce groupe Choisir-MLAC lyonnais, ayant pratiqué des avortements Karman²⁶⁷⁴ : « les futurs psychiatres sont plus sensibilisés que les autres étudiants en médecine à l'humain et à la sexualité, d'autant qu'à Lyon se développe un mouvement de réaction contre la psychiatrie institutionnelle positiviste ». Selon lui, cette contestation aboutit à l'émergence d'une psychiatrie humaniste, « sociale », avec l'introduction de la psychanalyse. Ce mouvement chez les futurs psychiatres est toléré, voire encouragé par les universitaires, en particulier les P^r Colin et Védrine qui, sans s'engager, signent systématiquement à partir de 1973 les certificats exigés pour un avortement thérapeutique, considérant que toutes ces femmes sont en danger. À l'inverse, le corps des gynécologues obstétriciens lyonnais est très réactionnaire et opposé à la future loi Veil²⁶⁷⁵. Les médecins qui militent ainsi remettent en cause le pouvoir médical mais doivent affronter des critiques encore plus radicales : « Ils (les médecins) assument le rôle médical²⁶⁷⁶ réclamé par les femmes. [...] Il faut évoquer la revendication des non-médecins²⁶⁷⁷ de pratiquer des avortements. Il est certain qu'il s'agit d'une revendication recevable, à condition que le néo-

²⁶⁷² Françoise Thibaud, *thèse citée*, 1974, f. 14.

²⁶⁷³ Françoise Thibaud, *thèse citée*, 1974, f. 34-35.

²⁶⁷⁴ Et qui, jusqu'à l'an dernier, a poursuivi cette pratique dans le cadre du centre IVG de l'Hôtel Dieu de Lyon.

²⁶⁷⁵ Entretien avec le D^r Balvet le 4 mars 2009.

²⁶⁷⁶ Notons que ces deux médecins sont psychiatres et parfois contestés par leurs confrères pour ce genre d'intervention..., in M. Berger et J. Furtos, *article cité*, 1974, p. 2263.

²⁶⁷⁷ Des étudiants en médecine et des infirmières, dans le cas lyonnais.

praticien devienne compétent. [...] À Paris, dans le XII^e arrondissement, les femmes s'avortent entre femmes, sans médecins. [...] Le bénévolat de certains des praticiens, donne un sentiment de toute puissance et une mentalité qui n'est pas sans rappeler celle des médecins de l'ancien Hôtel-Dieu avant le temps de l'humanisation des hôpitaux »²⁶⁷⁸. Cependant, l'avortement « est le seul exemple où le médecin perd l'indication d'un acte médical, même s'il garde celui de la contre-indication »²⁶⁷⁹. Les médecins deviennent ainsi des techniciens au service des femmes. Dans la droite ligne de leur volonté de partager le pouvoir médical, ces médecins font également preuve de pédagogie avec les femmes qu'ils avortent. L'objectif semble double : partager la technique, la connaissance, qui est à la base du pouvoir médical, et faire de l'avortement de ces femmes un acte politique au sens large. Par exemple, lors du déroulement de l'avortement lui-même : « La femme s'installe sur la table gynécologique. [...] On met le speculum en place, puis une pince à col. À ce stade, on lui propose de voir son col ainsi exposé si elle le désire et la suite de l'intervention (avec un miroir ²⁶⁸⁰ placé au-dessus des jambes). Durant tout le temps de l'avortement, on lui explique tout ce que l'on fait et on répond à toutes les questions »²⁶⁸¹. Ces médecins ont le même souci pédagogique que ceux qui défendaient l'ASD en France, mais ils sont d'une autre génération et agissent dans le cadre bien plus audacieux de l'avortement.

Ont-ils aussi des arrière-pensées politiques au sens précis du terme ? Ils ne sont pas toujours inscrits à tel ou tel parti de gauche ou d'extrême-gauche²⁶⁸² mais ils veulent que soit reconnue par les femmes « la dimension collective de l'avortement » au delà de leur cas particulier. Ils veulent aussi combattre la loi de 1920 et que les femmes arrivent à dire : « Cette loi est complètement absurde ». Mais ils sont lucides : « il ne faut cependant pas se faire d'illusion : pour bon nombre de femmes « Choisir-Lyon » n'est jamais qu'une filière de plus »²⁶⁸³.

Malgré l'opposition déclarée des institutions, Ordre des médecins et Académie nationale de médecine, l'opinion publique tranche en faveur du droit à l'avortement et les experts ne font plus la loi. L'Ordre des médecins mène jusqu'en 1975 une politique ouvertement opposée au droit à l'avortement. Il a d'abord pour mission essentielle de sanctionner les médecins coupables d'avortement. Seuls quelques cas²⁶⁸⁴ peuvent être relevés, sans portée statistique. Ces médecins sont condamnés à une double peine, celle de la justice

²⁶⁷⁸ M. Berger et J. Furtos, *article cité*, 1974, p. 2262-2264.

²⁶⁷⁹ M. Berger et J. Furtos, *article cité*, 1974, p. 2258.

²⁶⁸⁰ On peut noter l'analogie avec les pratiques des médecins de l'ASD, qui, eux aussi, proposent parfois à la femme de « voir » de cette façon son accouchement.

²⁶⁸¹ M. Berger et J. Furtos, *article cité*, 1974, p. 2259.

²⁶⁸² Comme me l'a confirmé le D^r Jean Furtos lors d'un entretien téléphonique.

²⁶⁸³ M. Berger et F. Furtos, *article cité*, 1974, p. 2260 et 2264.

²⁶⁸⁴ Je n'ai pas eu accès aux jugements prononcés par le Conseil de l'Ordre, sauf pour les médecins ayant fait appel de leur condamnation au Conseil d'État.

et celle de l'Ordre qui « contrôle de façon à ce que, non seulement, le code de déontologie soit respecté, mais que l'existence morale et la dignité quotidienne de chaque médecin ne puissent faire l'objet de critiques assez sévères pour porter atteinte à l'honneur de la profession »²⁶⁸⁵. L'Ordre veille également à ce que les médecins ne soient pas accusés injustement « quand ils donnent leurs soins à une femme se trouvant dans la nécessité d'être soignée par curettage après un avortement criminel »²⁶⁸⁶. Si l'Ordre « se doit de mettre la répression de l'avortement criminel au premier rang de ses préoccupations et de son action », comme l'explique son président après-guerre²⁶⁸⁷, il n'est pas toujours d'accord avec la politique répressive de l'État français et les relations avec le ministère de l'Intérieur sont souvent délicates²⁶⁸⁸. Cet aspect disciplinaire n'encourage pas les médecins à s'opposer publiquement à la loi de 1920. Seule une poignée de médecins s'engage donc dans la lutte pour le droit à l'avortement, cette minorité est limitée au cercle des médecins militants et/ou intouchables de par leur notoriété. Même quand l'Ordre renonce à les sanctionner, il ne ménage pas ces médecins. À l'occasion du procès de Bobigny (octobre-novembre 1972), l'Ordre est amené à réagir devant les protestations de certains de ses membres : « Les déclarations faites par le Doyen Milliez²⁶⁸⁹, révélant des faits strictement aberrants et illégaux ne pouvaient laisser l'Ordre sans réaction. 150 médecins n'ont-ils pas été condamnés, pour des faits analogues, à une suspension du droit d'exercer la médecine ? Certains d'entre eux sont condamnés à des peines de prison. [...] Le Bureau du Conseil National n'a pas entendu prendre position sur le problème de l'avortement dit « social ». Il a fait connaître en son temps, sa doctrine quant aux avortements pour raisons médicales seules. L'avortement strictement social est un problème de législateur. Le P^r Milliez peut souhaiter la modification de la loi. On ne peut l'approuver de le faire en s'appuyant sur la déclaration qu'il a faite, laquelle porte d'autant plus gravement atteinte à l'éthique médicale qu'elle émane d'un Doyen. Cette déclaration entend faire justice des allégations sans fondement accusant l'Ordre d'ingérence (Parti Socialiste) – de vouloir faire pression sur les juges (Choisir) et de censurer des opinions exprimées par des membres de l'Ordre (Ligue des Droits de l'Homme) »²⁶⁹⁰. En février 1973, un numéro du *Bulletin de l'Ordre des médecins*, titré *Avortement. Actualités urgentes*, dénonce

²⁶⁸⁵ Peytel Adrien, « La section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre et les avortements », *La Revue du praticien*, 1952, tome II, n°30, p. 2000.

²⁶⁸⁶ Bulletin de l'Ordre national des médecins, 1948-49, n° 2, avril 1949, p. 192.

²⁶⁸⁷ Bulletin national de l'Ordre des médecins, année 1946-47, n° 2, p. 64.

²⁶⁸⁸ En 1946-47, le président de l'Ordre critique ainsi la politique du gouvernement : « À l'heure actuelle, la répression est aveugle et les services de polices demandent à être dirigés pour ne pas commettre d'erreurs. », in *Bulletin national de l'Ordre des médecins*, année 1946-47, n° 2, p. 65.

²⁶⁸⁹ Qui a révélé au procès de Bobigny avoir effectué un avortement alors qu'il était externe des Hôpitaux puis avoir favorisé des avortements thérapeutiques pour des raisons sociales et envoyé des patientes à l'étranger dans le même but.

²⁶⁹⁰ In Bull. de L'Ordre National des médecins, janvier 1973, p. 74-77.

le manifeste des 330 médecins français du 6 février revendiquant la liberté de l'avortement et son remboursement par la Sécurité Sociale ; ces « 330 » affirment aussi pratiquer des avortements. Les auteurs cherchent d'abord à déconsidérer ces médecins signataires en affirmant que 187 sur 330 « ne sont pas inscrits au Conseil de l'ordre (dont 40 élèves internes) ». Or, dans le contexte des années 70, un certain nombre de médecins qui ne se reconnaissent pas dans les prises de position de l'Ordre, issu de Vichy, refusent de s'y inscrire par un acte militant et public ; cela ne les empêche pas d'exercer au quotidien. Mais ils tentent d'établir un rapport de force avec l'Ordre des médecins pour enlever à ce dernier toute légitimité. Il n'est donc pas surprenant qu'ils n'y soient pas inscrits. L'Ordre sous-entend, bien sûr, qu'il ne s'agit pas de « vrais » médecins. L'article, non signé, poursuit son travail de dénigrement en remarquant que sur les 143 médecins signataires inscrits à l'Ordre on compte « 59 psychiatres, plus les ophtalmologistes, stomatologistes, dermatologistes, ORL etc. »²⁶⁹¹. La réaction des psychiatres est vive : lors de la réunion du samedi 7 juillet 1973, le président de l'Ordre rappelle les « réactions violentes de psychiatres s'indignant d'être ainsi mis au pilori alors qu'ils sont des médecins comme les autres. [...] Il leur a été répondu que l'acte psychiatrique n'était pas très près de l'acte abortif. On ne peut dire en tout cas que cela apporterait à celui-ci toute la sécurité requise ». Par contre, l'Ordre a reçu des lettres de psychiatres qui « se désolidarisent de la position de leurs confrères »²⁶⁹². L'un des intervenants, dans le débat sur un projet de loi libéralisant l'avortement, déclare : « il se peut que le premier médecin consulté (par une femme en demande d'avortement), s'il est par exemple psychiatre, ne soit pas du tout compétent pour bien percevoir (les risques médicaux encourus par elle) »²⁶⁹³. Décidément les psychiatres ne sont pas reconnus par leurs confrères comme de « vrais » médecins.

L'Ordre des médecins fait également publiquement connaître ses réticences vis-à-vis du droit à l'avortement. Celles-ci semblent correspondre à la position implicite de la plupart des médecins français. En 1972, le P^r Le Lorier note les profondes réticences des médecins français à pratiquer des avortements : « On a pu dire que le gynécologue-obstétricien, dont l'activité était jusque là orientée exclusivement vers la protection de la grossesse et la réduction de la mortalité fœtale, traversait une véritable crise émotionnelle lorsqu'il était contraint de prendre en charge l'interruption de grossesse et de devenir l'exécutant d'une décision à laquelle il n'avait que peu ou pas participé. Cette réticence est surtout vive dans les cas où la décision d'interrompre la grossesse a été prise, comme cela arrive de plus en plus souvent, pour des raisons de convenance personnelle. Le gynécologue a alors en général le sentiment de ne plus répondre aux impératifs de sa vocation médicale et supporte mal ce rôle auquel il a été mal préparé. Cette attitude du médecin, que

²⁶⁹¹ Bulletin de l'Ordre national des médecins, n° 1, février 1973, p. 2.

²⁶⁹² Bulletin de l'Ordre national des médecins, n° 5, octobre 1973, p. 379-380.

²⁶⁹³ Bulletin de l'Ordre national des médecins, n° 5, octobre 1973, p. 383.

partage souvent le personnel paramédical et qui peut se manifester de façon plus ou moins évidente, est ressentie toujours péniblement par la patiente et peut être pour elle l'occasion d'un sérieux traumatisme affectif. [...] Il ne faut pas confondre l'adhésion éventuelle d'une partie du corps médical français avec celle des personnes qui seraient effectivement confrontées à la pratique quotidienne des interruptions de grossesse »²⁶⁹⁴. En 1973, l'Ordre va au delà du constat de cette aversion des médecins spécialistes et reprend les arguments des ultras anti-avortement dans un rapport adopté par un vote du Conseil national: « L'avortement est un mal. La morale traditionnelle le réprouve, et la morale médicale, au nom du respect de la vie humaine, interdit aux médecins de pratiquer des avortements. Cette notion, vieille comme la médecine, mais à laquelle on reproche aujourd'hui d'avoir une origine religieuse, mériterait-elle, comme on le suggère, d'être révisée ? Elle est profondément ancrée en nous. Instinctivement, chacun sent que l'avortement est « contre nature ». Il est vrai que cette façon de dire ne saurait suffire, puisque la médecine ne fait guère autre chose que de s'opposer à ces phénomènes naturels que sont les maladies ; l'ablation d'un organe est une intervention contre nature, le traitement d'une infection par les antibiotiques aussi. Et la nature, par ailleurs, nous donne l'exemple du gaspillage de la vie. Mais, plus précisément, la suppression d'un fœtus humain vivant, même pratiqué dans une intention purement secourable [...] est *l'interruption délibérée d'une vie humaine commencée*, d'un être humain qui verra le jour si l'avortement n'est pas commis »²⁶⁹⁵. Or un peu plus loin, ce même rapport ne peut que relever la faillite de la loi de 1920 : « On peut dire en effet que la loi n'a pas dissuadé de très nombreuses femmes de chercher l'interruption d'une grossesse, les obligeant seulement à ce que l'avortement soit clandestin, avec tous les risques et toutes les turpitudes que cette clandestinité comporte. [...] À cette injustice est venue s'ajouter l'impunité de fait pour celles qui peuvent aller chercher l'avortement dans un pays voisin. On ne peut déplorer d'autre part qu'échappe à toute sanction l'égoïsme masculin, si souvent responsable, et si souvent insaisissable. Car, à moins que l'homme avoue sa complicité dans l'avortement – c'est-à-dire toutes les fois qu'il a abandonné la femme enceinte en détresse – il est étrangement absent de l'inculpation. Il n'est pas étonnant que beaucoup de voix s'élèvent pour demander que la législation soit modifiée. »²⁶⁹⁶. Ce rapport, essentiel pour cerner la position officielle de l'Ordre, reste cependant fidèle à la « langue de bois » de l'institution pour envisager des solutions: « une législation positive : conseils aux familles dans l'utilisation des méthodes contraceptives ; aide accrue aux mères de famille ; reconnaissance plus substantielle de la fonction de mère au foyer ; travail à mi-temps pour les mères de famille ; protection de l'enfance, mesures d'adoption ; logements plus grands ; propagande pour les

²⁶⁹⁴ Guy Le Lorier, *article cité*, 1972, p. 680-681.

²⁶⁹⁵ Rapport adopté par le Conseil National, 12 janvier 1973, *Bull. du Conseil National de l'Ordre*, mars 1973, p. 6-7.

²⁶⁹⁶ Rapport adopté par le Conseil National le 12 janvier 1973, *Bull. de l'Ordre National des médecins*, mars 1973, p. 10.

espaces verts, plutôt que pour l'érotisme... »²⁶⁹⁷. Cette liste fourre-tout de conseils concilient les exigences des médecins les plus réactionnaires (dernier conseil par exemple...) et celles des médecins plus « ouverts » à l'évolution de l'opinion. Dans ce texte, le Conseil national de l'Ordre semble vouloir ménager le constat inévitable de la faillite de la loi et les positions des ultras qui font pression pour une condamnation sans détours du droit à l'avortement et sont très influents dans une institution formée de notables élus par leurs pairs et contestée par une partie des jeunes médecins après 68.

En janvier 1973, peu après le procès de Bobigny, le président de l'Ordre, le P^r Lortat-Jacob déclare: « Quant à l'avortement libre pour convenances personnelles, l'Ordre, en ce qui le concerne, ne peut l'admettre, car le respect de la vie demeurera, non seulement le devoir essentiel du médecin, mais sa raison d'être et de se dévouer. Si, sous la pression d'un mouvement d'opinion, voire de chantage politique, le législateur devait libéraliser l'avortement, l'Ordre marquerait son opposition de principe en disant que le laisser-aller de chacun, le manque de politique anticonceptionnelle, ne peuvent être les fondements d'une morale, disons civique, qui voudraient donner à la liberté des femmes de décider de leur grossesses, la primauté sur le respect de la vie. [...] Ces cas de grossesses non désirées, d'origine criminelle, inscrits au chapitre des cas dits sociaux ont, en quelque sorte, ouvert ce chapitre. Des exemples pitoyables d'autres cas sociaux sont donnés par les apôtres de la libéralisation de l'avortement ; les plus éminents et les plus remuants parmi ces apôtres prétendent être opposés à l'avortement libre et ne vouloir apporter leur aide qu'à des femmes enceintes en situation sociale jugée dramatique ; leur attitude est encouragée par les tenants de l'avortement libre, qui en font leurs champions et qui, grâce à beaucoup de chantage à l'humanité et à la pitié espèrent bien, en culpabilisant le corps médical et son Ordre, rigoriste et sans cœur, faire sauter le verrou de la loi actuelle »²⁶⁹⁸. Le président Lortat-Jacob fait preuve ici de beaucoup de lucidité dans l'évaluation du rapport de force qui a basculé en faveur des opposants à la loi de 1920. Il n'hésite pas à citer sans vergogne le recours à la contraception alors que l'Ordre ne l'a jamais soutenu. En 1974, quand une loi sur l'avortement devient inévitable, le P^r Lortat-Jacob s'exprime ainsi dans une lettre adressée à chaque député par l'Ordre et reproduite dans *Le Concours Médical* : « Si la loi que vous aurez à voter devait libéraliser l'avortement, il serait indispensable pour sauver l'éthique menacée de toutes parts (expérimentation sur l'homme sain, euthanasie) que le personnel habilité à faire des avortements, médical et paramédical, exerce sous un statut particulier. Car il est évident qu'on ne peut modifier les règles de déontologie pour les seuls médecins pratiquant des avortements sans bouleverser toute la morale et la discipline médicales, et qu'on ne peut demander au corps médical tout à la fois de sauver la vie par tous les moyens et de donner la mort. Cette indispensable séparation des genres conduit obligatoirement à un recrutement

²⁶⁹⁷ Rapport du Conseil National, 12 janvier 1973, *Bull. du Conseil National de l'Ordre des médecins*, mars 1973, p. 11.

²⁶⁹⁸ *Bull. de l'Ordre National des médecins*, janvier 1973, p. 22.

spécial de médecins volontaires, spécialisés dans ces problèmes »²⁶⁹⁹. Ce que souhaite donc l'Ordre, par la plume de son président, c'est la création d'un corps d'avorteurs, sortes de parias au service des femmes. Il ne va pas l'obtenir directement mais la loi reconnaîtra la clause de conscience et, de facto, les médecins qui pratiqueront les avortements seront marginalisés et blâmés par l'ensemble de la profession.

Du côté de l'Académie nationale de médecine, institution prestigieuse qui rassemble l'élite des médecins français, une commission « interruption de grossesse » se met à prôner la contraception comme solution au problème de l'avortement : « Contrairement à l'avortement, qui est un recul, la liberté des naissances et son corollaire, la contraception, sont un progrès social. La maîtrise de sa vie familiale, le choix de l'époque et de l'espacement des naissances libèrent la femme des maternités incontrôlées et sont la meilleure arme contre l'avortement clandestin. LA CONTRACEPTION APPARAÎT AINSI COMME LA PRÉVENTION DE L'AVORTEMENT. La loi Neuwirth, votée avec trop de hâte, encombrée de décrets restrictifs, doit être, dans l'esprit de son auteur lui-même, simplifiée, rendue facile et accessible ». Notons que jamais l'académie n'a fait publier de déclaration ni d'articles en faveur de la loi Neuwirth avant ce texte, qui date de 1974 soit sept ans après le vote de la loi. Les académiciens semblent se convertir bien tardivement à la contraception. Néanmoins leur critique sur la lenteur de parution des décrets d'application rejoint celle du Planning Familial et constitue une grande audace dans ce cadre. Mais ce soutien à la contraception et cette critique fondée peuvent paraître bien tardives et opportunistes. La suite du rapport demande logiquement que les décrets portant sur la création de centres de planification familiale, parus seulement en 1972 et 1973, aboutissent rapidement. Le P^r Merger veut y voir « un accueil humain, patient, chaleureux, (qui) sauvera certainement beaucoup de grossesses. Que d'abus dans l'idée de grossesses non désirées et d'enfants mal aimés ! Bien des enfants, mal accueillis à leur origine, deviendront les plus aimés après leur naissance, et même dès que la mère aura perçu leurs mouvements vers le milieu de la grossesse. Ainsi chaque vie gagnée sera à l'actif de ces centres, sans lesquels toutes les grossesses iraient à la destruction »²⁷⁰⁰. Bref, il envisage des centres dont la mission serait de dissuader les femmes d'avorter. Ces centres, l'association « Laissez-les-vivre » et le C.L.E.R. se chargent au même moment de les ouvrir.

Quelle est l'opinion des Françaises et Français ? Il est difficile de la cerner car se pose immédiatement le problème de la fiabilité des sources. En effet, les lettres et témoignages publiés par les partisans et les opposants à l'avortement servent systématiquement leurs positions. Avec les sources dont nous disposons il est possible d'entrevoir une évolution des mentalités, de 1963 à 1975, en faveur de la libéralisation de l'avortement. Le Planning Familial a conservé dans ses archives quelques rares lettres, sur les milliers reçues, qui témoignent

²⁶⁹⁹ Cité dans G. Lernout, « Au bord du gouffre », *Le Concours Médical*, 7-12-1974, p. 6395.

²⁷⁰⁰ Robert Merger, *rapport cité*, 1974, p. 128.

parfois d'une position beaucoup plus audacieuse en matière d'avortement que celle du mouvement. Ainsi le centre de Grenoble reçoit une lettre datée de 1963, de la part de Madame L. qui vit dans la Loire, ce qui montre d'ailleurs le rayonnement de ce premier centre du Planning. Dans ce document, Mme L. proteste vivement : « Ce que nous désirons, mon mari et moi, du Planning familial ce sont de réelles possibilités de recourir à l'avortement quand une erreur s'est glissée dans les calculs ou dans les prises de températures. Nous avons 25 ans tous les deux [...] Nous avons déjà eu cinq enfants dont quatre vivants en cinq ans de mariage. [...] Mes quatre bambins ont une très bonne santé mais je suis incapable de supporter une nouvelle grossesse dans l'immédiat. Vous comprendrez donc que nous avons été très déçus par votre mouvement : nous en espérions plus. J'ai un cycle très irrégulier variant de 23 à 35 jours. Pour ma dernière grossesse, j'étais enceinte mais réglée. Les calculs sont donc très difficiles dans mon cas. Notre déception nous empêche de renouveler notre inscription à un mouvement qui dans la pratique ne nous suit pas »²⁷⁰¹. Voilà une lettre mécontente, manuscrite et signée, qui reproche au Planning son manque d'audace et de réalisme en 1963. Cet exemple, quoique isolé, peut suggérer que l'opinion publique serait moins frileuse que les adversaires du droit à l'avortement ne le supposent alors. En septembre 1970, un sondage de l'IFOP cite ces résultats : 82 % des Français admettent l'avortement lorsqu'il y a menace pour la santé physique de la mère, 85 % lorsqu'il y a menace pour sa santé mentale, 90 % quand il y a risque de malformations graves de l'enfant, 73 % quand il y a viol ou inceste. Mais 30 % seulement sont favorables à un avortement en cas de situation économique désespérée²⁷⁰². Au même moment un sondage auprès des médecins donne des résultats légèrement inférieurs mais les médecins interrogés sont en majorité d'accord pour les trois premiers cas²⁷⁰³. Les Français, médecins et non médecins, sont donc tout à fait d'accord avec la proposition de loi Peyret qui pourtant n'aboutit pas. En avril 1971, un autre sondage est effectué à la demande du *Nouvel Observateur* : 55 % des Français interrogés répondent oui à la question : « une femme qui attend un enfant et qui ne le désire pas devrait-elle selon vous avoir le droit, légalement, de faire interrompre sa grossesse par un médecin ? ». À une autre question : « Certains disent qu'avorter c'est un crime », seuls 47 % sont d'accord. Quant à la décision, 87 % des sondés estiment que « les couples doivent être libres de prendre leur responsabilité ». Ce sondage, commandé par un magazine-phare dans la revendication du droit à l'avortement, montre donc une évolution très rapide et semble signifier qu'au début de 1971 l'opinion publique a basculé en faveur du droit à l'avortement. La loi n'est pourtant votée que 4 ans après.

Quant aux médecins, en novembre 1973 la revue *Le Concours Médical* fait paraître deux articles qui se veulent des mises au point dépassionnées. Le

²⁷⁰¹ Lettre de Madame L., archives du MFPP de Grenoble, AR 7, 1, 1963.

²⁷⁰² « Sondage IFOP », *Le Concours Médical*, 28-11-1970, p. 9059.

²⁷⁰³ Cité par François et Michelle Guy, *opus cité*, 1971, p. 83-84.

D^r Pierre Charbonneau commence par faire la liste des indications médicales qui ne sont pas, alors, prises en compte par le protocole d'avortement thérapeutique. Il y ajoute les demandes « pour convenances personnelles : « On ne peut, hélas, les passer sous silence. Ce serait une hypocrisie car elles constituent le contingent le plus important des demandes »²⁷⁰⁴. Fin de l'hypocrisie donc et des longs développements sur les indications médicales qui remplissent des dizaines de pages dans les revues médicales mais concernent moins de 10 % des femmes qui avortent. C'est une évolution. Pierre Charbonneau émet ensuite trois hypothèses concernant la future loi : « la liberté totale de l'avortement. [...] La liberté avec instauration de freins (délai de réflexion, autorisation). [...] La limitation des indications, une législation très restrictive »²⁷⁰⁵. Comme l'article ne veut heurter personne, il choisit l'hypothèse médiane avec autorisation nécessaire, nécessitant le recours à des experts désignés sous la présidence d'un magistrat selon l'exemple de l'avortement thérapeutique. Il refuse la libération totale de l'avortement ; certes, pour lui, l'individu a des droits et il reconnaît qu'on peut « opter pour une philosophie de la personne face à une philosophie de la vie ». Ainsi, « il faut bien le reconnaître en tant qu'individu, c'est la femme qui est la première concernée »²⁷⁰⁶. Mais cette affirmation audacieuse est aussitôt contrebalancée par des considérations morales : « Une trop grande libération enlèverait tous scrupules et toutes contraintes aux procréateurs éventuels. S'il est vrai que des considérations morales ne doivent pas intervenir dans un texte de loi, il n'en est pas moins vrai que les dispositions à prendre ne peuvent pas être examinées en dehors de toute morale ». Et d'évoquer les « craintes de dérapages d'une législation qui touche à la vie »²⁷⁰⁷. Bref, ce texte cherche à ménager tous les médecins lecteurs de la revue tout en avançant vers la reconnaissance du droit à l'avortement. En 1975 paraît une thèse de médecine qui interroge 85 médecins du Lot-et-Garonne sur leurs attitudes vis-à-vis de la contraception et de l'avortement, juste avant la loi Veil. Ces médecins généralistes « souhaitent une libération (sic) de la loi actuelle et l'extension de l'avortement : à des maladies somatiques de la mère pouvant se répercuter sur la santé de l'enfant à venir ; à des problèmes judiciaires (viol, inceste...) ; à des indications touchant l'âge de la mère et à la parité. Les médecins sont plus hésitants lorsqu'il s'agit d'indications d'ordre psychologique ou socio-économique. Enfin, l'avortement libre recueille peu d'adhérents. En définitive, le corps médical n'est pas prêt moralement ni techniquement pour assurer l'avortement (1/3 est opposé à l'avortement et 2/3 se refusent à le pratiquer) »²⁷⁰⁸. Par rapport aux positions de l'Ordre, les médecins semblent plutôt accepter la légalisation de l'avortement mais ils rejettent l'avortement libre, pour convenances

²⁷⁰⁴ Pierre Charbonneau, « L'avortement », *Le Concours Médical*, 10-11-1973, p. 6791.

²⁷⁰⁵ Pierre Charbonneau, *article cité*, 1973, p. 6793.

²⁷⁰⁶ Pierre Charbonneau, « L'avortement », *Le Concours Médical*, 17-11-1973, p. 7006.

²⁷⁰⁷ Pierre Charbonneau, *article cité*, 1973, p. 7006.

²⁷⁰⁸ Jean-Claude Marliac, thèse *citée*, 1975, f. 110.

personnelles. La grande majorité d'entre eux répugne également à la pratiquer et se trouve donc en phase avec les exigences de l'Ordre d'une clause de conscience incluse dans la loi. Finalement l'Ordre se trouve conforté dans son rôle de défense de la corporation médicale mais pas dans celui de guide moral que lui confère également sa mission.

Conclusion

La loi Veil du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse suspend l'application de l'article 317 du Code pénal qui interdisait tout avortement, lorsque l'interruption de grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou privé. La femme enceinte « que son état place dans une situation de détresse²⁷⁰⁹ » peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Elle doit ensuite consulter obligatoirement un centre de conseil ou un établissement d'information qui lui délivre une attestation. Pour une femme mineure, le consentement d'un des deux parents est nécessaire. Aucun médecin, sage-femme, infirmière ou auxiliaire médical n'est tenu de participer à un avortement. Cette loi doit être révisée et votée de nouveau en 1979, au bout de quatre ans d'expérience. Enfin, l'IVG n'est pas remboursée par la Sécurité sociale (ce remboursement sera l'objet de la loi Roudy en 1982).

Ce texte est un compromis qui laisse des garanties aux opposants : âge très limité de la grossesse, autorisation parentale pour les mineures, consultation obligatoire d'un ou d'une conseillère dans un centre agréé qui peut donner lieu à des pressions dans un sens restrictif, et surtout la clause de conscience est officiellement reconnue. Le caractère temporaire de la loi et l'absence de reconnaissance officielle au niveau de la Sécurité sociale sont d'autres gages donnés à ses adversaires.

Après le vote de la loi, les médecins français vont devoir l'appliquer. Quelle est leur attitude ? Si on retrouve le clivage attendu partisans/opposants à la loi Veil, la situation est plus complexe. Le D^r Marie-Françoise Borrel le constate dans sa thèse, *La loi Veil ou la détresse des médecins*, soutenue en 1976 et qui fait le bilan de l'application de la loi Veil dans le Rhône et la Loire. Quels sont donc les médecins, tous volontaires, qui pratiquent ces IVG ? Sur ces 23 médecins, 16 sont des gynécologues obstétriciens, 5 des généralistes et 2 des psychiatres. Le nombre important de gynécologues obstétriciens est assez étonnant mais tient à l'attitude du chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital, favorable aux IVG avant le vote de la loi, qui déclare : « Beaucoup de gynécologues refusent parce que techniquement ça n'est pas intéressant et que c'est peu gratifiant. En ce qui concerne mes chefs de clinique, ça n'a pas été du chantage mais presque : je leur ai dit que s'ils ne pratiquaient pas des IVG, ils

²⁷⁰⁹ Texte de la loi reproduit in D'une révolte à une lutte. 25 ans d'histoire du Planning Familial, 1982, p. 464.

n'étaient plus mes assistants »²⁷¹⁰. Cette situation, assez paradoxale (les chefs de service faisant plutôt pression pour qu'il n'y ait pas d'IVG dans leur service), n'est pas unique. Elle rappelle celle du CHR de Limoges. L'attitude de ces médecins pratiquant les IVG va donc « d'une hostilité mal contenue à une adhésion militante. Il s'ensuit une tolérance personnelle très variable à l'égard de cet acte ; mais une volonté quasi unanime de ne pas réduire l'activité à « ça », la contraception apparaissant comme un idéal réparateur à l'échec que constituerait inévitablement l'avortement »²⁷¹¹. L'auteur distingue deux sortes de pratiques dans la région : les IVG sous anesthésie générale (un tiers) et celle sous prémédication simple, avec parfois anesthésie locale (les deux tiers restant). La pratique de l'anesthésie générale est appliquée à l'Hôtel-Dieu de Lyon et entraîne un protocole lourd : bilan préopératoire, échographie systématique, anesthésie générale avec curetage (méthode traditionnelle), 48 heures d'hospitalisation. Ces nombreux examens restent, le plus souvent, à la charge financière des femmes. La seconde pratique bien plus légère concerne l'hôpital de la Croix-Rousse, toujours à Lyon : la méthode est celle de Karman et exige un repos de 12 heures²⁷¹². Par rapport au pouvoir médical, le premier protocole, révèle, pour le D^r Borrel, une opposition larvée de la part des médecins : « Ceux-ci s'opposent ainsi à la volonté des femmes en surmédicalisant un acte dont l'indication ne leur appartient plus, mais sans pour autant adopter une attitude ouvertement hostile. Il s'agit de marquer que l'interruption de grossesse est un acte grave demandant des investigations « poussées », de pénaliser les femmes en leur imposant des examens. [...] Il s'agit aussi pour le corps médical de se préserver de l'exigence des femmes en leur opposant une technique que les médecins connaissent bien et qu'eux seuls peuvent prescrire. C'est une façon de se réapproprier un pouvoir battu en brèche en se situant sur le terrain médical et inconnu des femmes, ce qui évite toute contestation. [...] On peut se demander si pratiquer une anesthésie générale systématique, ce n'est pas, dans une certaine mesure, refuser à la femme la conscience de son geste, lui ôter ou plutôt lui faire payer, son pouvoir de décision. Ici, elle doit s'en remettre à la volonté du médecin, elle est en son pouvoir, considérée plus comme un objet, comme un champ opératoire que comme un sujet. [...] Certains médecins ne peuvent se résoudre à n'être qu'un exécutant sous les yeux d'un patient et tentent de récupérer un pouvoir, d'imposer une volonté. Ainsi l'anesthésie générale évite toute confrontation : l'équilibre est alors rompu au profit du seul médecin sans que la patiente ait droit à la parole »²⁷¹³.

²⁷¹⁰ Marie-Françoise Borrel, *La loi Veil ou la détresse des médecins. Bilan de l'application de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse dans le Rhône et dans la Loire*, thèse de médecine, Lyon, 1976, n°71, f. 42 et 57.

²⁷¹¹ Marie-Françoise Borrel, *thèse citée*, 1976, f. 55.

²⁷¹² Marie-Françoise Borrel, *thèse citée*, 1976, ff. 17-18.

²⁷¹³ Marie-Françoise Borrel, *thèse citée*, 1976, f. 18-19.

Marie-Françoise Borrel n'est cependant pas systématiquement favorable aux médecins qui refusent toute anesthésie générale et appliquent la version « légère » de l'IVG. Elle précise qu'elle est « le fait le plus souvent des « avorteurs militants ». [...] Il s'agit de leur part d'un choix motivé (non par l'absence de moyens techniques) par : le risque moindre que comporte une IVG s'il ne s'y rajoute pas le risque anesthésique, plus l'intérêt qui existe à pouvoir établir un contact avec la femme, de lui permettre de rester consciente tout au long de l'intervention en évitant ainsi les angoisses qui pourraient surgir tels que « Est-ce qu'il est parti ? » À l'inverse, cette position peut faire l'économie de la douleur réelle de certaines femmes²⁷¹⁴, autant physique que psychologique. [...] Mais cette douleur n'est-elle pas niée de façon plus ou moins inconsciente par les intervenants pour servir la cause qui fut longtemps la leur : l'avortement est un acte simple, ce qui reste vrai dans la majorité des cas »²⁷¹⁵. Ainsi, dans un cas comme dans l'autre, la technique employée l'est moins en fonction du cas particulier de chaque femme qu'en fonction de la position personnelle, voire idéologique, du médecin qui intervient. On retrouve donc le problème du pouvoir médical.

La loi va être appliquée en partie grâce aux médecins du MLAC et du Planning qui vont pratiquer ces IVG dont la plupart de leurs confrères ne veulent pas entendre parler tout en leur adressant leurs patientes.

La loi consacre la victoire des femmes malgré ses insuffisances. La notion de détresse est centrale. Elle reconnaît l'aspect douloureux de la décision d'avortement et surtout rend la femme seul juge de sa décision sans intervention d'un quelconque expert d'une quelconque commission. Au delà du droit des femmes, la loi Veil révèle la marginalisation des experts qui se sont tant passionnés et tant contredits sur l'avortement. Les médecins et les démographes ne sont plus les arbitres du droit à l'avortement, la loi est votée sans leur accord et elle est appliquée sans eux.

²⁷¹⁴ Qu'on me permette ici une remarque personnelle. Conseillère au MFPPF, à Lille, dans les années 80, j'ai souvent accompagné des femmes au bloc opératoire de l'hôpital d'Haubourdin pendant leur IVG, sous anesthésie locale. Aucune de ces IVG ne m'a semblé anodine et la douleur, physique en tout cas, était bien réelle pour la plupart d'entre elles.

²⁷¹⁵ Marie-Françoise Borrel, *thèse citée*, 1976, f. 19-20.

CHAPITRE 3 – LE TRAITEMENT DE LA MÉNopause, UNE BATAILLE D’EXPERTS

L’arrivée de la ménopause représente pour chaque femme la fin de ses possibilités d’enfanter. La ménopause la met hors du circuit de la maternité, ce qui peut être interprété comme une exclusion ou comme une libération selon les femmes et les périodes. Pour les médecins, cette étape de la vie des femmes est moins valorisée que la précédente qui faisait de toute femme une mère potentielle susceptible d’accoucher et de jouer son rôle présumé naturel. Contrairement à la contraception et à l’avortement, la ménopause n’est pas réversible et éloigne donc définitivement la femme de ce destin maternel. Les sources démographiques ne traitent donc jamais de cette période de la vie des femmes.

Le chapitre sur la ménopause est bien plus court que les précédents car il n’existe à son sujet ni enjeu politique ni débat national puisque la natalité est exclue pour ces femmes. Le débat reste donc interne au monde médical et se poursuit toujours aujourd’hui. Il porte essentiellement sur la nécessité d’un traitement substitutif hormonal pour effacer les troubles qui accompagnent généralement la ménopause.

Celle-ci se manifeste par la disparition des règles, conséquence de l’épuisement progressif des sécrétions des hormones sexuelles (l’œstrogène et la progestérone) qui ne sont plus produites par les ovaires. Cette disparition des règles est l’aboutissement d’une période plus ou moins longue d’irrégularités menstruelles, appelée pré ménopause. La femme ménopausée cesse donc d’être féconde et perd ainsi sa principale caractéristique physique et son principal intérêt social. Pour les scientifiques: « La femme semble être le seul mammifère à connaître une période post-ménopausique prolongée. Chez tous les mammifères, en effet, y compris les primates, la fertilité s’arrête pratiquement avec ou peu avant la mort de l’animal. Seules font exception certaines races pures de souris ou de rates qui semblent avoir une période d’infertilité peut-être comparable à la ménopause de la femme »²⁷¹⁶. La femme serait donc un mammifère exceptionnel qui survivrait après l’arrêt de sa fécondité²⁷¹⁷.

Les sources donnent un âge moyen peu précis, entre 45 et 55 ans, soit pour la plupart des femmes 37 ans de « vie génitale », limitée à ses possibilités d’être

²⁷¹⁶ H. Rozenbaum, *La ménopause*, Paris, Laboratoires Merrell Toraude, 1971, p. 9.

²⁷¹⁷ En réalité, les chercheurs actuels ont repéré plusieurs espèces pouvant survivre après la ménopause : une espèce de baleine, les éléphants, certains primates, les lapins, les chiens.... Les femmes ne sont donc pas si exceptionnelles. Ces précisions se trouvent dans J. Diamond, *Pourquoi l’amour est-il un plaisir ?*, 1999, et chez C. Parker, M. Tatar et A. Collins, *Reproductive cessation of female mammals*, 1998, cités dans la thèse de Daniel Delanoë, p. 15, note en bas de page.

fécondée²⁷¹⁸. L'âge de la ménopause ne dépend ni du nombre de grossesse, ni du milieu social ni de l'éducation reçue, ni de la prise éventuelle de pilule contraceptive²⁷¹⁹.

Dans les sources, la ménopause est toujours synonyme d'état de crise, de troubles. Elle est ainsi régulièrement qualifiée d'âge « critique », voire d'âge « crépusculaire »²⁷²⁰, et également de « crise climatérique » : « rien à voir avec le climat, le climatère est un échelon de la vie. On réserve le terme de climatère aux deux grands époques de la vie d'une femme : la puberté et la ménopause »²⁷²¹. Le mot ménopause, qui remplace les précédents à partir de 1945, a été forgé en 1816 par Charles Pierre Louis de Gardanne sous l'orthographe « menespausie » dans son ouvrage, *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*. Ce mot, devenu « ménopause », apparaît officiellement pour la première fois, dans le *Dictionnaire Universel de la langue française*, en 1823²⁷²². Il signifie la cessation (pause) de la menstruation (méné, mois). Ce terme est moins connoté que les appellations précédentes.

Les médecins français ne se désintéressent pas de la ménopause. Annick Tillier recense plus de deux cents thèses de médecine sur ce sujet au XIXe siècle²⁷²³. Au XXe siècle, le rythme diminue et une vingtaine de thèses seulement sont soutenues en France à partir des années quarante. Les médecins français ne font pas donc figure de pionniers dans ce domaine comme dans celui de la contraception. Les Anglo-saxons s'intéressent de façon bien plus active à la ménopause : dès 1933, par exemple, la fédération des femmes-médecins des États-Unis commande une enquête auprès de 1 000 femmes ménopausées de tous milieux pour avoir une vision statistique des troubles de la ménopause²⁷²⁴. Avant-guerre, en Espagne, le D^r Gregorio Marañón publie *L'âge critique*, dont la traduction française paraît en 1934. Cet ouvrage constitue l'œuvre de référence de toute étude sur le sujet²⁷²⁵. Le premier congrès médical européen à s'intéresser au sujet ne date cependant que de 1954, organisée par l'association européenne des femmes médecins, ce qui ne relève

²⁷¹⁸ Jean-Pierre Bilhaud, *Les problèmes thérapeutiques de la ménopause*, thèse de médecine, Caen, 1975, n° 203, f. 2.

²⁷¹⁹ Jean-Pierre Bilhaud, *thèse citée*, 1975, f. 2.

²⁷²⁰ C. Vinay, *La ménopause*, Paris : Masson, 1908, p. 5.

²⁷²¹ Paule Fougère, *L'homme, la femme et l'âge critique*, Paris, Hachette, 1967, p. 47-48.

²⁷²² Selon Daniel Delanoë dans sa thèse d'anthropologie sociale et d'ethnologie, *Critique de l'âge critique*, 2001, EHESS, f. 2.

²⁷²³ Annick Tillier, « Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des XVIIIe et XIXe siècles », *Clio*, n° 21, 2005, p. 269-280 : <http://clio.revues.org/index1471.html> (consulté le 3 novembre 2009).

²⁷²⁴ Medical Women's Federation, « An investigation of the menopause in one thousand women », *The Lancet*, 1933, 1, p. 106-108.

²⁷²⁵ Jean Dalsace, dans l'introduction de son article « Traitement des troubles de la ménopause », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1969, 40, p. 2241.

pas du hasard. Lors de ce congrès, le D^r Hélène Michel-Wolfromm regrette que « le traitement des troubles de la ménopause est trop souvent méprisé. »²⁷²⁶.

En France, la recherche reste discrète. La Société française de gynécologie tient un congrès sur la question du 14 au 17 mai 1956 et en février 1963 ont lieu les Assises de Médecine sur le même sujet. Les entretiens de Tenon, à Paris, ne traitent de la ménopause qu'en 1971-1972 ; or ces séances de formation continue des médecins sélectionnent chaque année des thèmes différents, et « le choix des thèmes est l'œuvre des praticiens eux-mêmes »²⁷²⁷. Il faut attendre l'année 1979 pour que des médecins fondent l'association française pour l'étude de la ménopause, à la suite des premiers Entretiens de Bichat consacrés au sujet en 1977.

Dans ce contexte, étudier les représentations de la ménopause en France et leur évolution sur une trentaine d'années permet de rendre compte de la place et de l'image de la femme devenue infertile dans les sources médicales. La ménopause ressort en effet pleinement de l'histoire du genre car les sources restent la plupart du temps figées sur une interprétation catastrophiste liée à la disparition de la fécondité et de la jeunesse. Les études sur la ménopause ont un autre intérêt car elles sont centrées en grande partie sur la vie sexuelle des femmes. Or cette dimension est singulièrement absente des recherches sur l'accouchement, la contraception et l'avortement. La ménopause permet ainsi d'approcher la sexualité féminine puisque l'un des bénéfices espéré du traitement hormonal est de poursuivre une vie sexuelle sans troubles.

Ces troubles sont longuement décrits dans les sources, qu'ils soient physiques ou psychiques. La nécessité de traiter, ou non, la ménopause, en substituant aux hormones défaillantes des hormones produites par l'industrie pharmaceutique, est au centre du débat. L'application de ce traitement implique de considérer et de ressentir la ménopause comme le facteur majeur de ces pathologies. Il induit également une volonté de lutter contre le vieillissement, ce qui constitue un nouveau domaine pour la recherche à partir des années soixante-dix.

I Représentations et vécu des femmes ménopausées

A Des représentations figées

La plupart des médecins expriment une vision catastrophique de la situation des femmes à la ménopause soit qu'ils se fondent uniquement sur leurs patientes, qui par définition éprouvent des troubles, soit qu'ils veuillent promouvoir un traitement médical. Les sources médicales ne nous renseignent ainsi uniquement sur l'aspect souvent douloureux du vécu de femmes

²⁷²⁶ Hélène Michel Wolfromm, « Les troubles psychiques de la ménopause », in *La ménopause*, Turin : Ed. Minerva Medica, 1955, p. 88.

²⁷²⁷ *Entretiens de Tenon*, Paris : Excerpta Medica, 1972, p.V.

suffisamment bouleversées sur le plan physique et psychique pour avoir recours à un médecin. Elles semblent constituer la majorité des femmes ménopausées. Aux Entretiens de Tenon, en 1972, les médecins constatent que « la ménopause sans histoire avec arrêt relativement brusque des règles et un minimum de troubles est rare mais possible »²⁷²⁸, ce qui n'est guère rassurant. Le trouble le plus fréquemment relevé est l'instabilité catastrophique dont font preuve les femmes ménopausées. Cette propension à considérer la femme comme un être à l'équilibre fragile, induit par le cycle féminin et la production plus ou moins régulière d'hormones sexuelles, est un cliché récurrent des sources médicales. Il est systématiquement noté dans les thèses et articles sur le sujet : la femme est un être en « continuel remaniement », toujours à la recherche « d'un nouvel équilibre. [...] Passée la crise pubertaire, c'est le choc de la défloration, l'établissement de l'activité sexuelle, la théorie des grossesses, le traumatisme des accouchements, et, coiffant le tout, les manifestations cycliques de la menstruation qui [...] apportent un facteur supplémentaire d'instabilité. Et voici que ce riche cortège d'événements auxquels, avec des fortunes diverses, l'organisme féminin s'était adapté, touche à sa fin ; voici que de nouvelles perturbations s'annoncent qui affecteront certes la sexualité, mais qui, peu ou prou, intéresseront toute la physiologie féminine »²⁷²⁹. Pour ce médecin, une femme ménopausée est avant tout une femme instable qui peine à retrouver un équilibre perdu et manifeste « cette impatience si caractéristique, ces colères éclatant en bouffées qui, parfois, atteignent au pathologique mais qui heureusement restent le plus souvent assez fugaces et assez bénignes pour inspirer seulement la verve des humoristes. À cette irritabilité, s'ajoute souvent le fait que ces femmes deviennent alors plus scrupuleuses, plus anxieuses, plus pénibles pour leur entourage, par leurs exigences, se plaignant facilement d'être incomprises. [...] Et cela peut aller jusqu'au divorce »²⁷³⁰. La ménopause semble donc rompre le fragile équilibre atteint par la femme adulte et empoisonner sa vie et celle de son entourage, jusqu'au divorce. Ce type de description, y compris les risques de divorce, se retrouve régulièrement dans les sources médicales jusque dans les années soixante. En 1963, dans son article fondateur sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS), le D^r Robert A. Wilson livre un portrait encore plus épouvantable des femmes ménopausées sans traitement. Wilson compare la femme non traitée à une femme « castrée » qui ne produit plus d'œstrogènes et souffre de graves troubles dans « 85 à 90 % des cas ». Les conséquences physiques et psychiques sont telles que, « dans un monde civilisé, [...] rempli de femmes de plus de cinquante ans », il faut tenir compte, malgré l'absence de statistiques, de « the untold misery of alcoholism, drug addiction, divorce and broken homes caused by these unstable, estrogen-starved women »²⁷³¹. Pour Wilson, le sort fait à la

²⁷²⁸ Entretiens de Tenon, 1972, p. 142.

²⁷²⁹ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlné, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 95.

²⁷³⁰ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlné, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 97.

²⁷³¹ Robert A. Wilson, « The Fate of the Nontreated Postmenopausal Woman », *Journal of the American Geriatric Society*, 1963, vol. II, p. 355., à savoir « le drame caché de

femme ménopausée est indigne de pays civilisés et a des conséquences insoupçonnées. Pour promouvoir le traitement hormonal de substitution qu'il préconise, il emploie des arguments qu'on pourrait qualifier de « profémistes » : il remarque, en effet, que si le médecin-homme subissait les mêmes conséquences physiques du fait de l'andropause, les recherches sur ce type de troubles seraient beaucoup plus nombreuses et avancées. Si par exemple il avait à subir, comme les femmes ménopausées, l'atrophie de son appareil génital : « Would he be as indifferent to genital atrophy as he now appears to be ? We think not »²⁷³². Et ce médecin, plus attentif au sort des femmes, leur prescrirait un THS. En 1969, Michel Albeaux-Fernet, endocrinologue, livre la même vision catastrophiste de la situation des femmes ménopausées. Il dénonce « la tare sociale » que constitue la ménopause, « plaçant les femmes, pendant une période de près de 25 ans, en état d'insuffisance ovarienne »²⁷³³, alors que la durée moyenne de vie augmente. Certes, il reconnaît que différents facteurs sont susceptibles d'intervenir dans le vécu de la ménopause: « le milieu social », « puisqu'il n'est pas douteux que les conditions économiques retentissent sur les sécrétions hormonales, à la ménopause comme à la puberté », « la vie sexuelle du couple, élément indéniable mais difficile à préciser » et le « tempérament, toute femme ressentant l'angoisse du temps qui passe mais avec plus ou moins d'intensité ». Autre élément à prendre en compte : le lieu de résidence, car selon ses statistiques, « à la campagne 32 % des femmes n'accusent aucun trouble fonctionnel à l'époque de la ménopause, alors qu'à la ville 7 % seulement ne s'en plaignent pas »²⁷³⁴. Cette rapide description des inégalités face aux troubles de la ménopause semble réunir des évidences sans creuser plus loin et sans faire référence à de quelconques études précises sur la question (peut-être n'existent-elles pas ?). On remarque cependant la volonté d'envisager ce problème dans sa dimension sociale, ce qui est une caractéristique de ces années 60-70. Cet auteur n'en voit pas les aspects positifs (les femmes n'ont plus peur d'être enceinte, par exemple)²⁷³⁵ et juge

l'alcoolisme, de l'addiction à la drogue, du divorce et des foyers brisés causés par cette femme instable privé d'œstrogène ».

²⁷³² Robert A. Wilson, *article cité*, 1963, p. 357, « Serait-il aussi indifférent à l'atrophie génitale (de la femme) comme il semble l'être ? Nous ne le pensons pas. ».

²⁷³³ Michel Albeaux-Fernet, *La ménopause*, Paris : Baillières, 1969, p. 6.

²⁷³⁴ Michel Albeaux-Ferret, *op. cité*, 1969, p. 6. Le P^r Albeaux-Ferret semble avoir une vision caricaturale des femmes vivant en milieu rural. Plus loin, dans cet ouvrage, à la page 47, il donne de ces femmes une description révélatrice : « Chez une femme de la campagne, aux réactions intellectuelles lentes, à la morphologie lourde, il faudra (au médecin) extirper, en quelque sorte, la symptomatologie fonctionnelle », pour déterminer ce qui doit être attribué aux troubles de la ménopause.

²⁷³⁵ Alors qu'en 1895, les D^r Barbaud et Rouillard affirmaient que chez les femmes du peuple, « usées par les grossesses, les allaitements, le travail brisant, les privations, la ménopause arrive de bonne heure. Mais au lieu d'une déception, c'est une délivrance qu'elle apporte. La pauvre créature voit sonner, à son apparition, l'heure d'un repos bien mérité. », in *op. cité*, 1895, p. 40.

ces femmes dévalorisées²⁷³⁶. Son but est visiblement de promouvoir le traitement qu'il est l'un des premiers à appliquer en France.

Une autre caractéristique des troubles, en particulier psychiques, liés à la ménopause, consiste en l'absence de marqueurs biologiques, car « il n'existe aucun parallélisme entre le degré de carence hormonale et celui des modifications psychologiques, qui en paraissent les témoins ». On constate le même manque de repères dans le temps: « l'instabilité psychique se manifeste longtemps avant l'arrêt des règles et persiste parfois longtemps après. Telle femme dont le déséquilibre endocrinien s'accompagne de troubles fonctionnels précis [...] reste gaie, calme et bien adaptée. Telle autre au contraire dont les règles se modifient à bas bruit, voit son comportement s'altérer et ses tendances névrotiques se caractériser sans qu'aucune correction thérapeutique modifie son état mental »²⁷³⁷. En 1956, lors des assises de la société française de gynécologie, le D^r Bédrine constate que « la ménopause s'accompagne d'un état psychique particulier, éminemment variable dans ses manifestations, allant de banales et subtiles modifications de comportement jusqu'aux états de psychose caractérisés »²⁷³⁸. Il précise que « la ménopause elle-même apparaît comme une époque [...] particulièrement riche en manifestations mentales. Celles-ci sont d'un grand polymorphisme, d'une valeur très inégale, allant depuis les simples troubles de l'humeur et du caractère jusqu'aux névroses et psychoses »²⁷³⁹. Pour les médecins, une femme ménopausée est donc avant tout une femme instable qui peine à retrouver un équilibre perdu sans que le médecin puisse se fonder sur des repères simples.

Dans les sources médicales, les femmes semblent vivre leur ménopause sous le signe de l'humiliation liée à la perte de leur attractivité sexuelle et de leur fécondité. Pour le D^r Louise Levi qui intervient en 1954 sur la « Névrose pendant la ménopause »: « C'est une crise comparable à celle de la puberté et qui est aussi délicate et aussi dangereuse [...]. Tandis que chez l'homme, la décadence sexuelle est lente et trompeuse, semblant souvent échapper à la conscience même du sujet, chez la femme, au contraire, elle se présente à une date précise et appréhendée [...] La cessation du flux menstruel est chez beaucoup de femmes ressentie comme une discrimination, presque une

²⁷³⁶ Cette dévalorisation des femmes ménopausées se rencontre souvent dans les documents médicaux mais elle n'est pas systématique. Par exemple, en 1895, Barbaud et Rouillard écrivent : « Ses goûts, ses tendances, sa tournure d'esprit perdent de leur grâce, mais c'est pour acquérir par l'expérience, par le raisonnement, des qualités nouvelles. Au lieu de se concentrer sur le rôle important mais restreint de fabriquer des enfants, elle s'élèvera peu à peu au rôle social, comme l'homme », in *Troubles et accidents de la ménopause*, Paris : Jouvet éd., 1895, p. 30.

²⁷³⁷ Hélène Michel Wolfromm, « Les troubles psychiques de la ménopause », *La ménopause*, 1955, p. 83.

²⁷³⁸ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlné, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 95.

²⁷³⁹ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlné, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 96.

humiliation, et quelques fois même, comme une mutilation »²⁷⁴⁰, ce qui renvoie à l'idée de castration. En 1969 encore, pour le P^r Albeaux-Fernet, la ménopause « se passe sous le signe de l'humiliation »²⁷⁴¹ car « il y a, à la fois, renoncement à la maternité et à la féminité »²⁷⁴². Ce terme d'« humiliation » est systématiquement repris par les médecins, qu'ils soient hommes ou femmes²⁷⁴³. Par ce terme, les écrits médicaux reprennent en réalité un texte d'Hélène Deutsch sur la ménopause²⁷⁴⁴, sans que l'interprétation qu'en donne celle-ci soit critiquée. Quant à la perte de la féminité, qui revient également dans les écrits médicaux, elle s'inspire des célèbres paroles d'Hippocrate : « Elles se déforment, deviennent hirsutes et prennent l'aspect d'un homme », ce que certains médecins traduisent par une virilisation des femmes ménopausées²⁷⁴⁵, sans discuter cette affirmation.

Mais certains s'élèvent contre cette vision catastrophiste. En 1967, le MFPPF publie dans la revue destinée aux adhérents du mouvement un article intitulé « La ménopause sans douleur »²⁷⁴⁶, par analogie avec l'accouchement du même nom. Pour les deux auteurs, femmes : « Celles qui ont été les témoins et souvent les premières bénéficiaires de cette grande révolution féminine qu'a été [...] la découverte et l'application en France de l'accouchement sans douleur, ne peuvent affronter la prochaine étape de leur vie, la ménopause, avec les normes du passé. [...] Cette seconde révolution pacifique est d'ailleurs commencée. [...] Comment ne pas établir un parallèle entre les phénomènes de l'accouchement et ceux de la ménopause ? [...] Ne faut-il pas dénouer de la même façon le réseau des préjugés accumulés depuis des générations qui ont fini par faire confondre les termes « ménopause » et « âge critique ? »²⁷⁴⁷. L'article en question se veut tout à fait rassurant, voire carrément optimiste, en affirmant qu'on peut parfaitement « dissocier ménopause et perte de la beauté, [...] ménopause et perte de la féminité, [...] ménopause et maladie [...] et vieillissement », citant des témoignages, bien orientés, de médecins et de femmes de cinquante ans. Il se termine sur ces mots : « La femme, davantage encore que l'homme, réalise ses promesses d'être humain dans la maturité »²⁷⁴⁸. Cette vision est radicalement différente des précédentes et tend à

²⁷⁴⁰ Louise Levi, « Névrose pendant la ménopause », *La ménopause*, Turin : Ed. Minerva Medica, 1955, p. 69-70.

²⁷⁴¹ Michel Albeaux-Ferret, *op. cité*, 1969, p. 39.

²⁷⁴² Michel Albeaux-Fernet, *Conférences d'actualités pratiques*, Paris : Masson, 1957, p. 21.

²⁷⁴³ Jean-Louis Lloret parle d'« humiliation narcissique », *La pré ménopause. Les troubles de la femme de 40 ans*, thèse Bordeaux, 1954, n°51, f. 23. Maurice Leichter reprend aussi ce terme, dans sa thèse, *La thérapeutique de la ménopause*, thèse Paris, 1961, n°806, f. 20..

²⁷⁴⁴ Hélène Deutsch, *Psychologie des femmes*, Paris, PUF, édition 1987, p. 392.

²⁷⁴⁵ Citées dans Barbaud et Rouillard, *op. cité*, 1895, p. 30.

²⁷⁴⁶ Georgette Gabey et Ida Ravanel, « La ménopause sans douleur », *Planning Familial*, 1967, n° 14, p. 18-22.

²⁷⁴⁷ Georgette Gabay et Ida Ravanel, *article cité*, 1967, p. 18.

²⁷⁴⁸ Georgette Gabey et Ida Ravanel, *article cité*, 1967, p. 20-22.

redonner aux femmes quelque dignité dans une vision féministe affirmée. En 1971, le D^r Rozenbaum traite également de la ménopause en des termes foncièrement différents de ses prédécesseurs et avec une problématique nouvelle²⁷⁴⁹. Il réaffirme l'actualité du problème puisque « la femme est appelée à vivre un tiers de son existence après la cessation de ses activités ovariennes »²⁷⁵⁰. Mais il ne parle plus de la femme sur le même ton que le P^r Albeaux-Fernet. Il fait bien la liste des troubles liés à la ménopause mais sans ironie ni jugement. Surtout, la différence essentielle avec l'ouvrage précédent réside dans le fait que le D^r Rozenbaum se permet de critiquer l'attitude générale des médecins vis-à-vis de la ménopause et dénonce « l'indifférence du corps médical » qu'il explique par le fait que « le médecin mâle ne souffrant pas de la ménopause, (il) a du mal à s'identifier à sa patiente dans cette situation ». Il ajoute, dans le même registre que Robert Wilson : « La ménopause serait peut-être envisagée différemment s'il se produisait à 50 ans une andropause brutale »²⁷⁵¹. D'autant que la ménopause « symbolise le début de l'involution inéluctable et angoissante ». Ce symbole « ne s'accorde pas avec un certain narcissisme qui pousse quelques médecins à s'accrocher à leur vigueur et à leur « éternelle jeunesse » avec une énergie d'autant plus farouche que leur métier est épuisant »²⁷⁵². Il n'ignore pas, non plus, les critiques féministes faites aux médecins traitant la ménopause : « On les a ainsi accusés [...] de rabaisser la femme à un être dont les capacités intellectuelles et l'équilibre mental sont esclaves d'un fonctionnement glandulaire, et non de la personnalité et de la maturité psychique que celle-ci a pu acquérir en 50 ans d'existence ». Entre les ouvrages d'Albeaux-Fernet et de Rozenbaum, publiés à deux ans d'intervalle, il y a un gouffre entre la façon dont chacun parle des femmes et des médecins. Ces deux médecins sont des spécialistes mais le premier est un endocrinologue et le second un gynécologue qui publie aussi des ouvrages sur la contraception. On peut donc penser que le D^r Rozenbaum a une vision plus large de la situation des femmes qu'il voit dans son cabinet. Il peut s'agir également d'une différence de génération.

B Le vécu de la ménopause

Pour les femmes, la ménopause se signale essentiellement par l'arrêt des règles. Cet événement peut être ressenti avec inquiétude ou soulagement. L'inquiétude semble cependant dominer car « aux yeux de l'ancienne médecine, et surtout aux yeux des femmes, les règles signifiaient une cause périodique et importante d'échanges organiques, dont la destruction [...] ou la diminution pouvait entraîner toutes sortes de troubles »²⁷⁵³. Ce moment

²⁷⁴⁹ H. Rozenbaum, *La ménopause*, Paris : éditions Merrell Toraude, 1971.

²⁷⁵⁰ H. Rozenbaum, *op. cité*, 1971, p. 9.

²⁷⁵¹ Notons qu'en 1908, le D^r Vinay consacre tout un chapitre à « La ménopause masculine », in *op. cité*, p. 111-117.

²⁷⁵² H. Rozenbaum, *op. cité*, 1971, p. 79-80.

²⁷⁵³ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlne, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 96.

important dans la vie des femmes, qui marque physiquement et symboliquement le début de la vieillesse, leur semble donc lourd de menaces plus ou moins lointaines²⁷⁵⁴. Les médecins français s'intéressent cependant peu aux règles des femmes. En 1923, « Mademoiselle » Ch. Bailly soutient à Paris une des rares thèses de médecine sur le sujet. Cette femme médecin y décrit les superstitions qui restent attachées au sang menstruel: « Dans la Marne et dans bien d'autres endroits, les charcutiers ne laissent pas entrer une femme ayant ses règles dans la pièce où ils sont en train de préparer leurs plats ; et les vigneron effrayés l'éloignent de la cuve à vin »²⁷⁵⁵. Ces traditions révèlent une sorte de fascination-répulsion pour le sang menstruel à la fois nécessaire aux femmes et néfaste aux activités humaines. De telle façon que la femme en devient « tabou » pendant cette période, en particulier dans leur vie sexuelle : « Après l'Église ce furent les médecins qui défendirent tout rapprochement conjugal pendant les règles »²⁷⁵⁶.

Mais, après 1945, l'arrêt des règles signifie essentiellement et de façon concrète la fin de la possibilité d'avoir un enfant. « Avec la cessation de ses règles, la femme qui n'a pas eu d'enfants voit disparaître tout espoir d'une maternité qu'elle a ardemment désirée et cette éventualité constitue un choc affectif souvent pénible. C'est un choc du même ordre qu'est celui des célibataires pour qui la ménopause réalise l'abandon définitif de l'espoir d'un mariage longtemps désiré »²⁷⁵⁷. Notons la persistance des clichés à propos des femmes sans enfants qui ne peuvent qu'en désirer et des femmes célibataires qui ne peuvent que renoncer à un quelconque mariage une fois ménopausées. La fin des règles signifie ainsi le renoncement, à avoir un enfant, à se marier, et peut-être à avoir une vie sexuelle. L'arrêt de la menstruation semble en fait provoquer deux types de réactions chez les femmes. La première et peut-être la plus répandue (?) est négative : les femmes se plaignent de nombreux troubles liés à la disparition des règles qui auraient joué un rôle purificateur et salutaire,

²⁷⁵⁴ Il est à remarquer que l'un des premiers ouvrages à traiter de la ménopause, paru en 1788, reprend cette vision traditionnelle des règles pour déjà la critiquer : « Nous savons actuellement que le flux menstruel n'est pas ce que la plupart des personnes du sexe ont trop longtemps et trop généralement cru, l'évacuation d'une humeur peccante et morbifique, quelques fois âcre et maligne, dont la rétention ne manque jamais d'être nuisible à la constitution par ses qualités délétères. [...] Il est actuellement reconnu que le sang menstruel ne possède aucune pareille malignité, qu'il n'est qu'une abondance de ce sang vital et par qui anime tout le système d'une personne bien portante, et que sa suppression en général n'est nullement accompagnée d'effets qui soient plus difficiles à dissiper que tout autre affection à laquelle elles sont sujettes. », in Fothergil, *Conseils pour les femmes de 45 à 50 ans*, Paris, Briand, 1788, p. 8-9.

²⁷⁵⁵ Ch. Bailly, *Le sang menstruel*, thèse de médecine, Paris, 1923, n° 241, f. 6.

²⁷⁵⁶ Ch. Bailly, *thèse citée*, 1923, f. 7.

²⁷⁵⁷ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlné, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 96.

désormais impossible. À l'opposé, certaines femmes pouvaient apprécier d'être libérées de la crainte des grossesses et des accouchements à répétition²⁷⁵⁸.

La poursuite de la vie sexuelle des femmes est directement affectée par la ménopause. Comme l'écrit élégamment le D^r Gaillard dans son *Manuel de gynécologie journalière*, en 1954 : « Un âge canonique n'élimine pas toujours la pratique de Vénus », en parlant des femmes ménopausées²⁷⁵⁹ ! La vie sexuelle ne s'arrête donc pas avec la ménopause. Le P^r Marañón précise également : « La disparition du flux mensuel est compatible avec la persistance, pendant longtemps, d'une situation fonctionnelle ovarienne et endocrine qui non seulement permet la continuation normale de la vie sexuelle, mais encore, coïncide souvent avec la plénitude de la sexualité. De plus, celle-ci ne dépend pas exclusivement des facteurs hormonaux mais, dans l'organisme mûr, elle est aussi conditionnée par les facteurs psychiques qui peuvent prolonger d'une façon extraordinaire et complète l'activité sexuelle. La femme moderne consciente qu'il en est ainsi, les tragédies provoquées par le fait de la ménopause sont aujourd'hui très peu fréquentes, alors qu'elles étaient encore courantes à la fin du XIXe siècle et au début du XXe »²⁷⁶⁰. Cette vision volontairement optimiste constitue cependant une exception car la plupart des médecins décrivent la sexualité de la femme ménopausée, encore une fois, sous le signe de l'instabilité et du déséquilibre : « La sexualité se transforme de façon variable. Tantôt une femme, autrefois calme ou même frigide, voit ses désirs sexuels se réveiller avec une inquiétante intensité. [...] prélude d'aventures multiples et leur érotisme prend la forme de nymphomanie. Tantôt, au contraire, une femme qui recherchait autrefois la compagnie des hommes, s'écarte d'eux brusquement, rompt ses attachements antérieurs, et réclame le secours de la religion. Une autre se préoccupe brusquement d'une frigidity qui jusque là ne l'avait pas gênée. [...] Enfin l'onanisme, abandonné parfois depuis l'adolescence, reprend avec fureur à la ménopause. [...] mais la masturbation n'assure d'équilibre que si elle est exempte de tout sentiment de culpabilité »²⁷⁶¹. En 1954, le P^r Lloret note également le « regain d'activité sexuelle qui frappe la femme à l'automne de sa vie et qui s'étend de la passion purement platonique ou mystique à une fureur libidineuse que rien ne peut réfréner »²⁷⁶². En 1956, le D^r Abely, psychiatre, révèle que certaines femmes ménopausées, résistant aux tentations sexuelles de part leur éducation morale ou religieuse, « dérivent leurs pulsions éroto-sentimentales vers l'amour platonique imaginaire mais non moins hypersthénique et fastidieux pour la victime désignée. [...] Le prêtre, le médecin, le patron, souvent fâcheusement élu, est

²⁷⁵⁸ Ces remarques sont tirées de l'article « Ménopause » de Margaret Lock, dans le *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique Lecourt, Paris, PUF, 2004, p. 730.

²⁷⁵⁹ Jacques-Louis Gaillard, *Manuel de gynécologie journalière*, Paris, Dion, 1954, p. 58.

²⁷⁶⁰ G. Marañón, Assises françaises de gynécologie, 1956, p. 10.,

²⁷⁶¹ Hélène Michel Wolfromm, *article cité*, 1955, p. 85.

²⁷⁶² J.-L. Lloret, *thèse citée*, 1954, f. 27.

en butte aux démarches les plus intempestives, et s'il se montre mécontent et impatient, l'érotomane se livre alors à la menace, au chantage ou aux dénonciations calomnieuses »²⁷⁶³. Fureur, ardeur, érotomanie, nymphomanie sont des termes qui reviennent sous la plume des médecins et peuvent marquer leur perplexité comme leur incapacité à imaginer une vie sexuelle active pour les femmes de cet âge. La femme ménopausée, libérée de la possibilité de procréer, apparaît à la fois ridicule et menaçante. La description du P^r Michel Albeaux-Fernet, en 1957, est encore plus détaillée : « l'action de la ménopause sur la fonction sexuelle de la femme est assez variable. Parfois on observe une exaltation de cette fonction, surtout au cours de la période pré ménopausique ». Il remarque alors, avec élégance : « il y a alors discordance évidente entre l'intensité du désir et la pauvreté des moyens de séduction ». Il poursuit dans cette veine : « À une époque où la puissance sexuelle du partenaire habituel commence à décliner, la femme exige un hommage plus fréquent à sa féminité. Brusquement, elle n'admet plus l'affaiblissement de l'excitation sexuelle par l'habitude et ne tolère plus la modération de la vie conjugale. On peut alors observer un état revendicatif à l'égard d'un partenaire notoirement insuffisant et une recherche tardive de suppléance. Cette recherche peut d'ailleurs se limiter aux simples équivalents érotiques (maquillage outrancier, teinture de cheveux, abus de tabac ou d'alcool). »²⁷⁶⁴. Les femmes non traitées éprouvent à cet âge critique un « besoin de récréation ». Elles font preuve d'une « ardeur nouvelle », qui n'est pas le résultat « d'une poussée active des forces montantes comme chez l'adolescente, mais l'expression d'un combat défensif de retardement total et d'une recherche de compensation vis-à-vis des abandons nécessaires consentis ou à consentir. Malgré certaines fraudes et artifices, la détérioration plastique est évidente, l'involution et la régression sont certaines. »²⁷⁶⁵. Les femmes deviennent alors instables, « une coquetterie inadéquate, inopportune et parfois importune²⁷⁶⁶, avec inconscience totale du naufrage du pouvoir de séduction, de la dévaluation de ses richesses, une extension des intérêts et même des expériences ». Tout cela entraîne, selon lui, de graves dangers pour les couples : « parfois, après 25 ou 30 ans de vie conjugale d'apparence heureuse et d'harmonieuse entente, elle pose brutalement le problème de la dignité de son époux et n'hésite pas à insinuer que son mariage fut une erreur dégradante ». Les propos de cet endocrinologue, mû par la volonté de banaliser le traitement de la ménopause, relève d'une misogynie a priori paradoxale chez un médecin spécialiste des femmes. Il ne constitue pas une exception et fait au contraire figure de référence sur le sujet. Certains mettent l'accent sur l'inégalité entre les femmes et le bouleversement total

²⁷⁶³ P. Abely, Assises françaises de gynécologie, 1956, p. 132.

²⁷⁶⁴ Michel Albeaux-Fernet, *op. cité*, 1957, p. 20-21.

²⁷⁶⁵ Michel Albeaux-Ferret, *op. cité*, 1969, p. 40.

²⁷⁶⁶ Suggère-t-il avoir été harcelé par ses patientes ? Il reprend, dans ce passage, les remarques faites par les médecins au tournant du siècle sur la « nymphomanie », la « salacité étonnante » des femmes vieillissantes, par exemple chez le D^r Vinay, *La ménopause*, Paris : Masson, 1908, p. 67.

apporté par la ménopause à la vie sexuelle de femmes jusque-là « normales ». En 1956, le D^r Bédrine commence par constater l'injustice qui touche les femmes, ménopausées ou non, dans leur vie sexuelle : « Rappelons, avant d'aller plus avant, qu'une activité sexuelle physiologique, telle que celle de la femme en plein épanouissement, suppose d'abord une libido suffisante, ensuite des voies génitales accueillantes et enfin un orgasme satisfaisant. Nous savons bien que, sous ces trois rapports, les femmes sont très inégalement dotées ; c'est-à-dire que les troubles observés ne sont pas l'apanage de la ménopause mais qu'ils peuvent être révélés ou exacerbés aussi bien que créés de toute pièces par elle »²⁷⁶⁷. [...] La sexualité à cette période ne subit pas toujours une évolution aussi simple. [...] Il existe de franches anomalies. [...] Dans la phase pré-ménopausique, ce « démon de midi »²⁷⁶⁸ se manifeste par un désir accentué de l'homme, par une plus grande aptitude à la copulation et par une aisance accrue dans l'obtention de l'orgasme vaginal ; ceci aboutit à la répétition de l'acte sexuel. La femme s'adonne à une coquetterie excessive ; elle devient jalouse, exaltée, sensible. Elle recherche partout des partenaires nouveaux pour assouvir ses besoins d'épanchements et, de préférence, elle est attirée par les adolescents auprès desquels elle aime jouer le rôle d'initiatrice. Au contraire, dans la phase ménopausique proprement dite, l'hyperaphrodisie est susceptible de prendre des caractères de déviation sexuelle. L'excitation génitale est essentiellement clitoridienne. [...] On assiste en effet à des transformations physiques et psychiques dans le sens de la virilisation et, sur le plan local, à un développement excessif du clitoris qui devient le centre exclusif des sensations voluptueuses. L'apaisement sexuel dans cet hypergénéralisme n'est obtenu que par le plaisir clitoridien. [...] La masturbation est extrêmement fréquente. Des instincts homosexuels peuvent également se manifester. On devine aisément à quels conflits, à quels drames on assiste parfois, sur le plan personnel, familial et social !... [...] (A l'inverse), le désir s'abolit totalement et entraîne une aversion pour l'homme. Tout rapport sexuel devient intolérable ; la femme a, pour tout ce qui touche au sexe, une répulsion qui confine à l'horreur. Ce véritable dégoût sexuel est d'ailleurs fréquemment aggravé par les troubles locaux d'atrophie vaginale, de sécheresse »²⁷⁶⁹. Si la dernière remarque relève bien d'un trouble lié aux conséquences physiques de la ménopause, le reste des appréciations relève d'affirmations gratuites qui ne sont fondées sur aucune statistique, sur aucune étude de cas, à la différence d'une communication scientifique ordinaire dans ce type de colloque. Les lieux communs y abondent, de la femme mûre initiatrice d'adolescents, transis ou ravis, à la lesbienne qualifiée de « déviante » et virilisée. Le D^r Abely, lors de ces assises, reprend l'idée de femmes ayant une « révélation tardive homosexuelle ». « On peut assister, écrit-il, à la réalisation de tendances homosexuelles jusque là

²⁷⁶⁷ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlne, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 96.

²⁷⁶⁸ Le « démon de Midi » est aussi décrit par le D^r Abely, psychiatre, qui intervient lors de la même réunion, in *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 131.

²⁷⁶⁹ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlne, *Assises française de gynécologie*, 1956, p. 103-105.

somnolentes et inconscientes »²⁷⁷⁰. Mais, contrairement à ses confrères, il évite toute ironie et toute condamnation du lesbianisme.

A l'inverse, le médecin peut remarquer une diminution de l'activité sexuelle et une perte de la libido liées à la dégradation physique entraînée par la ménopause. C'est la position de Robert A. Wilson qui déplore qu'on ait longtemps sous-estimé les conséquences de la privation d'œstrogènes sur les seins (qui deviennent « flabby and atrophic ») et sur l'appareil génital de la femme (des ovaires qui rapetissent, ainsi que l'utérus, un vagin qui devient inapte aux rapports sexuels, perdant son élasticité et régressant, lui aussi, en taille, sans parler des cas de prurit vulvaire). Ainsi: « the awaited new world of « sex without fear » may be poorly realized ». Et il aboutit à la représentation d'une femme « déssexualisée » qu'il oppose aux hommes si vigoureux de 75 ans qu'on rencontre si nombreux, par exemple sur les terrains de golf!²⁷⁷¹. Les descriptions de cette dégradation physique sont souvent dans les sources d'une précision clinique : « La patiente perd certaines caractéristiques de sa féminité : les seins deviennent flasques et s'atrophient [...] Les poils du pubis et des aisselles s'affinent [...] Les grandes lèvres se fripent, le vagin perd de son élasticité, se raccourcit, la muqueuse devient sèche, friable et des hémorragies peuvent se produire, aboutissant à une vaginite sénile »²⁷⁷². Le Pr Henri-Pierre Klotz suggère un parallèle avec les animaux : « il est possible que le partenaire masculin soit sensible à l'imprégnation hormonale de sa compagne, cette hypothèse émise pour l'espèce humaine, ayant été largement démontrée chez les autres primates. Ainsi l'attraction du singe pour la guenon est-elle fonction de l'imprégnation ostrogénique de cette dernière, le singe percevant cette imprégnation par ses cornets olfactifs qui reçoivent l'information sous forme de phéromone (hormone portée à distance). La femelle castrée n'est plus attractive ; castrée mais injectée de folliculine, elle le redevient »²⁷⁷³.

La vie sexuelle des femmes²⁷⁷⁴ semble donc dépendre de divers facteurs physiques et psychiques propres à l'entraver ou à la dévier selon les auteurs, partisans pour la plupart d'un traitement hormonal de substitution.

²⁷⁷⁰ P. Abely, Assises françaises de gynécologie, 1956, p. 132.

²⁷⁷¹ Robert A. Wilson, *article cité*, 1963, p. 356.

²⁷⁷² Aline Guillemotonia, *Traitement hormonal systématique de ménopause*, Thèse Bordeaux, 1974, n°76, f.13.

²⁷⁷³ Henri-Pierre Klotz, « Comment traiter la ménopause et combien de temps ? », *Médecine praticienne*, 1974, vol. 546, p. 46-48.

²⁷⁷⁴ D'après Michel Bozon, « Femmes et sexualité », *Femmes, genre et société : l'état des savoirs*, Margaret Maruani dir., Paris : La Découverte, 2005, p. 109 : « En 1992, les femmes en couple de plus de cinquante ans sont 80 % à avoir eu des rapports sexuels dans l'année, ce qui n'était le cas que de 51 % d'entre elles en 1970 ».

II Des troubles physiques et psychiques innombrables

Certes, les médecins se veulent systématiquement rassurants au début de leurs interventions: « la femme, bien équilibrée, intelligente, trouve en général une adaptation facilement, ne voyant dans la ménopause qu'un phénomène physiologique normal, ne représentant ni une manifestation obligatoire de vieillissement, ni une déchéance tant physique que psychologique ». Pourtant, « il n'en est pas toujours ainsi ». Défilent alors presque immédiatement tous les troubles du comportement des femmes de cinquante ans : « Au lieu de garder sa coquetterie normale, il est possible de voir la femme l'exagérer en essayant de se rajeunir d'une façon qui prête à rire. La tendance inverse se rencontre également et, au lieu de ce refus, de cette non-acceptation d'un vieillissement imaginaire, il est des femmes qui l'exagèrent, se laissant aller au négligé, à l'abandon tant physique que moral. [...] À la sensation de ce qu'elles estiment être une déchéance, nombre de femmes vont réagir en recherchant une ardeur nouvelle dans des sublimations sociales ou religieuses, intellectuelles ou artistiques. Elles auront l'occasion de trouver ainsi une compensation psychologique qui contribuera à leur garder un équilibre moral satisfaisant »²⁷⁷⁵. Ces remarques semblent plus relever des magazines féminins si méprisés et, en tout cas, ne relèvent pas de pathologies dignes d'être traitées médicalement. Il est étonnant de les trouver dans des sources médicales. En conclusion de leur intervention, ces médecins font parfois appel à des qualités bien féminines pour accepter la ménopause en prônant une résignation apaisée : « Si une telle évolution ne peut manquer d'être empreinte d'amertume, disons-nous que la ménopause ne revêt que rarement un tableau dramatique. [...] Pensons aussi que le don de soi, l'altruisme sont des sentiments bien féminins qui, en atténuant le côté personnel de ces misères, aideront à franchir ce cap définitif »²⁷⁷⁶.

Combien de femmes sont touchées par ces pathologies ? En 1953, le D^r Gilberte Bornet écrit au début de sa thèse : « Un grand pourcentage de femmes arrivées à la ménopause ont la chance de traverser cette période sans que la moindre signe ne vienne les inquiéter. Par contre les autres sont nombreuses dont la capacité de compensation est insuffisante et, pour des causes impossibles à déterminer, se voient affligées d'un cortège de signes neuropsychiques, endocriniens [...] qui transforment leur vie quelque fois pendant plusieurs années »²⁷⁷⁷. Ces femmes reçoivent donc les premiers traitements hormonaux, sujets de cette thèse, dès les années cinquante. En 1954, le D^r Jean-Louis Lloret remarque : « Au moins 25 % des femmes la traversent sans incident »²⁷⁷⁸, ce qui laisse 75 % de femmes ayant besoin d'un traitement. En 1958, une autre thèse chiffre à « 60 % des cas » les femmes qui souffrent

²⁷⁷⁵ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlne, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 99.

²⁷⁷⁶ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlne, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 108.

²⁷⁷⁷ G. Bornet, *Les troubles de la ménopause*, thèse Paris, 1953, n°370, f. 6.

²⁷⁷⁸ L.-L. Lloret, *thèse citée*, 1954, f. 11.

des troubles classiques de la ménopause sur une période « de deux à trois ans »²⁷⁷⁹. L'année suivante, une autre thèse de médecine, toujours à Paris, affirme, sans aucune référence : « des statistiques récentes indiquent que trois femmes sur quatre présentent entre 45 et 50 ans des troubles plus ou moins graves, mais caractéristiques, de la ménopause »²⁷⁸⁰. Mais, pour le P^r Gilbert-Dreyfus, qui s'oppose au traitement systématique de la ménopause : « les ménopauses bien tolérées, sinon totalement muettes [...] les crypto ménopauses [...] atteignent un ordre de grandeur de 30 à 40 % des cas »²⁷⁸¹. En 1975, le D^r Bilhaut reprend les chiffres disponibles pour les États-Unis où 25 % des femmes vont voir leur médecin ; il précise que « ce chiffre semble plus faible que ceux rapportés par les auteurs européens » sans citer ces derniers ni ses sources²⁷⁸². La lecture des chiffres cités peut ainsi laisser une impression mitigée : sur quelles études les auteurs se fondent-ils ? N'adaptent-ils pas les chiffres à leur position vis-à-vis du traitement hormonal de la ménopause ? Combien de femmes font la démarche d'aller chez le médecin, spécialiste ou généraliste, pour avoir un traitement ? Aucune statistique n'est citée. Tous ces chiffres n'ont ainsi aucun fondement statistique et résultent des « impressions » plus ou moins intéressées des médecins, ce que prouve leur grande variété. Peut-on donc limiter le nombre de femmes souffrant de troubles de la ménopause à un quart d'entre elles, voire un peu plus ?

La plupart du temps, les médecins reconnaissent d'abord que les troubles liés à la ménopause épargnent une partie des femmes²⁷⁸³. Mais ces troubles imputés à la ménopause n'en sont pas moins innombrables sans que les médecins puissent souvent faire le lien avec la privation d'hormones. Il existe cependant bien, pour un nombre mal précisé de femmes, des troubles physiques et psychiques qui les poussent à consulter, et ceci dès la quarantaine. Ceux-ci sont « d'un polymorphisme déconcertant »²⁷⁸⁴.

²⁷⁷⁹ Mahomet Rajbully, De quelques manifestations extra génitales de la ménopause, thèse Paris, 1958, n°85, f. 1.

²⁷⁸⁰ Jacques Raillard, De quelques acquisitions récentes sur la pathogénie et le traitement des troubles de la ménopause, thèse Paris, 1959, n°78, f. 1.

²⁷⁸¹ Gilbert-Dreyfus et B. Bigorie, article cité, *Gazette des Hôpitaux*, 1970, p. 557.

²⁷⁸² Jean-Pierre Bilhaut, *Les problèmes thérapeutiques de la ménopause*, thèse Caen, 1975, n°203, f. 11.

²⁷⁸³ Une enquête auprès de 1000 femmes aux États-Unis constatait en 1933 que 15,8 % des femmes interrogées n'avaient ressenti aucun trouble à la ménopause et pour 20,6 % d'entre elles la ménopause s'était bien passée : elles n'avaient souffert, au plus, que de légères bouffées de chaleur. A contrario, 10,3 % des femmes avait dû prendre au moins une journée de congé pour maladie, ce qui fait 89,7 % de femmes qui n'ont pas interrompu leur activité à cause de la ménopause, in « An investigation of the menopause in one thousand women », *The Lancet*, 1933, 1, p. 106-108.

²⁷⁸⁴ Gilberte Bornet, *Les troubles de la ménopause*, thèse Paris, 1953, n°370, f. 6. Déjà en 1788, Fothergill notait : « Elles ont des feux ou des bouffées de chaleur ; elles passent des nuits sans sommeil ; elles ont des rêves qui les fatiguent singulièrement ; leur respiration est inégale et laborieuse », in *op. cit.*, p. 12.

A Des troubles physiques infinis et douloureux

Les bouffées de chaleur sont le trouble le plus fréquemment évoqué par les femmes et représentent d'ailleurs le symbole même de la ménopause²⁷⁸⁵ même si pour certains médecins, il s'agit de « symptômes subjectifs », voire d'un « syndrome psychosomatique »²⁷⁸⁶. Ainsi, « Madame Gal... âgée de 53 ans se présente à la consultation contrainte par des bouffées de chaleur qui surviennent sans cause apparente de plus en plus fréquemment : 15 à 10 fois par jour et 4 à 6 fois par nuit [...] Il s'agit d'une sensation de « vapeurs chaudes » qui tantôt envahissent son visage, tantôt remontent depuis le creux épigastrique jusqu'à la tête, tantôt l'enveloppent entièrement et d'un seul coup. Cette sensation désagréable la surprend à chaque fois et lui laisse une sorte de malaise, d'angoisse ou d'inquiétude. Elles ne durent que quelques secondes et aboutissent presque toujours à une transpiration profuse et froide. [...] Quand elles arrivent la nuit, ces bouffées réveillent Madame Gal... d'autant plus que son sommeil est léger et presque jamais satisfaisant. Quelquefois aussi la bouffée s'accompagne de palpitations, voire d'extrasystole avec sensation subjective de chute dans le vide fort déplaisante qui vient encore s'ajouter à l'angoisse de la malade. Comme il devient presque permanent, cet état inquiète beaucoup Madame Gal... qui depuis un certain temps semble avoir changé son comportement habituel car ses proches, auxquels elle porte une sincère et très vive affection, lui reprochent d'être quelquefois insupportable. [...] Effectivement, l'interrogatoire très poussé révèle des griefs imaginaires que notre malade a vis-à-vis de la plupart de ses proches. Il y a là l'ébauche d'une manie de la persécution et de mélancolie anxieuse. Le début de toutes ces manifestations remonte à la disparition complète de ses règles qui s'est passé il y a un an et demi. »²⁷⁸⁷. Ce trouble est redouté des femmes d'autant qu'il peut se produire à n'importe quel moment dans la journée et en public. La nuit, il entraîne un mauvais sommeil coupé de réveils et donc une insomnie. Il peut affecter les femmes plusieurs années et empoisonner leur vie : « Nous avons tous observé des femmes de 70 ans, ménopausées depuis plus de 20 ans, et qui souffrent encore de bouffées de chaleur »²⁷⁸⁸ note Jean Dalsace. Combien de femmes en souffrent ? Les médecins sont en général prudents : en 1975, le D^r Bilhaut précise que les chiffres varient entre 96 et 45 % des femmes..., ce

²⁷⁸⁵ Aux États-Unis une enquête de 1933 chiffrait à 62,8 % des femmes celles qui avaient souffert de bouffées de chaleur, in article cité, *The Lancet*, 1933, 1, p. 106. En 1982, une thèse, en France, les chiffre à 67 %, in Dominique Robert, *thèse citée*, 1982, f. 7.

²⁷⁸⁶ Jean Dalsace, article cité, *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1969, p. 2241. Mais en 1982, une thèse « bilan » sur la ménopause rapporte que « les bouffées de chaleur, considérées à tort (par certains) comme une maladie plus ou moins imaginaire invoquée par les dames de la haute société et caractérisées par des symptômes de nature hystérique ou dépressive, ont été objectivées à l'électro-encéphalogramme »²⁷⁸⁶, in Dominique Robert, *thèse citée*, 1982, f. 10.

²⁷⁸⁷ Gilberte Bornet, *thèse citée*, 1953, f. 7-8.

²⁷⁸⁸ Jean Dalsace, in *Assises française de gynécologie*, 1956, p. 8.

qui laisse une grande marge d'appréciation²⁷⁸⁹. Ces femmes prennent l'initiative de consulter leur médecin pour avoir un traitement « généralement imposé par (les patientes) qui exigent la prise d'œstrogènes »²⁷⁹⁰. Le médecin se retrouve donc en position de simple prescripteur comme pour la contraception.

Ces bouffées de chaleur peuvent être accompagnées d'autres symptômes bien plus invalidants, par exemple les « rhumatismes de la ménopause » qui représentent « un tiers des consultations de rhumatisme »²⁷⁹¹. Le D^r Jean Dalsace est un des pionniers à s'être intéressé à la ménopause à travers l'étude de ces rhumatismes qui frappent les petites articulations et empêchent les femmes de se livrer à des travaux manuels minutieux²⁷⁹². L'ostéoporose est une autre pathologie induite par la ménopause. Elle se manifeste en moyenne une dizaine d'années après la disparition des règles et se traduit par « des tassements vertébraux, une diminution de taille, des fractures spontanées »²⁷⁹³. L'ostéoporose est bien visible à l'examen radiologique. Elle est plus fréquente et plus forte chez la femme que chez l'homme²⁷⁹⁴.

Autre conséquence de la ménopause : la prise de poids. « Il était de coutume de dire autrefois qu'une femme ménopausée devient pareille à une tonne ou à un cep de vigne », le D^r Dalsace, qui rapporte ce lieu-commun, relie ces transformations physiques aux manifestations neuropsychiques de la ménopause. D'autres, comme le P^f Gilbert-Dreyfus, en font porter la responsabilité aux traitements hormonaux: « Il convient d'insister sur le fait, généralement ignoré, que les femmes qui prennent du poids après l'arrêt de leurs règles, le doivent beaucoup plus souvent à la thérapeutique qu'à la ménopause »²⁷⁹⁵. La ménopause est aussi accompagnée de ce qui est vécu comme une déchéance esthétique, un vieillissement accéléré qui désespère certaines femmes. C'est le cas de « Madame Mon... qui, à la suite de l'arrêt de ses règles, survenu à un âge relativement jeune (47 ans) assiste à des modifications de son aspect physique. Il s'agit d'une malade qui a commencé à grossir malgré un régime alimentaire très sobre et spontanément imposé. À part cela, ses cheveux ont commencé à devenir cassants et à tomber, sa peau a rapidement perdu de l'élasticité (elle voit les rides apparaître à une allure inquiétante), ses ongles cassent et d'une manière générale « elle ne se sent plus à son aise »²⁷⁹⁶.

²⁷⁸⁹ Jean-Pierre Bilhaut, *thèse citée*, 1975, f. 11.

²⁷⁹⁰ Jean Dalsace, article cité, *Semaines des Hôpitaux de Paris*, 1969, p. 2242.

²⁷⁹¹ Gilberte Bornet, *thèse citée*, 1953, f. 9.

²⁷⁹² Il rédige sa thèse en 1926 sur Castration ovarienne et troubles du métabolisme minéral, à Paris.

²⁷⁹³ J. Vignalou, A. Lemarchal et S. Bouin, article cité, *La Revue du Praticien*, 1970, p. 5354.

²⁷⁹⁴ J. Vignalou, A. Lemarchal et S. Bouin, article cité, *La Revue du Praticien*, 1970, p. 5357.

²⁷⁹⁵ Gilbert-Dreyfus et B. Bigorie, article cité, *Gazette des Hôpitaux*, 1970, p. 557.

²⁷⁹⁶ Gilberte Bornet, *thèse citée*, 1953, f. 12.

La liste des troubles liés à la ménopause est en réalité illimitée dans les sources médicales. Ils vont des bourdonnements d'oreille au rhume de cerveau, de l'hypertension artérielle à l'asthme, de la polyarthrite aux dermatoses dont le redoutable prurit vulvaire²⁷⁹⁷. Le D^r Robert A. Wilson, pionnier du RHS, fixe lui aussi la liste très longue de ces troubles physiques: cholestérol, tension, ostéoporose, arthropathies, diabète, désordre du système endocrinien (qui devient, pour lui, un « chaos »), déséquilibre du système nerveux²⁷⁹⁸.

Les femmes ménopausées souffrent de pathologies douloureuses, en particulier les rhumatismes. Le D^r Gilberte Bornet décrit le cas d'une de ses patientes à l'hôpital, Madame Luc..., « qui vient consulter parce que depuis que ses règles se sont arrêtées, elle a des douleurs passagères mais intenses et très fréquentes non seulement dans ses articulations (surtout interphallangienne et au poignet) mais aussi dans les os et les masses musculaires [...] Madame Luc... a une sensation d'oppression précordiale et le sentiment de la présence d'une « boule » qui remonte au long de son œsophage pour se fixer finalement dans son arrière-gorge au point de l'empêcher d'avaler même des liquides [...] Elle se plaint de violentes céphalées de la nuque »²⁷⁹⁹. Le D^r Bornet relate également le cas de Madame Bor..., 53 ans, qui « nous consulte en août 1951 [...] pour douleurs violentes dans toutes les articulations qui provoquent une impotence fonctionnelle d'autant plus gênante que la malade est sténodactylo. La violence des douleurs est telle que la patiente ne peut pas dormir la nuit et même réveillée ne peut pas trouver une position qui soulage. [...] Douleurs violentes dans les deux épaules, douleurs qui ont provoqué une impotence fonctionnelle portant surtout sur les mouvements de rétro pulsion et de rotation externe des deux bras. [...] Désespérée et épuisée par l'impossibilité de dormir, Madame Bor... nous consulte en août 1951. À ce moment, les douleurs avaient pris les chevilles, les articulations de la colonne cervicale, les coudes, les hanches et les genoux. »²⁸⁰⁰. La ménopause est ainsi « grande pourvoyeuse de diverses manifestations douloureuses abarticulaires ou osseuses. Bien que volontairement ignorés par certains auteurs, les « rhumatismes de la ménopause » n'en constitue pas moins un syndrome douloureux [...] qui constitue plus du tiers des cas de consultations de rhumatisme. En le décrivant, le P^f Leriche le caractérisait par « un ensemble de manifestations douloureuses, sourdes, erratiques, perçues aussi bien dans le muscle que dans l'os. [...] Les lésions anatomiques qui caractérisent le syndrome consistent en une raréfaction du tissu osseux et une certaine déformation des extrémités osseuses avec ou sans nodosités. »²⁸⁰¹.

²⁷⁹⁷ François Alaux, *De quelques conséquences de la ménopause*, thèse de médecine, Paris, 1955, n° 10, f. 4, 5, 7, 18, 19 et 25.

²⁷⁹⁸ Robert A. Wilson, *article cité*, 1963, p. 350-354.

²⁷⁹⁹ Gilberte Bornet, *thèse citée*, 1953, f. 8.

²⁸⁰⁰ Gilberte Bornet, *thèse citée*, 1953, f. 30-31.

²⁸⁰¹ Gilberte Bornet, *thèse citée*, 1953, f. 9.

Les femmes ménopausées peuvent également éprouver des douleurs lors des rapports sexuels : dyspareunie, voire vaginisme. Certes : « Peu nombreuses sont les femmes qui consultent le gynécologue pour des perturbations de leurs habitudes sexuelles. [...] La pudeur retiendra un certain nombre de patientes loin du cabinet médical. Il est donc difficile de déterminer avec précision la fréquence de ces troubles du coït. [...] Chez les femmes (ménopausées) on peut constater les phénomènes d'atrophie génitale qu'il est en vérité banal de rappeler : les poils se raréfient, les lèvres perdent leur consistance normale ; [...] Le calibre et la longueur du conduit vaginal diminuent... [...] Et la dyspareunie s'installe. La douleur est annoncée auparavant par des sensations de brûlure vaginale susceptibles même de réveiller la malade la nuit. [...] Plus souvent encore, c'est l'acte sexuel qui éveille, au début, ces sensations pénibles. Le coït devient désagréable ; la femme éprouve une sensation de sécheresse vaginale pénible ; peu à peu il devient franchement insupportable, exacerbant les sensations de cuisson vaginale et obligeant les malades à y renoncer. La cause de cette dyspareunie vaginale réside d'abord dans l'atrophie de la muqueuse du vagin. [...] L'infection se greffe rapidement sur ces muqueuses malade aboutissant en fin de compte à la vaginite »²⁸⁰². Autre syndrome douloureux : le prurit vulvaire : « Il est d'abord inconstant et supportable, n'apparaissant qu'à la chaleur du lit ou à la suite du coït, rapidement il devient permanent et féroce, persistant jour et nuit. [...] Si l'infection s'en mêle, on observe alors un suintement purulent, [...] les petites lèvres sont le siège de fissures abominablement douloureuses »²⁸⁰³. Cette redoutable affection est jugée être « d'un pronostic grave » par le D^r Hélène Michel-Wolfromm car il peut être parfois « assez violent pour pousser les femmes au suicide », étant, selon elle, « l'expression constante de la frustration sexuelle »²⁸⁰⁴. Ces pathologies éprouvantes s'accompagnent souvent de troubles psychiques redoutés des patientes et de leur entourage.

B Des risques de troubles mentaux

La santé mentale des femmes constitue le plus grave problème évoqué par les médecins spécialisés dans la ménopause ! Les femmes semblent devenir particulièrement perturbées voire dangereuses à partir de la ménopause, pour les autres, les hommes en particulier, et pour elles-mêmes. Tous les médecins interventionnistes insistent sur les risques accrus de dépression à ce moment-là, sans prendre en compte généralement les autres éléments, non physiologiques, de la vie des femmes de cet âge : le départ des enfants, la charge des parents âgés, les difficultés conjugales, la dévalorisation sociale systématique de la femme vieillissante.

Traditionnellement et depuis la fin du XIX^e siècle, les médecins français affirment constater chez certaines femmes ménopausées une véritable « fureur

²⁸⁰² H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlne, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 106.

²⁸⁰³ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlne, *Assises françaises de gynécologie*, p. 107.

²⁸⁰⁴ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1955, p. 87.

utérine », qu'ils assimilent à un « délire sexuel »²⁸⁰⁵. Cette fureur semble parfois se manifester dans le domaine religieux : en 1895, les D^r Barbaud et Rouillard parlent de « délire religieux », d'« exaltation religieuse extrême »²⁸⁰⁶. De même, le D^r Vinay, en 1908, consacre une page entière au « délire religieux, mysticisme avec hallucinations de la vue et de l'ouïe sous forme de spectacles et de concerts célestes »²⁸⁰⁷. Néanmoins, ce type de trouble n'apparaît plus que rarement dans les ouvrages postérieurs et semble donc bien connoté par son époque. En 1953, le D^r Bornet signale bien le cas d'une de ses patientes à l'hôpital, Madame Oll., qui consulte pour « céphalées et vertiges intenses, nervosité importante, angoisse, crises de larmes faciles, sensations de mouches volantes, hallucinations visuelles »²⁸⁰⁸, mais cette fois-ci aucune dimension religieuse n'est précisée. En 1957 le P^r Albeaux-Fernet décrit encore des « délires d'exaltation mystique et religieuse »²⁸⁰⁹ ; il n'en fait cependant plus la remarque dans son ouvrage suivant en 1969. Nous pouvons donc constater, incidemment, le recul des préoccupations religieuses à la fois chez les patientes et les médecins à partir des années soixante. On peut aussi penser que certaines descriptions correspondent à la simple reprise de remarques récurrentes depuis la fin du XIX^e siècle. Mais la « fureur » religieuse n'est qu'un aspect marginal des troubles mentaux de la femme ménopausée. En 1884, le P^r Benjamin Ball peut écrire : « La ménopause est une des causes les plus importantes de folie chez la femme. Non seulement on voit l'aliénation mentale se développer avec ses formes diverses, à cette époque de la vie, mais encore il existe incontestablement chez la plupart des femmes parvenues à cet âge un caractère irascible, difficile et fantasque »²⁸¹⁰. Sans aller jusqu'aux troubles mentaux, le D^r Lloret constate, en 1954, que, dès avant cinquante ans, « presque toujours les femmes traversent, durant cette période, une phase de dépression plus ou moins longue »²⁸¹¹. Quels troubles psychiques présentent exactement ces femmes ? Le plus faible est « l'anxiété latente ». Elle concerne les femmes qui « traversent sans heurt » cette période. « Il s'agit de femmes très occupées soit par une famille aimée et envahissante, soit par un mari exigeant et respecté, soit par une profession ou une vocation mystique ». Ces femmes, peu affectées mais affectées malgré tout, vont alors modifier leur apparence extérieure : « Tantôt elles font preuve d'une coquetterie excessive, tantôt au contraire d'un renoncement qui paraît prématuré ». « D'autres sont animées d'un surcroît inquiétant d'activité », elles se mettent au piano, à l'aquarelle, font du sport... D'autres enfin « changent de logement, même de

²⁸⁰⁵ Barbaud C. et Rouillard A., *op. cité*, 1895, p. 96.

²⁸⁰⁶ Barbaud C. et Rouillard A., *op. cité*, 1895, p. 98-99.

²⁸⁰⁷ C. Vinay, *thèse citée*, 1908, f. 68.

²⁸⁰⁸ Gilberte Bornet, *thèse citée*, 1953, p. 44.

²⁸⁰⁹ Michel Albeaux-Fernet, *op. cité*, 1957, p. 24.

²⁸¹⁰ M. Yarek, *Considérations cliniques sur les troubles psychiques au cours des trois grandes étapes génitales de la femme*, thèse de médecine, Paris, 1956, n° 289, f. 28.

²⁸¹¹ J.-L. Lloret, *thèse citée*, 1954, f. 26.

pays et se mettent à voyager ». En résumé, « elles compensent leur angoisse » et sortent sans trop de mal de l'épreuve²⁸¹². Parfois elles manifestent de réels « troubles de caractère [...] Elles réagissent par l'agressivité ou la dépression. L'agressivité donne lieu à des colères violentes, ou à des actes impulsifs qui rendent la vie de l'entourage très difficile. La femme, mariée depuis 20 ans, divorce sans qu'aucun autre attachement ne paraisse l'y inciter. La belle-mère se brouille avec ses gendres, la secrétaire injurie son patron, la gérante renvoie son personnel. ». En cas de dépression, elles risquent la « névrose »²⁸¹³.

Les femmes ne sont pas égales devant ces troubles. Pour le D^f Abely, psychiatre: « Celles qui payent le plus lourd tribut aux troubles névrotiques ou psychiques de la ménopause sont les isolées, les célibataires, les divorcées, les veuves, les abandonnées, celles nanties de maris ou d'amants trop durs ou trop faibles, celles qui ont perdu un enfant, celles qui, obligées de gagner leur vie à elles seules, sont touchées par la loi cruelle de l'âge et vivent dans l'incertitude matérielle de l'avenir, celles qui n'ont pas connu les joies de la maternité. Il faut aussi retenir la fragilité héréditaire. [...] Ce sont aussi celles qui abordent ce moment important de leur vie avec un épuisement nerveux ou physique préalable, après une existence douloureuse marquée de drames affectifs »²⁸¹⁴. Cette énumération semble concerner la plus grande partie des femmes. Heureusement, le D^f Abely, est, au final, plutôt rassurant : « Dans une statistique approximative, on peut retenir que si le tiers environ (des femmes ménopausées) subit quelques modifications caractérielles transitoires qui ne méritent pas l'épithète de malade, dix pour cent environ de ménopausées présentent des troubles névrotiques légers et épisodiques, un pour cent des troubles névrotiques plus importants, quant aux psychoses sérieuses, elles semblent pouvoir se situer dans une proportion de deux à trois pour mille. Malgré tout cette proportion reste assez importante et il faut reconnaître que la clientèle psychiatrique se recrute pour un bon quart parmi les névroses ou les psychoses en relation avec la ménopause »²⁸¹⁵. Aux États-Unis, le D^f Robert A. Wilson, pionnier du THS, fait le même constat et crée le concept de « menopausal negativism », « a cow-like feeling ». Ce dernier trouble, distinct de la dépression, peut être traduit par la propension à tout interpréter de façon négative : « the world appears as a grey veil, and they live as docile harmless creatures missing most of life values. [...] A problem of vast proportions »²⁸¹⁶.

Quelles solutions la médecine peut-elle apporter ? Le D^f Abely préconise un climat familial apaisant susceptible de jouer un rôle « prophylactique » à l'égard des troubles psychiques de la ménopause. Pour lui : « L'attitude du

²⁸¹² Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1955, p. 84.

²⁸¹³ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1955, p. 85.

²⁸¹⁴ P. Abely, Assises françaises de gynécologie, 1956, p. 130.

²⁸¹⁵ P. Abely, Assises françaises de gynécologie, 1956, p. 131.

²⁸¹⁶ Robert A. Wilson, *article cité*, 1963, p.p. 352-353 : « le monde apparaît à travers un voile gris et elles vivent comme des créatures dociles et inoffensives en marge de la plupart des valeurs de la vie. Un grave problème »

compagnon de route suffisamment averti, ainsi que celle des enfants, peut être déterminante. Plus peut-être qu'à toute autre période critique de sa vie, la femme a alors besoin d'un minimum de tendresse, de ménagements, d'indulgence, d'attention, d'environnement. Combien de maris volages ou brutaux, cyniques ou simplement indifférents, combien d'enfants égoïstes et abusifs ont compromis le retour d'âge de leur épouse ou de leur mère »²⁸¹⁷. Il reste sceptique vis-à-vis d'un traitement hormonal car il « reste imprévisible et paradoxal : ainsi [...] Donovan et Rochester ont distribué à leurs malades alternativement hormones et « placebos » avec des résultats analogues. Le geste thérapeutique a compté autant, ou si peu, que la substitution endocrinienne ». Pour le D^r Michel-Wolfromm, « l'isolement sera dès lors nécessaire, associé ou non à une cure de sommeil, à des électrochocs. »²⁸¹⁸, mais l'important, finalement, pour ces traitements est « la confiance qu'inspire à la femme leur apparence scientifique »²⁸¹⁹ ! Mais les endocrinologues ne l'entendent pas ainsi et tiennent à mettre en avant leur spécialité. En 1969, Michel Albeaux-Fernet décrit la santé mentale des femmes ménopausées, sans traitement hormonal, de façon apocalyptique. Il note, ainsi, une « véritable modification de la personnalité ». Les traits névrotiques, de ces femmes, « se précisent » pendant la ménopause. « Les narcissiques poursuivent désespérément le fantôme de leur jeunesse ; souvent ridicules, habillées trop court, le cheveu flamboyant, la parole charmeuse, elles vont d'instituts de beauté en interventions esthétiques. Les intellectuelles se découvrent de multiples talents et sombrent dans une activité hypomaniaque qui les épuise. Les mères de familles, après avoir définitivement échoué dans l'éducation de leurs propres enfants²⁸²⁰, cherchent à satisfaire leur manie du dévouement sur ceux des autres ; elles se dispersent en des œuvres sociales, objets de compétition, de rancune et d'aigreur²⁸²¹. Les célibataires, déçues du contact humain, se rabattent sur les animaux, à moins qu'elles ne versent dans les amitiés troubles avec des femmes dont l'homosexualité se passe quelquefois de consommation, rarement de jalousie²⁸²². [...] Si la personnalité s'y prête, c'est [...] l'indifférence, la

²⁸¹⁷ P. Abely, Assises françaises de gynécologie, 1956, p. 137.

²⁸¹⁸ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1955, p. 85.

²⁸¹⁹ Hélène Michel-Wolfromm, *article cité*, 1955, p. 83.

²⁸²⁰ Les « événements de 1968 » viennent d'avoir lieu...

²⁸²¹ Il se contente de reprendre ici des observations développées avant ses travaux, sous la plume du D^r Lloret par exemple, en 1954, qui écrit dans sa thèse : « La surexcitation intellectuelle va l'orienter maintenant vers des activités artistiques ou littéraires, [...] ou vers la réalisation d'idéaux sociaux ou encore vers un regain d'activité professionnelle », in *thèse citée*, 1954, f. 25.

²⁸²² À noter que cette propension à mettre à part les femmes célibataires, sous-entendant qu'elles souffrent de troubles spécifiques de part leur célibat semble erronée. Une enquête aux États-Unis, en 1933, démontrait déjà qu'il y avait de très faibles différences statistiques par rapport aux troubles physiques et mentaux attribués à la ménopause entre les femmes mariées et les femmes célibataires, Par exemple, 30,4 % des femmes mariées

tendance à l'isolement qui s'installe peu à peu »²⁸²³. En bref, aucune femme, ou presque, n'échappe aux troubles de la ménopause. Pour cet endocrinologue, toute femme ménopausée est une malade au comportement révélateur, qu'il faut « traiter ». Ces portraits de femmes ménopausées, destinés à convaincre de la nécessité d'un traitement, ressortent cependant plus du cliché que de l'analyse. Le P^r Albeaux-Ferret poursuit dans cette veine quand il cherche à expliquer ces troubles. Selon lui, « la femme perd tous les présents reçus à la puberté : toutes les merveilleuses acquisitions physiques de cette période s'effritent, les caractères sont affectés, la beauté s'évanouit²⁸²⁴. ». « La femme perd donc son existence en tant qu'objet d'attraction, en tant que créatrice de vie, protectrice et servante de l'espèce »²⁸²⁵. Voilà une fois encore les femmes reléguées au rang de mammifère supérieur, conservatrice de l'espèce humaine. Il ajoute : « les réactions agressives, le caractère acariâtre, l'autoritarisme et les manifestations de jalousie sont fréquentes »²⁸²⁶. Cette description assez caricaturale, qui fait de la femme ménopausée une mégère, reprend les descriptions des ouvrages médicaux du début du XX^e siècle²⁸²⁷ mais fait peut-être aussi référence aux échos des idées féministes qui commencent à se répandre en France. Il est bien étonnant de trouver pareille expression d'animosité dans un ouvrage de médecine. La solution ? Un traitement hormonal adapté et, pour les psychoses, que la ménopause favorise et met en évidence, « des antidépresseurs et des électrochocs »²⁸²⁸. Ce jugement radical tient plus du cliché que du texte scientifique et ignore les quelques travaux antérieurs qui remettent en cause cette vision traditionnelle de « l'âge critique » chez la femme²⁸²⁹. Les écrits du P^r Albeaux-Ferret sont cependant repris tels

disaient avoir souffert d'instabilité nerveuse contre 32 % pour les femmes célibataires, sur 1 000 femmes interrogées, in article cité, *The Lancet*, 1933, 1, p. 106.

²⁸²³ Michel Albeaux-Ferret, *op. cit.*, 1969, p. 15.

²⁸²⁴ Là encore il reprend un lieu-commun du XIX^e siècle : Barbaud et Rouillard parlaient déjà en 1895 de la ménopause « qui sonne le glas de la beauté », in *op. cit.*, 1895, f. 29.

²⁸²⁵ Michel Albeaux-Ferret, *op. cit.*, 1969, p. 39-40. Il se contente ici, comme dans les lignes précédentes de reprendre mot pour mot ses déclarations lors d'une conférence en endocrino-rhumatologie, donnée en 1957, *op. cit.*, p. 19-20. Ses déclarations sont elles-mêmes citées mot pour mot dans une thèse de médecine de 1961, celle du D^r Maurice Leichter, *La thérapeutique de la ménopause spontanée en fonction des phénomènes physiologiques et pathologiques*, Paris, n^o 806, f. 19-20.

²⁸²⁶ Michel Albeaux-Ferret, *op. cit.*, 1969, p. 40-41.

²⁸²⁷ Mais le D^r Vinay, par exemple, note que les femmes, à la ménopause, font « un nouveau bail avec la vie [...] Elles entrent dans une période intéressante de la vie, celle de la grande paix physiologique », in *thèse citée*, 1908, f. 110.

²⁸²⁸ Michel Albeaux-Ferret, *op. cit.*, 1969, p. 42. C'était déjà la thérapeutique proposée en 1957, dans son ouvrage précédent : *ouvrage cité*, 1957, p. 25. Par contre, en 1788, Fothergill conseille, lui, de « ne faire aucun usage de viandes : si elles peuvent vivre deux ou trois fois par semaine de puddings, d'herbages et de mets où ils entrent (c'est très bien) », in *op. cit.*, p. 28. On mesure la différence d'époque et donc de prescriptions...

²⁸²⁹ Par exemple, la thèse de Madjib Yarek, *thèse citée*, datant de 1956.

quels dans des travaux postérieurs : ainsi le D^r Aline Guillemotonia décrit exactement de la même façon le sort des femmes ménopausées. On retrouve dans sa thèse soutenue en 1974 « les intellectuelles qui « se découvrent de multiples talents » aux côtés des mères de famille qui « cherchent à satisfaire leur manie du dévouement » et des célibataires qui « se rabattent sur les animaux »²⁸³⁰.

C Une causalité mal établie

L'origine des troubles bien réels de la ménopause reste mystérieuse. Un médecin s'exclame: « Ménopause, crépuscule de la féminité ! Un des tournants si redoutés de la vie des femmes ! Annonceur des perturbations qui vont affecter la personne physique comme la personne morale [...] Tout est si intimement lié dans l'organisme féminin que le moindre trouble, où qu'il siège, fait tâche d'huile et s'étend à l'ensemble de la machine »²⁸³¹.

Les troubles physiques sont généralement attribués à la mise au repos des ovaires et au défaut d'hormones sexuelles qui s'ensuit. En 1953, le D^r Catois n'hésite pas à affirmer: « Les différents symptômes de la ménopause se rattachent donc tous directement à une seule et même carence hormonale. Il semble donc qu'il soit très simple d'obtenir un traitement étiologique facile, en remplaçant la sécrétion ovarienne déficiente »²⁸³². Pour Robert A. Wilson tous ces troubles sont liés au déficit d'hormones sexuelles, entraîné par la ménopause et qui peut être prévenu et traité par le THS dont il est le chantre²⁸³³.

Mais, pour la plupart des médecins, les femmes semblent des êtres complexes, développant d'importants troubles psychosomatiques dont il est malaisé de cerner la cause. En 1956, le P^r Netter constate : « L'arrêt des règles, en marquant une date, crée un choc psychologique défavorable qui peut entraîner des troubles par lui-même. Qui connaît la richesse et la complexité de la séméiologie psychosomatique peut imaginer la variété des désordres fonctionnels engendrés par la disparition de la menstruation. Qu'une affection somatique plus ou moins latente préexiste, et celle-ci va se révéler sous ses aspects les plus dramatiques, la ménopause jouant le rôle du cristal qui fait passer d'un état à l'autre un liquide en surfusion. Telle femme, apparemment bien portante jusqu'alors, subit alors le cataclysme de crises d'asthme subintrantes, de coliques hépatiques, voire une comitialité²⁸³⁴ qui couvait à l'état potentiel. Il n'est pas démontré, au demeurant, que ces désordres soient purement psychosomatiques. La complexité des réactions hormonales [...] crée toute une série de perturbations [...] qui peuvent diffuser [...] à toutes les

²⁸³⁰ Aline Guillemotonia, *Thèse citée*, 1974, f. 4.

²⁸³¹ H. Bédrine, J. Poiteau et P. Houlné, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 95.

²⁸³² Henri Catois, *Contribution à l'étude des conceptions actuelles de la ménopause*, thèse de médecine, Paris, 1953, n° 858, f. 25.

²⁸³³ Robert A. Wilson, *article cité*, 1963, p. 355.

²⁸³⁴ Crises de type épileptique.

glandes endocrines et, partant, au système neurovégétatif »²⁸³⁵. Le D^r Rajbully admet lui aussi en 1958 : « L'asthme paraît apparaître soit à la ménopause soit, lorsqu'il existait déjà, subir des modifications, le plus souvent défavorables. [...] Plus rarement, l'asthme disparaît à la ménopause [...] le plus souvent pour céder la place à d'autres manifestations du même ordre telles que l'eczéma »²⁸³⁶. En 1961, encore, la conclusion d'une thèse de médecine reste dans le vague : « Des inconnues persistent encore dans l'explication du mécanisme de déclenchement et d'entretien de ces divers troubles malgré les nombreuses recherches qui y ont été consacrées »²⁸³⁷. En 1961, pour le D^r Maurice Leichter : « on ignore pourquoi certaines femmes ne souffrent pas du climatère car au point de vue biologique il n'y a aucune différence avec les autres »²⁸³⁸. Même en 1974, le phénomène reste complexe aux yeux des médecins français, car « il n'est pas possible de rattacher uniquement à la carence ovarienne les troubles observés à la ménopause : ces troubles n'apparaissent pas inéluctablement chez toutes les femmes ménopausées, leur date d'apparition et leur intensité sont très variables d'une femme à l'autre »²⁸³⁹.

Seules les bouffées de chaleur sont reconnues comme un véritable « symptôme ménopauso-dépendant, œstrogène-dépendant »²⁸⁴⁰. Mais, « la pathogénie n'est pas élucidée. On pense qu'elles sont probablement dues à une dilatation des artérioles produite par des variations soudaines de la concentration sanguine en œstrogènes »²⁸⁴¹. Plusieurs théories s'affrontent d'ailleurs dans les années 70²⁸⁴². Seule certitude : leur survenue est en rapport direct avec la carence ostrogénique apparaissant quand le taux d'œstrogènes s'abaisse, disparaissant quand on donne des œstrogènes »²⁸⁴³.

Quelques médecins remettent en cause le lien systématique entre troubles psychiques et ménopause. Ces psychiatres se montrent d'abord sceptiques sur cette relation de cause à effet : « Nombreuses sont les femmes qui doublent avec sérénité le cap de la ménopause, sans avoir subi la plus légère tempête. Tous les aliénistes considèrent justement que les troubles mentaux qui apparaissent fréquemment à l'âge critique sont en réalité des états antérieurs réactivés peut-être spécifiquement. »²⁸⁴⁴. C'est également le jugement du

²⁸³⁵ A. Netter, H. Yaneva, Y. Salomon et F. de Lestrade, *Assises françaises de gynécologie*, 1956, p. 13.

²⁸³⁶ Mahomet Rajbully, *thèse citée*, 1958, n° 852, f. 7.

²⁸³⁷ R.-P. Champspierre, *Contribution à l'étude endocrino-psychiatrique de la ménopause*, thèse Paris, 1960, n°867, f. 58.

²⁸³⁸ Maurice Leichter, *thèse citée*, 1961, f. 22.

²⁸³⁹ Aline Guillemotonia, *thèse citée*, 1974, f. 9.

²⁸⁴⁰ A. Netter, « Qu'est-ce que la ménopause ? », *Le Vie médicale*, 1971, 52, 3, p. 4885.

²⁸⁴¹ Aline Guillemotonia, *thèse citée*, 1974, f.11.

²⁸⁴² Le D^r Bilhaut les détaille dans sa thèse : *thèse citée*, 1975, f.14.

²⁸⁴³ J. Vignalou, A. Lemarchal et S. Bouin, article cité, *La Revue du Praticien*, 1970, p. 5354.

²⁸⁴⁴ M. Yarek, *thèse citée*, 1956, f. 29.

D^r Gentis : « Et, en fait, le rôle de la ménopause [...] est justement d'actualiser ce qui pouvait être jusque là passé sous silence »²⁸⁴⁵. Il décrit dans la suite de sa thèse 192 cas de femmes âgées de plus de 40 ans et internées dans un hôpital psychiatrique de la région lyonnaise. Ces femmes, souvent hospitalisées après une tentative de suicide, ont toutes comme caractéristique commune d'être ménopausées et de voir leur état mental systématiquement relié à leur âge. Le D^r Gentis mentionne bien d'autres facteurs d'explication (violences familiales mais aussi traumatismes dus à la guerre, etc.), en dehors de leur situation de femmes ménopausées mais elles sont regroupées sous cette rubrique. Elles sont pour la plupart soumises à des électrochocs, parfois avec un « résultat remarquable : la malade retrouve l'appétit, se sent décidée à reprendre son travail et ne souffre absolument pas »²⁸⁴⁶. Ce traitement « demeure sans résultats » dans d'autres cas²⁸⁴⁷ ; enfin, une femme subit un électrochoc qui « a tôt fait de lui briser l'humérus »²⁸⁴⁸ et une autre « meurt au cours d'un électrochoc »²⁸⁴⁹. Les descriptions des traitements subis par ces femmes en hôpital psychiatrique font froid dans le dos. D'autant que « c'est lorsque toutes les tentatives effectuées (et les auteurs américains n'hésitent pas à pratiquer jusqu'à 7 ou 8 séries de chocs échelonnées sur plusieurs mois) ont échoué à rendre la malade à la vie sociale, que doit être tentée la lobotomie préfrontale »²⁸⁵⁰, une technique alors très pratiquée aux États-Unis mais également en France ; elle n'est cependant pas citée en tant que telle dans les observations des malades et la description de leur traitement, souvent elliptique. Le D^r Gentis est en réalité très critique sur l'explication systématique de ces troubles par le choc de la ménopause. Il est justement un de ces jeunes psychiatres d'après-guerre qui remettent en cause ce qui s'appelait dans la nomenclature officielle de l'époque « la mélancolie d'involution », c'est-à-dire attribuée au vieillissement psychique sinon cérébral, qui frapperait donc les femmes ménopausées. Pour lui, « la mélancolie d'involution, ça n'existait pas, ce qui existait c'était d'une part des états mélancoliques vrais, comme à tout âge, et d'autre part, toute une gamme d'états dépressifs qui avaient beaucoup à voir, justement, avec la personnalité, le caractère, les conditions socio-économiques, l'enfance, même, de ces personnes-là »²⁸⁵¹. Quelques années plus tard, le D^r Champspierre remet le problème en perspective : « Les auteurs du XIXe siècle faisaient jouer à la ménopause un rôle considérable dans

²⁸⁴⁵ Roger Gentis, Les états dépressifs de l'âge moyen de la femme, 1954, n° 81, p. 19.

²⁸⁴⁶ Roger Gentis, *opus cité*, 1954, observation n° 17, non paginée.

²⁸⁴⁷ Roger Gentis, *opus cité*, 1954, observation n° 43, non paginée.

²⁸⁴⁸ Roger Gentis, *opus cité*, 1954, observation n° 75, non paginée.

²⁸⁴⁹ Roger Gentis, *opus cité*, 1954, observation n° 192, non paginée.

²⁸⁵⁰ Roger Gentis, *opus cité*, 1954, p. 59.

²⁸⁵¹ Patrick Faugeras, *Un psychiatre dans le siècle. Rencontre avec Roger Gentis*, Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, 2005, p. 19.

l'apparition des psychoses. En fait les psychoses qui apparaissent pour la première fois à l'âge critique sont relativement rares »²⁸⁵².

Rares également sont les médecins qui prennent en compte l'aspect social et culturel du problème. Certains, comme le D^r Dalsace, ont une approche psychosomatique de ces troubles : « Chaque femme fait sa ménopause à sa façon comme le dormeur fait ses rêves ». Il ajoute : dans nombre de cas « les femmes (sont) réellement conditionnées vis-à-vis de la ménopause comme elles le sont vis-à-vis des douleurs de l'accouchement » ; une différence : l'accouchement est un acte relativement bref dans la vie d'une femme, la ménopause est une « période qui dure »²⁸⁵³. Pour le D^r Louise Levi, il faut d'abord tenir compte des représentations traditionnelles dévalorisantes des femmes de plus de cinquante. « Les femmes d'âge mûr – la « vieille fille » et la « belle-mère »²⁸⁵⁴ sont depuis des siècles à la merci de jugements négatifs et humiliants : ce sont des types comiques et, à la fois, antipathiques, sujets à la plaisanterie [...] Elles ne savent pas renoncer à leur jeunesse [...] Elles n'obtiennent de leurs semblables que répulsion et mépris. »²⁸⁵⁵. La solution réside donc pour Louise Levi dans un changement des mentalités par rapport aux femmes, par un rôle différent dans la société que celui qui leur est traditionnellement réservé (et que les femmes médecins de l'association n'ont pas suivi). Il lui semble qu'échappent seules aux troubles psychiques de la ménopause, « les femmes [...] qui savent posséder une valeur et une fonction sociale supérieure et indépendante des fonctions sexuelles, (et) peuvent affronter la ménopause sans trop de souffrances morales ; tandis qu'au contraire, celles qui trouvaient leur valeur personnelle uniquement dans leur féminité, celles-là sont vouées à la faillite. ». Seule solution, pour elle : « la valorisation sociale de la femme, son émancipation économique, morale et spirituelle, le respect du milieu ambiant, (qui) constituent la meilleure défense contre les dépressions et les névroses de la ménopause »²⁸⁵⁶. Il est très rare de trouver un tel commentaire dans un écrit médical, surtout à cette date. Certes les femmes à qui s'adresse le D^r Levi sont comme elle, émancipées économiquement, au minimum. C'est cependant la seule intervention de ce type, qu'on pourrait qualifier de féministe, parmi toutes celles de ce congrès de femmes médecins. En 1956, le P^r Marañón développe le même type d'analyse : « Le syndrome ménopausique de beaucoup de ces anciennes malades²⁸⁵⁷ était créé par les préjugés du milieu scientifique, littéraire et empirique. La ménopause est dans la plupart des cas une phase normale avec les caractéristiques propres à la phase de l'involution mais sans être proprement

²⁸⁵² R.-P. Champspierre, *thèse citée*, 1960, f. 46.

²⁸⁵³ Jean Dalsace, article cité, *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1969, p. 2241.

²⁸⁵⁴ Déjà évoquée par les auteurs de la fin du XIXe, par exemple Barbaud et Rouillard : « C'est l'âge classique des belles-mères », in *op. cité*, 1895, p. 37.

²⁸⁵⁵ Louise Levi, *article cité*, 1955, p. 71.

²⁸⁵⁶ Louise Levi, *article cité*, 1955, p. 72-73.

²⁸⁵⁷ C'est-à-dire du XIXe siècle et du début du XXe.

pathologique »²⁸⁵⁸. Le D^r Jean Dalsace recadre lui aussi ces troubles « sous la dépendance des conditions de vie ». Celles qui ont des conditions de travail difficiles sont plus vulnérables, en particulier sur le plan psychique. Pour lui, « les femmes astreintes à une vie pénible : standardistes, enseignantes, mécanographes » montrent plus fréquemment que d'autres des troubles neuropsychiques, ainsi que « les femmes oisives qui s'écoutent »²⁸⁵⁹. Ce type de remarque « sociale » n'est pas étonnant chez ce médecin qui a longtemps été un militant communiste.

Les recherches actuelles concluent dans le même sens. En 1982, Dominique Robert termine le chapitre de sa thèse sur les « troubles psychiques » liés à la ménopause par ces mots : « Les auteurs conviennent qu'il n'y a pas de pathologie propre à la ménopause s'accordant sur le fait que tout la pathologie psychiatrique peut se voir. [...] Mais la fréquence de ces affections semble augmentée en période ménopausique, la ménopause jouant le rôle de révélateur. [...] Le plus souvent, il s'agit de tendances antérieures évoluant à bas bruit, et se révélant à cette période de bouleversement. [...] (Certains) auteurs signalent que le nombre des suicides féminin augmente notablement à cette époque de la vie »²⁸⁶⁰. Mais ces troubles ne concernent qu'une très faible minorité de femmes relevant d'un traitement psychiatrique. Les conclusions du D^r Dominique Robert relèvent de l'évidence, comme celles de ses aînés : « Si elle a le sentiment d'avoir bien rempli sa vie, (cette femme-là) a moins de troubles climatériques et surtout, si (elle) en a, ils sont moins nombreux et moins intenses »²⁸⁶¹. Elle relève au final que ces troubles sont « corrélés avec sa vie de couple, [...] son milieu social, [...] l'acceptation de sa situation de femme ménopausée »²⁸⁶².

III Un traitement hormonal controversé

A Un traitement mis au point aux États-Unis

La recherche sur les hormones se développe dès les années vingt avec la création d'une nouvelle spécialité, l'endocrinologie. Après la Seconde Guerre mondiale, les endocrinologues français s'intéressent particulièrement aux femmes ménopausées, privées d'hormones sexuelles et donc susceptibles de recevoir un traitement substitutif. Un autre facteur intervient, à partir de 1945, pour dynamiser les recherches sur la ménopause en France. En effet les études sur les aménorrhées liées au conflit et à la déportation se multiplient et « chez

²⁸⁵⁸ G. Marañon, Assises françaises de gynécologie, 1956, p. 11.

²⁸⁵⁹ Jean Dalsace, article cité, *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1969, p. 2243.

²⁸⁶⁰ Dominique Vexiau, Influence des facteurs familiaux, sociaux, professionnels sur les troubles ménopausiques, thèse Méd. Paris VI Broussais, 1982, n°144, 1982, f. 13.

²⁸⁶¹ Dominique Vexiau, *thèse citée*, 1982, f. 32.

²⁸⁶² Dominique Vexiau, *thèse citée*, 1982, f. 86.

les femmes, après quelques mois de régime de camp de concentration ou de disette, ont permis de réunir un nombre important d'observations précises »²⁸⁶³. Ces circonstances dramatiques vont donc favoriser la recherche médicale et la publication de thèses et d'articles à propos des troubles de l'arrêt des règles et donc de la ménopause. Enfin, les représentations de la ménopause évoluent comme le souligne le P^r Marañón en 1956 : « La vie moderne, dont le grand changement dans l'aspect sexuel, date de la première guerre européenne qui fit entrer la femme dans la vie sociale sur le même plan que l'homme, et qui donna une victoire décisive aux aspirations féministes, a transformé le concept de la ménopause. La vie s'est en général prolongée ; mais surtout le mythe de la cessation des règles équivalent à la mort sexuelle, a disparu »²⁸⁶⁴. Le traitement de la ménopause apparaît dans ce texte comme une revendication des femmes liée à la première vague du féminisme en Europe. Pourtant, le véritable tournant dans le traitement hormonal de la ménopause a lieu au début des années soixante avec l'usage de plus en plus banalisé des hormones dans le cadre de la contraception. En langage médical : « le blocage de l'ovulation ayant fait ces dernières années des progrès considérables remettait en question le problème du traitement de la cessation du fonctionnement ovarien »²⁸⁶⁵. Le point de vue des médecins évolue également. En 1969, le P^r Michel Albeaux-Fernet, endocrinologue, définit la ménopause comme « une maladie de carence hormonale répondant au traitement »²⁸⁶⁶. Ce vocabulaire s'inscrit dans le contexte de la fin des années soixante. Il est étroitement médical, puisque la ménopause y est qualifiée de « maladie » et non d'état résultant d'une évolution normale pour une femme. Par ces termes, le P^r Albeaux-Fernet veut convaincre ses lecteurs et ses lectrices que cette « maladie » est et peut être traitée médicalement. Donner à la ménopause le statut de « maladie » semble ainsi permettre de la rendre digne d'un vrai traitement médical. Cette évolution vers une médicalisation systématique de la ménopause débute ainsi à la fin des années soixante et se poursuit de nos jours.

Il existe, depuis longtemps, des traitements non hormonaux, traditionnels : ils sont très variés. Ils vont de l'hydrothérapie (bains et douches froides) à l'emploi de neuroleptiques, d'anxiolytiques et de tranquillisants²⁸⁶⁷. On conseille aussi la « psychothérapie de soutien », c'est-à-dire par un médecin non psychiatre. Enfin, on peut avoir recours au placebo qui produit « 25 % d'effets

²⁸⁶³ J. Ropers, *De quelques conséquences de la ménopause et leur interprétation*, thèse de médecine, Paris, 1952, n° 243, f. 2-3. Mahomet Rajbully constate le même phénomène, in *thèse citée*, 1958, f. 14.

²⁸⁶⁴ G. Marañón, Assises françaises de gynécologie, 1956, p. 10.

²⁸⁶⁵ J. Vignalou, A. Lemarchal et S. Plouin, article cité, *La Revue du Praticien*, 1970, p. 5353.

²⁸⁶⁶ Albeaux-Fernet Michel, *op. cité* 1969, p. 5.

²⁸⁶⁷ Par exemple, G. Pousset, dans un article de 1969, qui recommande « les sédatifs doux comme le gardénal, les tranquillisants, les antidépresseurs. », in « Traitement de la ménopause », *Cahiers médicaux lyonnais*, 1969, 45, 7, p. 681.

positifs sur les bouffées de chaleur »²⁸⁶⁸. Ces traitements ont donc une efficacité qui semble limitée. À partir des années soixante, les endocrinologues vont prescrire, à la demande des femmes, des traitements hormonaux. La ménopause va devenir un objet de traitement médical, sur la pression conjointe des femmes et des médecins spécialistes.

Comme pour la contraception, les chercheurs anglo-saxons font office de pionniers pour le traitement hormonal de la ménopause. En effet : « On constatait que des femmes prenant régulièrement des anticonceptionnels avaient franchi sans difficulté la ménopause, n'ayant éprouvé aucun des troubles de cette période, continuant à avoir leurs règles ; de plus leur organisme paraissait avoir bénéficié de cet apport hormonal, les protégeant de l'athérosclérose coronarienne, de l'ostéoporose, maintenant la libido [...] Constatant ces résultats, certains gynécologues surtout anglo-saxons proposaient de donner systématiquement à la pré ménopause des œstrogènes et progestatifs de façon rythmée afin que les femmes restent « femmes pour toujours »²⁸⁶⁹. Tout est parti des recherches outre-Atlantique : « une tendance nouvelle représentée principalement par Wilson est d'avis de traiter systématiquement les femmes et même avant l'apparition des troubles des règles »²⁸⁷⁰. Ces médecins français font allusion aux travaux de Robert A. Wilson dont l'ouvrage « Féminine pour toujours », au titre explicite en direction du grand public, à savoir les femmes, a été traduit en France en 1967²⁸⁷¹. Wilson est partisan du traitement hormonal substitutif à vie pour les femmes ménopausées comme il le démontre dans deux articles pionniers parus aux États-Unis en 1963²⁸⁷². Le débat va donc agiter le corps médical et particulièrement celui des endocrinologues à partir de cette date. On sait, aujourd'hui, que Wilson a été largement soutenu financièrement par la firme pharmaceutique américaine qui produisait ces hormones de substitution, son fils, Ronald W. Wilson, ayant reconnu que « Wyeth Ayerst (le laboratoire en question) avait payé les frais de rédaction, publication et diffusion de *Féminine Forever*, et financé la fondation de son père »²⁸⁷³.

²⁸⁶⁸ Jean-Pierre Bilhaut, *thèse citée*, 1975, f. 54-55.

²⁸⁶⁹ J. Vignalou, A. Lemarchal et S. Plouin, article cit., *La Revue du Praticien*, 1970, p. 5353.

²⁸⁷⁰ J. Vignalou, A. Lemarchal et S. Plouin, « Le traitement prolongé de la ménopause est-il justifié ? », *La Revue du Praticien*, 1970, 33, p. 5359.

²⁸⁷¹ Robert A. Wilson, *Féminine pour toujours*, Paris, Éditions de Trévise, 1967, 233 p.

²⁸⁷² Robert A. Wilson, Raimondo E. Brevetti et Thelma A. Wilson, « Specific Procedures for the Elimination of the Menopause », *West. J. Surg. Obst. & Gynec.*, 1963, 71, p. 110 - 121.

Robert A. Wilson et Thelma A. Wilson, « The Fate of the Nontreated Postmenopausal Woman », *J. Of The Americans Geriatric Society*, 1963, 11, p. 347-362.

²⁸⁷³ Panico S., « THS de la femme ménopausée », *Revue médicale suisse*, n° 2468, in www.medhyg.ch/formation/article.php3. Ce traitement substitutif est aujourd'hui régulièrement remis en cause par exemple en 2002 après la publication des résultats d'une enquête statistique portant sur des milliers de femmes aux États-Unis et révélant que ce traitement peut avoir, dans certains cas, des conséquences négatives dans le domaine

B Médecins interventionnistes et médecins réticents

Deux questions se posent: faut-il systématiquement donner aux femmes ménopausées un traitement hormonal²⁸⁷⁴ ? Ce traitement hormonal peut-il protéger toutes les femmes ménopausées, éprouvant ou non des troubles, contre le vieillissement ? Parallèlement, les médecins doivent affronter un vieux problème : ces femmes qui prennent l'initiative de les consulter ne sont pas malades, faut-il donc leur prescrire un traitement « de convenance personnelle » ? Cette expression, déjà employée dans les sources médicales à propos de la contraception et de l'avortement, paraît toujours, à ceux qui l'emploient, indigne du rôle d'un médecin pour une partie du corps médical. Ce qui explique le relatif désintérêt du corps médical, dans son ensemble, pour ces traitements de la ménopause avant les années soixante-dix. Que des femmes veuillent mieux vivre une période difficile ne leur semble pas très important ni très sérieux.

Ce sont donc les spécialistes, endocrinologues et gynécologues obstétriciens, qui se chargent de prodiguer le traitement hormonal, constitué d'hormone féminines (puisque les ovaires n'en produisent plus), voire même masculines²⁸⁷⁵. Cette prise d'hormones a « une action spectaculaire sur la cessation des bouffées de chaleur, des transpirations nocturnes, la disparition de l'insomnie, de la dyspareunie »²⁸⁷⁶. Il faut ajouter l'efficacité de ce traitement pour la prévention de l'ostéoporose et la disparition des douleurs rhumatismales. Les conséquences négatives restent minimales : « tensions mammaires, troubles digestifs... »²⁸⁷⁷. Les spécialistes sont donc interventionnistes et prônent un traitement systématique des femmes de cet âge. Ils s'opposent aux « nihilistes » qui « considèrent la ménopause comme un phénomène séculaire, supporté courageusement, en silence » et « pensent que la plupart des symptômes sont passagers et psychogènes et peuvent être contrôlés par du phénobarbital »²⁸⁷⁸. Cependant, certains spécialistes restent réticents, sauf en cas de troubles majeurs. C'est le cas du P^r Gilbert-Dreyfus de la faculté

cardio-vasculaire, ce qui a entraîné l'arrêt immédiat d'une expérience de ce traitement sur les femmes américaines, in *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288, p. 321-333.

²⁸⁷⁴ Celui-ci peut consister, à partir des années soixante, à prolonger la prise de pilule au delà de la quarantaine. Le D^r Wilson, lui-même, le grand promoteur du traitement hormonal de la ménopause, applique cette méthode aux États-Unis pour les femmes non encore ménopausées, in J ; Vignalou, A. Lemarchal et S. Plouin, *article cité*, 1970, p. 5363.

²⁸⁷⁵ Ainsi G. Pousset signale les androgènes qui n'ont aucune valeur substitutive hormonale mais peuvent limiter les hémorragies et exercent une action tonique générale ; un inconvénient : la virilisation peu esthétique, in *article cité*, *Cahiers médicaux lyonnais*, 1969, p. 681.

²⁸⁷⁶ Aline Guillemotonia, *thèse citée*, 1974, f. 120.

²⁸⁷⁷ Aline Guillemotonia, *thèse citée*, 1974, f. 121.

²⁸⁷⁸ Aline Guillemotonia, *thèse citée*, 1974, p. 117.

Pitié-Salpêtrière. En 1970, dans un article au titre révélateur²⁸⁷⁹, il conclut : « Nous ne nous sentons pas autorisés, en l'état actuel de nos connaissances à instituer une hormonothérapie substitutive à toutes les femmes qui franchissent sans encombre le cap de la ménopause. À l'extrême, les ménopauses muettes nous paraissent devoir être respectées, dans l'ignorance où nous nous trouvons encore des avantages et des inconvénients respectifs d'une hormonothérapie, qu'il n'est d'ailleurs pas séduisant a priori de prolonger indéfiniment, deux ou trois ans nous paraissent un laps de temps raisonnable »²⁸⁸⁰. Si les craintes de favoriser un cancer, de l'utérus ou du sein, sont écartées dans ces années 70, il reste des risques : accidents thromboemboliques chez les femmes prédisposées, intolérance à la prise d'œstrogènes, par exemple²⁸⁸¹. Si l'hormonothérapie est utile en cas de bouffées de chaleur et d'ostéoporose, elle n'est utile qu'une fois ces troubles installés et ne se justifie pas de façon préventive. Il ne faut pas, non plus, selon lui, céder à la demande des femmes qui voudraient conserver « une jeunesse persistante », « une jeunesse perpétuelle ». Il rappelle que « le vieillissement n'est pas la conséquence de l'involution ovarienne, laquelle apparaît au contraire comme une des manifestations du vieillissement général de l'organisme. D'ailleurs [...] les fillettes et les femmes castrées jeunes ne versent pas précocement dans la sénilité »²⁸⁸².

Mais refuser un traitement à une femme inquiète n'est-ce pas mépriser ces transformations du corps qui les affectent ? D'autant que « la femme contemporaine reste pendant 25 ans en carence ovarienne avec tous les inconvénients que cet état comporte »²⁸⁸³. Pour certains, « il ne faut pas trop les minimiser (ces troubles), tendance que les médecins, hommes dans leur immense majorité, dans leur supériorité de mâle dont les fonctions génitales ne subissent pas cet arrêt définitif et prématuré, adoptent un peu trop facilement »²⁸⁸⁴. Ce type de réflexion est bien révélatrice de ces années 70 qui voient les revendications féministes se répandre dans l'opinion, y compris chez les médecins. En 1971, pour le D^r Rozenbaum : « La ménopause a été accusée des pires méfaits et il est peu d'affections pathologiques qui ne lui aient été attribuées. En réalité, deux facteurs contribuent à expliquer les troubles de la ménopause. L'un contre lequel nous pouvons agir : la carence œstrogénique ; l'autre contre lequel nous sommes pratiquement démunis : le vieillissement de l'organisme, encore qu'il soit vraisemblable que la carence œstrogénique puisse

²⁸⁷⁹ Gilbert-Dreyfus et B. Bigorie, « Convient-il de soumettre systématiquement à une hormonothérapie substitutive toutes les femmes ménopausées ? », *Gazette des Hôpitaux*, juin 1970, n° 17, p. 557-563.

²⁸⁸⁰ Gibert-Dreyfus et B. Bigorie, article cité, *Gazette des Hôpitaux*, 1970, p. 563.

²⁸⁸¹ Gilbert-Dreyfus et B. Bigorie, article cité, *Gazette des Hôpitaux*, 1970, p. 557-558.

²⁸⁸² Gilbert-Dreyfus et B. Bigorie, article cité, *Gazette des Hôpitaux*, 1970, p. 559.

²⁸⁸³ J. Vignalou, A. Lemarchal et S. Bouin, article cité, *La Revue du Praticien*, p. 5354.

²⁸⁸⁴ J. Vignalou, A. Lemarchal et S. Plouin, article cité, *La Revue du Praticien*, 1970, p. 5354.

accélérer certains processus de vieillissement »²⁸⁸⁵. Le débat autour des traitements médicaux demandés par les femmes tourne essentiellement autour de deux questions. Peut-on suivre ce type de traitement par souci de confort, sans qu'il y ait de troubles « suffisants » pour les médecins, ce qui justifierait la prise d'hormones par des femmes non malades, pendant un laps de temps plus ou moins étendu ? peut-on accéder, sans risques, à leurs demandes pour vieillir moins vite, voire pour moins souffrir ?

Le débat tourne aussi autour des risques encourus par les femmes ainsi traitées, le plus redouté étant celui du cancer, envisagé dès les années quarante. En 1963, le D^r Robert Wilson affirme qu'il n'y a aucune relation de cause à effet entre le traitement de la ménopause par la prise d'hormones et le risque de cancer²⁸⁸⁶. Pour lui, la prise d'hormones dans ce cadre, n'est pas cancérigène, et il fait remarquer que les cas de cancer augmentent avec l'âge donc avec le déficit hormonal et, pour lui : « High level of estrogen in youth – low incidence of cancer ; low level of estrogen in old age – high incidence of cancer. It is against all logic to consider estrogen a direct cause of cancer »²⁸⁸⁷. En 1971, le D^r Rozenbaum, interventionniste lui aussi en matière d'hormonothérapie, justifie le traitement de la ménopause par rapport au risque cancérigène. Il assure que les œstrogènes seuls, en l'absence de tout autre facteur favorisant, sont incapables d'induire l'apparition d'un cancer ; qu'il n'a jamais été possible, quel que soit le protocole expérimental utilisé, de provoquer l'apparition d'un cancer chez les primates après œstrogénothérapie. En revanche, les périodes pré et post-ménopausiques correspondent au maximum de fréquence du cancer du sein chez la femme, de même que le cancer de l'endomètre est essentiellement rencontré dans les années qui suivent la ménopause. [...] En réalité, si toute conclusion sur ce chapitre est impossible actuellement, il faut reconnaître qu'il existe finalement plus d'arguments statistiques en faveur d'une action bénéfique des œstrogènes, qu'en faveur d'une action néfaste »²⁸⁸⁸.

Pour éviter tout risque ou toute incertitude, certains prônent un traitement non hormonal des troubles de la ménopause. Le D^r Cahen les énumère en faisant remarquer qu'ils constituent la seule thérapie possible en cas d'antécédent de cancer mammaire, de cancer de l'endomètre ou de cancer de l'ovaire. Il s'agit de traitements qu'il qualifie de « mineurs » d'une totale innocuité : phytothérapie (extrait de marron d'inde etc.), neuro-sédatifs y compris certains barbituriques, les tranquillisants à faible dose... « On ne négligera pas la prescription de bains froids et de douches froides, matin et soir,

²⁸⁸⁵ Henri Rozenbaum, « L'hormonothérapie systématique de la ménopause est-elle justifiée ? », *La Vie médicale*, 1971, 52, 3, p. 4959.

²⁸⁸⁶ Robert A. Wilson, Raimondo E. Brevetti et Thelma A. Wilson, *article cité*, p. 121 : « There were no breast or genital malignancies in 2 604 years of patient exposure to exogenous estrogen ».

²⁸⁸⁷ Robert A. Wilson, *article cité*, 1963, p. 358.

²⁸⁸⁸ Henri Rozenbaum, *article cité*, 1971, p. 4961.

qui réduisent souvent de façon nette le nombre de bouffées de chaleur. [...] Une psychothérapie d'appoint est souvent utile, destinée à rassurer les femmes. [...] L'efficacité est variable suivant l'importance des troubles et suivant les sujets »²⁸⁸⁹.

Les traitements envisagés, quelle que soit leur nature, sont parfois qualifiés de « faustiens »²⁸⁹⁰, pacte inégal avec la médecine et l'industrie pharmaceutique, qui ne respectent pas leurs promesses, celles de « rester jeune » et totalement « femme ».

Conclusion

Il semble qu'il y ait dans l'esprit des médecins, surtout quand ils s'adressent au grand public et dans le but plus ou moins affiché de promouvoir certains types de traitements hormonaux, une tendance à assimiler ménopause et vieillesse. Certes, la ménopause participe au processus de vieillissement des femmes mais l'âge et l'usure naturelle des corps est un facteur évident, qui ne relevait pas, traditionnellement, de l'intervention de la science médicale. On peut glaner parfois, au fil des sources, quelques remarques dans ce sens. Par exemple en 1956 lors des assises de la Société française de gynécologie : « À l'âge critique, en effet, surviennent souvent des troubles qui ne sont pas le fait de l'insuffisance ovarienne, mais celui de l'âge. C'est au neuvième et au dixième lustre de la vie que se jouent les préludes de l'involution sénile qui, chez l'homme comme chez la femme, s'attaque aux différents métabolismes et aux différents organes. Cette complicité de l'âge ne doit pas faire confondre les responsabilités, et imputer à la sénescence ovarienne ce qui n'est que le début de la sénescence tout court »²⁸⁹¹. Cet avertissement ne semble pas avoir été entendu.

Le traitement substitutif de la ménopause est aujourd'hui largement répandu. Les femmes qui le prennent sont régulièrement surveillées médicalement, ce qui constitue un avantage non négligeable. Ce traitement est également régulièrement remis en cause. Il n'est plus accusé de favoriser les cancers mais d'augmenter les risques cardio-vasculaires, par exemple. Le débat sur ce traitement n'est donc pas clos.

²⁸⁸⁹ G. Cahen, « Le traitement non hormonal des troubles de la ménopause », *La Vie médicale*, 1971, 52, 3, p. 4965-4967.

²⁸⁹⁰ Selon les termes de l'ouvrage de C. Sureau et al, *Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle*, 1998, Paris, Elsevier, p. 41.

²⁸⁹¹ A. Netter, H. Yaneva, Y. Salomon et F. de Lestrade, *Assises de la Société française de gynécologie*, 1956, p. 13.

CONCLUSION DE LA PARTIE 3

Les débats médiatiques et les avancées législatives retracés dans cette troisième partie, autour des droits à la contraception et à l'avortement, ont laissé un héritage dans les débats actuels. Entre 1955 et 1975 les femmes ont gagné le droit à la contraception et à l'avortement, ainsi que la possibilité de bénéficier d'un traitement de substitution à la ménopause. Elles ont largement profité des progrès médicaux, en particulier sur les hormones grâce à la recherche médicale, principalement anglo-saxonne à l'exception des travaux du P^r Baulieu. Ces progrès ont été en phase avec une aspiration des femmes à contrôler elles-mêmes leur fécondité. La conjugaison des deux phénomènes ne relève pas du hasard mais d'un effet d'entraînement bien connu. Il n'en reste pas moins que les médecins français sont restés en retrait de ces nouvelles techniques, au prétexte de la loi de 1920.

Cette extraordinaire avancée n'est cependant pas repérable en tant que telle dans les sources médicales et démographiques. Celles-ci font plutôt ressortir les résistances des experts à ces changements induits par de nouvelles découvertes médicales et la mise au point de nouvelles techniques. Médecins et démographes en France semblent, pour la plupart, imperméables à l'évolution de l'opinion et aux revendications des femmes en particulier, sinon pour s'en alarmer. Cette rupture avec la réalité est particulièrement visible dans leurs écrits sur la contraception et l'avortement. Elle annonce leur marginalisation et leur remise en cause actuelles. Leurs prévisions alarmistes ne se sont pas non plus produites. La France n'est pas devenue un désert sans enfants peuplés de vieillards avec, au contraire, un taux de natalité record pour un pays occidental. La luxure ne s'est pas emparé des esprits ni des corps. La pilule n'est pas à l'origine d'une multiplication des cancers. Mais l'avortement subsiste encore autour du chiffre incompressible de 200 000 chaque année. Il se passe dans des conditions correctes pour les femmes qui doivent y avoir recours, malgré la difficulté de renouveler les équipes médicales. Les catastrophes promises par la majorité des experts n'ont donc pas eu lieu.

Ces nouveaux droits et possibilités ont cependant abouti à médicaliser totalement le corps des femmes tout au long de l'âge adulte. Cette médicalisation est visiblement acceptée par la plupart des femmes. Elle s'exerce, la plupart du temps, en tête à tête avec le médecin dans son cabinet ou en consultation à l'hôpital. Les femmes sont seules avec le médecin pour demander une contraception ou un traitement hormonal substitutif ou un avortement. On est donc passé de revendications collectives, portées en partie par des médecins militants et par les groupes féministes, à une requête personnelle, individualisée et isolée. On est revenu au « colloque singulier » du médecin et de sa patiente et à l'exercice du pouvoir médical car la plupart des femmes ne peuvent maîtriser les choix qui leur sont proposés. Ce passage du collectif à l'individuel est une tendance actuelle dans bien des domaines et explique peut-être le relatif oubli qui touche l'histoire de la contraception et de l'avortement.

Le traitement de la ménopause reste un cas à part puisqu'il n'a jamais été une revendication collective et que le débat à son sujet se poursuit toujours. Les arguments généralement avancés contre ce traitement ne sont pas sans rappeler ceux qui avaient cours contre la pilule : traitement de confort, risques de cancer, de pathologies cardio-vasculaires etc. Les statistiques sont aussi lacunaires, les observations souvent biaisées. L'enjeu est différent, sans incidence sur le repeuplement de la France. Il ressort uniquement du pouvoir médical : pour le moment seulement ?

CONCLUSION

Ce travail propose une démonstration de l'intérêt spécifique des sources scientifiques, médicales et démographiques, pour l'histoire du genre et en particulier pour l'histoire des femmes. Le nombre quasi infini des thèses, ouvrages et articles de médecine en fait un corpus abondant mais ordonné. Quoique moins nombreuses, les sources démographiques au sujet des femmes apportent un éclairage complémentaire aux écrits médicaux, pour appréhender le climat nataliste de ces trente années en France.

Les médecins et les démographes permettent aux historien(ne)s de mieux cerner le vécu des femmes dans le domaine de l'intime, c'est-à-dire de la sexualité, entre 1945 et 1975. Ils n'en ont évidemment nullement l'intention car ils s'adressent en priorité à leurs pairs pour diffuser et valoriser leurs recherches et leur réflexion. Néanmoins, les médecins sont les seuls à décrire avec précision ces événements fondamentaux de la vie des femmes que sont les accouchements, l'usage des moyens contraceptifs, les avortements et les troubles de la ménopause. Ils sont les seuls à le faire systématiquement sur cette période de trente ans, selon des critères identiques conformes aux exigences de la clinique, fondement de la médecine. La rigueur et le caractère méthodique des observations permettent ainsi de suivre l'évolution des représentations d'un même phénomène, l'accouchement par exemple, de 1945 à 1975. Mais les médecins ne se contentent pas de décrire, ils veulent aussi justifier leur jugement et leurs décisions, ce qui permet également de voir évoluer la réflexion de ces experts sur le corps des femmes. D'autres règles propres aux écrits médicaux entraînent à l'inverse la frustration de l'historien(ne): en particulier l'absence de références économiques et sociales, jugées inutiles au traitement des patient(e)s. Les documents démographiques sont plus décevants, malgré les premières enquêtes sur le désir d'enfant qui sont uniques en leur genre. En réalité, les démographes témoignent surtout d'une idéologie nataliste affichée sans complexe.



Un autre objectif était de lutter contre l'oubli, fonction première de tout travail historique. Les sources médicales décrivent des destins de femmes, souvent dramatiques et celés ; je pense en particulier aux femmes mortes des suites d'avortement. Tout en étant présentes dans la mémoire collective, elles sont invisibles sauf dans les sources médicales, grâce auxquelles nous pouvons connaître en détail les pathologies de l'avortement clandestin et ses conséquences létales. L'analyse des observations décrivant ces femmes mortes à l'issue d'un avortement a d'ailleurs constitué une véritable épreuve à la lecture. Je pense en particulier à l'ouvrage d'Henri Mondor, qui justifierait à lui seul le vote de la loi Veil. J'espère avoir ainsi contribué à sortir de l'oubli ce cortège de femmes dont les causes de la mort ont presque toujours été dissimulées pour respecter la bienséance. Dans un autre registre, j'espère également, grâce aux sources médicales, avoir fixé dans ce texte la douleur de l'accouchement. Comme la mortalité pour avortement, elle n'existe presque plus aujourd'hui. Ces progrès considérables, devenus des évidences, sont cependant très récents

dans la longue durée historique. Une des fonctions de ce travail est de le rappeler. Je n'oublie pas néanmoins que ces progrès peuvent être remis en cause en cas de bouleversement du contexte politique et des rapports de force et qu'ils sont limités au monde occidental.



Un troisième objectif était d'exposer l'idéologie nataliste et maternaliste de la plupart de ces experts, médecins et démographes, bien évidemment inscrits dans leur époque et leur génération. Dans les représentations qu'ils donnent des femmes se retrouve essentiellement l'image traditionnelle de la mère, systématiquement exaltée. Aucun moment de la vie des femmes ne semble y échapper, ni l'accouchement qui apporte toujours le bonheur et doit sauvegarder les futures maternités, ni la contraception qui est considérée comme une parenthèse, ni l'avortement qui doit protéger la fécondité future, ni même la ménopause qui n'est envisagée que du point de vue de la perte de la fertilité. Jusqu'aux années soixante, les femmes sont elles-mêmes en phase avec ce maternalisme incontesté. En caricaturant, le corps féminin apparaît systématiquement considéré comme une sorte de machine à enfanter qu'il est nécessaire de soigner et d'entretenir correctement, en grande partie pour qu'il conserve la fonction naturelle qui le distingue du corps masculin. Ce point de vue réducteur explique que la douleur des femmes, en particulier dans l'accouchement, ait longtemps été reléguée à l'arrière-plan. Il a fallu l'action d'un franc-tireur comme Fernand Lamaze, soutenu par l'appareil du PCF et de la CGT, pour faire progresser la lutte contre cette douleur spécifique des femmes. Ce repère absolu, constitué par la fécondité, justifie également les descriptions proprement épouvantables du corps féminin ménopausé, toujours dévalorisé. Pendant toute cette période, la maternité reste le point de fuite de toutes les perspectives médicales et démographiques, de façon plus ou moins appuyée.

Idéologiquement, les experts sont natalistes sans complexe ni questionnement, on pourrait presque dire « naturellement ». Le natalisme français qui les caractérise est un phénomène qui « va de soi », il n'est contesté frontalement par personne avant mai 1968 et la nouvelle émergence du féminisme. Il constitue une spécificité française par rapport aux interrogations des experts des autres pays, développés ou en développement. Cette exception culturelle se retrouve dans tous les types de sources, particulièrement les écrits des démographes. Un expert « national » comme Alfred Sauvy n'est que rarement remis en question pour son adhésion au natalisme. Il garde ainsi une influence jamais contestée dans les médias et auprès des pouvoirs publics. Au delà du cas personnel d'Alfred Sauvy, les sources ont contribué à révéler les liens étroits entre l'INED et l'*Alliance nationale pour la vitalité française*, principale association nataliste française. L'unanimité des experts en faveur de la maternité et de la natalité leur attire des critiques virulentes, autour de Mai 68, dévalorisant leur crédibilité et la position d'expert en général.



Ces experts sont aussi souvent positionnés dans le domaine politique. Deux sujets cependant restent à l'écart de ce type de débat : l'accouchement sans douleur, qui fait rapidement l'unanimité en France de la droite catholique à la gauche communiste, et le traitement de la ménopause qui n'a aucun arrière-plan politique. Par contre, la classique dichotomie droite/gauche fonctionne d'évidence pour le droit à l'avortement : si la loi Veil est votée dans une assemblée majoritairement de droite, elle l'est grâce à l'apport massif des voix de gauche. L'avortement est donc un cas simple et les experts montrent des positions politiques claires. Aujourd'hui encore, l'extrême-droite investit le champ de l'opposition à l'avortement par le biais des associations pro-vie, en particulier Laissez-les-vivre.

La contraception pose un problème original, par la disparité de ses adversaires. On constate l'opposition tant des catholiques que des communistes jusqu'en 1965. Cette convergence de vue apparaît à première vue paradoxale entre vieux ennemis politiques. Elle n'est cependant pas nouvelle puisque l'accouchement sans douleur révèle déjà un rapprochement entre ces deux idéologies majeures de l'après-guerre. Le PCF n'échappe pas en effet au natalisme ambiant, il le revendique même depuis 1936 et le tournant stalinien en faveur de l'exaltation de la natalité. L'ASD lui donne l'occasion de rivaliser avec l'Église dans ce domaine, au nom de la science soviétique. Pour la contraception, par contre, le PCF n'a nul succès de la science prolétarienne à promouvoir, au contraire, la pilule étant mise au point aux États-Unis ce qui fait de la contraception un des multiples enjeux de la Guerre froide. La propagande communiste opposée au droit à la contraception apparaît aussi comme une manœuvre en creux qui lui permet de participer à l'unanimité nataliste de l'époque et de donner des gages au Vatican, en échange peut-être d'un soutien officiel du pape à l'accouchement sans douleur. Mais cette politique apparaît, à la lecture des archives, comme une décision d'appareil. La direction du PCF, représentée dans ce débat par Maurice Thorez et son épouse Jeannette Thorez-Vermeersch, est contestée à l'interne dès 1956 par les médecins communistes et, semble-t-il, par les militants. La rigidité des structures et des prises de décision du parti entraîne le maintien de cette position anti-contraception jusqu'à la mort de Maurice Thorez en 1964. Dès janvier 1965 une nouvelle génération de dirigeants, dégagés de l'idéologie nataliste héritée d'avant-guerre, amène le PCF à soutenir la contraception, rejoignant ainsi le reste de la gauche. La hiérarchie catholique résiste (encore aujourd'hui) à tout changement sur le sujet à la grande déception des catholiques les plus modérés et les plus lucides. La question de la maîtrise de la fécondité contribue à entraîner le recul de l'influence de l'Église après avoir révélé les rigidités du PCF. Certes, elle ne suffit pas à détruire l'influence de ces appareils mais elle y contribue.

À propos de la contraception, il est tentant de mettre en parallèle le PCF et l'Église car ces deux institutions ont en commun le poids de la hiérarchie et donc la rigidité interne et l'absence de démocratie. Elles se réfèrent toutes deux

à un corpus de textes fondateurs, la Bible et les textes de Marx. Jusqu'en 1965 pour le PCF et jusqu'à aujourd'hui pour l'Église, elles se révèlent incapables d'intégrer l'évolution des mœurs et des opinions de leurs propres militants ou fidèles. Le PCF sort cependant de son isolement sur le sujet en rejoignant les autres partis de gauche en 1965. Le fait d'être un parti politique en recul et donc soumis à la pression des électeurs et des électrices peut constituer un élément d'explication complémentaire à ce tournant. L'Église n'a pas ce genre de préoccupations électorales et peut donc conserver une position marginale par rapport à l'opinion et à la loi. L'opposition à la loi Neuwirth et à la loi Veil peut même représenter pour elle un moyen de rassembler les catholiques français. Elle a renoncé à influencer ses ouailles politiquement mais persiste à intervenir dans leur vie privée.

Ce parallèle Église-PCF et les manœuvres politiques autour des problèmes d'accouchement sans douleur, de contraception et d'avortement, nous amènent à poser l'hypothèse que le combat pour le droit des femmes à maîtriser leur fécondité et leur accouchement peut ne constituer qu'un prétexte pour ces partis et les experts qui y sont liés. La politique des communistes, en particulier à propos de Fernand Lamaze et des Bluets, laisse penser que l'essentiel pour le parti n'est pas l'ASD mais l'utilisation de celui-ci dans la Guerre Froide et dans l'exaltation du communisme. À l'autre bout de l'échiquier politique, l'extrême-droite trouve également dans la lutte contre l'avortement un thème « porteur » qui peut rassembler aujourd'hui un électorat catholique autour du Front National. Le corps des femmes et leur fécondité se trouvent ainsi instrumentalisés dans une lutte politique qui les dépasse et les utilise.



Lors de ces trente années, on assiste progressivement au recul de l'influence des experts, médecins et démographes. Au sortir de la guerre ils paraissent tout puissants et indispensables. À partir des années soixante, ils sont toujours aussi sollicités par les médias et les pouvoirs publics mais ils perdent la bataille de la contraception en 1967 puis celle de l'avortement en 1975. Même dans le domaine de l'accouchement sans douleur, les médecins ont fini par être contestés et 90% des femmes accouchent sous péridurale à partir des années soixante-dix. Pendant ces trente ans, confrontés à l'évolution de l'opinion, ils ont, pour la plupart, conservé leurs références traditionnelles, discuté à l'infini par exemple de la position de l'Église alors que les Français et les Françaises devenaient de plus en plus réticents à l'intrusion du Vatican dans leur vie privée. Ce processus de laïcisation est quasiment absent des sources, en décalage total avec l'opinion publique. Face à une nouvelle génération de médecins qui refuse de « jouer le jeu » et critique ces notables nés autour de la Première guerre mondiale, ceux-ci restent figés dans leurs certitudes obsolètes. Cette thèse aurait pu aussi bien s'intituler « le crépuscule des experts » car cette évolution se poursuit et ils sont actuellement systématiquement contestés.

Les experts doivent donc affronter une crise de confiance qui naît dans les années soixante car s'ils ont représenté un obstacle majeur à l'autorisation de la

contraception et de l'avortement, celui-ci a été surmonté et les femmes ont gagné. Les questions autour du corps des femmes et de leur fécondité ont ainsi pu jouer un rôle de catalyseur dans cette déchéance des experts toujours sensible actuellement.

On peut être ainsi tenté de donner à cette histoire des femmes un rôle central dans le grand mouvement de libéralisation des mœurs qui suit Mai 68 en France. On peut interpréter le vote de la loi Neuwirth comme annonciateur de mai 68 et de ses revendications de liberté, en particulier sexuelle. L'histoire des revendications autour du corps des femmes peut ainsi être considérée comme un des moteurs des changements des années soixante. Les représentations du corps des femmes que cette évolution implique, entre un corps de mère et celui d'une femme-individu libre d'être mère ou non, concrétisent cette mutation et la rupture avec la tradition millénaire. Ce mouvement de conquête de la maîtrise de son corps se révèle irrésistible dans un contexte d'individualisme grandissant, de laïcisation de la société, de méfiance vis-à-vis des experts et des dirigeants, religieux et politiques. En bref, l'histoire des femmes peut se révéler capitale pour expliquer la libération sexuelle et le vote des lois qui l'accompagne. Les femmes pourraient ainsi être considérées comme les pionnières des changements sociaux et culturels de ces quarante dernières années.



Pourtant, ce mouvement, qui ébranle le pouvoir médical, semble aboutir de façon paradoxale à la mainmise généralisée de ce même pouvoir médical sur le corps de chaque femme. La maîtrise de son accouchement, de sa fécondité et de sa ménopause passe en effet par le médecin, ses conseils, ses prescriptions. Le temps de la gestion personnelle par chacune de sa fécondité, au moyen d'accouchements à domicile, d'avortements clandestins et de contraception personnelle, est terminé. On assiste à la médicalisation de tous ces événements majeurs de la vie des femmes, y compris la ménopause. Cette évolution est encadrée par la loi et reconnue par les pouvoirs publics ; traitements et opérations sont ainsi remboursés par la Sécurité Sociale. Pour une partie des féministes, en particulier anglo-saxonnes, il est temps de retrouver l'autonomie perdue : accoucher différemment, utiliser une contraception naturelle et un traitement non hormonal de la ménopause, par exemple. Mais la plupart des femmes s'en remettent aux médecins avec une différence fondamentale par rapport au passé : elles en ont l'initiative et restent relativement libres du choix des traitements et des techniques. Le corps des femmes subit bien la médicalisation croissante qui caractérise la prise en charge actuelle des problèmes de santé et de fécondité. Mais les femmes d'aujourd'hui semblent massivement d'accord pour éviter la douleur grâce à la péridurale, pour bénéficier d'une contraception fiable, d'un traitement hormonal de la ménopause et pour pouvoir avorter sans risques.



Ce bilan fait la part belle à l'histoire du genre et des femmes, comme élément central pour révéler les archaïsmes et annoncer les changements sociaux et culturels. Pourtant, toutes les pistes n'ont pas été suivies. Certaines se sont révélées tardivement, comme celle des représentations des jeunes femmes à la puberté qui mériterait une histoire des jeunes filles à travers les siècles et particulièrement au XXe avec à l'arrière-plan l'obsession de leur « destin » maternel, ou celles des femmes stériles sans possibilité d'enfanter et donc d'entrer dans ce cadre. Une histoire des médecins-femmes serait également intéressante pour montrer la lente conquête d'une profession intellectuelle et socialement reconnue par les femmes malgré les résistances. On peut même imaginer de découper symboliquement le corps féminin et d'isoler, par exemple, les seins des femmes et leur histoire, de la puberté à la maternité et au cancer. Les relations entre la médecine et les femmes peuvent, si j'ose dire, être fécondes et sont largement inexplorées.

Les relations de l'Église et des femmes mériteraient également une étude historique plus poussée puisque les questions de fécondité et de sexualité restent l'un des derniers archaïsmes de la hiérarchie vaticane. Il serait intéressant de montrer comment l'Église en est arrivée à se couper de la masse de ses fidèles sur ce problème et persiste dans cette voie, à première vue suicidaire.

Nombre de francs-tireurs de cette histoire mériteraient aussi une étude plus détaillée et attentive : Henri Mondor, Jean Dalsace, le groupe des médecins communistes qui ont voulu réorienter la politique nataliste du PCF, Fernand Lamaze, et, bien sûr, l'héroïne du Planning, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé.



Je terminerai sur une note personnelle, même si le cadre d'une thèse s'y prête peu. J'ai entrepris ce travail dans l'angoisse et l'allégresse. L'angoisse de ne pas arriver à maîtriser cette masse de documentation m'a accompagnée tout ce temps. Mais j'ai aussi connu l'allégresse de travailler neuf ans sur les étapes vers le succès final du droit des femmes, contre les prises de position de la plupart des experts. S'il a fallu, en conséquence, constamment me garder d'une « mentalité de vainqueur »²⁸⁹², il n'est pas si courant d'avoir la satisfaction de travailler longuement sur une succession de victoires des femmes. J'ai en effet la conviction que les femmes françaises ont conquis pendant ces trente ans les conditions essentielles de leur liberté.

²⁸⁹² Selon les termes du RP Vicaire cité par Jean-Marie Mayeur in « Catholicisme intransigeant, catholicisme social, démocratie chrétienne », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, note 3, p. 484.

BIBLIOGRAPHIE

I SOURCES

A SOURCES NON IMPRIMÉES

1 FONDS PUBLICS

1-1 Archives Nationales

Fonds Maurice Thorez et Jeannette Vermeersch, Paris : fonds 626 AP 51, 52, 187, 381, 382.

1-2 Archives Départementales de Bobigny

Fonds section de travail parmi les femmes, 261 J 9, boîtes 5 à 7 (1941-1976).

Fonds Roland Leroy, 263 J 81.

Enregistrements sonores des réunions du Comité Central, 1 AV/4675 et 1 AV/4677.

2 FONDS D'ASSOCIATIONS ET DE SYNDICATS

2-1 Grenoble, MFPP

Archives du Mouvement français pour le Planning Familial, groupe local de Grenoble.

Carton AR 1 : Histoire du Planning Familial de Grenoble.

Carton AR 2, 21 : Documents relatifs à des personnalités du Planning Familial.

Carton AR 6 : Correspondances avec le Planning Familial, 1962.

Carton AR 7 : Correspondances avec le Planning Familial, 1963.

2-2 Paris, MFPP

Archives du Mouvement français pour le Planning familial, confédération nationale. Fonds non classés.

2-3 Paris, USTM

Archives de la CGT Métaux (= USTM). Cartons A et B, sur la policlinique des Bluets, Paris XIe.

2-4 Paris, Ordre

Archives de l'Ordre national des médecins. Procès-verbaux de réunions du Conseil National²⁸⁹³, archives de la section disciplinaire.

²⁸⁹³ Il faut noter que je n'ai pas eu accès librement à ces procès-verbaux : ils ont été sélectionnés par Madame Arlette Wintreber pour consultation.

3 PAPIERS PERSONNELS

Grasse (Alpes-Maritimes) : fonds privés du D^r Henri Fabre, non classés, à son domicile.

4 TÉMOIGNAGES ORAUX

4-1 D^r SIMON Pierre

témoignage oral recueilli à son domicile le 12 décembre 2002.

4-2 D^r KRIEGEL Arthur

témoignage oral recueilli à son domicile le 12 décembre 2003.

4-3 D^r VELLAY Pierre

témoignage dans l'émission de France Culture, *La Fabrique de l'histoire*, Emmanuel Laurentin, « De Leningrad à la rue des Bluets », le 18 janvier 2004.

4-4 LE MASSON Paule, sage-femme

témoignage oral recueilli à son domicile le 5 mai 2004.

4-5 D^r FABRE Henri

témoignage oral recueilli à son domicile le 7 mai 2008.

4-6 D^r VERDOUX Christiane

témoignage oral recueilli à son domicile le 11 juillet 2008.

4-7 P^r BAULIEU Étienne-Émile

témoignage oral recueilli dans son bureau de l'INSERM le 11 juillet 2008. Entretien téléphonique le 6 mai 2009.

4-8 D^r THIBAUD Françoise

témoignage oral recueilli à l'hôpital psychiatrique de Bourg-en-Bresse le 25 juillet 2008.

4-9 D^r EYRAUD Jean-Pierre

entretien téléphonique le 20 octobre 2008.

4-10 D^r FURTOS Jean

entretien téléphonique le 4 février 2009.

4-11 D^r BALVET Daniel

entretien téléphonique le 4 mars 2009.

4-12 D^r NACHIN Claude

entretien téléphonique le 27 avril 2009.

5 FILMS

L'accouchement sans douleur, 1953, documentaire en noir et blanc sonore, 20mn 32s, réalisation et production non indiquées.

Accoucher sans douleur, 1960, documentaire noir et blanc sonore, 23mn 39s, réalisation et production non indiquées.

Les premiers jours de la vie, 1970, documentaire couleur sonore, 20mn 23s, réalisation non précisée, produit par la société Nestlé-Guigoz.

B SOURCES IMPRIMÉES

1 MÉDECINE ET DÉMOGRAPHIE

1-1 MANUELS

DEVRAIGNE L., *Précis d'obstétrique*, Paris, Doin, 1946, 1050 p.

DUMONT Martial, *Obstétrique*, Paris, Vigot frères, 1959, 643 p.

GAILLARD Jacques-Louis, *Manuel d'analgésie obstétricale*, Paris, Doin, 1952, 61 p.

GAILLARD Jacques-Louis, *Précis d'obstétrique*, Paris, Maloine, 1953, 381 p. et 1965, 701 p.

GAILLARD Jacques-Louis, *Manuel de gynécologie journalière*, Paris, Doin, 1954, 123 p.

JAMAIN Bernard et GIRAUD, *Analgésie obstétricale*, Paris, Masson, 1954, 155 p.

KAPLAN A, *Manuel d'obstétrique et de gynécologie*, traduit du russe, Moscou : Ed. de la Paix, 1964, 296 p.

LAFFONT Amédée, *Manuel de gynécologie*, Paris, Masson, 1952, 606 p.

MERGER Robert, *Précis d'obstétrique*, Paris, Masson, 1957, 884 p.

PEQUIGNOT Henri, *Manuel de médecine*, Paris, Masson, 1961, 709 p.

ROBERT Henry, HUGUIER Jacques et HEWITT Jean, *Précis de gynécologie*, Paris, Masson, 1974, 387 p.

1-2 OUVRAGES ET THÈSES

BINET André (Nancy, 1883-1963), *Souvenirs et propos d'un gynécologue*, Paris, Vigot frères, 1948, 192 p.

BON Henri, *Précis de médecine catholique*, Paris, Alcan, 1935, 768 p.

Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, *Médecine et sexualité*, Paris, Spes, 1950, 250 p.

KORNPROBST L., *Responsabilité du médecin devant la loi et la jurisprudence*, Paris, Flammarion, 1957, 1066 p.

ROUX Aline, *Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale*, Paris, Masson, 1975, 109 p.

SCHMIDT-COUTURON Ségolène, *Aperçu sur l'activité professionnelle des femmes médecins en France*, thèse de médecine, Paris, 1959, n° 562, 58 f.

1-3 PÉRIODIQUES

Bulletin de l'Académie nationale de Médecine: 1945-1975.

Bulletin de la fédération des sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française (abrégé dans ce mémoire en *BFSGOLF*) elle fusionne en 1972 avec *Gynécologie et obstétrique* et devient *Gynécologie et obstétrique et biologie de la reproduction* : 1945-1975.

Bulletin national du Conseil de l'Ordre des Médecins : 1945-1975.

Bulletin officiel de la Société française de Psychoprophylaxie obstétricale (abrégé dans ce mémoire en *BOSFPPO*) : de 1964 à 1975.

Bulletin officiel de la Société internationale de Psychoprophylaxie obstétricale (abrégé dans ce mémoire en *BOSIPPO*) : dépouillé de 1959 à 1975.

Bulletin de la Société de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien : 1947-1959.

Le Concours médical : 1945-1975.

Contraception-Fertilité-Sexualité : 1973-1975.

Population : 1946-1975.

BUI-DANG-HA-DOAN Jean, « Recherches sociodémographiques sur les médecins en France », *Population*, 1963, n° 4, p. 715-734.

DEROBERT Léon, « Réflexions sur la responsabilité professionnelle des médecins », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 11-6-1971, p. 357-371.

LACOMME Maurice, « Premières femmes médecins. À propos du centenaire de la première thèse de doctorat soutenue à Paris par une femme », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 9-12-1975, p. 753-759.

LEVY D., MOURAND, PASCAUD, « Évolution de la profession et de la féminisation », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 11, 1974, p. 57-61.

« Missions et pouvoirs de l'Ordre National des médecins », *Droit Social*, avril 1955, p. 201-206.

PINCEMIN Jacqueline et LAUGIER Alain, « Les intellectuels dans la société française contemporaine. Les médecins », *Revue Française de Science politique*, n° 4, décembre 1959, vol. 9, n° 4, p. 881-900.

SILMAN Robert, « Comment on fabrique un médecin ? », *Les Temps Modernes*, n° 306, janvier 1972, p. 1110-1129.

VERDOUX Christiane, « Le collège médical du MFPF », *Gynécologie pratique*, n° 2, 1966, pp. 211-213.

« Vœu à l'occasion du problème du cannabis », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 25-11-1969, p. 540.

2 ACCOUCHEMENT – MATERNITÉ

2-1 THÈSES DE MÉDECINE

ADAM Henriette, *Le fonctionnement de la maternité Baudelocque*, Paris 1944 n° 234, 116 f.

ANDRE Yves, *Accouchement psychoprophylactique*, Lyon, 1971, n° 97, 31 f.

ASSERAF Sylvain, *Le fonctionnement de la maternité Baudelocque*, Paris 1946 n° 864, 78 f.

AUBRÉE Yves, *Incidents et accidents survenus au cours d'accouchements utilisant la méthode psychoprophylactique de la douleur*, Rennes, 1958, n° 52, 41 f.

- AZEMA-ODOUL Danielle, *L'épisiotomie. Ses indications, sa technique, ses résultats*, Marseille, 1965, n° 131, 106 f.
- BAUDIN André, *La préparation à l'accouchement dans son contexte physique et psychosocial*, Lyon, 1960, n° 244, 80 f.
- BAUDON Jacques, *L'anesthésie en obstétrique*, Paris, 1944, n° 485, 295 f.
- BAUER Paulette, *Le fonctionnement de la Maternité Baudelocque*, Paris, 1951, n° 31, 58 f.
- BERRIER Gaston, *Étude sur 100 observations d'accouchements dirigés*, Lyon, 1938-39, n° 6, 87 f.
- BONHOMME Jacques, *Le seuil de la douleur et ses variations au cours de l'accouchement*, Paris, 1950, n° 334, 75 f.
- BORDES Jean, *Des accouchements naturellement rapides*, Nancy, 1951, n° 41.
- CHAILLOT A., *Le curare au cours de l'accouchement*, Bordeaux, 1948, n° 174, 126 f.
- CHAMS Hosni, *Mortalité maternelle à la clinique obstétricale de Lyon de 1948 à 1957*, Lyon, 1959, n° 625, 63 f.
- CLÉMENT Gertrude, *Une nouvelle méthode d'accouchement indolore: l'anesthésie caudale continue*, Paris, 1945, n° 199, 29 f.
- COENCA Jean, *La psychoprophylaxie de la douleur dans l'accouchement*, Paris, 1954, n° 445, 95 f.
- DARDARE Thérèse, *Étude critique sur le plan pédiatrique des méthodes d'éducation des futures mères pendant la préparation à l'accouchement sans douleur et lors de l'hospitalisation à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine*, Paris, 1969, n° 941, 77 f.
- DANTEC Jacques, *À propos de l'accouchement « sans douleur »*, Paris, 1956, n° 459, 38 f.
- DEBORD Roland, *Expulsion assistée dans l'accouchement psycho-physique*, Lyon, 1962, n° 174, 43 f.
- DELALANDE Jacques, *Méthode d'anesthésie et d'accélération de l'accouchement normal*, Bordeaux, 1938, n° 10, 71 f.
- DELANOUE J.-H., *L'esthétique féminine*, Bordeaux, 1946, n° 87, 74 f.
- DENIER Michel, *L'anesthésie des voies génitales basses au cours de l'accouchement*, 1945, n° 290, 27 f.
- DIETLIN Jacques-Henri, *Contribution à l'étude de l'accouchement psychoprophylactique*, Bordeaux, 1954, n° 237, 54 f.
- DOLGHIN Marie-Claire, née LOYER, *Les grandes étapes de la vie féminine. Étude psychophysiological*, Paris, 1967, n° 601, 61 f.
- EL BHAR Roger, *Contribution à l'étude des moyens cinématographiques dans l'application de la méthode psychoprophylactique*, Paris, 1965, n° 776, 48 f.
- FABRE Christian, *Douleur de l'accouchement: douleur cervicale*, Paris, 1955, n° 904, 31 f.
- FAROUCHE Mireille, *Les douleurs de l'accouchement*, Paris, 1968, n° 810, 52 f.
- FOURMAINTRAUX-GODBILLE Marie-France, *Attitude de la femme devant la maternité, enquête menée sous l'égide de l'INED auprès de 80 accouchées de la Maternité du CHR*, Lille, 1970, n° 149, 110 f.
- GANDAR Daniel, *Mortalité maternelle à la clinique obstétricale d'Angers durant la période gravido-puerpérale de 1939 à 1972*, Angers, 1974, n° 261, 121 f.
- GILLET Jean, *Contribution à l'étude de l'analgésie psychique en pratique obstétricale*, Paris, 1958, n° 179, 140 f.
- GIRAUD Claude, *Mortalité maternelle en maternité hospitalière*, Lyon, 1971, n° 193, 91 f.

- GUIRAN Georges, *Considérations statistiques sur 20 000 accouchements*, Lyon, 1946, n° 31, 87 f.
- HAGHIGHAT-CHEAR Djahanguir, *Étude des échecs de l'accouchement naturel*, mémoire pour les étudiants étrangers, 1956, vol. 135, n° 54, 21 f.
- HART Sabrina, *L'importance de l'assistance dans l'ASD*, Paris, 1962, n° 571, 71 f.
- JEAUCCOUR L., *Considérations sur l'accouchement naturel et sans douleur*, Paris, 1858, n° 69, 47 f.
- JUBECOURT Claude, née TOUSSAINT, *La préparation à l'accouchement sans crainte a-t-elle une action sur le comportement des femmes dans la vie?*, Paris, 1959, n° 167, 42 f.
- KADI Chérif, *Étude de la fonction respiratoire chez les femmes préparées à l'accouchement*, Lyon, 1954-55, n° 3, 66 f.
- LAFAY Marcel, *L'accouchement sans douleur*, Tours, 1914, n° 1, 55 f.
- LAULHERE Martine, *Aspects socioculturels de l'accouchement*, Paris, 1963, n° 130, 66 f.
- LEGRAND Renée, *La place de l'épisiotomie dans la pratique obstétricale*, Lille, 1947, n° 60.
- LOUBIER Noel, *Contribution à l'étude de la douleur obstétricale*, Lyon, 1956, n° 26, 47 f.
- MALAGUTI Jean, *Sur les difficultés d'une application rigoureuse de la méthode psychoprophylactique en milieu hospitalier*, Paris, 1955, n° 501, 78 f.
- MAUBERT Lucienne, *Épisiotomie*, Marseille, 1952, n° 84, 47 f.
- MAUREL René, *La méthode psychoprophylactique d'ASD et la place qui lui revient parmi les méthodes d'analgésie obstétricale*, Paris, 1954, n° 615, 119 f.
- MENDEZ René, *L'accouchement facilité*, Paris, 1965, n° 676, 53 f.
- PATILLOT Alain, *Douleurs de la parturition et essai d'électro analgésie obstétricale*, Lyon, 1974, n° 394, 76 f.
- PERRONNETTE Jean-Philippe, *Évolution de l'accouchement psychoprophylactique*, Bordeaux, 1974, n° 79, 56 f.
- PERRIGUEY Pierre, *L'application de l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique à la clinique gynécologique et obstétricale des Hospices civils de Strasbourg*, Strasbourg, 1955, n° 74, 55 f.
- PLOQUIN Max, *Quelques aperçus sur l'application de l'ASD en clientèle rurale*, Paris, 1958, n° 675, 50 f.
- PRUDENT Maguy, *Les causes d'échecs de la méthode de l'accouchement naturel*, Paris, 1956, n° 1004, 49 f.
- RABINOVICI Hers, *De l'épisiotomie*, Lille, 1935-1936, n° 28, 52 f.
- RAIMBAULT Ginette, *L'accouchement naturel*, Paris, 1956, n° 1005, 135 f.
- RATHELOT Alban, *Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur du point de vue du médecin praticien*, Montpellier, 1925, n° 39, 128 f.
- ROUX Pierre-André, *L'accouchement sans douleur*, Paris, 1954, n° 454, 45 f.
- SASSARD Paule, *Accouchement sous anesthésie épidurale*, Lyon, 1970, n° 225, 34 f.
- SAUBADU Josette, *Étude de l'évolution des méthodes psychoprophylactiques d'accouchement*, Bordeaux, 1961, n° 42, 48 f.
- SAUVAGEOT Claude-Gilbert *De l'anesthésie en gynécologie*, Paris, 1949, n° 91, 40 f.
- SIEBERT Solange, *Attitudes devant la maternité (enquête auprès de 1 200 accouchées)*, Grenoble, 1963, n° 5, 123 f.
- STEVENIN Albert-André, *L'accouchement normal sans douleur par analgésie gazeuse*, Paris, 1943, n° 358, 112 f.
- SZAPIRO Henri, *Contribution à l'étude de l'épreuve du travail*, Paris, 1947, n° 491, 37 f.

- THIS Bernard, *Sur une nouvelle orientation médicale : l'accouchement psychoprophylactique*, Nancy, 1954, n° 10, 184 f.
- VERMOREL Henri, *Les douleurs de l'accouchement et la psychoprophylaxie à la lumière de l'enseignement physiologique de Pavlov*, Lyon, 1955, n° 81, 392 f.
- VILLENEUVE Jean-Louis, *Considérations sur l'instinct maternel à propos d'une observation originale de fœtus habillé*, Paris, 1945, n° 386, 18 f.
- WAYSBORT Roland, *Épisiotomie de nécessité. Épisiotomie prophylactique*, Toulouse, 1957, n° 72, 44 f.
- ZAZZO Marc, *Sur les modalités de diffusion des méthodes de psychoprophylaxie obstétricale*, Paris, 1968, n° 7, 58 f.

2-2 OUVRAGES ET THÈSES

- ABOULKER Pierre, CHERTOK Léon et SAPIR M. (dir.), *Analgsie psychologique en obstétrique : Journées d'études sur l'analgsie psychologique en obstétrique*, Paris, 7 avril 1957. Pergamon Press, 1959, 172 p.
- ALAJOUANINE Th. et collaborateurs, *La douleur et les douleurs*, Paris, Masson, 1956, 348 p.
- ALAPHILIPPE Jacques, *L'ASD, mythe ou réalité?*, Paris, La Pensée Universelle, 1974.
- ANGELERGUES R, LAFITTE V., BAULIEU E. , J. LEVY et R. ROELENS, *Pavlov et le pavlovisme*, Paris, Éditions sociales, 1957, 277 p.
- FREDERIC- BENOÎT, *L'accouchement électrique*, Paris, Edition Jouve et Cie, 1944, 47 p.
- BONICA John J., *Manuel d'analgsie et d'anesthésie obstétricale*, Paris, Arnette, 1975, 159 p.
- BOURREL André et Micheline et Colette JEANSON, *La méthode complète de préparation à l'ASD*, Paris, Le Seuil, 1957, 174 p.
- CHAUCHARD Paul, *La douleur*. Paris: PUF, Que Sais-je?, n° 252, 1947, 128 p.
- CHERTOK Léon, *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur (Histoire, théorie, pratique)*, Paris, L'Expansion Scientifique Française, 1957, 348 p.
- CHERTOK Léon, et al., *Féminité et maternité*, Paris, Desclée de Bouver, 1966, 283 p.
- CLARKE Robert, *Claude Bernard*, Paris, Seghers, 1961, 222 p.
- CLARKE Robert, *René Leriche ou l'humanisme en chirurgie*, Paris : Seghers, 1962, 208 p.
- Jacques COURTOIS, *Accoucher dans la joie. Méthode personnelle d'ASD*, Paris, Ed du Levain, 1963, 58 p.
- CUNY Hilaire, *Ivan Pavlov et les réflexes conditionnés*. Paris, Seghers, coll. Savants du monde entier, 1962, 224 p.
- DELMAS Paul, *Précis d'obstétrique*, Paris, Baillières, 1950, 652 p.
- DEUTSCH Hélène, *La psychologie des femmes. Étude psychanalytique.*, Traduction d'après la 7^{ème} édition américaine, Paris, PUF, 1987, 418 p.
- DUGAST-ROUILLE Michel, *Grossesse sans trouble. Maternité heureuse. un beau bébé. Guide pratique de la femme enceinte*, Paris, Ed. du Levain, 1956, 174 p.
- ENGELMANN George, *De l'accouchement comparé dans les races humaines*, traduit de l'anglais par le D^r Verrier, Paris, Savy, 1885, 11 p.
- FULOP-MILLER René, *La victoire sur la douleur. Histoire de la découverte des anesthésiques*, Paris, Albin Michel, 1940 (traduit en 1954), 461 p
- GAILLARD Jacques-Louis, *Pratique de l'accouchement sans douleur*, Paris, Maloine, 1955, 61 p.

- GAILLARD Jacques-Louis, *Pratique actuelle de l'ASD*, Paris, Maloine, 1975, 109 p.
- GELLE P., *L'anesthésie obstétricale*, Paris, Masson, 1957.
- GOODRICH F. W. (adaptation française de V. Chevalier), *Comment accoucher sans douleur*, Verviers, Ed. Gérard et Cie, 1955, 207 p.
- HARLIN Fernande, *Préparez-vous une heureuse maternité*, Paris, Les Presses d'Aujourd'hui, 1951, 198 p.
- HARLIN Fernande, *Douleur et enfantement. Recherche de la vérité pour une modification des lois de la genèse*, Paris, Denoël, 1958, 317 p.
- JEANSON Colette, *Principes et pratique de l'accouchement sans douleur*, Paris, Le Seuil, 1954, 214 p.
- JEANSON Colette, *La méthode complète de préparation à l'ASD*, Paris, Le Seuil, 1957, 213 p.
- KARMEL Marjorie, *J'ai accouché sans douleur. Thank you doctor Lamaze!*, Paris, Fayard, 1960, 269 p.
- LALUNG Henry de, *L'accouchement à travers les âges*, Paris, Ed. Cortial, 1939, 68 p.
- LAMAZE Fernand, *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique. Ses principes, sa réalisation, ses résultats*, Paris, Savoir et Connaître, 1956, 265 p.
- LEBOYER Frederick, *Pour une naissance sans violence*, Paris, Le Seuil, 1974, 155 p.
- LEPAGE François et LANGEVIN-DROGUET Geneviève, *Préparation à l'accouchement sans crainte*, Paris, Masson, 1958, 81 p.
- MARAIS Eugene, *The Soul of the White Ant*, Plymouth, éd. Clarke, Doble & Brendon, 1971, 196 p.
- MARAIS Eugène, *Mœurs et coutumes des termites*, Paris, Payot, 1938, 196 p. Traduction française.
- MERGER Robert et CHADEYRON Pierre-André, *L'accouchement sans douleur*, Paris, PUF, QSJ ?, n° 1134, 1964, 128 p.
- MERGER Robert., *La naissance*, Paris, PUF, QSJ ?, 1955, 135 p.
- MFPP, *L'accouchement sans douleur*, publication de l'association, 1963, 12 p.
- MICHELON Bruno, *L'ASD*, Paris, Intermedica, 1966, sans pagination.
- MORINEAU Benjamin-Marie (RP) et LHERMITTE Jean, *Qu'est-ce que la douleur?*, Paris, 1941, microfiches.
- MORISOT Pierre, *L'anesthésie et l'analgésie péridurale*, Paris, Flammarion, 1976, 171 p.
- MOURGUES Emilien *D'Ogino à Pavlov*, Paris, Nouvelles Éditions Debresse, 1956, 163 p.
- NOTTER Armand, *Accouchement sans douleur par la psychoprophylaxie*, Lyon, Simep, 1968, 191 p.
- PAVLOV P., *Typologie et pathologie de l'activité nerveuse supérieure*, Paris, PUF, traduction, 1955, 272 p.
- PECKER André et ROULLAND Henri, *L'accouchement au cours des siècles*, Paris, Da Costa, 1958, 192 p.
- PERNOUD Laurence, *J'attends un enfant*, Paris, Horay, 1^{ère} éd. 1958, 322 p.
- READ G. D., *L'accouchement sans douleur*, Paris, Colbert, 1953, 210 p.
- REGNAULT Jules, *Maternité sans douleur*, Paris, Médicis, 1945, 291 p.
- RENNERT Zelda, Blanche COHEN et GOIRAND Christiane, *L'enseignement de l'ASD*, Paris, Vigot, 1962, 151 p.
- ROBERT Henri G., *Le préjudice corporel de la maternité*, Paris, Baillières, 1971, 95 p.

- ROLAND A., *Comment vous préparer à accoucher sans douleur par la méthode psychoprophylactique*, Publication de l'UFF, 1955, 66 p.
- ROLAND-MICHEL Marianne, *Attendre un enfant*, Tournai, Casterman poche, 1970, 172 p.
- TOURNÉ Claude-Émile, dir. de publication, Colloque: *Evaluations des pratiques médicales autour de la naissance*, juin 1996, Cahiers de l'Université de Perpignan, 120 p.
- TRANEC Lola, *Sans douleur. L'accouchement physiologique, expérience, humour et technique*, Paris, Ed. Sociales françaises, 1958, 209 p.
- VAN STEENBERGE A. L., *L'anesthésie péridurale*, Paris, 1969, Masson, 119 p.
- VELLAY Pierre et Aline, *Témoignages sur l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique*, Paris, Le Seuil, 1956, 375 p.
- VELLAY Pierre, *Développement sexuel et maternité. Accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique*, Paris, Laffont, 1965, 220 p.
- VIGNES Henri, *Les douleurs de l'accouchement*, Paris, Masson, 1951, 224 p.
- WITKOWSKI, *Histoire des accouchements*, Paris, Steinheil, 1887, 708 p.
- ZIEGELBAUM Albert, *Comment préparer l'ASD*, Paris, Ed. Alésia, 1958, 95 p.

2-3 PÉRIODIQUES

- ANGELERGUES R., « Les bases physiologiques de l'ASD » et « Quelques critiques sur les conceptions théoriques et la pratique de Read dans l'ASD », *Bulletin du cercle Claude Bernard*, nouvelle série n° 8, 1-2-1954, non paginé.
- ANGELERGUES R. « La conception pavlovienne de la douleur dans l'accouchement », *Revue de la Nouvelle Médecine*, mai 1954, n° 3, p. 9-32.
- ANGELERGUES R., « Naissance et disparition de la douleur », *La Pensée*, mars-avril 1955, n° 60, p. 43.
- ANGELERGUES R., « Perspectives nouvelles pour l'étude de la douleur », *La Raison*, 1954, n° 9-10, p. 135-149.
- ANGER Daniel, « Varices de la grossesse », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 23-25.
- Anonyme, « À propos d'un projet de loi italien sur l'analgésie obligatoire en cours d'accouchement, compte rendu du congrès italien de gynécologie », *BFSGOLF*, tome 1, 1949, n° 4, p. V.
- Anonyme, « Les souffrances de la naissance accumulent des mérites sur l'âme de votre enfant », *Maman*, revue sociale et familiale de la Maternité de la Sainte Famille, Lille, janvier-février 1954, n° 4, p. 27.
- ARAGON Louis, « De la libre discussion des idées », *Europe*, n° 33-34, octobre 1948, pp.3-29.
- Madame B., « Accoucher sans douleur », *Planning Familial*, 1968, n° 19, p. 32.
- BAEZ J.J. et ROCA H., « L'importance des types caractériels, des formes de l'intelligence et du milieu, dans l'éducation de la femme enceinte en vue de l'ASD », *BOSIPPO*, janvier-mars 1962, p. 3-22..
- BANSILLON E. et NOTTER A., « Influence de la relaxation contrôlée durant la grossesse sur la marche de l'accouchement », *Gyne. Obst.*, février 1954 (suppl), 6, n° 2, p. 212-213.
- BANSILLON E et NOTTER Armand, « Accouchement sans douleur ou accouchement sans crainte », *Lyon Médical*, 23 mai 1954, 86:21, p. 433.
- BARBIER Pierre, « L'ASD par la psychothérapie », *Revue de Pathologie. Général, comparée et hygiène*, Juillet 1952, n° 640, p. 476-477 .

- BARRIER Geneviève, « Rôle de l'anesthésiologiste dans une équipe obstétricale », *BOSFPPO* sept 1965, p. 73.
- BAUX R., « Cent premiers cas d'analgésie obstétricale par la méthode psychoprophylactique », *BFSGOLF*, Paris, 1954, 6:3, p. 332-336.
- BAUX R. et FERRIER Y., « Notre expérience de l'analgésie obstétricale par psychoprophylaxie en clientèle privée (700 cas) », *BFSGOLF*, 1955, p. 587-591.
- BAZELAIRE Serge, BOURREL, GUTHERZ, FONTAINE, « Bilan et perspectives de l'enseignement de la psychoprophylaxie », *BOSIPPO*, oct-déc 1963, n° 4, p. 115-122.
- BAZELAIRE S. et Roger HERSILIE, « Historique de la psychoprophylaxie », *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 5.
- BAULIEU Étienne-Émile, « L'ASD a des bases scientifiques », *La Nouvelle Critique*, février 1953, n° 43, p. 138-146
- BENOIT Frédéric et Paul Robert MIMET, « Electro-obstétrique », *La Clinique*, sept. 1950, p. 5-18.
- BLANCHARD, « À propos de l'accouchement indolore », *Le Concours médical*, n° 2, 11-1-1947, p. 51-52.
- BLUM Jean, « Le rôle de l'ASD sur le comportement psychique de la femme », *BOSFPPO*, juin 1964, n° 18, p. 27 -37.
- BLUM Jean, ESCHBACH J. et MILFORT L., « 4 ans de pratique en matière d'accouchement sans douleur. Difficultés et résultats », *BFSGOLF*, 1958, p. 355-356.
- BOURREL A., « Préparation à l'ASD », *Bull. Cercle Cl. Bernard*, n° 8, février 1954., non paginé.
- M. BOUYSSSE, sage-femme, « Communication relative aux causes d'échec », *BOSFPPO*, juin 1960, n° 3, p. 50.
- BOYE et FAVAREL, « Accouchement sous analgésie au protoxyde d'azote oxygène en circuit fermé », *BFSGOLF*, tome 1, 1949, n° 4, p. 408.
- CACHIN YVES, « Le monde à l'endroit », *Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 2, novembre 1953, p. 67-73.
- CARRERA F., « Attitudes critiques face au prétendu privilège de la femme indienne d'accoucher facilement et un essai d'accouchement psychoprophylactique en Amazonie », *BOSIPPO*, janvier-mars 1971, p. 25.
- CASALTA, J-R HENRY et J. BIMAR, « Nouvelles observations concernant l'utilisation du curare en obstétrique », *BFSGOLF*, tome 1, 1949, n° 5, p. 524 à 526.
- CHADEYRON Pierre-André, AULARD-MACKLER F. et NEMETH A., « Le stéréotype de la mère: incitation à la dénatalité », *BOSFPPO*, 1971, n° spécial IXe Congrès, p. 57.
- CHADEYRON Pierre-André, NEMETH A.,CHARMET A. et GOLDSTEIN M., « Réinvestissement du corps par la consultation post-natale », *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1974, p. 21.
- CHAPUS G., « Quelques réflexions sur l'accouchement psychoprophylactique », *BFSGOLF.*, 1955, 7, n° 2, p. 170.
- CHARTIER Michel, « L'accouchement sans douleur », *Cahiers Laennec*, n° 4, décembre 1952, p. 48-61.
- CHAISTRUSSE L., MORIN J. et BOUTAREAUD J., « Essais de quelques méthodes d'accouchement récemment proposées: l'accouchement physiologiquement accéléré », *BFSGOLF*, 1954, 6, n° 3, p. 284 et 286.
- CHAISTRUSSE L., « À propos d'accouchement sans douleur...du beau travail », *Estuaires*, mai 1957, n° 8, p. 15-19.

- CHAUCHARD Paul, « Contrôle cérébral de la douleur et maîtrise de soi », *BOSFPPO*, mars 1970, p. 15.
- CHAUCHARD Paul, « Conditions bio sociologiques de l'épanouissement maternel », *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1971, p. 61.
- CHERTOK Léon, « Étude de la psychoprophylaxie des douleurs de l'accouchement », *La Semaine des Hôpitaux*, 1-14 août 1956, 32, n° 48-49, p. 2619-2626.
- CHERTOK Léon, « L'accouchement naturel et l'accouchement psychoprophylactique », *Le Concours médical*, 23-11-1957, p. 5105 à 5108.
- CHERTOK Léon, « Les rapports entre l'accouchement naturel et l'accouchement psychoprophylactique », *Praxis*, 1959, 44, p. 1002.
- CHERTOK Léon, DONNET J.L., REVAULT d'ALLONNES Claude, BONNAUD M., « Sur les motivations du refus de l'accouchement sans douleur », *BOSFPPO*, 1961, p. 45-59.
- CHERTOK Léon et REVAULT d'ALLONNES Claude, « Habitation et grossesse », *L'Hygiène mentale*, 1964, n° 3, p. 109-126.
- CHERTOK Léon, « Déclin de l'ASD? », *Le Concours médical*, 25-6-1966, p. 4621-4628.
- CHERTOK Léon, « L'ASD. Mise au point », *Cahiers d'anesthésiologie*, mars-avril 1966, 14, 2, p. 157-183.
- CONRAD K., « Les douleurs de l'enfantement: rapport de la Fédération des femmes médecins », *Brit. Med. J.*, 26 février 1949, n° 4599, p. 333-337.
- Congrès de la Société Française de Médecine Psychosomatique, « Compte rendu », *Revue Française de Médecine Psychosomatique*, mai-juin 1957, p. 214-218.
- Congrès de la Société française de PPO, 7-8-9 juin 1974, « Travaux », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 19.
- CORMANCHI, « Les infiltrations du sympathique lombaire en accouchement », *Le Concours médical*, 19-3-1949, p. 616-617.
- Mme COULON-ARPIN (sage-femme), « Lettre au docteur Carlotti, vice-président de l'Association de médecine rurale », *Maternité*, 1953, n° 1, p. 29-33.
- DELALANDE, « Anesthésie obstétricale », *Bulletin de l'Association Gyn. et Obst.*, t. 2, 1950, p. 457.
- DEMANGEAT M., « Les thérapeutiques de la relaxation », *Gazette Médicale*, 2 juillet 1956, p. 1317.
- DESTOUNIS N., « Facteurs économiques, culturels, sociaux, ayant retenti sur les complications de la grossesse », *BOSIPPO*, tome 6, n° 1, janvier-mars 1964, p. 23.
- DEVRAIGNE L., « Évolution des idées pour rendre l'accouchement moins douloureux et en abrégé la durée », *La Médecine*, n° 10, octobre 1941, p. 2 .
- DONNET J.L., « Le mythe de l'ASD », *Perspectives psychiatriques*, 1963, p. 43-49.
- DUJOL, « L'accouchement dirigé », *Rev Fr de Gyn et Obst*, 1945, 40, n° 2, p. 59-63.
- ECONOMIDES A., « Etat actuel de la pratique de l'accouchement sans douleur en France », *Revue de la Nouvelle Médecine*, janvier 1956, n° 6, p. 71.
- ECONOMIDES A., « À propos de 70 cas d'accouchement après préparation psychoprophylactique en clientèle privée », *La Revue de la Nouvelle Médecine*, juin 1956, n° 7, p. 85.
- ELBAZ J.J. et L. ZUMER, « Maternité et préjudices esthétiques », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 16-22.

- ESCHBACH J., « Considérations sur les médecins qui s'occupent de psychoprophylaxie obstétricale et leurs motivations », *BOSIPPO*, tome 3, n° 4, octobre-décembre 1963, p. 29-31.
- EYRAUD Daniel, « L'ASD à la portée de tout praticien », *L'Hôpital*, mai 1954, 42, n° 634, p. 377-379.
- FAILLIÈRES-BONTEMPS E., « Propos d'une sage-femme », *BOSFPPO*, mars 1965, p. 39.
- FAILLIÈRES Jean, « Préparation à la naissance et dialogue conjugal », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1967, p. 67.
- FAILLIÈRES Jean, « La préparation à l'accouchement », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 1, p. 18-22.
- FAILLIÈRES Jean, « La prophylaxie des préjudices », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 31-40.
- FABRE, « Notre expérience de l'accouchement sans douleur dirigé », *BFSGOLF*, 1957, communication au XVII^e congrès de la fédération (9-12 sept à Marseille), p. 657-658.
- FAVAREL R., « Le médecin rural devant l'accouchement sans douleur », *Le Concours Médical*, Paris, 27-8-1955, p. 3233.
- FAVAREL R., « Bien médicamenteusement vôtre.. », *Le Concours médical*, 1966, p. 3279-3280.
- FEGHALI A., « L'évolution de l'anesthésie et de l'analgésie en obstétrique », *Gynécologie et obstétrique*, t. 46, n° 4, 1947, p. 483-487.
- FREEDMAN Lawrence Z., M.D. and FERGUSON Vera M., "The question of "painless childbirth" in primitive cultures", *American Journal of Orthopsychiatry*, 1950, XX, April, p. 363-372.
- FIGUIÈRES Léo, « Le pape n'a pas tout dit devant les sages-femmes », *La Nouvelle Critique*, avril 1952, p. 55-64.
- G (? sans précision) J.R., « L'accouchement sans douleur par la méthode de Pavlov », compte rendu de la conférence du D^r Lamaze, salle des Sociétés Savantes, 28 mai 1953, *Le Concours médical*, 13-6-1953, p. 2163.
- GAILLARD Jacques-Louis, « Les principes et la technique de l'accouchement dirigé », *Le Concours médical*, 10-10-1945, p. 787-788.
- GAILLARD Jacques-Louis, « Réflexions sur le forceps », *L'Hôpital*, novembre 1947, p. 247-248.
- GAILLARD Jacques-Louis, « Technique de l'accouchement dirigé indolore; avec éducation psychique, respiratoire et neuromusculaire », *Le Concours Médical*, 16-4-1955, p. 1611.
- GAILLARD Jacques-Louis, « Accouchement sans douleur, accouchement normalisé », *Le Concours médical*, 1964, p. 3781-3782.
- GAVEL M., "Les aspects de l'accouchement psycho-prophylactique dans les petits centres", *BFSGOLF*, 1956, séance du 21-3-56, soc de Bordeaux, pp.485-486.
- W. GEISENDORF et F. KOCHER, « Résistances conscientes et inconscientes à la préparation ASD », *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1967, p. 99.
- GOIRAND Christiane, « À propos de cent cas d'accouchements après préparation suivant la méthode psychoprophylactique », *BFSGOLF*, Paris, 1955, 7:1, p. 55.
- GOSSELIN, « La conduite de l'accoucheur. Analgésie et anesthésies exceptées », *Gyn Obst*, 1946, t. 45, n° 4, p. 288.
- GRANDALANIO-MOLLARD L. et ARLAUD A., « Résultats de la psychoprophylaxie de l'accouchement (A propos de 1 000 cas) », *BFSGOLF*, 1956, séance du 3-7-56, p. 518-520.

- GRASSET J. et DUMONT J., « Les orientations actuelles des techniques de l'analgésie obstétricale: les méthodes neuropsychiques », *La Presse Médicale*, 17 mars 1954, 62:20, p. 419.
- GRASSET J., « L'accouchement physiologiquement accéléré et à douleur atténuée », *L'Hôpital*, mars 1955, p. 293.
- GRASSET J. et DUMONT J., « Accouchement physiologiquement accéléré et à douleurs atténués », *Le Concours Médical*, 4-6-1955, p. 2361.
- GRISILLON, « Vingt ans d'expérience d'ASD par la méthode psychoprophylactique », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 9.
- GRYNFOGEL, « À propos de la méthode psychoprophylactique », *Toulouse Médical*, n° 11, décembre 1957, p. 1009-1015.
- GUEGUEN J., « Impression d'un séjour dans les services d'obstétrique et de gynécologie de Londres », *BFSGOLF*, tome 1, 1949, n° 3, p. V à XI. Suite dans le n° 4, p. XI à XV.
- GUEGUEN J., compte rendu d'un article de H.G. Schluter et C.L. Cooley sur « L'anesthésie rachidienne basse à la métycaïne en obstétrique (traduction) » in *West. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, octobre 1949, n° 10 p. 469-474, in *BFSGOLF*, 1950, p. 246-247.
- GUEGUEN J., « L'accouchement sous hypnose (Méthodes et résultats) », *BFSGOLF*, 1961, p. 533-535.
- GUILLAUMIN J.P., Georges SEE et L. CHAVANNES, "L'état du nouveau-né en fonction du comportement de la mère durant l'accouchement", *BOSFPPO*, sept 1965, p. 33.
- GUYOMAR Jacques, « Tendances actuelles en anesthésie et en analgésie obstétricales », *Le Concours médical*, 1965, p. 7439-7448.
- HADFIELD J.A., « Pain in childbirth », *British Medical Journal*, 12 juin 1948, p. 1155.
- HANON F., « L'accouchement conditionné », *Revue Médicale Française*, n° spécial, t. 39, 1958, p. 128.
- HARTEMANN J., « Nature et destinée de la douleur de l'accouchement », *BFSGOLF*, n° 1, janvier 1938, p. 111.
- HARTEMANN J., « Méthodes psychosomatiques d'indolorisation de l'accouchement », *Le Concours médical*, 19-12-1959, p. 5587 à 5595.
- HAY, « Impressions cliniques à propos de la PPO », *BOSIPPO*, 1960, n° 1, p. 59-66.
- HAY, « La préparation à l'ASD débute à l'âge de 4 ans », *BOSIPPO*, octobre-déc. 1966, p. 135-140.
- HERNANDEZ, « Analyse des difficultés rencontrées dans la généralisation de la pratique de la PPO », *BOSFPPO*, n° 24, 4^{ème} trimestre 1964, p. 29.
- HERSILIE Roger, « Les causes d'échec », *BOSFPPO*, congrès de Paris, 1960, p. 39.
- HERSILIE Roger, « Existe-t-il des accouchements normaux? », *BOSIPPO*, oct-déc 1963, n° 4, p. 133-135.
- HERSILIE Roger, « Compte-rendu de l'ouvrage de Robert Merger et P.A. Chadeyron, À propos de l'accouchement sans douleur », *BOSFPPO*, déc. 1964, p. 27.
- HERSILIE Roger, « La place de la méthode psychoprophylactique dans l'analgésie obstétricale », *BOSFPPO*, mars 1965, n° 25, p. 15-28.
- HERSILIE Roger, « Perspectives de la Psychoprophylaxie face au traumatisme obstétrical », *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1965, n° 24, p. 55-64.
- HERSILIE Roger, « Sexualité et féminité à la lumière de la psychoprophylaxie. Essai de théorisation. », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1967, p. 9.

- HERSILIE Roger, « Ecologie et maternité », *BOSFPPO*, 1971, n° spécial IXe Congrès national de PPO, p. 29.
- HERSILIE Roger, « Hommage au docteur Lamaze » » *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1973, p. 9.
- HERSILIE Roger, « Un congrès pas comme les autres », *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1973, p. 45.
- « Hommage au Docteur Lamaze pour les 20 ans de l'ASD », *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1971, p. 9-20.
- HYPOUSTEGUY , « Problème de l'enfance inadaptée et clôture du Congrès », *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1965, n° 24, p. 65-72.
- JAMAIN Bernard, "Emploi du curare en accouchement", *Semaine des hôpitaux de Paris*, 1949, 25, n° 38, 1954.
- JAMAIN Bernard, « Où en est la question de l'accouchement sans douleur? », in *Le Concours médical*, 1961, p. 4001-4002.
- JEANSON Colette, « Tout était si simple avec lui », *Les Lettres Françaises*, 14-20 mars 1957, p. 2.
- JARROUSSE J., « L'accouchement sans douleur », *Le Concours médical*, 24-8-1957, p. 3753 à 3756.
- Mme JAY, « Rapport général », *Maternité*, 1954, n° 3, p. 131-132.
- « Journées d'études sur les méthodes psychologiques en analgésie obstétricale », le 7-4-1957 à la Faculté de Médecine de Paris, organisées par la Société française de médecine psychosomatique, sous présidence du doyen L. Binet. Compte rendu dans *Le Concours médical*, 8-2-1958, p. 701-702.
- Journées d'études des médecins et des professions médicales communistes, *La Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 4, décembre 1954, p. 86-93.
- KAMMERER, « La psychologie de la douleur », *BOSIPPO*, 1963, pp.115-122.
- KOREMBLIT E. et de CHAVES T.M., « L'entrevue personnelle en psychoprophylaxie », *BOSIPPO*, avril-juin 1964, p. 69-82.
- KREIS J., « La douleur de l'accouchement », *Strasbourg médical*, 25 avril 1938, p. 143.
- KREIS J., « De la suture du périnée après l'accouchement », *Le Concours médical*, n° 47, 19-11-1949, p. 2653-2655.
- KREIS J., « La violence au cours de l'accouchement », *Le Concours médical*, n° 49, 8 -12-1951, p. 4111-4128.
- LABORIT H., CHAILLOT A., « Utilisation du curare à dose neuro-végétative dans l'accouchement eutocique », *La Presse Médicale*, 1949, 57, n° 12, p. 167.
- LACOMME Maurice, « Leçon inaugurale », *La Presse Médicale*, 12 janvier 1952, p. 21-25.
- LAFFONT A., FARRAGI A. et CACAVELLI A., « L'association curare-protoxyde d'azote dans l'analgésie obstétricale », *BGOLF*, tome 1, 1949, n° 3, p. 270 à 272.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ M.A., « Le rôle du Planning Familial dans la préparation à la maternité », *BOSIPPO*, oct-déc. 1963, n° 4, p. 57-70.
- LAMAZE Fernand, « L'ASD par la méthode de Pavlov », *Le Concours Médical*, 13 juin 1953, p. 2163.
- LAMAZE Fernand, « Tu accoucheras dans la douleur », *Les Lettres Françaises*, juillet 1953, p. 1-2.
- LAMAZE Fernand, « L'expérience française de l'accouchement sans douleur », *Bulletin du cercle Claude Bernard*, Paris, 1 février 1954, n° 8, non paginé.
- LAMAZE Fernand, « Avant-propos », *Revue de la Nouvelle Médecine*, mai 1954, n° 3, p. 5.

- LAMAZE Fernand, « Les maternités soviétiques et l'accouchement sans douleur », *Revue de la Nouvelle Médecine*, mai 1955, n° 5, p. 61.
- LAMAZE Fernand, « La suppression de la douleur liée à la contraction de l'utérus en travail » (rapport au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique à la Havane, Cuba, décembre 1955), *Revue de la Nouvelle Médecine*, juin 1956, n° 7, p. 61.
- LAMAZE Fernand, « Discours », *BOSIPPO*, janvier-mars 1962, t. 4, n° 1, p. 95-104.
- « Hommage au Docteur Lamaze », juin 1957, n° 8, *La revue de la Nouvelle Médecine*, non paginé.
- « Hommage au Docteur Lamaze », *BOSIPPO*, janvier-mars 1962, p. 87-89, par P. V. (Pierre Vellay).
- LAMAZE Fernand et VELLAY Pierre, « L'accouchement sans douleur en Union Soviétique », *Défense de la Paix*, n° 9, février 1952, p. 50-57.
- LAMAZE Fernand et VELLAY Pierre, « L'ASD », *Semaine médicale* (supplément à *La Semaine des Hôpitaux de Paris*), 18 avril 1952, 28, n° 15, p. 301.
- LAMAZE Fernand et VELLAY Pierre, « L'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique. Premiers résultats portant sur 500 cas. », *Gazette Médicale de France*, décembre 1952, 2-12-52, n° 23, p. 1445.
- LAMAZE Fernand et VELLAY Pierre, « Considération sur l'accouchement sans douleur par la méthode psychophysique », *Revue de la Nouvelle Médecine*, juin 1953, n° 1, p. 71.
- LAMAZE Fernand et VELLAY Pierre, « Une nouvelle méthode d'accouchement », *Les Nouvelles Thérapeutiques*, juin 1953, n° 6, p. 3-6.
- LAMAZE Fernand et VELLAY Pierre, « L'ASD », *Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale*, 8 octobre 1953, n° 3, p. 283-287.
- LAMAZE Fernand et VELLAY Pierre, « L'expérience française de l'ASD », *Bulletin du Cercle Claude Bernard*, n° 8, 1-2-1954. non paginé.
- LAMAZE Fernand, VELLAY Pierre, « Considérations sur la technique de l'accouchement sans douleur », *Revue de la Nouvelle Médecine*, mai 1954, numéro spécial, n° 3, p. 63.
- LAMAZE Fernand, VELLAY Pierre et HERSILIE H., « Essai d'interprétation des causes d'échecs », *Revue de la Nouvelle Médecine*, mai 1954, n° 3, p. 129.
- LAMAZE Fernand, VELLAY Pierre et HERSILIE H., « Réponses à quelques questions », *Revue de la Nouvelle Médecine*, mai 1954, n° 3, p. 125.
- LAMAZE Fernand, VELLAY Pierre, HERSILIE Roger, ANGELERGUES, BOURREL, et les sages-femmes, « Expérience pratique à la maternité du centre Pierre Rouquès sur la méthode d'ASD par psychoprophylaxie », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 26-1-1954, p. 52-58.
- LAMAZE Fernand et VELLAY Pierre, « Perspectives données par l'expérimentation de la méthode psychoprophylactique dans quelques cas particuliers de l'obstétrique », *BFSGOLF*, 1955, p. 604-607.
- LAMAZE Fernand et MULDVORF Bernard, « Les aspects psychologiques, psychothérapeutiques et les incidences sociales de l'accouchement sans douleur », *BFSGOLF*, 1956, p. 549-558.
- LAMBERT Jacques, « À propos d'un récent débat sur l'accouchement sans douleur », *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 10 juin 1954, n° 38, p. 2433-2436.
- LANGEVIN-DROGUET Geneviève, « Préparation physique et psychologique à l'accouchement », *Maternité*, mars 1954, 3:3, p. 122.
- LANTUÉJOUL Pierre et BOURREAU J., « Essais d'analgésie au cyclopropane en accouchements », *Gyné et obst*, 1941, p. 450-454.

- LANTUÉJOUL P., BOURREAU et CARRON, « Essais d'analgésie et d'anesthésie en accouchement au moyen de l'alcool éthylique tribromé », *Gyn et obst*, 1944-45, p. 261-273.
- LANTUÉJOUL P., BOUREAU J. et CHAMBRAUD R., « Autoanalgésie obstétricale au protoxyde d'azote », *Gyn. et obst.*, 1947, tome 46, n° 3, pp.293-297.
- LANTUÉJOUL P., « Conduite à tenir dans l'accouchement normal », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1949, 25, n° 21, p. 896-898.
- LANTUÉJOUL P., « À propos de l'accouchement sans douleur », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n° 17-18, 12-6-1953 p. 268 -271.
- LANTUÉJOUL P. et LEROUX P., « La mortalité maternelle au cours de l'accouchement et des suites immédiates », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, juillet 1954, n° 23-24, p. 351-354.
- LANTUÉJOUL P. et MERGER Robert, « La douleur de l'accouchement et sa psychoprophylaxie », *La Semaine des Hôpitaux*, 30 mai 1954, n° 35, p. 2198-2202.
- LANTUÉJOUL Pierre, « L'accouchement normal, naturel ou forcé? », *L'Hôpital*, mars 1955, 43, n° 644 bis, p. 290 (hors série).
- LANVIN, « Comment réaliser une analgésie obstétricale à la campagne », *Le Concours médical*, 30-7-1949, p. 1797-1798.
- LARRIBÈRE JM., « Premières observations d'accouchement sans douleur », *BFSGOLF*, 1954, 6:1, p. 54.
- LE CHANOIS Jean-Paul, « Le Docteur Lamaze ou la vérité », *Les Lettres Françaises*, 14-20 mars 1957, p. 2.
- LECOMTE Maurice « L'accouchement psychoprophylactique », *Revue du Praticien*, 21 juillet 1955, 5, 21, p. 216.
- LECOMTE Maurice et BATTARD Jacques., « Conceptions actuelles de l'accouchement médical », *Revue du praticien*, 21 février 1954, 4, n° 6, p. 459.
- LEGUAY François, « Conditions pratiques de réalisation de l'ASD à la maternité des Métallurgistes », *Revue de la Nouvelle Médecine*, mai 1954, n° 3, p. 141.
- LE LORIER Guy, « L'analgésie obstétricale », *Maternité*, mars 1954, n° 3, p. 98-121.
- LE LORIER Guy, « Avant-propos. En coll. avec le D^r Comet et Melle Leclerc: Théorie, pratique et résultats de l'accouchement sans douleur », *Maternité*, mai 1956, p. 139.
- LEPAGE F. et LANGEVIN-DROGUET Geneviève, « À propos de la préparation physique et psychique des femmes à l'accouchement », *La Presse Médicale*, 16 avril 1955, 63:72, p. 549.
- LERICHE R., « Orientation actuelle du problème de la douleur », *Journal de Psychologie*, 1951, p. 493-509.
- LERICHE R., « Qu'est-ce que la douleur? », *Progrès médical*, 10 mai 1954, p. 243-247.
- LEROUX Pierre et MICHON Guy, « L'épisiotomie », *Rev Fr Gyn et Obst*, février 1959, 54 (2), p. 119-134.
- LÉZINE I. et RAIMBAULT G., « Problèmes de développement d'un groupe d'enfants nés par accouchement sans douleur, suivis pendant la première année de leur vie », *Archives Françaises de Pédiatrie*, 1960, n° 17, p. 784-796.
- LÉZINE I., « Développement psychomoteur de l'enfant et relations mère-enfant », *BOSFPPO*, septembre 1965, n° 23, p. 55-64.
- LOPEZ A., « Préjudices osseux et musculaires », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 26-30.

- LYON Raymond, « L'accouchement sans douleur », *Le Concours médical*, 27-8-1955, p. 3249.
- Janine M., « Témoignage digne d'intérêt » sur l'ASD, *BOSIPPO*, 1962-63, p. 156-160
- MAHON R., « Où en est la question de l'ASD? », *Maternité*, 1961, n° 6, p. 10.
- MALCOVATTI, « Discussion sur la communication de D^r Hersilie », *BOSFPPO*, juin 1960, p. 56.
- MALINAS Yves, « La réparation des petites déchirures du périnée sous anesthésie locale », *Maternité*, mai 1965, 14, n° 7-8, p. 157-162.
- MALINAS Yves, « Hippocrate dit oui, Gallien dit non... », *Le Concours médical*, 1966, p. 3280-3283.
- MAYER Maurice, VIALA F., PIGEAUD Henri, LANTUÉJOUL P., « Les techniques d'analgésie obstétricale », 1^{ère} partie, *La Vie Médicale*, octobre 1950, n° spécial.
- MAYER Maurice et BONHOMME J., « La méthode de l'accouchement naturel. Son utilisation en pratique hospitalière », *La Vie Médicale*, 1953, 34, p. 751.
- MAYER Maurice, « La méthode de l'accouchement naturel (accouchement sans douleur) en pratique hospitalière privée », *AMIF*(Association des Médecins Israélites Français), 1955, n° 33, p. 9 et n° 34 p. 7.
- MERGER Robert et GEORGES Ferdinand, « L'emploi du curare pendant l'accouchement », *BFSGOLF*, tome 1, n° 1, 1949, p. 25-26.
- MEYER P., « Contribution à l'étude de l'accélération du travail au cours de l'accouchement par l'emploi du curare; 230 cas. », *BFSGOLF*, tome 2, 1950, p. 103-106.
- MICHEL-WOLFROMM Hélène, « La relation entre le gynécologue et la femme au début de la grossesse », *BOSIPPO*, 1963, n° 4, oct-déc 1963, p. 9-14.
- MIRAGLIA F., « Examen critique des perspectives actuelles de la PPO », *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1965, n° 24, p. 21-24.
- MIRAGLIA F. « Réflexions sur l'anesthésie dans l'accouchement », *BOSFPPO*, 4^e trimestre 1965, n° 24, p. 25-28.
- MORIN P., « L'analgésie obstétricale », *La Revue du praticien*, t. 4, n° 6, 21 février 1954, p. 467-476.
- MULDVORF Bernard, « La psychoprophylaxie, promotion culturelle et humaine de la sage-femme », *BOSFPPO*, déc. 1964, p. 35.
- MULLER M.C., « La douleur de l'accouchement est-elle un réflexe conditionné selon Pavlov? », *Praxis*, t. 47, n° 2 et 3, 9 et 16-1-195, compte rendu dans *Le Concours médical*, 6-12-58, p. 5296.
- MULLER P., « L'accouchement sans douleur », *BFSGOLF*, 1954, N° 4, p. 525.
- MULLER P., « Quelques erreurs respiratoires au cours de l'accouchement: leurs conséquences et leur prévention », *BOSIPPO*, 4^{ème} trimestre 1962, p. 143-149.
- MULLER P., « Évolution de l'ASD par la méthode PP en Alsace depuis 1954 », *BOSIPPO*, 1964, n° 3, p. 211-227.
- MULLER P., « Les effets bénéfiques pour l'enfant de la préparation psychoprophylactique seule ou associée à des méthodes de régularisation du travail », *BOSFPPO*, 4^{ème} trimestre 1965, n° 24, p. 13-20.
- MULLER P., « Indication et contre-indication de l'administration de produits médicamenteux au cours du travail chez les femmes préparées par la méthode psychoprophylactique », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1966, p. 41.

- MULLER P. , « Insertion de la technologie obstétricale dans la PPO », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 23.
- NICOLAEV A.P., « Les bases théoriques de la psychoprophylaxie de la douleur dans l'accouchement », *La Revue de la Nouvelle médecine*, n° 1, juin 1953, p. 61 à 69.
- NICOLAEV A. P., « La méthode psychoprophylactique d'ASD », *Gazette des Hôpitaux*, 10 mars 1954, 126, n° 7, p. 199.
- NOTTER Armand, « La méthode dite d'accouchement naturel de Read », *BFSGOLF*, 1952, 4, p. 944.
- NOTTER Armand, « La méthode dite d'accouchement sans douleur par préparation psychique et physique », *BFSGOLF*, 1954, 6:1, p. 73-74.
- NOTTER Armand et BERTRAND M., « Physiologie comparée des conditions de parturition chez la femme et les grands mammifères. Conséquences pratiques pour l'accouchement psycho-physique », *Lyon médical*, n° 35, août 1960, p. 341-361.
- NOTTER Armand, « Aspects actuels de la psychoprophylaxie obstétricale en URSS », *BFSGOLF*, 6-11- 1961, p. 27-29.
- NOTTER Armand, J. GUYOTAT, P. HAYEM et Mme REVOL, « Technique et résultat de la prophylaxie des douleurs de l'accouchement, par le training autogène de Schultz », *BFSGOLF*, 5-2-1962, p. 142-144.
- NOTTER Armand, « L'assistance à l'expulsion dans l'accouchement psycho-physique par l'épisiotomie, le vacuum extractor ou le forceps sous anesthésie locale », *Lyon Médical*, n° 44, 4-11-1962, p. 827-862.
- NOTTER Armand, « Compte rendu du premier congrès international de médecine psychosomatique et maternité », *Le Concours médical*, 1963, p. 3555 à 3558.
- OLIVA Luis, « Considérations sur la douleur de l'accouchement et son abolition par la PP », *BOSIPPO*, 1960, n° 1, p. 3-29.
- PALLIEZ R., COOTEEL P., DELECOUR M et SOOTS G, « Infiltrations lombaires en obstétrique: un cas de mort », *Bulletin de l'As.s Gyn Obst*, 1949, 1, n° 5, p. 511.
- PIALLOUX G., « De l'analgésie obstétricale en campagne », *Gazette médicale de France*, 1951, 58, n° 3, p. 193-194.
- PIERRE-JAY Marthe, « L'accouchement psychoprophylactique et les sages-femmes », *BOSFPPO*, mars 1960, n° 2, p. 18.
- PIGEAUD Henri, « 150 infiltrations de sympathique lombaire au cours de l'accouchement », *Gyn. et Obst.*, t. 44, 1944, p. 1-6.
- PIGEAUD Henri, « L'accouchement à douleurs atténuées », *Progrès Médical*, 10 octobre 1954, 82.19, p. 379.
- PIGEAUD Henri et R. GARNIER, « L'origine et la propagation des douleurs caractéristiques de l'accouchement », *BFSGOLF*, 1955, p. 81-82.
- PIGEAUD Henri et NOTTER Armand, « Préparation psycho-physiothérapeutique à l'accouchement dirigé », *La Presse Médicale*, 14 mars 1956, 64:21, p. 481.
- PIGEAUD Henri et S. NELKEN, « Résultats de la préparation psycho-physique à l'accouchement chez 750 primipares », *BFSGOLF*, 1957, p. 583.
- PLICHET André, « L'amour maternel naît-il de la souffrance? », *La Presse médicale*, 2-10-1948.
- PLOQUIN Max et Madame PLOQUIN, « Analyse des résultats de 100 accouchements sans douleur », *BOSFPPO*, mars 1962, n° 9, p. 9-10.
- PLOQUIN Max, « Psychologie et psychoprophylaxie en clientèle rurale », *BOSFPPO*, n° 13, décembre 1963, p. 7.

- PLOQUIN Max, « Hypothèses sur l'étiologie de la douleur de l'accouchement, vue sous un aspect psychanalytique particulier », *BOSFPPO*, 1971, 4^{ème} trimestre, p. 41-60.
- PONTONNIER A., « Épisiotomie prophylactique », *Maternité*, n° 6, juin 1956, p. 180-185.
- PONTONNIER A., « L'épisiotomie n'est pas une procédure chirurgicale mineure », *Toulouse médical*, n° 11, décembre 1957.
- POULIOT J., « Réponse à l'enquête sur l'accouchement dirigé », *Rev. Fr de Gyn Obst*, 1944, 39, n° 9, p. 324-331.
- RAVINA J., CHAMBRAUD R. et GIRAUD, « L'obstétrique en 1949. Analgésie et anesthésie obstétricales », *Paris Médical*, 1950, p. 101-102.
- RAVINA J., DEVRAIGNE P., TSOULADZE S et J. COENCA, « La psychoprophylaxie de la douleur dans l'accouchement », *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 35, 30 mai 1954, p. 2202-2210.
- READ G.D., « The discomforts in childbirth », *Brit. Med. J.*, 16-4-1949, p. 651, compte rendu in *BFSGOLF*, 1949, p. 424-425.
- READ G.D., « La physiologie du travail normal », *Progrès médical*, n° 15-16, 10-24 août 1949.
- READ G.D. « L'accouchement naturel », conférence donnée le 25-6-54 à l'Académie Nationale de Médecine à Paris, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 25 mai 1954, 138, n° 18, p. 263-267.
- READ G.D. « La suppression de la douleur de l'accouchement », *Gyn et Obst*, 1958, 57, n° 5, p. 548.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « Enquête préliminaire sur l'ASD », *Revue française de sociologie*, 1960, n° 1, p. 202.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « La femme moderne et l'ASD », *BOSFPPO*, décembre 1960, n° 4, p. 3-7.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « L'accouchement est un fait culturel », *BOSIPPO*, 1960, p. 143-167.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « Conséquences psychologiques et sociales de l'ASD », *Bulletin du MFPF*, 1963, n° 27, p. 17-23.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « Habitation et grossesse », *Hygiène mentale*, 1964, n° 2.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « Sexualité féminine, passivité, douleur », *BOSFPPO*, 1967, p. 39.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « Sociopsychologie de l'ASD », *Bulletin de Psychologie*, 1968, XXI, p. 15-19.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « Articulations entre la progression et la régression », *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1971, p. 27.
- REVAULT d'ALLONNES Claude et VITTOZ Yvonne, « Réflexions sur les modèles et valeurs qui sous-tendent la pratique de la méthode psychoprophylactique et notamment sur la présence du père à l'accouchement », *BOSFPPO*, 1971, n° spécial IXe Congrès, p. 91.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « L'image du corps après l'accouchement », *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1974, p. 5.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « Le corps après l'accouchement », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, pp.41-45.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « La douleur et l'indolorisation psychologique des accouchements », *Psychologie médicale*, 1974, 6, 4.

- RIVIÈRE Marc, « La mortalité maternelle au cours de l'état gravido-puerpéral. Avortement excepté », *BFSGOLF*, 1959, 11, n° 1bis, p. 137-272.
- RIVIÈRE Marc et CHASTRUSSE L., « À propos de l'emploi de deux curarisants de synthèse en obstétrique », *BFSGOLF*, tome 1, 1949, n° 4, p. 381-383.
- RIVIÈRE Marc et CHASTRUSSE L., « La douleur en obstétrique », compte rendu dans *BFSGOLF*, 1955, p. 82-83.
- RIVIÈRE Marc, CHASTRUSSE L., MORIN J. et SALLES, « Deux ans de préparation à l'accouchement », *BFSGOLF*, 1956, p. 484-485.
- ROBERT Philippe, « Les prolapsus génitaux », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 2, 1974, p. 11-15.
- ROLLAND A. et P., « L'accouchement sans douleur à domicile, à la campagne », *Revue de la Nouvelle Médecine*, décembre 1954, p. 55.
- Equipe des Sages-femmes de la polyclinique, Maternité F. Lamaze, « Rôle de la sage-femme dans l'ASD », *BOSFPPO*, mars 1961, p. 25-29.
- Equipe des Sages-femmes, « Comportement et conditionnement de la femme en fonction de la profession », *BOSIPPO*, 1962-63, p. 87-90.
- SARRADON André, « L'interrogatoire en psychoprophylaxie obstétricale », *BOSIPPO*, 1962-1963, p. 98 -108.
- SCHLESINGER Lydie, « De l'action du chanvre indien sur l'accouchement », *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 2-12-1948, n° 90, p. 2929-2931.
- « Séminaire du 9 au 12 novembre 1972. Compte rendu. », *BOSFPPO*, 1972-73, n° spécial.
- SIMON Pierre, « L'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique », *Bulletin Médical de Paris*, avril 1955, n° 69, p. 71-76.
- SNOECK J., « Quelques considérations sur la conduction de la douleur au cours de la parturition », *BFSGOLF*, t. IV, n° 5, 1952, p. 897.
- SNOECK J. et ROCMANS M., « L'analgésie obstétricale », *Gyn Obst*, 1946, t. 45, p. 257-287.
- SUROT G. et SUREAU Max, « Contribution à l'étude du curare à doses non curarisantes en obstétrique au cours de la période d'expulsion », *BFSGOLF*, tome 1, 1949, n° 3, p. 240 à 243.
- TAPIERO G., « L'accouchement assisté. Psychoprophylaxie, conditionnement et perfusions simultanément associés », *Le Concours médical*, n° 38, 19-9-1959, p. 3927- 3937.
- TESSON P.E., « Analgésique et perfection chrétienne », *Cahiers Laënnec*, 1952, n° 4, p. 62-68.
- THUILE F., « L'accouchement sans douleur », *Cahiers Laënnec*, 1954, p. 4-19.
- VANDEVELDE P., « Les pièges quant à la méthode de Read », *Gyn Obst supplément*, 1954, n° 5, p. 588.
- VARANGOT, « Allocution d'ouverture », *Maternité*, octobre 1956, p. 292
- VAUDESCAL R., « L'ASD », *Hôpital*, déc. 1953, 41, n° 629, p. 383.
- VELLAY Pierre, « Il faut répondre à ces hommes », *La Nouvelle Critique*, novembre 1952, pp.15-28.
- VELLAY Pierre, « Conférence au retour d'un voyage en Chine sur l'ASD », *Bulletin du cercle Claude Bernard*, 1-2-1954, n° 8, non paginé.
- VELLAY Pierre, « Le mot « sans douleur » est-il justifié? », *BFSGOLF*, 1956, p. 559-561.
- VELLAY Pierre, « Le terme d'ASD est-il valable? », *BOSFPPO*, n° 13, mars 1963, p. 3-4.

- VELLAY Pierre, « Hommage à un Ami et à un Maître », *BOSIPPO*, 2^{ème} trimestre 1962, p. 87-89.
- VELLAY Pierre, « Comment mener une femme enceinte au succès par la méthode PP », *BOSIPPO*, octobre-déc. 1964, p. 271-292.
- VELLAY Pierre, « Psychoprophylaxie et anesthésie », *BOSFPPO*, déc. 1964, p. 3-15.
- VELLAY Pierre, « Position de la psychoprophylaxie par rapport à l'analgésie et à l'anesthésie en obstétrique », *BOSFPPO*, septembre 1965, n° 23, p. 5-21.
- VELLAY Pierre, « Rapport », *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1967, p. 29.
- VELLAY Pierre, « Influences de l'ASD sur le couple », *Planning Familial*, 1968, n° 18, p. 6-11.
- VELLAY Pierre, « L'environnement de la femme enceinte », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1971, p. 31.
- VELLAY Pierre, « Image de la maternité. La presse et l'information médicale », *BOSFPPO*, 1971, n° spécial IXe Congrès, p. 75.
- VELLAY Pierre, « Où en est l'ASD? », *Gazette médicale de France*, n° 27, 24 IX 1971.
- VELLAY Pierre, « Psychologie de la femme enceinte », *J. Gyn. Obst Biol. Repr.*, 1974, p. 1129-1133.
- VELLAY Pierre « Technologie et psychoprophylaxie », *BOSFPPO*, 2^{ème} trimestre 1974, p. 9.
- VELLAY Pierre, « L'éducation, l'environnement et le conditionnement de la femme enceinte », *BOSFPPO*, janvier-juin 1975, p. 36.
- VELVOVSKI, « Considérations sur la question des douleurs pendant l'accouchement comme phénomène social » *BOSIPPO*, 1961, p. 91-93.
- VELVOVSKI I.Z., « Pour une maternité heureuse », *Défense de la paix*, février 1952, n° 9, p. 52-57.
- VELVOVSKI I.Z., « L'analyse des causes du comportement agité des femmes préparées par la méthode psychoprophylactique », *BOSIPPO*, 1960, n° 1, p. 58.
- VERMEIL Guy et CARON Jacques, « Répercussions de diverses techniques obstétricales sur l'état des nouveau-nés et critiques des méthodes utilisées pour leur appréciation », *BOSFPPO*, septembre 1965, p. 49-54.
- VERMELIN H., « Le problème actuel de l'accouchement », *Revue Médicale de Nancy*, janvier 1955, T. 80, p. 2-11.
- VERMOREL H., « Le pape et l'ASD », *La Raison*, 1955, n° 13, p. 92-97.
- VIAUX René, « L'accouchement à domicile en milieu rural. Mesures pour l'améliorer », *Le Concours médical*, 3-9-1955, p. 3301.
- VIGNES Henri, « L'emploi du curare en obstétrique », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 18-7-1950, p. 2578.
- VIGNES Henri, « Les facteurs de succès ou d'échec dans l'allaitement maternel », *Maternité*, mai 1965, 14, n° 7-8, p. 259-272.
- VIGNES Henri et BONHOMME J., « Signification de la douleur ressentie au cours de l'accouchement », *Le Concours médical*, 27-5-1950, p. 1722.
- VIGNES Henri, MAHON R., GUILHEM Paul et PONTONNIER André, GARIPUY Robert, « Les techniques d'analgésie obstétricale », 2^{ème} partie, *La Vie Médicale*, novembre 1950, p. 11-33.
- VINCENT R., « Au sujet de l'analgésie au cours de l'accouchement », *Le Concours médical*, 19-9-1953, p. 3132.

- VITTOZ-MEYNARD Yvonne, « Quelques résultats obtenus par l'association de l'accouchement dirigé et de la méthode de l'accouchement psychoprophylactique », *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 10 octobre 1956, p. 3038-3040 .
- VITTOZ Yvonne et FERRAND, « Place et devenir de l'accoucheur et de la sage-femme dans la société moderne », *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1971, p. 33.
- VITTOZ-MEYNARD Yvonne, « Psychoprophylaxie du post-partum », *BOSFPPO*, 3^{ème} trimestre 1974, p. 15.
- VORON et PIGEAUD Henri, « L'accouchement dirigé », *Gyn et Obst*, 1934, t. 30, n° 2, p. 115.
- VORON et PIGEAUD Henri, « Quelques précisions à propos de l'accouchement dirigé » *Gyn et Obst*, 1938, t. 37, n° 2, p. 94.
- WALTER et MULLER, « Réflexion au sujet de l'état actuel de la préparation PP à l'ASD à la maternité de Strasbourg », *BOSIPPO*, octobre-déc. 1959, n° 1, p. 111-115.
- WEILL-HALLE, « Voyage en URSS », *La Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 5, mai 1955, p. 5-6.
- ZAIDMAN H., « L'accouchement sans douleur », *BFSGOLF*, tome 2, 1950, n° 4, p. 611-612.
- ZAIDMAN H., « L'analgésie obstétricale », *BFSGOLF*, tome 2, 1950, n° 4, p. 612.
- ZAIDMAN H., « La méthode psychoprophylactique d'analgésie obstétricale », *BFSGOLF*, 1951, tome 3, p. 717-718.
- ZAIDMAN H., « Nouvelle méthode d'analgésie et d'accélération de l'accouchement », *BFSGOLF*, 1952, tome 4, p. 1017-1018.
- ZAIDMAN H. , « Le mécanisme de l'accouchement suivant les conceptions de Pavloff », *BFSGOLF*, 1952, tome 4, p. 1018-1020.
- ZAIDMAN H., « L'analgésie obstétricale », *BFSGOLF*, 1952, tome 4, p. 1020-1021.
- ZAIDMAN H., « Le mécanisme de l'accouchement suivant les méthodes de Pavlov », *Le Concours médical*, 28-2-1953, p. 737.
- ZAIDMAN H., « L'origine des douleurs dans l'accouchement et le problème de l'analgésie », *Nouvelles Médicales*, 1952, dans *BFSGOLF*, 1955, p. 463-465.
- ZAIDMAN H., B. COHEN et Ch. VASSEUR, « Importance des exercices physiques dans la psychoprophylaxie obstétricale », *Le Concours médical*, 1963, p. 3833.

3 AVORTEMENT

3-1 THÈSES DE MÉDECINE

- BARY Yolande, *Avortement et contraception*, Bordeaux, 1969, n° 576, 62 f.
- BASTARD François Noël, *Les septicémies post-abortionum*, Rouen, 1974, n° 332, 80 f.
- BARRET Henry, *Les complications nerveuses des avortements provoqués*, Bordeaux, 1956, n° 131, 58 f.
- BEL née BAURAUD Dominique, *Pourquoi l'avortement plutôt que la contraception ? Étude des pratiques contraceptives de 35 femmes ayant fait un avortement volontaire*, Lyon, 1975, n° 176, 144 f.
- BENJAMIN Jean, *La conscience médicale devant l'interruption de grossesse*, Paris, 1973, n° 105, 54f.
- BERGOUIGNAN Louis, *Les perforations utérines de l'avortement criminel*, Paris, 1931, n° 494, 62 f.

- BERNARDY Jacqueline, *Le médecin devant le problème de l'avortement provoqué. Règles déontologiques*, Montpellier, 1954, n° 39, 131 f.
- BERRUT Léopold, *Y a-t-il des cas où il soit permis de provoquer l'avortement ?*, Paris, 1855, 46 f.
- BONNEAU Pierre, *Avortements thérapeutiques*, Paris, 1961, n° 1009, 49 f.
- BONNEFOY Paul, *Accidents mortels, immédiats et précoces des manœuvres abortives criminelles*, Lyon, 1953, n° 184, 73 f.
- BOUCHET Jean-Paul, *Étude des avortements reçus à la Maternité de l'Hôpital de la Pitié pendant l'année 1967*, Paris, 1970, n° 88, 28 f.
- BOURGEAIS Jean-Michel, *Contribution à l'étude des septicémies post-abortum*, Tours, 1971, n° 43, 110 f.
- BUREL Henri, *La mortalité post-abortum. Étude de 6 476 observations de femmes hospitalisées pour avortement*, Lyon, n° 13, 61 f.
- CANDELIER Victor, *Du curettage total de l'utérus comme méthode d'avortement provoqué*, 1896, n° 128, 70 f.
- CARPENTIER François, *Contributions à l'étude des complications toxi-infectieuses des avortements clandestins*, Paris Ouest, 1974, n° 27, 173 f.
- CASSAGNERES-FOURNIER Marie-Brigitte, *L'évolution des idées dans l'interruption thérapeutique de la grossesse au CHU de Toulouse de 1959 à 1973*, Toulouse, 1973/74, n° 90, 90 f.
- CAUQUIL Claude, *Des tentatives pseudo-abortives à l'aide de comprimés de permanganate de potassium introduits dans le vagin*, Paris, 1962, n° 1284, 56 f.
- CHAMBONNET Régine, *Expérience hospitalière d'avortements thérapeutiques du 1-1-69 au 24-8-73*, Lyon, 1973, n° 239, 95 f.
- CHASSAGNARD François, *Le respect du secret médical et la lutte contre l'avortement*, Paris, 1945, n° 433, 40 f.
- CHOSMOT J-Bernard, *Le curetage utérin par l'aspiration dans les avortements*, Bordeaux, 1973, n° 100.
- CLERVAL-MOUCHERONT Jacqueline, *Contribution à l'étude des complications neurologiques des avortements provoqués*, Paris, 1953, n° 411, 49 f.
- COLON J., *Le problème de l'avortement thérapeutique*, Lyon, 1946, n° 103, 60 f.
- CORLIEU Jean, *Contribution à l'étude des complications nerveuses des manœuvres abortives*, Paris, 1953, n° 127, 109 f.
- COUFFY Jean, *Quelques considérations concernant les aspects médico-sociaux de l'avortement criminel*, Paris, 1952, n° 1044, 42 f.
- COURTOIS Paulette, *L'avortement et ses conséquences, des moyens propres à le combattre*, Paris, 1947, n° 561, 47 f.
- DARRASON Georges, *Étude statistique des avortements criminels traités à la clinique gynécologique de Marseille au cours des années 1947 à 1950*, Marseille, 1952, n° 82, 47 f.
- DEAGE Philippe, *36 observations d'avortement thérapeutique recueillies en dix ans à la clinique obstétricale*, Lyon, n° 160, 59 f.
- DELAPLANE Henri, *Contribution à l'étude de l'avortement criminel dans ses rapports avec les théories néo-malthusiennes*, Paris, 1911, n° 150, 76 f.
- DELANNOY Alain, *Diagnostic prénatal précoce des anomalies fœtales. Implications éthiques et juridiques*, Lille, 1974, n° 251, 178 f.

- DESMOULINS, *Étude statistique de vingt cas d'avortements thérapeutiques à la clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon*, Lyon, 1954, n° 34, 55 f.
- DEVAUX Jean-Michel, *Complications neurologiques précoces des embolies gazeuses cérébrales post-abortum*, Paris Pitié-Salpêtrière, 1975, n° 72, 90 ff.
- DIDIERJEAN René, *Réflexions sur l'avortement thérapeutique. Expérience de la Maternité de Nancy de 1930 à 1970*, Nancy, 1971, n° 109, 144 f.
- DOERLER Bernard, *Apport de l'analyse multidimensionnelle à propos d'une enquête sur les médecins face à l'avortement*, Paris, 1973, n° 93, 26 f.
- DONZE Marie-Claude, née MALVOISIN, *Acceptabilité des différentes méthodes contraceptives*, Lyon, 1971, n° 172, 76 f.
- DUFOREAU Albert, *Accident nerveux de l'avortement provoqué*, Lille, 1953-54, n° 30, 56 f.
- EDANT Bernard, *Étude comparée des législations concernant l'avortement dans les pays du Marché Commun*, Bordeaux, 1974, n° 45, 127 f.
- EYRAUD André, *L'avortement thérapeutique. Étude d'une série de 46 cas observés de 1966 à 1969*, Lyon, 1970, n° 78, 119 f.
- EYRAUD Jean-Pierre, *Les interruptions de grossesse par aspiration*, Limoges, 1975, n° 37, 62 f.
- FEU Lucien, *À propos de trois intoxications mortelles à la suite d'avortement provoqué par ingestion d'armoise*, Lyon, 1938, n° 87, 45 f.
- FRIBOURG Arlette, *Avortement et stérilité*, Paris, 1952, n° 668, 84 f.
- GALLIOT H.F., *Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel*, Lyon, 1884, 133 f.
- GEORGES Ferdinand, *Le curetage utérin dans les avortements ; facteurs d'infection et de stérilité*, Paris, 1946, n° 584, 19 f.
- GIVORD Jacqueline, *À propos de 140 demandes d'avortements thérapeutiques à Lyon de 1968 à 1972*, Lyon, 1973, n° 70, 58 f.
- GOEPFERT Jean-Louis, *Les indications médicales de l'avortement thérapeutique*, Strasbourg, 1968, n° 92, 178 f.
- GOUGAUD J., *Considération sur les avortements à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis*, Paris, 1944, n° 224, 31 f.
- GRANJARD Robert, *Les indications réelles de l'avortement thérapeutique dans l'infection rubéoleuse*, Lyon, 1974, n° 179, 60 ff.
- GUICHARD Robert, *Contribution à l'étude des hémorragies post-abortum*, Marseille, 1963, n° 51, 44 f.
- GUILLOUX Pierre, *L'avortement est un crime*, Paris, 1945, 85 f.
- HARTEMANN Jean, *Le malaise de l'avortement thérapeutique*, Nancy, 1925-26, n° 322, 139 f.
- HEL Rolande, *Étude des cas d'avortements enregistrés au Contrôle Médical de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale de la Région parisienne entre 1937 et 1946*, Paris, 1950, n° 429, 48 f.
- IZARD Jacques, *Gravité actuelle de l'avortement provoqué*, Toulouse, 1969, n° 37, 49 f.
- JALLE Claude, *À propos de deux observations de pneumopéritonites consécutives à des manœuvres abortives*, Paris, 1967, n° 222, 28 f.
- JAMART André, *Complications gynécologiques des cicatrices cervicales et vaginales par caustique (permanganate de potasse)*, Lyon, 1949-1950, n° 29, 40 f.
- JACQUEMIN Edouard, *Avortement et secret médical*, Paris, 1911, 69 f.

- JOURAVLEFF Nicolas, *Quelques considérations sur l'avortement criminel : les moyens anticonceptionnels et le problème démographique en France*, Paris, 1948, n° 34, 53 f.
- JURBORSKIS Mejeris, *Procédés actuels de l'avortement criminel*, Strasbourg, 1933, n° 11, 30 f.
- KOKOTEK Gérard, *Henri Mondor*, Paris, 1970, n° 75, 54 f.
- LAMY Philippe, *L'avortement anonyme*, Lyon, 1975, n° 137, 110 f.
- LE CHANU Guy, *À propos de quelques indications actuelles de l'avortement thérapeutique*, Paris, 1962, n° 884, 108 f.
- LE CORRE Hervé, *L'avortement thérapeutique chez les cardiaques*, Paris Broussais- Hôtel Dieu, 1972, n° 87, 64 f.
- LEGIERSKI Stéphane, *Les avortements thérapeutiques à Lille de 1959 à 1969*, Lille, 1970, n° 41, 138 f.
- LEGILLON Yves, *Contribution à l'étude des indications d'interruption de grossesse au cours de la tuberculose pulmonaire*, Paris, 1954, n° 505, 61 f.
- LEGRAND Jean-Paul, *Étude statistique des décès observés à l'Institut médico-légal de Paris de 1939 à 1959*, Paris, 1960, 35 f.
- LHOSMOT Jean-Bernard, *Le curetage utérin par l'aspiration dans les avortements*, Bordeaux, 1972, n° 100, 51 f.
- LOHYAC Yvonne, *Contribution à l'étude des causes économiques et psychologiques de l'Avortement*, Paris, 1948, n° 357, 49 f.
- MARITAN Monique, *Contributions à la compréhension socio-psychologique de l'avortement volontaire*, Lyon, 1971, n° 11, 28 f.
- MARLIAC Jean-Claude, *Position des médecins lot-et-garonnais face à la contraception et à l'avortement*, Bordeaux, 1975, n° 208, 116 f.
- MASVIEL France, *Les risques de l'avortement médical*, Lyon, 1975, n° 507, 63 f.
- MESTRESSAT Georges, *Réflexions sur des statistiques récentes d'avortement criminel*, Bordeaux, 1968, n° 25, 47 f.
- MONTEIL Jean-Jacques, *Les manifestations neurologiques précoces dans l'avortement provoqué*, Paris, 1953, n° 14, 38 f.
- MORAND Georges, *Le choc des anuries post-abortum*, Paris, 1962, n° 97, 98 f.
- MOREAU Janine, *Les complications des avortements clandestins*, Limoges, 1975, n° 51, 121 f.
- MORVAN Jean-Claude, *Morts subites et accidents neurologiques des avortements criminels*, médecine Paris, 1966, n° 11, 164 ff.
- NACHED Adnan, *Tentatives d'avortements par introduction vaginale de comprimés de permanganate de potasse*, Paris, 1962, n° 304, 74 f.
- NAUDINAT Jacques, *Tentatives d'avortement par le permanganate de potasse*, Paris, 1958, n° 338, 67 f.
- PANIZIAN Gabriel, *Le problème du choc bactériémique au cours des avortements*, Lyon, 1963, n° 42, 71 f.
- PETITCOLAS Jacques, *À propos des brûlures vaginales par tentative d'avortement au permanganate de potasse*, Paris, 1959, n° 502, 44 f.
- POLIER Michel, *Complications ophtalmologiques de l'avortement provoqué*, Toulouse, 1972/73, n° 91, 79 f.
- PRENEY-CRAMATTE Suzanne, *Les corps étrangers abdominaux à pénétration intra-utérine au cours de l'avortement provoqué*, Besançon, 1967, n° 9, 49 f.

- RICHER Jean-François, *Contribution à l'étude des IVG*, Paris Pitié-Salpêtrière, 1974, n° 64, 64 f.
- REVAH Yves, *Avortement thérapeutique. À propos des observations réalisées dans un service parisien ces vingt dernières années*, Paris-Lariboisière, 1971, n° 70, 68 f.
- SAINPY Danièle (née Séguy), *Les septicémies post-abortum : à propos de 20 observations*, Nancy, 1974, n° 219, 223 f.
- SALEH Bahige, *L'avortement thérapeutique*, Lyon, 1974, n° 6, 87 f.
- SCHMITT J-B., *Aperçu sur les cas d'avortements observés du 1^{er} mai au 1^{er} juin 1946 à la clinique gynécologique et à la Maternité de Strasbourg*, Strasbourg, 1947, n° 26.
- SEGUY Bernard, *Les complications des avortements. Étude de 1 000 cas observés à la Maternité de Port-Royal de 1958 à 1961*, Paris, 1963, n° 450, 60 f.
- THIBAUD Françoise, *Avoir un enfant ? Si je veux !*, Lyon, 1974, n° 455, 74 f.
- TRAVERS Jean-Claude, *Les complications de l'avortement volontaire*, Lyon, 1975, n° 445, 79 f.
- VACHER Jean-Michel, *Complications graves du post-abortum*, Grenoble, 1969, n° 33, 102 f.
- ZAYKINE Georges, *Indications de l'avortement en psychiatrie*, Lyon, 1973, n° 172, 92 f.
- ZERBIB Michelle, *Avortement tardif par injection intra-amniotique de solution salée hypertonique : technique et complications, à propos d'un cas de rupture utérine*, Paris, Cochin-Port-Royal, 1975, n° 197, 57 f.
- ZUCHERMAN Alfred, *Étude d'une statistique de 2 162 avortements*, Paris, 1938, 66 f.

3-2 OUVRAGES ET THÈSES

- AUCLAIR Marcelle, *Le livre noir de l'avortement*, Paris, Fayard, 1962, 256 p.
- Avortement et parturition provoqués*, Colloque de la Société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité, Paris, Masson, 1974, 450 p.
- Avortement et respect de la vie humaine*, Colloque du Centre catholique des médecins français, Paris, Seuil, 1972, 243 p.
- BENOÎT Nicole, MORIN Edgar et PAILLARD B., *La femme majeure, nouvelle féminité, nouveau féminisme*, Paris Club de l'Observateur, Ed du Seuil, 1973, 160 p.
- BERGER Henry, *Rapport d'information sur le problème de l'interruption volontaire de grossesse*, Paris, Assemblée Nationale, 1974, 515 p.
- CHOISIR, *Avortement, une loi en procès (8-11-72)*, Paris, Gallimard, 1973, 254 p.
- Comité pour la liberté de l'avortement et de la contraception, *Libérons l'avortement*, Paris, Maspero, 1973, 137 p.
- CHAUNU Pierre, *Le refus de la vie*, Paris, Calmann- Levy, 1975, 336 p.
- DALSACE Jean et DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, *L'avortement*, Tournai, Casterman, 1970, 160 p.
- DAROLLE Raymond, *L'avortement, oui, mais...*, Paris, Presses de la Cité, 1972, 253 p.
- DAUWE Octave, *Pas de crime au service de la science*, Paris, Maloine, 1951, 119 p.
- DELTEIL Jean, *La lutte contre l'avortement*, Paris : Alliance Nationale contre la dépopulation, 1944, 28 p.
- DESMEULES Anne, *L'avortement et le contrôle des naissances*, Lausanne, Payot, 1954, 165 p.
- DEVEREUX George, *A Study of Abortion in Primitive Society*, New York, International Universities Press, 1955, 390 p.

- DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, *L'avortement à Paris et dans le département de la Seine*, thèse de Droit, 1962, 148 f.
- DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, *La vérité sur l'avortement*, Paris, Maloine, 1963, 247 p.
- DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, *L'avortement autorisé ou défendu?*, Paris, Buchet-Chastel, 1965, 192 p.
- DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, *L'avortement en France*, colloque du MFPF 1966, Paris, Maloine, 1967, 185 p.
- DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, et ROLLIER Franck, *Tout savoir sur l'avortement*, Paris, Filipacchi, 1972, 158 p.
- FLOURNOY Henri, *Nouvelles données et réflexions psychologiques sur les avortements médicaux*, Genève, Médecine et Hygiène, 1955, 106 p.
- FONTAINE Anne, *Henri Mondor*, Paris, Grasset, 1960, 316 p.
- GÉRAUD Roger, *Avortement et eugénique*, Paris, Marabout, 1974, 318 p.
- GOBRY Ivan et SAGET Hubert, *Un crime, l'avortement*, Paris, Nouvelles Éditions Latines, 1972, 137 p.
- GUY François et Michelle, *L'avortement*, Paris, Le Cerf, 1971, 240 p.
- HALIMI Giselle, *La cause des femmes*, Paris, Grasset, 1973, 206 p.
- HUANT Ernest, *Non...à l'avortement*, Paris, Téqui, 1972, 144 p.
- I-GELLE Frédéric, *Différer la vie : les églises et les états face à l'avortement*, Paris, Europe Internationale, 1975, 578 p.
- ISSARTEL Marielle et C. BELMONT Charles, *Histoires d'A*, Paris, Stock, 1974, 167 p.
- IVALDY Fernand, *De l'avortement*, Paris, Apostolat des éditions, 1971, 63 p.
- JAMAIN Bernard, *L'avortement ou la vie*, Paris, SPEDIM, 1971, 24 p.
- GEBHARD Paul H., POMEROY Wardel, MARTIN Clyde et CHRISTENSON Cornélia, *Pregnancy, Birth and Abortion*, New-York, Harper, 1958, 282 p. Il est traduit en France sous le titre : *Enquête sur la conception, la naissance et l'avortement*, Paris, Laffont, 1971, 362 p.
- LACOUR José-Andrée, *Confession interdite*, roman, Paris, Julliard, 1955, 158 p.
- LADRET Albert, *Libre maternité*, Lyon, Ed. du Dôme, 1961, 230 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-André, *L'avortement de papa*, Paris, Fayard, 1971, 122 p.
- LAVELLE L., *Le mal et la souffrance*. Paris, Plon, 1940, 230 p.
- LEFEBVRE-DIBON Paul, *La lutte contre l'avortement*, Paris, Ed. de l'Alliance nationale, 1943, 48 p.
- LEJEUNE Jérôme, *Histoire naturelle des Hommes*, Paris, Club du livre civique, 1973, 23 p.
- LEJEUNE Jérôme et alii, *Laissez-les vivre. Non au génocide*, Paris, Éditions P. Lethielleux, 1975, 351 p.
- Le livre blanc de l'avortement*, Club du Nouvel Observateur, 1971, 223 p.
- MAILLARD Claude, *Avortement, les pièces du dossier*, Paris, Laffont, 1974, 271 p.
- MARTELET F. , *2 000 ans d'accueil de la vie*, Paris, Centurion, 1973, 85 p.
- MLAC de Rouen Centre, *Vivre autrement dès maintenant*, Paris, Maspero, 1975, 206 p.
- MONDOR Henri, *Les avortements mortels*, Paris, Masson, 1936, 445 p.
- NEUMAN Alexandre, *L'avortement dans l'histoire*, Paris, Librairie L. Rodstein, 1935, 50 p.
- L'avortement spontané ou provoqué*, Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS, Genève, OMS, 1970 56 p.

- PCF, Avortement et libre choix de la maternité- Textes et documents, Paris, Éditions sociales, 1974, 128 p.
- PATOIR André, PATOIR Gérard, BÉDRINE Henri et DEBUIRRE Adrien, *Étude clinique et expérimentale de quelques produits abortifs d'origine végétale*, Paris, Maloine, 1938, 133 p.
- PORTES Louis, TIBERGHIE P., FONTAINE Raymond et MONSAINGEON André, *La répression de l'avortement criminel*, Centre d'Études Laënnec, Paris : Lethielleux, 1949, 62 p.
- PORTES Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, PUF, 1954, 210 p.
- PERRET-GENTIL Gabrielle, *Avortement et contraception*, Delachaux & Niestlé, 1967, 199 p.
- PEYRET Claude, *Avortement, pour une loi plus humaine*, Paris, Calmann-Lévy, 1974, 254 p.
- PINGAUD B. (dir.), *L'avortement, histoire d'un débat*, Paris, Flammarion, 1975, 292 p.
- ROY J.E., *L'avortement, fléau national. Causes. Conséquences. Remèdes.*, Paris, Jouve, 1943, 390 p.
- SCHULDER D. et KENNEDY F., *Avortement, droit des femmes*, Paris, Maspero, 1972, 166 p.
- TARAKDJI Arif, *L'avortement criminel*, thèse de Droit, Toulouse, 1937, 186 ff.
- TOULAT J., *L'avortement, crime ou libération?*, Paris, Fayard, 1973, 155 p.
- TRILLAT P., *L'avortement, fléau social*, Paris, Imprimerie Nationale, 1951, 21 p.
- VALENSIN Georges, *Je suis un avorteur*, Paris : Filipacchi, 1974, 220 p.
- VAN der MEERSCH Maxence, *Corps et âmes*, t. II, Paris, Albin Michel, 1943, 385 p.
- VAN STRAELEN H., *Avortement, la grande décision*, Lethielleux, 1974, 220 p.
- VELLAY Pierre, *Le vécu de l'avortement*, Paris, Ed. Universitaires, 1972, 173 p.
- VERDANT A., *Étude médico-légale de l'avortement*, thèse Droit Dijon, 1942, 176 ff.
- WILKE J.C., *Le livre rouge de l'avortement*, Paris, France Empire, 1973, 236 p.
- ZANCAROL Jacques, *L'évolution des idées sur l'avortement provoqué*, thèse Droit, Paris, 1934, 169 f.

3-3 PÉRIODIQUES

- ANCHEL-BACH, « La mortalité maternelle et l'avortement », *Bulletin de l'A.F.F.M.*, Janvier-mars 1937, p. 25-43.
- ANDRE R., PLICHET A. et MESSIMY R., « Accidents nerveux régressifs consécutifs à des manœuvres abortives », *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 octobre 1948, p. 945-949.
- « L'assassinat prénatal », non signé, *Vitalité française*, mai-juin 1952, n° 412, p. 385-386.
- BARRAT Jacques et ARNALSTEEN Ch., « Complications et conséquences de avortements dits « bien faits », *Revue du Praticien*, 1974, 24, 9 (11 février 1974), p. 703-719.
- BLAJAN-MARCUS Simone, « Témoignage », *Maternité Heureuse*, 1960, n° 15, p. 12-14.
- BERGER M. et FURTOS J., « Réflexions sur le fonctionnement d'un centre d'avortement clandestin en France », *Cahiers médicaux lyonnais*, n° 28, 20-9-1974, p. 2257-2264.
- BERNARD S., « Techniques d'anesthésie pour les avortements sous contrôle médical », *Revue du Praticien*, 1974, 24, 9, p. 739-746.
- BERTRAND P., Mme DUBREUIL-FILLMAN Y. et BLANCHARD R., « Tentatives d'avortement par comprimés de permanganate », *BFSGOLF*, 26-4-1961, p. 466-468.

- BLUM J.P., « Un gynécologue praticien face au problème de l'avortement thérapeutique », *Omniprat. Franç.*, 1972, 22, (3), p. 173-176.
- BON Henri, « La personnalité humaine avant la naissance », *Bulletin de la Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1948, n° 4, pp.91-98.
- BOURRET J., « L'avortement légal ou thérapeutique », *Journal de Médecine de Lyon*, mars 1952, 33, n° 772, p. 229-238.
- BRET A.J. et LEGROS R., « Existe-t-il encore des indications à l'avortement thérapeutique ? », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 28 février 1961, 37, n° 12, p. 748-750.
- BROCHIER et GABRIEL, « Les tentatives d'avortement par l'emploi de permanganate de potasse », *Gynécologie et Obstétrique*, 1950, n° 49, p. 443-456.
- CALOT Gérard, « Le nombre des avortements provoqués », *Population et Sociétés*, n° 69, mai 1974, p. 1-4.
- CALVET J.P., BISMUTH et SETBON, « La tentative d'avortement à l'aide de permanganate de potassium », *La Presse Médicale*, 1958, n° 68, pp. 1525-1527.
- CHAPPAZ Gaston, « Proposition tendant à faire interdire la vente libre en pharmacie des comprimés de permanganate de potassium », *Bulletin de L'Académie nationale de médecine*, 27-5-1965, p. 277-280.
- CHARBONNEAU Pierre, « L'avortement », *Le Concours Médical*, 10-11-1973, pp. 6791-6794, et 17-11-1973, p. 7006-7010.
- CHAVANY J-A et HAGENMULLER D., « Les accidents nerveux apoplectiformes des manœuvres abortives et leurs séquelles éventuelles », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 30 mars 1953, p. 1050-1053.
- CHOSSON Jean et DARRASON Georges, « Remarques sur une statistique des avortements traités à la clinique obstétricale et gynécologique de Marseille de 1947 à 1950 », *Maroc Médical*, 1952, octobre-novembre, p. 921-924.
- CHOSSON J. et FOUQUE J-P., « Lésions vaginales au cours de manœuvres abortives par comprimés de permanganate de potassium », *BFSGOLF*, 20-10-1960, p. 77-79.
- COHEN Jean et PALMER Raoul, « Interruption de grossesse : aspiration ou curetage ? », *Le Concours Médical*, 8-6-1974, p. 3723-3730.
- Comité médical de l'Alliance nationale, « Le rôle des médecins dans la lutte contre l'avortement », *Revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation*, janvier 1943, n° 351, pp. 12-16.
- XXXIe Congrès International de langue française de Médecine Légale et de Médecine Sociale (18-22 octobre 1966), « Compte rendu », *Annales de Médecine Légale*, 1967, t. 47, n° 5, p. 191-540.
- COSTE, « La mort apparente », *Bulletin de la Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1947, n° 3, p. 57-84.
- DARBOIS Y., « Curetage et aspiration. Techniques et complications », *Revue du Praticien*, 1974, 24, 9, p. 645-669.
- DE GRAILLY R., DAX H. et BIRABEN J., « Étude histologique et expérimentale des lésions dues aux injections savonneuses intra-utérines », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 21-6-1949, n° 23 et 24, p. 466-467.
- DELTEIL Jean, « La lutte contre l'avortement », *Vitalité française*, novembre-décembre 1950, n° 403, p. 166.
- DEROBERT L., « Les raisons profondes de l'avortement criminel », *Semaines des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 7 janvier 1947, p. 7-12.

- DEROBERT L., « L'erreur d'une politique purement répressive de l'avortement », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 133-136.
- « Dossier sur l'avortement », *Études*, novembre 1970, n° 335; janvier 1973, n° 338; avril 1973.
- DREYFUS J., WALLERAND R., ESCHBACH J. et PHILIPPE E., « À propos d'un cas mortel de septicémie post-abortum », *BFSGOLF*, 7-3-1959, p. 195-196.
- FELGINES Marcel, « Réflexions sur l'avortement », *Vitalité française*, novembre-décembre 1970, n° 503, p. 489-492.
- FELGINES Marcel, « Les aspects moraux, sociaux et psychologiques de l'avortement », *Population et avenir*, août-octobre 1971, n° 505, p. 537-539.
- FISCHER G., « L'avortement légal. Thérapeutique. Eugénisme », *Le Concours médical*, 5 février 1951, 73, n° 5, p. 361-365.
- FONTAINE Raymond, « Le secret professionnel et l'avortement », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 36-37.
- Forum sur « l'avortement thérapeutique », *Le Concours Médical*, 27-6-1970 pp. 5806-5816 et 4-7-1970 p. 5996-6005.
- FOURNIER E., « Législation de l'avortement », *Bulletin Médical de Paris*, n° 3, avril 1955, p. 77-79.
- FUNCK-BRENTANO Paul, « Le médecin devant le triple problème de l'avortement », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 10-12.
- FUNCK-BRENTANO Paul, « Le danger que représente la vente libre d'un faux abortif : le comprimé de permanganate de potassium », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 11-5-1961, p. 250-252.
- GAILLARD Jacques-Louis, « Notes sur le curetage utérin », *L'Hôpital*, février 1947, p. 30-34.
- GANDAR R., RENAUD R. et ESCHBACH J., « Avortement à l'eau de savon », *BFSGOLF*, 27-6-1959, pp. 411-412.
- GERARD Claude, « Lettre d'une héroïne de la Résistance », *Laissez-les-Vivre*, 1971. Consulté le 8 novembre 2009 dans le dossier "Historique de Laissez-les-vivre" à l'adresse : <http://laissezlesvivre.free.fr/Llv/archives.htm>.
- GUILLAUMAT Louis, « Certaines lésions oculaires légitiment-elles l'interruption de grossesse ? », *Bulletin national du Conseil de l'Ordre des médecins*, décembre 1955, p. 324-326.
- GUIONNET J., « Lettre », *Le Concours Médical*, 14-4-1973, p. 2829.
- HERVET Émile et LEMOINE J.-P., « Sur la difficulté des indications de l'avortement thérapeutique », *La Presse Médicale*, 1966, 74, n° 4, p. 175-176.
- HERVET Émile, « À la recherche de la vérité sur l'avortement », *Gynéco-Obstétrique*, t. 69, n° 3, 1970, pp. 287-295.
- HERVET Émile, « Vers l'avortement libre », *Entretiens de Bichat*, Spécialités, 1970, p. 337-348.
- HERVET Émile, Hôpital de la Pitié à Paris « Avortement clandestin – avortement légal », *Revue du Praticien*, 1974, 24, 9, p. 637-642.
- HERVET Émile, « Prophylaxie de l'avortement », *Revue du Praticien*, 1974, 24, 9, p. 753-754.
- HUANT Ernest, « À propos du manifeste des 330 médecins », *La Nouvelle Presse Médicale*, 17-2-1973, p. 534.

- JAY Maurice, « Les séquelles psychiatriques de l'avortement », *La Presse Médicale*, 9-11-1955, p. 1528.
- JOURAVLEFF Nicolas, « Réponse à l'appel de 343 femmes en faveur de l'avortement », *La Presse Médicale*, 79, 20 novembre 1971, p. 2246-2248.
- KARMAN Harvey et POTTS Malcolm, « Very early abortion using syringe as vacuum source », *The Lancet*, 1972, p. 1051-1052.
- KOHLER Claude, « Que messieurs les assassins commencent », *Le Concours Médical*, 5-6-1971, p. 4259-4260.
- KUMMER JM, « Post-abortion psychiatric illness : a myth ? », *Am J Psychiatry*, 1963, 119, p. 980-983.
- LACOMME Maurice, « À propos des sages-femmes avorteuses », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 7 janvier 1947, p. 1-4.
- LAUNAY Clément, « Note sur le divorce et l'avortement », *Bulletin de la société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1950, n° 5, p. 157-158.
- LEGER Lucien, « Une pente savonneuse : l'avortement aujourd'hui », *La Nouvelle Presse Médicale*, 17-2-1973, p. 459.
- LERNOUT G. « Au bord du gouffre », *Le Concours Médical*, 7-12-1974, p. 6392-6395.
- LE LORIER Guy, « Les dangers du curettage utérin », *Maternité*, 1958, p. 219-223.
- LE LORIER GUY, « À propos de l'expérience acquise dans quelques pays étrangers après la libéralisation de l'avortement volontaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 3-10-1972, p. 677-682.
- LEMIERRE M., « Synthèse des exposés présentés (sur l'éventuelle extension de dispositions légales concernant l'avortement thérapeutique », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 10-6-1952, n° 20 et 21, p. 338-339.
- LEMOINE A., « Complications chirurgicales des avortements provoqués », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 23, 18 juin 1952, p. 477-480.
- MAGENDIE J., POUYANNE H., LEROY P., COHADON J. et BRANGIER P., « Complications neurologiques tardives d'une tentative d'avortement », *BFSGOLF*, 16-5-1962, pp. 686-687.
- MAGNIN P., GABRIEL H. et EYRAUD A., « Nouvelle technique d'avortement thérapeutique : l'aspiration », *BFSGOLF*, 4-12-1967, pp.471-473.
- MAHON R., « L'avortement thérapeutique dans l'association rubéole-grossesse ou le massacre des enfants sains », *J. Med. Bordeaux*, février 1962, 139, n° 2, p. 133-143.
- MALINAS Yves, « Combien d'avortements provoqués ? », *Le Concours Médical*, 2-6-1973, p. 4103-4104.
- MALINAS Yves, « Technique de l'aspiration », *Le Concours Médical*, 20-4-1974, p. 2569.
- MARCEL J.E., « Propos sur l'avortement : à propos d'un opuscule », *Gynécologie Pratique*, 1970, n° 3, p. 235-242.
- MERGER Robert, « Rapport de la commission chargée d'examiner l'interruption de grossesse, suivi d'une discussion générale », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 8-1-1974, p. 125-141.
- MILLIEZ Paul, « L'avortement criminel et la juridiction professionnelle », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 7 janvier 1947, p. 4-6.
- MONSAINGEON André, « L'avortement en pratique hospitalière », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 7 janvier 1947, p. 6-7.

- MOTIN J., BOULETREAU P., ARCADIO F. et ROCHE L., « Embolie gazeuse après avortement », *Annales de Médecine Légale*, 1967, t. XLVII, p. 57-59.
- MULLER M., « Les modifications de la loi sur la répression de l'avortement », *Le Concours Médical*, 30-3-1974, p. 2115-2118.
- NETTER Albert, « Études statistiques sur la fréquence des avortements provoqués », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 18-19.
- NICK Jean, « La répression de l'avortement en Tarn-et-Garonne et en deux départements voisins », *Revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation*, février 1944, n° 364, p. 11-13.
- NICK Jean, « Une enquête sur l'avortement provoqué dans le Sud-ouest ou comment lutter contre l'avortement », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 7 janvier 1947, p. 12-15.
- OSOFSKY JD, « The psychological reaction of patients to legalized abortion », *Am J Orthopsychiatry*, 1972, 42, p. 48-60.
- PÉQUIGNOT Henri, « Simples remarques sur l'avortement », *Archives de Médecine sociale*, n° 3, 1946, p. 175-181.
- PERROTIN, « Cancer du sein et grossesse », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 40, 28 octobre 1945, p. 1147-1150.
- PEYTEL Adrien, « La section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre et les avortements », *La Revue du praticien*, 1952, tome II, n° 30, p. 1999-2000.
- PIEDELIEVRE René, « L'avortement thérapeutique dans le département de la Seine », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 17-10-1950, n° 29 et 30, p. 577-584.
- PIEDELIEVRE René, « Y a-t-il lieu de demander aux Pouvoirs publics l'extension des dispositions légales concernant l'avortement thérapeutique ? », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 10-6-52, n° 20 et 21, p. 329-332.
- PLANCHU M., « L'avortement légal ou thérapeutique », *Lyon méd.*, 2 novembre 1952, 84, n° 44, p. 279-280.
- POUMAILLOUX M., « Secret professionnel et répression de l'avortement », *Bulletin de la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1949, n° 10, p. 247-248.
- PRESSAT Roland, « Sur le nombre des avortements en France », *Le Concours médical*, 14 mai 1966, p. 3565-3570.
- PRESSAT Roland, « Avortement et natalité », *Le Concours Médical*, 20-1-1973, p. 491-495.
- PRESSAT Roland, « L'avortement. Questions et réponses », *Le Concours Médical*, 30-3-1974, p. 2109-2112.
- RAINIER S., « L'avortement thérapeutique par aspiration utérine », *Rev. Fr. Gyn. Obst.*, 63, n° 7, 8, juillet-août 1968 p. 373-377.
- RAVINA J. et PESTEL, « Les accidents neurologiques des avortements criminels », *La Presse Médicale*, n° 63, 8 octobre 1952, p. 1 348.
- RAVINA J., « À propos de l'avortement thérapeutique », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 16-17.
- RIVIÈRE Marc, « Les indications actuelles de l'avortement thérapeutique », *J. de Méd. de Bordeaux et du Sud-ouest*, n° 10, 15 mai 1941, p. 393-404.
- RIVIÈRE Marc, « Étude médico-sociologique de l'avortement provoqué en France et dans les principaux pays du monde », *Revue du Praticien*, 21 juin 1963, 13, n° 18, p. 2263-2268.
- RUF H. et AYME Y., « Embolie gazeuse post-abortum », *BFSGOLF*, 23-1-1962, pp. 170-171.
- SAINT PLANCAT C., « Avortement, conscience, médecine et légalité », *Le Concours médical*, 5-6-1971, p. 4415-4419.

- SIGUIER, « À propos d'un accident rare du post-abortum », *La Presse Médicale*, n° 80, 12 décembre 1953, p. 1 648.
- Six médecins d'un département de l'Ouest, « À propos de 456 interruptions volontaires de grossesse », *Le Concours Médical*, 5-10-1974, p. 5095-5103.
- « Sondage IFOP », *Le Concours Médical*, 28-11-1970, p. 9059.
- SUDRE A.M. et RIXE L., « Perforation utérine sans symptômes immédiats », *Le Concours médical*, 2-7-1962, p. 697-699.
- SUTTER Jean, « Résultats d'une enquête préliminaire sur l'avortement dans la région parisienne », *Population*, 1947, n° 3, p. 515-532.
- SUTTER Jean, « Résultats d'une enquête sur l'avortement dans la région parisienne », *Population*, 1950, n° 1, p. 77-102.
- SUTTER Jean et FABRE Henri, « Opinion médicale sur la contraception et l'avortement », *Population*, janvier-février 1966, n° 1, p. 4-74.
- VAULTIER Roger, « Avortement et croyance populaire », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 145-146.
- VERDOUX Christiane, « Pourquoi des interruptions volontaires de grossesse ? », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, vol.3, n° 4, 1975.
- WALTER BUEL H., « La situation actuelle du psychiatre à propos de l'avortement médical », *Med. et Hyg.*, 5 janvier 66, 24, n° 175, p. 1-3.

4 CONTRACEPTION

4-1 THÈSES DE MÉDECINE

- ANSALDI Marie-Thérèse, *L'orthogénisme en France*, Paris, 1962, n° 514, 47 f.
- BORET Chantal, *Problèmes psychologiques et psychiatriques posés par les contraceptifs oraux*, Paris Pitié-Salpêtrière, 1973, n° 20, 76 f.
- CARDI Micheline, *La contraception : point de vue médical, point de vue légal*, Tours, 1968, n° 14, 115 f.
- CARREAU Michel, *Contribution à l'étude de la contraception en milieu psychiatrique*, Poitiers, 1975, n° 8, 121 f.
- CAZALS Jean-Michel, *Indications médicales et médico-sociales de la contraception*, Paris, 1970, n° 554, 38 f.
- CHAUVIN Pierre, *La contraception intra-utérine par les stérilets, à propos de 1 000 cas*, Paris, 1967, n° 948, 41 f.
- COOPER-MULLER Marie-Claude, *Tendances nouvelles de la recherche biomédicale en contraception aux États-Unis*, Paris, 1970, n° 675, 41 f.
- DAYANT Charles, *Contraception en pratique hospitalière*, Paris, 1969, n° 1020, 56 f.
- DEGRENDÉL Jean-Bernard, *Les complications vasculaires de la contraception orale*, Lille, 1972, n° 223, 99 f.
- DEZISSERT Jacques, *Réflexions sur la sexualité et la contraception à partir d'une enquête auprès de 130 foyers catholiques*, Lyon, 1974, n° 323, 132 f.
- DUQUESNE Patrick, *Les accidents et les complications de la contraception intra-utérine*, Lille, 1970, n° 49, 90 f.
- DUTECH née CANFY, *La contraception intra-utérine. Aspects actuels et perspectives d'avenir*, Toulouse, 1972-73, n° 183, 82 f.

- ELIA David, *Prescription pratique d'un contraceptif en ville*, Paris, 1973, n° 100, 59 f.
- FAURE Emmanuel, *La contraception intra-utérine par le stérilet au cuivre*, Tours, 1975, n° 34, 59 f.
- GAUTHEY Renée, *À propos des résistances à la contraception orale*, Lyon, 1972, n° 201, 68 f.
- GIRAULT Yves, *Contraception chez les femmes musulmanes*, Poitiers, 1975, n° 6, 102 f.
- GUINET Pierre, *Les indications médicales de la contraception*, Lille, 1969, n° 105, 117 f.
- HOUILLON Paul, *Rôle du médecin en matière de contraception*, Lille, 1966, n° 136, 159 f.
- KAUFFMAN Étienne, *Facteurs psychologiques d'une politique de contraception, enquête à La Réunion*, Strasbourg, 1968, n° 52, 103 f.
- LEBKIRI Bernard, *Céphalée et contraception orale*, Paris, 1970, n° 455, 26 f.
- LENOEL Françoise, *DIU-accidents*, Paris, 1970, n° 377, 81 f.
- MAILLE René, *Thrombose cérébrale et contraceptifs oraux*, Lille, 1972, n° 212, 97 f.
- NICOLET Annick, *Aspects techniques de la régulation des naissances*, Grenoble, 1967, n° 3, 207 f.
- OULD-ROUIS Ouathik, *Contraception par dispositif intra-utérin (DIU)*, Tours, 1974, n° 126, 51 f.
- PASCAL Juliette, *Quelques aspects de la physiologie du post-partum. Apports de la courbe thermique basale. Applications à la régulation des naissances*, Nancy, 1969, 154 f.
- PERDRIX Jacques, *Existe-t-il un fondement médical à la contraception chez les multipares ?*, Paris, 1966, n° 67, 114 f.
- PERET Jean-Louis, *Perspectives de la contraception en France après l'adoption de la loi Neuwirth*, Bordeaux, 1969, n° 237, 104 f.
- ROUAH Francis, *Bilan d'une consultation de contraception*, Paris, 1970, n° 80, 53 f.
- ROZENBAUM Henri, *La responsabilité du médecin devant la contraception orale*, Paris, 1967, n° 928, 83 f.
- SOREZ-LESAFFRE Madeleine, *Étude chimique et biologique d'une association oestro-progestative*, Lille, 1971, n° 114, 184 f.
- TORNARI K.C., *Contribution à l'étude des effets psychosexuels et somatiques de la pilule*, Lille, 1970, 93 f.
- TRIFIRO Louise, *Aspects médico-légaux de la contraception orale. Évolution des idées*, Paris, 1971, n° 21, 43 f.
- VOLF F., *Geste suicide et contrôle des naissances*, Paris, 1969, n° 221, 67 f.
- ZAZZO Marc, *Sur les modalités de diffusion des méthodes de psychoprophylaxie obstétricale*, Paris, 1968, n° 7, 84 f.

4-2 OUVRAGES ET THÈSES

- ARMENGAUD André, *Les Français et Malthus*, Paris, PUF, 1975, 142 p.
- AUBERT Jean-Marie, *L'épanouissement sexuel : fécondité, contraception*, Paris, Gamma, 1972, 232 p.
- BARILIER Roger, *Amour et société érotique. Point de vue protestant sur la régulation des naissances*, Paris, Le Cerf, 1969, 152 p.
- BARRAU A. et PERRIN A., *La vérité sur la contraception*, Paris, Flammarion, 1966, 236 p.
- BATAILLE Sylvaine, *La contraception*, Paris, Julliard, 1965, 171 p.
- BAUD Raymond, *La pilule, échec au roi*, Paris, Laffont, 1968, 296 p.

- BAUD Raymond, *Les effets psychologiques de la pilule*, Paris, Marabout, 1968, 192 p.
- BERNARD François, *Limitation ou régulation des naissances. Comment s'aimer sans pilule.* Paris, Les Éditions ouvrières, 1966, 86 p.
- BERTOLUS Jean-Raymond, *Le couple et la contraception*, Paris, Privat, 1967, 143 p.
- BLACQUE-BELAIR Michelle, *La contraception, problème médical et humain*, Paris, Maloine, 1966, 214 p.
- BON H., *Précis de médecine catholique*, Paris, F. Alcan, 1935, 768 p.
- CHARTIER Michel, CORDIER P., DUBOST M., SUTTER J., *La régulation des naissances*, Paris, Lethielleux, 1963, 211 p.
- CHAUCHARD Paul, *La maîtrise sexuelle. Problèmes de la continence et de l'union réservée*, Paris, Éditions du Levain, 1964, 63 p.
- CHAUCHARD Paul, *Amour et contraception : pour une sexualité responsable*, Tours, Mame, 1965, 294 p.
- CHAUCHARD Paul, *Volonté et sexualité. À propos de l'encyclique "Humanae vitae"*. Mulhouse, Éditions Salvator, 1969, 286 p.
- CLER, *Problèmes de la fécondité*, Le Puy, éditions Xavier Mappus, 1963, 159 p.
- CORVAL Pierre, *Contraception et sexualité*, Paris, Le Centurion, 1968, 223 p.
- DALSACE Jean, *Le Birth Control*, Paris, Vigot, 1955, 373 p.
- DALSACE Jean, *La contraception*, Paris : PUF, 1966, 203 p.
- DALSACE Jean, *Manuel pratique de la pilule et d'autres méthodes anticonceptionnelles*, Paris, Laffont, 1969, 183 p.
- DALSACE Jean et PALMER Raoul, *La contraception. Problèmes biologiques et psychologiques*, Paris : PUF, 1966, 204 p.
- Docteur X., *Le couple humain et la régulation des naissances*, préface de l'Abbé Oraison et du professeur Ogino, Paris, La Table Ronde, 1962, 269 p.
- DUBOIS-DUMÉE J.P., *Va-t-on contrôler les naissances?*, Paris, Bibliothèque de l'Homme d'action, 1956, 126 p.
- DUMAS André, *Le contrôle des naissances, opinions protestantes*, Paris, Les Bergers et les Mages, 1965, 163 p.
- Les Entretiens de Tenon 1969-1970*, Ed. Excerpta medica, 1970, 116 p.
- FABRE Henri, *La maternité consciente*, Paris, Denoël, 1960, 160 p.
- FLANDRIN Jean-Louis, *L'Église et le contrôle des naissances*, Paris, Flammarion, 1970, 137 p.
- FABRE Henri, « Le Planning Familial. L'expérience de Grenoble », *Rapports des Journées Médicales de France et de l'Union Française*, Nancy, 28 juin-1 juillet 1962, tiré à part, 13 p.
- FREUD Sigmund, *La sexualité dans l'étiologie des névroses*, 1898, in *Œuvres Complètes*, t. III, 1894-1999, Paris, PUF, 1989, 304 p.
- GELLER Sacha, *La courbe thermique. Guide du praticien en endocrinologie féminine*, Paris, Masson, 1961, 149 p.
- GELLER Sacha, *La pilule, oui ou non?*, Paris, Julliard, 1967, 184 p.
- GENOUEL Yves, *La pilule*, Paris, Publications premières, 1971, 239 p.
- GÉRAUD Roger, *La limitation des naissances*, Paris, Union générale d'Éditions, 1963, 318 p.
- GLOOR P.A., *Attitudes féminines devant la prévention des naissances*, Paris, Doin, 1968, 198 p.

- GRASSET Jean, « Méthodes de contrôle de la conception par les médicaments gestagènes-œstrogènes orales. Intérêt, difficultés, dangers, indications. », *Livre jubilaire offert au D^r Dalsace*, Paris, Masson, 1966, 393 p.
- GRITTI Jules, *La pilule dans la presse. Sociologie et diffusion d'une encyclique*, Tours, Mame, 1969, 158 p.
- GUERRAND Roger-Henri, *La Libre maternité 1896-1969*, Tournai, Casterman, 1971, 164 p.
- GUY François et Michelle, *Ile Maurice. Régulation des naissances et Action familiale*, Lyon, X. Mappus, 1962, 342 p.
- HAUT COMITÉ CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, *La régulation des naissances*, par PUYBASSET Michèle, De SAINT-MARC Renaud, THÉRY Jean-François, Paris, La Documentation française, 1966, 80 p.
- HERVET Émile et BARRAT Jacques, *Stérilité-Contraception*, Paris, Baillières, 1968, 368 p.
- HIMES Norman E., *A Medical History of Contraception*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1936, 521 p.
- HUANT Ernest, *Naître ou ne pas naître*, Paris, Bloud et Gay, 1963, 117 p.
- JANSSENS Louis, *Mariage et fécondité*, Paris, Lethielleux, 1967, 120 p.
- KAHN-NATHAN Jacqueline, *La contraception hier, aujourd'hui, demain*, Paris, L'Expansion scientifique française, 1969, 238 p.
- KAHN-NATHAN Jacqueline, *La contraception en dix leçons*, Paris : Hachette, 1973, 171 p.
- KLEINMAN R.L., *Manuel médical rédigé pour le comité médical de l'IPPF*, Londres, Ed. Comité médical de l'IPPF, 1969, 83 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *La liberté de la conception à l'étranger*, Paris, Maloine, 1958, 133 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *Le "Planning" familial*, Paris, Maloine, 1959, 87 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *Contraception orale ou locale. Expérience française sur 2 011 femmes (1958-1961)*, Paris, Maloine, 1962, 213 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *La grand' peur d'aimer*, Paris, Gonthier, 1964, 201 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *L'enfant-accident. Avortement ou Birth control*. Paris, SEDIMO, 1961, 184 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *Contraception orale ou locale ?*, Paris, Maloine, 1962, 216 p.
- LAGROUA WEILL HALLE Marie-Andrée, *La contraception au service de l'amour*, Paris, Ed. G. de Monceau, 1966, 255 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *La contraception et les Français. Étude sur 7600 couples*, Paris, Maloine, 1967, 240 p.
- LAGROUA WEILL-HALLE Marie-Andrée et CHAUCHARD Paul, *Pour ou contre la pilule et le Planning Familial*, Nancy, Berger-Levrault, 1967, 78 p.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *La prescription contraceptive*, Paris, Maloine, 1968, 216 p.
- LAMBERT P. et M., *3 000 foyers parlent...*, Paris, CMR Éditions et Éditions Ouvrières, 1966, 293 p.
- LEDOUX Georges, *Amour et naissances. Une synthèse pratique et morale des meilleures méthodes actuelles de régulation des naissances*, Paris, Librairie Téqui, 1967, 223 p.

- LE SUEUR-CAPELLE Suzanne, *L'union charnelle*, Paris, Nouvelles Éditions Debresse, 1964, 159 p.
- De LESTAPIS Stanislas, *La limitation des naissances*, Paris, Spes, 1962, 323 p.
- MAC AVOY J. et MAILLIEZ, *L'amour humain et la régulation des naissances*, Lyon, Xavier Mappus, 1964, 23 p.
- MAILLARD Claude, *Sexe contrôlé : petite anthologie de la contraception*, Paris, Presse du Temps présent, 1970, 222 p.
- MARTELET Gustave, *Amour conjugal et renouveau conciliaire*, Lyon, Xavier Mappus, 1967, 48 p.
- MARTELET Gustave, *L'existence humaine et l'amour. Pour mieux comprendre l'encyclique "Humanae vitae"*, Paris, Desclée, 1969, 203 p.
- MERTENS de WILMARS Ch., *Psychopathologie de l'anticonception*, Paris, Lethielleux, 1955, 109 p.
- MICHEL-WOLFROMM Hélène, AMADO LÉVY-VALENSI Éliane, KÉPÈS Suzanne, *Problèmes éthiques du contrôle des naissances*, Privat, 1966, 87 p.
- MICHELON B., *La contraception. Notions pratiques, risques et échecs*, Paris, Intermedica, 1967, 67 p.
- M.N.E.F., *Avortement, contraception*, Paris, MNEF, 1973, 2 vol., 232 et 112 p.
- NETTER Albert et ROZENBAUM Henri, *La contraception*, 1975, Paris, Baillières 138 p.
- NEUWIRTH Lucien, *Le dossier de la pilule*, Paris, Edition de la Pensée moderne, 1967, 350 p.
- NOONAN John T., *Contraception et mariage. Évolution ou contradiction dans la pensée chrétienne*, traduit de l'anglais, Paris, Le Cerf, 1969, 722 p.
- NOYER Maurice, *Les femmes et la pilule*, Paris, Dunod, 1970, 124 p.
- PAGES Jeanne, *Le contrôle des naissances en France et à l'étranger*, Thèse de droit, Lyon, 1971, 323 ff.
- PALMER Raoul, *La contraception*, Paris, Masson, 1963, 241 p.
- PASCAL Juliette, *Quand de l'amour surgit la vie*, Paris, Le Centurion, 1971, 175 p.
- PASINI W., *Sexualité et gynécologie psychosomatique*, Paris, Masson, 1974, 231 p.
- PAUPERT J-M., *Contrôle des naissances et théologie - Le dossier de Rome*, Paris, Le Seuil, 1967, 191 p.
- PELLERIN Monique, *La contraception : dans l'exercice journalier de la médecine praticienne*, Paris, Maloine, 1969, 208 p.
- PERRIN Antoine, *La vérité sur la contraception*, Paris, Flammarion, 1966, 237 p.
- PINCUS Gregory, *Le contrôle de la fécondité*. Paris, Masson, 1967, 326 p.
- RAY Jean-Michel, *Amour, sexualité, contrôle des naissances*, Paris, Les Éditions ouvrières, 1965, 199 p.
- RENDU Charles et Madame RENDU, *Étude de cas : initiation pratique à la courbe thermique*, Lyon, Xavier Mappus, 1965, 10 p.
- RENDU Charles et Madame RENDU, *L'Église nous a-t-elle trompés ? Témoignages de foyers sur la régulation des naissances*, Lyon, Xavier Mappus, 1967, 296 p.
- RIQUET Michel, *Église et contraception*, Paris, Ed. John Didier, 1969, 91 p.
- ROZENBAUM Henri, *200 questions sur la contraception*, Paris, Solar, 1974. 221 p.
- SAINT JOHN-STEVAS Norman, *The Pope, the Pill and the People*, Londres, IPC Newspaper, 1968, 128 p.
- SAUVY Alfred, *De Malthus à Mao Tsé Toung*, Paris, Denoël, 1958, 303 p.

- SAUVY Alfred, *La prévention des naissances*, Paris, PUF (QJ), 1962, n° 988, 126 p.
- SIMON Pierre, *Le contrôle des naissances. Histoire, philosophie, morale*. Paris, Payot, 1966, 294 p.
- SIMON Pierre, *Précis de contraception*, Paris, Masson, 1968, 271 p.
- SOCIÉTÉ NATIONALE POUR L'ÉTUDE DE LA STÉRILITÉ ET DE LA FÉCONDITÉ, *La contraception. Risques, inconvénients et facteurs d'échec des diverses méthodes*, Paris, Masson, 1963, 244 p.
- THIBAUT C. et LEVASSEUR M.C., *Bases et limites physiologiques du contrôle des naissances*, Paris, Doin, 1968, 110 p.
- THOREZ-VERMEERSCH Jeannette, *Contre le néo-malthusianisme réactionnaire nous luttons pour le droit à la maternité*, conférence le 4 mai 1956, Paris, PPI, 16 p.
- THOREZ-VERMEERSCH Jeannette, *Les femmes dans la Nation*, Paris, PCF, 1962, 220 p.
- VALABREGUE Catherine, *Contrôle des naissances et planning familial*. Paris, La Table Ronde, 1960, 252 p.
- VALABREGUE Catherine, *La contraception*, Paris, Filipacchi, 1973, 154 p.
- VALSECCHI Ambrogio, *Régulation des naissances. Dix années de réflexions théologiques*, Gembloux, Duculot, 1970, 202 p.
- VAN DER STAPPEN, *Précis de la méthode des températures*, Nantes, Les Éditions Ouvrières, 1960.
- VINCENT Bernard, *Méthode thermique et contraception. Approches médicale et psychosociologique*, Paris, Masson, 1967, 186 p.

4-3 PÉRIODIQUES

- « À l'Académie de médecine : les contraceptifs oraux et les cas de dermatose », *Planning Actualités*, janvier 1967, n° 9, p. 4.
- ARMAND-DELILLE P-F, « Accroissement de la population et contrôle des naissances », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 27-11-62, p. 633-634.
- BARRAT Jacques et HERVET Émile, « Propos sur les indications médicales de la contraception », *La Presse Médicale*, 1966, n° 28, p. 396-398.
- BASCH Marianne, « Les difficultés de la contraception », *Planning Familial*, 1964, n° 4, p. 10-13.
- BAULIEU Étienne-Émile, « Les principales modalités biologiques et chimiques de la contraception chez la femme », *Gazette médicale de France*, LXXV, n° 26, 28-10-1968, p. 4931-4947.
- BERGEROT-BLONDEL, « Résultats des travaux de l'A.F.F.M. sur le « Planning Familial », *Bulletin de l'AFFM*, n° 10, 2^{ème} semestre 1961-1^{er} semestre 1962, p. 12-13.
- BERNHEIM N., « Le planning familial au cœur de la 4^{ème} Semaine de la pensée marxiste », *Planning Familial*, n° 6, 1965, p. 28-30.
- BIRABEN J.N., « La régulation des naissances dans le monde, expérience des pays anglo-saxons, pays sous-développés », *La Revue du Praticien*, 11-11-1970, n° 29, p. 4713-4727.
- BOUSQUET M., « Où en est la contraception ? », *Le Concours Médical*, 4-7-1970, p. 6020-6023.
- BOUVRAIN Y., FREZAL J., KOUPERNIC C., KREIS J., MICHEL-WOLFROMM et PALMER R., « Les indications de la contraception », *Le Concours Médical*, 6-5-1967, p. 3464-3486.

- BRISSET Ch., « Incidences psychiatriques de l'avortement », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 5, p. 445-451.
- CAILLARD C., DAUCHY F. et HERREMAN G., « Contraceptifs oraux. Mode d'action et tolérance clinique », *La Gazette médicale de France*, t. LXXV, n° 26, 28-10-1968, p. 4949-4960.
- Cahiers Laënnec*, « La régulation des naissances » n° 21 (1), avril 1961.
- CARLOTTI J-P. et MARCY J., « La contraception en France », *La Revue du Praticien*, 11-11-1970, n° 29, p. 4729-4744.
- « La position du Centre catholique des médecins français », *Planning Familial Actualités*, mars-avril 1968, n° 16, p. 10.
- CHARTIER M., « Les méthodes naturelles », *La Revue du Praticien*, 11-11-1970, n° 29, p. 4627-4632.
- CHAUCHARD Paul, « Contraception et morale naturelle », *Le Concours médical*, 19-5-1962, n° spécial sur la contraception, p. 3153-3157.
- « Compte rendu de la première réunion du collège médical », *Bulletin du MFPPF*, 1962, n° 20, p. 19-25.
- « Compte rendu du congrès international des médecins catholiques, Lisbonne, 17-23 juin 1947 », *Bull. de la Société Médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1947, n° 6, p. 167-168.
- « Compte rendu du colloque sur la contraception (Paris 10-11 novembre 1963) », *Le Concours médical*, 22-11-1964, p. 1205-1218, et 29 novembre 1964, p. 1351-1358 .
- « Compte rendu de l'ouvrage de Paul Chauchard », anonyme, *Le Concours médical*, 2-11-1965, p. 5626.
- Conseil national de l'Ordre des médecins, « À propos des centres dits « de planning familial » », *Le Concours médical*, p. 915.
- CORDIER M., « Problèmes médicaux posés par les projets concernant les mesures anticonceptionnelles », *Bulletin du Conseil national. de l'Ordre des médecins*, mars 1962, p. 39-44.
- DALSACE Jean, « Birth control », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 375-377.
- DALSACE Jean, « Réflexion d'un sexologue », *Maternité Heureuse*, 1958, n° 4, p. 21-25.
- DALSACE Jean, « Stérilité et fécondité », *Bulletin du MFPPF*, 1963, n° 26, p. 1-6.
- DALSACE Jean, « Heurs et malheurs de la contraception en France », *Gynécologie pratique*, 1966, n° 2, p. 111-115.
- DE GENNES J.-L. et HERVET F., « Détection d'un terrain d'hyperlipidémie familiale chez deux femmes victimes d'un accident vasculaire cérébral sous traitement par contraceptif hormonaux », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 27-6-67, pp. 450-461.
- DEBRAY J.R., « Débat, contenu et limites du conseil médical en matière de contraception », *Actualité de la vie médicale*, 1965, n° 926, p. 5.
- DENIS M. et FRANÇOIS R., « Position d'un groupe de médecins catholiques lyonnais sur le problème de la régulation des naissances », *Le Concours médical*, 19-5- 1962, pp.3159-3160.
- DESMONS F., « Complications gynécologiques de la contraception orale », *Lille Med. Fr.*, 19 n° spécial, p. 361-363.
- DEIXONNE Maurice, « Où le Planning Familial fait parler de lui », *Planning Familial*, 1964, n° 2, p. 18-20.

- DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, « Régulation des naissances et législation. Histoire des premières années du Planning Familial en France », *Gynécologie pratique*, t. XVIII, n° 2, 1966, p. 137-143.
- DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, « Une question souvent posée », *Bulletin du MFPP*, 1961, n° 19, p. 22-23.
- FABRE Henri, « Correspondance », *Gynécologie pratique*, 1957, n° 3, p. 284-285.
- FABRE Henri, « Contrôle des naissances et laïcité », *Maternité Heureuse*, 1960, p. 11-14.
- FABRE Henri, « Trois aspects de la contraception : juridique, moral et médical. », *Le Concours médical*, 23-3-1963, p. 1927-1930.
- FABRE Henri, « À propos de la soi-disant infertilité périodique de la femme », *Le Concours médical*, 20-6-1964, p. 1-5.
- GÉRAUD Roger, « Lettre à un ami catholique », *Planning Familial*, 1968, n° 21, p. 31.
- GOSSET J.-R., « La profession médicale devant la contraception », *le Concours médical*, 2-10-1965, p. 5619-5626.
- GREZES-RUEFF F. A. et GREZES-RUEFF Ch., « L'aspect strictement médical de la contraception », *Annales de Médecine Légale*, 1967, 47, p. 506-509.
- GUEGUEN J., « Mode d'emploi de la pilule. », *Gazette médicale de France*, t. LXXV, n° 26, 28 octobre 1968, p. 5021-5038.
- HENRIET Jacques, Intervention au Sénat sur « la régulation des naissances et l'usage des contraceptifs », *Journal Officiel*, n° 58 S, 5-12-1967, p. 2034-2038.
- HERVET Émile et BARRAT Jacques, « Indications médicales de la contraception », *Revue du Praticien*, XVII, n° 9, 21-3-1967, p. 1241-1251.
- HUANT Ernest, « Conférence de la Mutualité, exposé du président », *La Pensée catholique*, n° 117, 1968, p. 43-54.
- KAHANE Ernest, « Du nouveau en cours sur les contraceptifs chimiques », *Maternité Heureuse*, 1960, n° 12, p. 28-30.
- ILLES J., « Sur les dangers de certains contraceptifs », *BFSGOLF*, 22-10-1961, p. 673-675.
- JODIN Raymond, « Le praticien devant la contraception », *Le Concours Médical*, 11-2-1967, pp. 1135-1139.
- JOURAVLEFF Nicolas, « Sexualité, érotisme, birth-control et morale », *Le Concours Médical*, 6-5-1967, p. 3399-3500.
- KAHN-NATHAN Jacqueline, « La contraception hormonale en France », *Gazette médicale de France*, t. LXXV, n° 26, 28-10-1968, p. 4993-5000.
- KAHN-NATHAN Jacqueline, PLUVINAGE R., ROZENBAUM H. et G. STEG, « Pilule et dépression nerveuse », *Le Concours Médical*, 10-1-1970, p. 235-242.
- KAHN-NATHAN Jacqueline, « Les stérilets », *La Revue du Praticien*, 11-11-1970, p. 4669-4679.
- KÉPÈS Suzanne, « Les résistances des femmes à la contraception », *Contraception Fertilité Sexualité*, 1975, 3(4), p. 241-242.
- KIRCHOFF H., « Bilan actuel de la contraception hormonale. Ses problèmes », *Gazette médicale de France*, t. LXXV, n° 26, 28-10-1968, p. 5011-5019.
- KNAUS Hermann, « La contraception naturelle », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 415-419.
- KOUPERNIC C. et MICHEL-WOLFROMM Hélène, « Cinq cent cinquante femmes parlent de la contraception », *Le Concours médical*, 14-21-28 août 1965, p. 4911-4916.

- JAMET F., « Contribution à l'étude des motivations de l'acceptation ou du refus des méthodes anticonceptionnelles », *Recherche et information en santé publique*, nov.-déc. 1968, n° 23, p. 1333.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, « Le contrôle des naissances à l'étranger et la loi française de 1920 », *La Semaine médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 mars 1953, p. 145-152.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, « Du conflit entre la loi et la conscience professionnelle du médecin », communication présentée au Ier Congrès International de Morale Médicale, Paris, 1^{er} octobre 1955, *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 429-433.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, « Remarques sur le Birth Control », *Gynécologie pratique*, 1957, n° 3, p. 185-199.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, « Raisons d'être de notre association », *Maternité Heureuse*, 1957, n° 1, p. 3-11.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, "Considérations préliminaires sur 218 femmes ayant reçu des conseils médicaux d'orthogénisme. Technique et prophylaxie mentale.", *Gynécologie pratique*, 1960, XI, p. 309-351.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, « Mise au point », *Bulletin du MFPPF*, 1962, n° 20, p. 1-6.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, « À propos de la régulation des naissances : réserves et perspectives d'avenir », communication à l'Académie des Sciences morales et politiques, 14 février 1966, in *Planning Actualités*, mars 1966, n° 2, p. 1-9.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, « La Française devant la contraception », *Le Concours Médical*, 25-11-1967, p. 7857- 7864.
- LECLERCQ Jenny, « La signification de la découverte Ogino-Knaus sur le plan du droit naturel », *Maternité Heureuse*, 1959, n° 11, p. 3-8.
- LE SUEUR-CAPELLE Suzanne, « Supplique en vue du concile », *Bulletin du MFPPF*, 1962, n° 23, p. 16-18.
- MALINAS Yves, « Faut-il adorer la pilule ? », *Le Concours médical*, 18-6-1966, p. 4431-4443.
- MALINAS Yves, « Réflexions sur la contraception. Réponses. », *Le Concours Médical*, 5-10-1974, pp. 5054-5059.
- MARCEL J.E., « Avant-propos », *Gynécologie pratique*, 1957, n° 3, p. 137-138.
- MARCEL J.E., « Essai de synthèse », *Gynécologie pratique*, 1966, n° 2, p. 215-221.
- MEHL J., « Contraception et responsabilités médicales », *BOSIPPO*, juillet-septembre 1970, t. XII, n° 3, p. 29-38.
- MERKLEN Félix-Pierre et MELKI G-R., « Incidences dermatologiques de contraceptifs oraux », *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 29-11-1966, p. 624-632.
- MERKLEN Félix-Pierre et COTTENOT François, « Phlébites et thromboses provoquées par les pilules anticonceptionnelles », *Buletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2-10-1967, p. 473-478.
- « La méthode Ogino », article non signé, *Maternité Heureuse*, 1957, n° 2, p. 22-25.
- MICHEL-WOLFROMM Hélène, « Le facteur psychologique dans la contraception », *BFSGOLF*, 3-12-1962, p. 666-673.
- MORICARD René, « Surcharges stéroïdes chroniques et contraception », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 30-6-1970, p. 588-598.
- MOSSUZ-LAVAU Janine, « La régulation des naissances. Les aspects politiques du débat », *Revue française de Sciences politiques*, octobre 1966, pp. 913-939.

- MÜHLETHALER M., « Problèmes du Birth Control », *BFSGOLF*, avril-mai 1960, p. 129-133 ; discussion in *BFSGOLF*, 29-10-1959, p. 428-429.
- NELKEN S. et THEVENIAUX D., « Bilan de un an de contraception », *BFSGOLF*, 6-7-1971, p. 313-315.
- Nouvelles médicales, « L'année de la pilule », *Le Concours Médical*, 14-1-1967, p. 169-173.
- NETTER Albert, « Eloge de Jean Dalsace », *Gynécologie Obstétrique*, 1971, t. 70, n° 1, p. 21-30.
- « L'Ordre des médecins récidive », *Planning Actualités*, décembre 1965, n° 0, p. 15-21.
- « La récente prise de position du Conseil national de l'Ordre des médecins », *Planning Actualités*, juin 1966, n° 5, p. 8-11.
- PALMER R., « Nécrologie de Jean Dalsace », *Gyn. Obst.*, 1971, t. 70, n° 1, pp.7-14.
- PIGEAUD Henri, « Les limites d'une contraception légitime », *Lyon médical*, 1966, n° 6, p. 319-332.
- PRESSAT Roland, « Compte rendu d'un livre d'Alfred Sauvy », *Le Concours médical*, 19-5-1962, p. 3183-3188.
- « La pilule », *Gazette médicale de France*, 25-10-68, n° 75, p. 4931.
- « Points de vue de psychiatres », *Le Concours médical*, 19-5-1962, pp.3163-3167.
- « La proposition communiste », *Planning Actualités*, février 1966, n° 1, p. 11-13.
- « La régulation des naissances devant les étudiants parisiens », *Le Concours médical*, 12-3-1966, p. 1935-1936.
- « La régulation des naissances et le praticien », *Le Concours Médical*, 30-3-1967, p. 2805-2806.
- RENDU Charles, « Contraception ou abstinence périodique », *Le Concours médical*, 2-10-1965, p. 5521-5530.
- RIVIÈRE Marc et TRAISSAC Robert, « À propos du Birth control », *Gynécologie pratique*, t. VIII, n° 1, 1957, p. 21-44.
- ROZENBAUM Henri, « Les résistances du corps médical à la contraception », *Contraception Fertilité Sexualité*, 1975, 3 (4), p. 251-254.
- SAUVY Alfred, « La démographie devant la prévention des naissances », *Maternité Heureuse*, 1960, n° 14, p. 1-9.
- SENDRAIL M., « Simples réflexions sur les problèmes psychologiques et moraux de la régulation des naissances », *Gazette médicale de France*, t. LXXV, n° 26, 28-10-1968, p. 5059-5065.
- SENECHAL Germaine, « Birth Control », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 421-428.
- SIMON Pierre et GESTIN N., « Contraception. Méthodes orales », *Revue du Praticien*, 11-11-1970, p. 4635-4655.
- SULLEROT Évelyne, « À propos d'une enquête de Population », *Maternité Heureuse*, 1957, n° 2, p. 9-15.
- SORREL-DÉJERINE Y., « Rapport moral », *Bulletin de l'A.F.F.M.*, 2^{ème} semestre 1963, p. 6-7.
- STONE Abraham et SANGER Margaret, « Family Planning aux États-Unis », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 397-407.
- « Suggestions en vue de solutions positives. Interview du D^r Jean Sutter et de Charles Vaillé. », *Le Concours médical*, 19-5-1962, p. 3169-3177.
- SUTTER Jean, « L'évolution du néo-malthusianisme en France depuis un siècle », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 435-444.

- TRAISSAC Robert, « Prophylaxie anticonceptionnelle », *Le Concours médical*, 2-10-1965, p. 5629-5630.
- TRAISSAC Robert, « Régulation des naissances. Test thermique et éducation des couples dans le monde », *Gynécologie pratique*, 1966, n° 2, p. 165-168.
- VAILLANT-COUTURIER Marie-Claude, « La défense de l'enfance », *Cahiers du Communisme*, août 1952, p. 752-761.
- VAN EMDE BOAS Conrad, « Du néomalthusianisme au Birth Control », *Gynécologie Pratique*, 1955, n° 6, p. 379-390.
- VERDOUX Christiane, « La contraception : facilité ou discipline ? », *Planning Familial*, n° 11, 1966, p. 6-7.
- VERDOUX Christiane, « La contraception », Supplément au *Concours Médical*, 3-11-1975, p. 3-4.
- VERHAEGHE M. et CREPIN G., « Conception et contraception », *Revue du Praticien*, 11-11-1970, n° 29, p. 4613-4625.
- VERHAEGHE M., « Motivations de caractère personnel, familial ou social à la régulation des naissances », *Revue du Praticien*, 11-11-1970, n° 29, p. 4699-4711.
- VITANI Christiane, « Réflexions à propos des échecs de la contraception », *Cahiers médicaux lyonnais*, n° 30, 4-10-1974, p. 2367-2369.
- WAREMBOURG H., VERHAEGHE M. et LINQUETTE M., « Comment concevoir et donner l'enseignement médical de la contraception », *La Revue du Praticien*, 11-11-1970, n° 29, p. 4753-4762.

5 MÉNopause

5-1 THÈSES DE MÉDECINE

- ALAUX François, *De quelques conséquences de la ménopause*, Paris, 1955, n° 10, 36 f.
- BAILLY Ch., *Le sang menstruel*, Paris, 1923, n° 241, 25 f.
- BARON Joseph, *De la ménopause*, Paris, 1851, n° 64, 31 f.
- BILHAUT Jean-Pierre, *Les problèmes thérapeutiques de la ménopause*, Caen, 1975, n° 203, 108 f.
- BORNET Gilberte, *Les troubles de la ménopause*, Paris, 1953, n° 370, 52 f.
- BROCHMANN Catherine née KAMMERER, *La menstruation : tabou et méconnaissance*, Strasbourg, 1976, n° 1, 128 f.
- CATOIS Henri, *Contribution à l'étude des conceptions actuelles de la ménopause*, Paris, 1953, n° 858, 40 f.
- CHAMPSPIERRE R.P., *Contribution à l'étude endocrino-psychiatrique de la ménopause*, Paris, 1960, n° 867, 64 f.
- CHANDELUX Louis, *De l'âge critique de la femme*, Paris, 1851, n° 76, 30 f.
- COHEN Makhlof, *La ménopause normale et pathologique*, Paris, 1957, n° 336, 33 f.
- DALSACE Jean, *Castration ovarienne et troubles du métabolisme minéral. À propos d'ostéopathies douloureuses succédant à la ménopause artificielle*, Paris, 1926, n° 78, 107 f.
- EPSTEIN Aron, *Considérations sur les traitements de la ménopause*, Paris, 1940, n° 232, 51 f.
- GENTIS Roger, *Les états dépressifs de l'âge moyen de la femme*, Lyon, 1954, n° 81, 60 f.

- GRASSIOULET André, *Contribution à l'étude de la ménopause*, Alger, 1940, n° 31, 18 f.
- GUILLEMOTONIA Aline, *Traitement hormonal systématique de ménopause*, Bordeaux, 1974, n° 76, 131 f.
- LEICHTER Maurice, *La thérapeutique de la ménopause*, Paris, 1961, n° 806, 33 f.
- LLORÉ Jean-Louis, *La pré ménopause. Les troubles de la femme de 40 ans*, Bordeaux, 1954, n° 51, 56 f.
- MERCIER Jean, *Accidents de la ménopause*, Paris, 1967, n° 376, 42 f.
- RAILLARD Jacques, *De quelques acquisitions récentes sur la pathogénie et le traitement des troubles de la ménopause*, Paris, 1959, n° 781, 56 f.
- RAJBULLY Mahomet, *De quelques manifestations extra génitales de la ménopause*, Paris, 1958, n° 852, 30 f.
- ROPER S J., *De quelques conséquences de la ménopause et leur interprétation*, Paris, 1952, n° 243, 33 f.
- SAVATIER P., *Ménopause physiologiques*, Bordeaux, 1966, n° 66, 65 f.
- YAKER Madjib, *Troubles psychiques au cours des trois grandes étapes génitales de la femme*, Paris, 1956, n° 289, 53 f.

5-2 OUVRAGES ET THÈSES

- ALBEAUX-FERNET Michel, *Conférences d'actualités pratiques, endocrino-rhumatologie*, Paris, Masson, 1957, 91 p.
- ALBEAUX-FERNET Michel, *La ménopause*, 1969, Paris, Baillière, 84 p.
- Assises française de gynécologie, préface de Jean Dalsace, *La ménopause et ses troubles*, 14-17 mai 1956, Colombes : Deshons, 213 p.
- Association internationale des femmes médecins, *La ménopause*, rapports du 7^{ème} Congrès, Gardane Riviera (Italie), 15-21 septembre 1954, Turin, Minerva Medica, 1955, 124 p.
- BARBAUD C. et ROUILLARD A., *Troubles et accidents de la ménopause*, Paris, Jouvett, 1895, 210 p.
- BÉCLÈRE Claude et HERSCHBERG A., *De la puberté à la ménopause*, Paris, Masson, 1948, 225 p.
- BERNARD Irène, KOLLENC Michel et AUDEBERT Alain, *La ménopause*, colloque international de Biarritz, 28 juin 1975, Ed. Collège de gynécologie de Bordeaux et du Sud-Ouest., 1976, 174 p.
- BINET Léon, dir., *Conférences d'actualités pratiques*, Paris, Masson, 1957, 89 p.
- De MATTOS Léa, *Les troubles de la ménopause*, Paris, Doin, 1957, 244 p.
- DENARD-TOULET Anne, *La ménopause effacée*, Paris : Laffont, 1975, 418 p.
- DUPONT Eugène, *La ménopause*, Paris, La Vulgarisation scientifique, 1945, 201 et 135 p.
- ECK Marcel, *La cinquantaine : âge critique ou âge privilégié*, Paris, Éditions universitaires, 1969, 254 p.
- Entretiens de Tenon*, 1971-72, Amsterdam Ed. Excerpta Medica, 147 p.
- FOTHERGIL, *Conseils pour les femmes de 45 à 50 ans*, Paris, Briand, 1788, 31 p.
- FOUGÈRE Paule, *L'homme, la femme et l'âge critique*, Paris, Hachette, 1967, 222 p.
- GARDANNE C.P.L. (de), *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes*, Paris, Ed. Mequignon-Marvis, Paris, 1821, 452 p.
- GAYRAL Louis, *Les troubles neuropsychiques de la puberté et de l'âge critique*, Paris, les Monographies médicales et scientifiques, 1959, 80 p.

- GUILLY Paul, *L'âge critique*, Paris, PUF, Que sais-je ?, 1953, 128 p.
- JUSTER Émile, *La ménopause*, Paris, Heures de France, 1952, 74 p.
- La ménopause naturelle et artificielle*, Paris, Service médical Fr., 1957., 40 p.
- MICHEL-WOLFROM Hélène, *Gynécologie et psychosomatique*, Paris, Masson, 1963, 266 p.
- PAUCHET Victor, *Les quatre âges de la vie. 2 : l'automne et l'hiver humain. L'homme et la femme à l'âge critique*, Paris, J. Oliven, 1950, 192 p.
- ROZENBAUM Henri, *La ménopause*, Paris, Laboratoires Merrell Toraude, 1971, 154 p.
- STOPES Marie C., *Le couple à l'âge critique*, Paris, V. Attinger, 1954, 254 p.
- VINAY Charles, *La ménopause*, Paris, Masson, 1908, 175 p.
- WILSON Robert A., *Féminine pour toujours*, Paris, Éditions de Trévise, 1967, 223 p.

5-3 PÉRIODIQUES

- ALBEAUX-FERNET Michel et BELLOT, « Crypto-ménopause », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1950, 26, p. 4386-4389.
- AZERAD, « Considérations sur la ménopause », *Revue du Praticien*, 1953,3, p. 1833-1837.
- BÉCLÈRE Claude, « Étude clinique de la ménopause », *Revue du Praticien*, T. III, n° 26, 3 octobre 1953, p. 1839-1851.
- BOREL A., « Troubles psychiques de la ménopause », *Revue du Praticien*, 1953, 3, 26, p. 1857-1858.
- BOURGEOIS M., « La ménopause », *Ann. Med. Psycho.*, 1975, 2, 3, p. 449-487.
- CAHEN G., « Le traitement non hormonal de la ménopause », *La Vie médicale*, 1971, 52, 3, p. 4965-4967.
- BRICAIRE H., « Faut-il traiter les troubles de la ménopause ? », *La Presse Médicale*, 1963, 71, p. 341-343.
- DALSACE Jean, « Traitement des troubles de la ménopause », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1969, 40, p. 2241-2245.
- GILBERT-DREYFUS, ZARA et LE GUEN, « Traitement hormonal de la ménopause », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 61/6, 20 octobre 1956, p. 3162-3166.
- DUBLINEAU J., « Problèmes d'adaptation à la ménopause », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1950, n° 47, p. 2287-2290.
- DUREAU F., « Problèmes psychiatriques rencontrés à la ménopause », *Revue médicale*, 1966, p. 742-781.
- GABEY Georgette et RAVANEL Ida, « La ménopause sans douleur », *Planning Familial*, 1967, n° 14, p. 18-22.
- GILBERT-DREYFUS et BIGORIE B., « Convient-il de soumettre systématiquement à une hormonothérapie substitutive toutes les femmes ménopausées ? », *Gazette des Hôpitaux*, juin 1970, 17, p. 557-563.
- HUET J-A., « Les incidences de la ménopause », *Arch. Hosp.*, août 1953, XXV, p. 243-246.
- KAHN-NATHAN Jacqueline, « La ménopause », *Planning Familial*, 1965, n° 7, p. 11-12.
- KLOTZ Henri-Pierre, « Comment traiter la ménopause et combien de temps ? », *Médecine praticienne*, 1974, vol.546, p. 46-50.
- LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-André, « Le complexe de la ménopause », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1956, 32, p. 2677-2685.
- LEVI Louise, « Névrose pendant la ménopause », *La ménopause*, 1955, p. 69-73.

- MALLESON J., « An Endocrine Factor in Certain Affective Disorders », *The Lancet*, 25 juillet 1953, 2, p. 158-164.
- MEDICAL WOMEN'S FEDERATION, « An investigation of the menopause in one thousand women », *The Lancet*, 1933, 1, p. 106-108.
- MELVILLE C., « La ménopause », *Praxis*, 1968, 57, p. 1786-1791.
- MICHEL-WOLROMM Hélène, « Les troubles psychiques de la ménopause », *La ménopause*, 1955, pp.83-89.
- NETTER Albert, « Qu'est-ce que la ménopause ? », *La Vie médicale*, 1971,52, 3, p. 4885.
- POUSSET G., « Traitement de la ménopause », *Cahiers médicaux lyonnais*, 1969, 45, 7, p. 679-685.
- ROZENBAUM Henri, « La ménopause et les hormones », *Le Concours médical*, 1970, 92, 8, p. 1727-1728.
- ROZENBAUM Henri, « Aspects actuels de la ménopause », *Le Concours médical*, 1971, 93, 3, p. 355-361.
- ROZENBAUM Henri, « L'hormonothérapie systématique de la ménopause est-elle justifiée ? », *La Vie médicale*, 1971, 52,3, p. 4959-4963.
- SULLEROT E., « Image de la mère à travers les âges », *Bordeaux Méd.*, 1973, 15, p. 7253-7263.
- VALLIN, « Traitement des troubles de la castration et de la ménopause », *La Presse médicale*, LX, 7 juin 1952, p. 847-848.
- VAN KEEP P. et KELLERHALS S., « L'impact des facteurs socioculturels sur le vieillissement chez la femme », *Psychoter. Psychosom.*, 1964, 2, p. 160.
- VIGNALOU J., LEMARCHAL A. et PLOUIN S., « Le traitement prolongé de la ménopause est-il justifié ? », *La Revue du Praticien*, 1970, 33, pp.5353-5364.
- WENNER, « La ménopause », *Revue du Praticien*, 11 octobre 1953, 3, p. 1833-1837.
- WILSON Robert A., BREVETTI Raimondo E., WILSON Thelma A., « Specifics Procedures for the Elimination of the Menopause », *West. J. Surg. Obst. & Gynec.*, 1963, 71, p. 110-121.
- WILSON Robert A. et Wilson Thelma A., « The fate of the nontreated postmenopausal woman: a plea for the maintenance of adequate estrogene from puberty to the grave », *J. of the American Geriatrics Society*, 11, 1963, p. 347-362.

6 DÉMOGRAPHIE

6-1 OUVRAGES

- BOVERAT Fernand, *La race blanche en danger de mort*, 1931, Paris, Éditions de l'Alliance nationale contre la dépopulation, 40 p.
- BOVERAT Fernand, *Le vieillissement de la population*, Paris, Éditions sociales françaises, 1946, 161 p.
- DEBRÉ Robert et SAUVY Alfred, *Des Français pour la France*, Paris, Gallimard, 1946, 265 p.
- DELERM Robert, *100 millions de Français*, Paris, Éditions Universitaires, 1967, 123 p.
- FRÉVILLE Jean, *L'épouvantail malthusien*, Paris, Éditions Sociales, 1956, 313 p.
- EHRlich Paul, *La bombe population*, Paris, J'ai lu, 1973, 306 p.
- REBOUX Paul, *Trop d'enfants?*, Paris, Denoël, 1951, 311 p.

TREMBLAY Emmanuel, *Croître ou mourir?*, Paris, Berger-Levrault, 1958, 255 p.

6-2 PÉRIODIQUES

A.G., « Compte rendu de l'ouvrage de E.C. Tremblay, *Croître ou mourir* », *Population*, 1958, n° 2, p. 315.

« Adolphe Landry », non signé, *Vitalité française*, 1956, n° 433, p. 53-54.

ARIÈS Philippe, « Les origines de la contraception », *Population*, 1953, n° 3, p. 465-472.

« Les deux attitudes », non signé, *Vitalité française*, mars-avril 1958, n° 441, p. 188.

BASTIDE Henri, « Compte rendu de l'ouvrage du D^r Lagroua-Weill-Hallé, *L'enfant-accident* », *Population*, 1963, n° 1, p. 161.

BASTIDE Henri, « Compte rendu de l'ouvrage de François et Michèle Guy, *Ile Maurice. Régulation des naissances et Action familiale, 1965-1966* », *Population*, 1969, n° 2, p. 360.

BERGER André, « Du planning familial à la loi Neuwirth », *Vitalité française*, janvier-février 1967, n° 490-491, p. 268-270.

BOURGEOIS Jean, « Évolution de la population française de 1939 à la fin de 1944 », *Cahiers de la Fondation française pour l'Étude des problèmes humains*, novembre 1945, n° 4, p. 98-118.

BOURGEOIS Jean, « La situation démographique », *Population*, 1946, n° 1, p. 117-142.

BOVERAT Fernand, « Évolution et perspective de la natalité », *Revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation*, 1948, n° 391, p. 128-129.

BOVERAT Fernand, « La diminution future de la natalité française », *Vitalité française*, mai-juin 1949, n° 394, p. 225-228.

CHAUCHARD Paul, « Aspects moraux de la contraception », *Vitalité française*, janvier-février 1968, n° 490-491, p. 282-284.

Conseil d'administration de l'association, l'Alliance française contre la dépopulation, « La limitation des naissances », *Vitalité française*, janvier-février 1961, n° 455, p. 165-166.

DARIC Jean, « Informations », *Population*, 1946, n° 3, p. 599.

DEBRÉ Robert, « Les médecins et les problèmes de population », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 17-6-1975, p. 521-525.

DUPREEL Eugène, « Morale et démographie », *Population*, 1950, n° 1, p. 35-44.

ETAIX Jacques, « La pilule...Une catastrophe démographique ? », *Vitalité française*, décembre 1967, n° 488-489, p. 207-211.

FELGINES Marcel, « Politique familiale et régulation des naissances », *Vitalité française*, mars-avril 1967, p. 205-206.

HENRY Louis, « Mise au point sur la natalité française », *Population*, 1954, n° 2, p. 197-226.

HAURY Paul, « C'est de nous, Français, dont il s'agit... », *Revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation*, Juillet-août 1945, n° 371, p. 4-5.

« Informations sociales et familiales », *Vitalité française*, mars-avril 1957, n° 436, p. 114.

I.N.E.D., « La limitation des naissances », *Population*, 1956, n° 2, p. 209-234.

« Introduction », *Population*, 1946, n° 1, p. 5-8.

DE LESTAPIS Stanislas (RP), « L'Église catholique et les problèmes de population », 1952, n° 2, p. 289-306.

LAUNAY Clément, « Démographie et équilibre familial », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 17-6-1975, p. 526-527.

- MARTIN Jean-Maurice, « Entretien avec Jean-Robert Debray », *Vitalité française*, 1962, n° 463, p. 58-59.
- PIGEAUD Henri, SUTTER Jean et BERGUES Hélène, « Attitudes devant la maternité. Une enquête à Lyon », *Population*, 1966, n° 2, p. 231-272.
- « La prévention des naissances », non signé, *Vitalité française*, mai-juillet 1960, n° 452, p. 114 et 127.
- PRESSAT Roland, « La situation démographique », *Population*, 1962, n° 3, p. 505-548.
- PRESSAT Roland, « Les aléas de la natalité française », *Population*, 1967, n° 4, p. 611-628.
- PRESSAT Roland, « L'I.N.E.D. à ses débuts : l'esprit Sauvy », *Population*, 1995, n° 6, p. 1349-1354.
- RIQUET R.P., « Christianisme et population », *Population*, 1949, n° 4, p. 615-630.
- SAUVY Alfred, « Faits et problèmes du jour », *Population*, 1946, n° 2, p. 197-202.
- SAUVY Alfred, « Faits et problèmes du jour », *Population*, 1947, n° 1, p. 5-8.
- SAUVY Alfred, « Le malthusianisme anglo-saxon », *Population*, 1947, n° 2, p. 221-242.
- SAUVY Alfred, « L'I.N.E.D. a cinq ans », *Population*, 1950, n° 4, p. 617-618.
- SAUVY Alfred, « Ils ont cinq ans », *Vitalité française*, janvier-février 1951, n° 404, p. 177-178.
- SAUVY Alfred, « Faits et problèmes du jour », *Population*, 1952, n° 2, p. 201-206.
- SAUVY Alfred, « Vue générale et mise au point sur l'économie et la population française », *Population*, 1955, n° 2, p. 205-216.
- SAUVY Alfred, « Compte rendu du livre de Jacques Derogy, *Des enfants malgré nous* », *Population*, 1956, n° 1, p. 163-164.
- SAUVY Alfred, « La limitation des naissances : faits, doctrine et attitudes politiques », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 38-43.
- SAUVY Alfred, « Fécondité des populations. Évolution générale des recherches », *Population*, 1961, n° 4, p. 699-712.
- SAUVY Alfred, « Les raisons et les espoirs », *Population*, 1962, n° 2, p. 208-214.
- SAUVY Alfred, « Le destin de la France est en danger », *Vitalité française*, 1966, n° 480, p. 87-91.
- SAUVY Alfred, « Les conditions d'un équilibre démographique », *Vitalité française*, janvier-février 1968, n° 490-491, p. 276-278.
- SAUVY Alfred, « La population française : situation actuelle et perspectives d'avenir », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 17-6-1975, p. 505-514.
- SEKLANI Mahmoud, « Efficacité de la contraception : méthodes et résultats », *Population*, 1963, n° 2, p. 329-348.
- SUTTER Jean, « Résultats d'une enquête préliminaire sur l'avortement dans la région parisienne », *Population*, 1947, n° 3, p. 515-532.
- SUTTER Jean, « Attitudes devant la maternité », *Population*, 1960, n° 2, p. 223-244.
- SUTTER Jean, « Résultats d'une enquête sur l'avortement dans la région parisienne », *Population*, 1950, n° 1, p. 77-102.
- SUTTER Jean, « Libres propos sur l'avortement », *Problèmes*, n° 33, 1956, p. 50-54.
- SUTTER Jean et SIEBERT Solange, « Attitudes devant la maternité. Une enquête à Grenoble », *Population*, 1963, n° 4, p. 655-682.
- TORTAT Jean « Attention aux bobards ! », *Revue de l'Alliance nationale contre la dépopulation*, mars-avril 1946, n° 374, p. 107.
- VALLET R. « Pas d'accord ! », *Vitalité française*, 1963, n° 467, p. 126-127.

VORANGER Jacques et HENRY Louis, « La situation démographique », *Population*, 1951, n° 1, p. 125-132.

7 SEXUALITÉ

7-1 OUVRAGES ET THÈSES

- BINET André et HARTEMANN J., *Les rapports sexuels et les déficiences sexuelles chez la femme*, Paris, Vigot, 1950, 183 p.
- BONAPARTE Marie, *De la sexualité de la femme*, Paris, PUF, 1951, 148 p.
- CARLES Jules, *La sexualité*, Paris, Armand Colin, 1953, 204 p.
- Centre d'études LAËNNEC, *Sexualité humaine*, Paris, Lethielleux, 1966, 338 p.
- CHANSON Paul, *Art d'aimer et continence conjugale*, Paris, Éditions familiales de France, 1949, 158 p.
- CHAUCHARD Paul, *L'équilibre sexuel. Epanouissement sexuel. Fonctions génitales et esprit de continence*, Paris, Éditions du Levain, 1960, 63 p.
- CHAUCHARD Paul, *Apprendre à aimer*, Paris, Fayard, 1963, 207 p.
- CHAUCHARD Paul, *La vie sexuelle*, Paris, PUF, Q S-J? 1957, 128 p.
- CHAUCHARD Paul, *Volonté et sexualité*, Mulhouse, Salvator, 1969, 286 p.
- DAVIS Maxime, *Connaissance sexuelle dans le mariage*, traduit de l'américain, Paris, Buchet Chastel, 1964, 359 p.
- FOLLIET Joseph, *Adam et Eve. Humanisme et sexualité*, Lyon, Chronique sociale de France, 1965, 268 p.
- GALLIEN L., *La sexualité*, Paris, PUF, QSJ ?, 1961, 128 p.
- GASQUET Pierre, *Hygiène et fonctions sexuelles de la femme*, Lyon, Cartier, 1946, 400 p.
- GAUDEFROY M. (direction), *Études de sexologie*, Paris, Bloud et Gay, 1965, 454 p.
- GÉRAUD Roger, *L'éducation sexuelle des adultes. Pour une sexualité réconciliée*, Paris, Union générale des artistes, 1967, 315 p.
- Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, *Médecine et sexualité*, Paris, Spes, 1950, 250 p.
- Yves HARANT, *Aspects médico-légaux de quelques problèmes soulevés par la vie sexuelle de la femme*, thèse de médecine, Paris, 1959, n° 12, 164 f.
- HESNARD Ange (1896-1969), *Manuel de sexologie normale et pathologique*, Paris, Payot, 1951, 395 p.
- KINSEY Alfred C. (1894-1956), POMEROY Wardell B., MARTIN Clyde E., GEBHARD Paul H.: *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphie, W.B. Saunders, 1953, 842 p. Traduit en français en 1954 sous le titre: *Le comportement sexuel de la femme*, Paris, Amiot-Dumont, 764 p. Il s'agit du « deuxième » rapport Kinsey sur la sexualité, le premier étant consacré à la sexualité masculine : *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphie, W.B. Saunders, 1948, 804 p. traduit sous le titre : *Le comportement sexuel de l'homme*, Paris, Ed. du Pavois, 1948, 1020 p.
- LAMARE Noël, *Connaissance sensuelle de la femme*, Paris, Buchet-Chastel, 1952, 240 p.
- LAMARE Noël, *Connaissance sensuelle de l'homme*, Paris, Buchet-Chastel, 1962, 207 p.
- LOBROT Michel, *La libération sexuelle*, Paris, Payot, 1975, 217 p.
- MEIGNANT Michel, *Je t'aime. Le livre rouge de la sexologie humaniste*, Paris, Gonthier, 1975, 248 p.

- MICHEL-WOLFROMM Hélène, *Cette chose-là : les conflits sexuels de la femme française*, Paris, Grasset, 1970, 390 p.
- MORALI-DANINOS André, *Sociologie des relations sexuelles*, Paris, PUF, QSJ ?, n° 1068, 1963, 127 p.
- MORALI-DANINOS André, *Histoire des relations sexuelles*, Paris, PUF, QSJ? n° 1074, 1963, 127 p.
- MULDWOLF Bernard, *Sexualité et féminité*, Paris, Centre d'études et de recherches marxistes, 1965, 46 p.
- J.M. RAY, *Amour, sexualité, régulation des naissances*, Paris, Éditions Ouvrières, 1965, 199 p.
- Denis de ROUGEMONT, *Les mythes de l'amour*, Paris, Nouvelle Revue française, 1967, 317 p.
- De SAINT-AGNÈS Yves et SABRAN Béatrice, *Pour ou contre la liberté sexuelle*, Nancy, Berger Levrault, 1967, 80 p.
- SINCLAIR O. et Georges, *Dix leçons d'éducation sexuelle*, Paris, Edition du Scorpion, 1950, 189 p.
- SIMON Pierre, GONDONNEAU Jean, MIRONER Lucien, DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, LÉVY Claude, *Rapport sur le comportement sexuel des Français*, Paris, Julliard, 1972, 922 p.
- VAN USSEL Jos, *Histoire de la répression sexuelle*, Paris, Laffont, 1972, 351 p.
- WOLTON Dominique (membre du bureau confédéral du MFPPF), *Le nouvel ordre sexuel*, Paris, Le Seuil, 1974, 190 p.

7-2 PÉRIODIQUES

- « L'amour-problème », *Arguments*, n° 21, 1^{er} trimestre 1961, n° spécial.
- COSSA Paul, « Chasteté et médecine », *Bulletin de la Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1947, n° 8, p. 203-204.
- « La dynamique sociale du couple », *Chronique sociale de France*, mars 1967, n° 75, p. 3.

8 HISTOIRE DU GENRE ET DES FEMMES

8-1 OUVRAGES

- De BEAUVOIR Simone, *Le Deuxième Sexe*, Paris, Gallimard, 1949, 2 vol., 395 et 577 p.
- GUELAUD-LERIDON Françoise, *Recherches sur la condition féminine d'aujourd'hui*, Paris, PUF, 1967, 123 p.
- MICHEL Andrée et TEXIER Geneviève, *La condition de la Française aujourd'hui*, 2 tomes, Paris, Gonthier, 1964, 246 p.
- FRIEDAN Betty, *La femme mystifiée*, Paris, Gonthier, 1964, 430 p.
- SULLEROT Évelyne, *La vie des femmes. Une vérité clandestine*, Paris, Gonthier, 1965, 158 p.
- SULLEROT Évelyne, *Demain les femmes*, Paris, Laffont, 1965, 269 p.

8-2 PÉRIODIQUES

- GIRAUD Paul, « Quelques idées d'un médecin sur l'éducation des filles », *Bulletin de la Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, 1947, n° 4, pp.99-111.

II ÉTUDES

A INSTRUMENTS DE TRAVAIL

1 DICTIONNAIRES ET ENCYCLOPÉDIES

- De WARESQUIEL Emmanuel, dir., *Dictionnaire de la contestation au XXe siècle*. Paris : Larousse, 1999, 671 p.
- DELAMARE Jacques, directeur, *Dictionnaire des termes de médecine*, 27^{ème} édition revue et augmentée, Paris, Maloine, 2002, 1001 p.
- DUPONT Michel, *Dictionnaire historique des médecins célèbres*, Paris, Larousse, 1999, 628 p.
- HELFT-MALZ Véronique et LEVY Paule H., *Encyclopédie des femmes politiques sous la V^e République*, Paris, Patrick Banon, 1996.
- HIRATA Helena, LABORIE Françoise, LE DOARE Hélène et SENOTIER Danièle : *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris, PUF, 2000, 315 p.
- HUGUET Françoise, *Les professeurs de la faculté de médecine de Paris, dictionnaire biographique: 1794-1939*, Paris, Ed. du CNRS, 1991, 753 p.
- LECOURT Dominique, direction, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, 2004, 1 270 p.
- MAITRON Jean et PENNETIER Claude. *Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier français*, 4^{ème} partie (1914-1939), Paris, Les Éditions Ouvrières, 1991.
- MARCOT François, dir., *Dictionnaire historique de la Résistance*, Paris, Laffont, 2006, 1187 p.

2 BIOGRAPHIES

- CHERTOK Léon, *Mémoires d'un hérétique*, Paris, Ed. La Découverte, 1990, 383 p.
- TROISIÈRE Solange, *Une sacrée bonne femme*, Paris, La Table Ronde, 2003, 315 p.
- Who's who in France, Paris, Ed. Jacques Lafitte, édition 1959-1960, 2678 p. et édition 1967-1968, 1436 p.

B MÉTHODOLOGIE ET HISTORIOGRAPHIE

- ACHARD Pierre, *La sociologie du langage*, Paris, PUF (QSJ), 1993, 127 p.
- Bibliographie de la condition féminine en France, de 1945 à 1975*, Paris, Centre national de documentation pédagogique, 1976, 81 p.
- DELACROIX Christian, DOSSE François et GARCIA Patrick, *Les courants historiques en France, XIXe-XXe siècle*, Paris, Armand Colin, 2005, 404 p.
- FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL Dominique, PLANTE Christine et RIOT-SACEY Michelle : *Le genre comme catégorie d'analyse : sociologie, histoire, littérature*, Paris, L'Harmattan, 2003, 234 p.

- KLEJMAN Laurence et ROCHEFORT Florence, « Matériaux bibliographiques pour l'histoire du féminisme contemporain (1945-1985) », *Bulletin de l'IHTP*, n° 23, 1986.
- LOWY Llana, « Le genre dans l'histoire sociale et culturelle de sciences », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1995, vol.50, n° 3, p. 523-529.
- MULLER Martine, TUCAT Danielle, VAN DE CASTEELE – SCHWEITZER Sylvie, *Etre féministe en France. Contribution à l'étude des mouvements des femmes 1944-1967*. Paris, *Bulletin de l'IHTP*, 1985.
- PERROT Michelle, dir., *Une histoire des femmes est-elle possible?*, Paris/Marseille, Rivages, 1984, 227 p.
- PERROT Michelle, *Les femmes ou le silence de l'histoire*, Paris, Flammarion, 1998, 493 p.
- PESTRE Dominique, « Pour une histoire sociale et culturelle des sciences », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1995, vol. 50, n° 3, p. 487-522.
- Michèle RIOT-SARCEY, « L'historiographie française et le concept de genre », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, octobre-décembre 2000, p. 805.
- SOHN Anne-Marie et THELAMON Françoise, dir. *L'histoire sans les femmes est-elle possible ?*, Paris, Perrin, 1998, 427 p.
- THÉBAUD Françoise, *Ecrire l'histoire des femmes et du genre*. Fontenay, ENS éditions, 2007, 312 p.
- TILLIER Annick, *Des sources pour l'histoire des femmes. Guide*, Paris, BNF, 2004, 203 p.

C ÉTUDES PARTICULIÈRES

1 CONTEXTE POLITIQUE, SOCIAL ET CULTUREL

- AVEROUS Valérie, *Le PCF et les crises de l'automne 1956*, Paris IEP DEA, 1998, 120 p.
- BONNEUIL Christophe, « Les transformations des rapports entre sciences et société en France depuis la Seconde Guerre mondiale : un essai de synthèse », *Actes du colloque Sciences Medias et Société*, ENS Lettres et Sciences Humaines, Lyon, 15-17 juin 2004, p. 15-40.
- CAUTE David, *Le communisme et les intellectuels français*, Gallimard, 1967, 474 p.
- CAUTE David, *Les compagnons de route*, Paris, Laffont, 1973, 488 p.
- CACHIN Yves, *Un distrait*, Paris, La Cause des Livres, 1997.
- DAIX Pierre, *Les hérétiques du PCF*, Paris, Laffont, 350 p.
- DELPLA François, « Les communistes français et la sexualité (1932-1938) », *Le Mouvement social*, n° 91, avril-juin 1975, p. 121-152.
- DESANTI Dominique, *Les Staliniens : une expérience politique 1944-1956*, Paris, Fayard, 1975, 383 p.
- DREYFUS-ARMAND Geneviève, FRANK Robert, LEVY Marie-Françoise et ZANCARINI-FOURNEL Michelle, *Les années 68 : le temps de la contestation*, Bruxelles-Paris, Complexe, 2000, 545 p.
- FAYOLLE Sandra, *Une organisation féminine de masse : l'UFF, 1945-1965*, thèse Paris I Sciences Politiques, 2005, 551 p.
- FOU TRIER Bernard, *L'identité communiste : la psychanalyse, la psychiatrie, la psychologie*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1995, 681 p.

- GARBEZ Michel, *La question féminine dans le discours du PCF*, doctorat de 3^{ème} cycle d'administration publique, Amiens, 1979, 393 p.
- GILLOT Simone, *À chacun son chemin*, Editeur non précisé, 1990, 221 p.
- HARMEL Claude « La composition sociale du PCF et son évolution de 1959 à 1966 », revue *Est-Ouest*, n° 378, février 1967, p. 6.
- KOTEK Dan et Joël, *L'affaire Lyssenko*, Paris, Complexe, 1986, 238 p.
- KRIEGEL Annie, *Communismes au miroir français*, Paris, Gallimard, 1974, 252 p.
- KRIEGEL Annie, *Les communistes français 1920-1970*, Paris, Seuil, 1985, 400 p.
- LABBE Dominique, *Le discours du communiste*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1977, 204 p.
- LECOURT Dominique, *Lyssenko. Histoire réelle d'une science prolétarienne*, Paris, Maspero, 1976, 257 p.
- LEGENDRE Bernard, *Le stalinisme français. Qui a dit quoi? (1944-1956)*, Paris, Le Seuil, 1980, 317 p.
- LE GRIGNOU Brigitte, *Le discours du PCF sur la condition féminine (1970-1976)*, Mémoire de DEA, Sciences Pol. Rennes, 1977, 158 p.
- LESSELIER Claudie et VENER Fammetta, *L'Extrême - Droite et les femmes*. Paris, Golias, 1997.
- MAYEUR Jean-Marie, « Catholicisme intransigeant, catholicisme social, démocratie chrétienne », *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1972, vol. 27, n° 2, p. 483-499.
- MEDVEDEV Jaurès, *Grandeur et chute de Lyssenko*, Ed. Gallimard, 1970, 320 p.
- MOSSUZ-LAVAU Janine et SINEAU Mariette, *Enquête sur les femmes et la politique en France*. Paris, PUF, 1983, 280 p.
- MOSSUZ-LAVAU Janine, *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990)*, Paris, Payot, 1991, édition 2002, 499 p.
- MUEL-DREYFUS Francine, *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie de l'ordre des corps*. Paris, Le Seuil, 1996, 384 p.
- ROBRIEUX, *Histoire intérieure du PCF*, t. 2 : 1945-1972, Paris, Fayard, 1982, 735 p.
- ROUSSEAU Renée, *Les femmes rouges. Chroniques des années Vermeersch*, Paris, Albin Michel, 1983, 293 p.
- TARTAKOWSKY Danielle, *Une histoire du PCF*, Paris, PUF, 1982, 126 p.
- TIRARD Stéphane, « Les biologistes français et l'affaire Lyssenko à l'automne 1948 », in *Historiens et géographes*, n° 358, juillet-août 1997, p. 95-105.
- THOREZ-VERMEERSCH Jeannette, *La vie en rouge*, Paris, Belfond, 1998, 242 p.
- VERDES-LEROUX Jeanine, *Au service du Parti. Le parti communiste, les intellectuels et la culture (1944-1956)*, Paris, Fayard, 1983, 585 p.
- WILSON Franck L., « Les groupes de pression sous la Cinquième République », *Revue française de sciences politiques*, vol. 33 n° 2, avril 1983, p. 220-254.

2 MÉDECINE—MÉDECINS

- ARNEY William Ray, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago, the University of Chicago Press, 1982, 290 p.
- BARIÉTY Maurice et COURY Charles, *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, 1963, 1217 p.
- BARUCH Marc-Olivier, dir., *Une poignée de misérables*, Paris, Fayard, 2003, 612 p.

- BEURIER Dominique, *Contribution à l'étude de la presse médicale clandestine française pendant la seconde Guerre mondiale : Le Médecin français et Le Combat médical, de 1941 à 1944*, thèse de médecine, Paris VI Pitié Salpêtrière, 1994, n° 94, 75 f.
- BROUSSOULOUX Claude, *Cinéma et médecine. Le médecin à l'écran*, Paris, Ellipses, 2001, 110 p.
- CAMBIER J., « *La presse médicale 1893-1993, cent ans de vie d'un journal* », *La Presse médicale*, 1993, t. 22, n° 32, p. 1477-1485.
- CHAST François, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, Éditions La Découverte, 2002, 415 p.
- CHASTAN Emmanuel, *Contribution à l'étude du comportement du corps médical sous Vichy: la presse médicale de 1940 à 1944*, thèse de médecine, Tours, 2000, n° 3040, 259 f.
- COURY Charles, *L'enseignement de la médecine en France des origines à nos jours*, Paris, L'Expansion scientifique française, 1968, 199 p.
- DAGNAUD Monique et MEHL Dominique, « Les gynécologues : une profession sous influence », *Sociologie du travail*, 1988, n° 2, p. 271-285.
- DAGOGNET François. *Savoir et pouvoir en médecine*. Le Plessis Robinson: Institut Synthélabo, 1998, 288 p.
- DALL'AVA-SANTUCCI Josette, *Des sorcières aux mandarines (histoire des femmes médecins)*, Paris, Calmann-Lévy, 1989, 266 p.
- DUCAMP Gilles, *Le secret médical*, thèse de médecine, Dijon, 1987, n° 48, 159 ff.
- DUHAMEL P., *Histoire des médecins français*, Paris, Plon, 1993, 392 p.
- FAURE Olivier, *Histoire sociale de la médecine (XVII-XXe siècle)*, Paris, Anthropos, 1994, 272 p.
- FERRAND M., « Les médecins face à l'avortement », *Sociologie du travail*, 1988, 2, p. 367-380.
- FERROUL Yves, *Médecin et sexualité*, Paris, Ellipses, 2002, 159 p.
- FREIDSON E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 369 p.
- GARCIA Sandrine, « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, juin 2005, n° 158, p. 97-115.
- GAUDILLIERE Jean-Paul, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, Edition La Découverte, 2002, 391 p.
- GAUDILLIERE Jean-Paul, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures, Sciences, Sociétés*, 14, 2006, p. 239-248.
- GELLY Maud, *Avortement et contraception dans les études médicales*, Paris, L'Harmattan, 2006, 244 p.
- GELIS Jacques, *L'arbre et le fruit, la naissance dans l'occident moderne XIVe-XIXe siècle*, Paris, Fayard, 1984, 611 p.
- GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988, 560 p.
- GONZALES Jacques, *Initiation à l'histoire de la médecine et des idées médicales*, Thoiry, Éditions Heures de France, 1997, 191 p.
- GRMEK Mirko D., *Claude Bernard et la méthode expérimentale*, Paris, Payot, 1991, 192 p.
- GRMEK Mirko D., *Le legs de Claude Bernard*, Paris, Fayard, 1997, 439 p.
- GUILLAUME Pierre, *Médecins, Église et Foi*, Paris, Aubier, 1990, 270 p.
- GUILLEMAIN Hervé, « Les débuts de la médecine catholique en France. La société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien (1884-1914) », *Revue d'Histoire du XIXe siècle*,

- n° 27-26, 2003, p. 227-258. Consulté le 8 novembre 2009 : <http://rh19.revues.org/index747.html>.
- HALIOUA Bruno, *Blouses blanches et étoiles jaunes. L'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation*, Paris, Liana Levi, 2002, 285 p.
- HERZLICH Claudine, dir., *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970, 318 p.
- HERZLICH Claudine, BURGENER M., PAICHELER G., ROUSSIN Ph. et ZUBER Marie-Christine, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, 1930-1980*, Paris, Doin, 1993, 274 p.
- JOEL Constance, *Les filles d'Esculape*, Paris, Laffont, 1988, 234 p.
- JUDET Jean et VILAIN Raymond, *Le pouvoir médical*, Arthaud, 1986, 229 p.
- LABORIE F., « Femmes, embryons et hommes de science » in COLLIN F., *Le sexe des sciences*, Paris : Autrement, 1992, 205 p.
- LAMBRICHS Louise, *La vérité médicale. Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*, Paris, Laffont, 1993, 466 p.
- LASSERRE Monique et FEINSTEIN Patricia, *La femme médecin généraliste*, thèse de médecine, Bordeaux, 1982, n° 180-181, 146 f.
- LEMAIRE Jean-François, « La naissance de l'ordre des médecins », *La Revue des Deux Mondes*, juin 1991, p. 67-77.
- LIECHTENTHAELER Ch., *Histoire de la médecine*, Paris : Fayard, 1978, 612 p.
- LOWY Ilana, dir., *Medecine and Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovation*, Paris, Ed. INSERM, 1993, 464 p.
- MILLIEZ Paul, « La résistance médicale et les médecins », *Gazette médicale de France*, n° spécial « Libération 1944 », 1^{er} trimestre 1945.
- MIRCHER Clotilde, *Problèmes éthiques posés aux médecins en matière de contraception et d'avortement*, thèse de médecine, Paris : Necker, 1991, n° 91PA05N060, 171 f.
- MUEL-DREYFUS, *Vichy et l'éternel féminin*, Paris, Le Seuil, 1996, 384 p.
- NAHUM Henri, *La médecine française et les Juifs. 1930-1945*, Paris, L'Harmattan, 2006, 412 p.
- PESTRE Dominique, « Pour une histoire sociale et culturelle des sciences », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1995, vol. 50, n° 3, p. 487-522.
- PETER Jean-Pierre, « Entre femmes et médecins. Violences et singularités dans le discours du corps d'après les manuscrits médicaux de la fin du XXVIIe siècle », *Ethnologie française*, t. 6, n° 3-4, 1976.
- SIMONIN Anne, « Le Comité médical de la Résistance : un succès différé », *Le Mouvement social*, 1997, n° 180, p. 159-178.
- SOULIER Jacques, *Du serment d'Hippocrate*, thèse de médecine, Marseille, 1985, n° 324, 75 f.
- SOURNIA Jean-Charles, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1992, 358 p.
- TERQUEM Jean. *Les médecins dans la société française*, Paris, Economica, 1992, 233 p.
- VERGEZ, Bénédicte, *Le monde des médecins au XXe siècle*, Paris, Complexe, 1996, 312 p.
- VERGEZ Bénédicte, *Les internes des hôpitaux de Paris, 1802-1952*. Paris, Hachette, 2002, 318 p.
- VILLEY Raymond, *Histoire du secret médical*, Paris, Seghers, 1986, 122 p.
- WIEVIORKA Olivier, « La génération de la Résistance », *Vingtième Siècle, Revue d'histoire*, 1989, vol. 22, n° 22, p. 111-116.

3 ACCOUCHEMENT-MATERNITÉ

- BARUS-MICHEL J., « C. Revault d'Allonnes. Biographie et publications », *Bulletin de Psychologie*, mai-juin 2000, t. 53, n° 447, p. 295.
- BENTOUHAMI Gérard, *Les infections puerpérales graves. Étude à propos de 20 cas recueillis à Lyon et à Grenoble entre 1972 et 1977*, Lyon, 1980, n° 95, 136 f.
- BERTEAU-BOSSIERE Marie-Claude, *Contribution à l'étude de la dépression du post-partum par la méthode des évènements de vie*, thèse de médecine, Paris XIII, 1987, n° 87PA130034.
- BIRMAN Chantal, « L'ASD et le respect des femmes », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 319, août-septembre 2003, p. 7-9.
- BIZEAU Serge, « La péridurale. Risques pour le nouveau-né et l'enfant », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 255, 1997, p. 38-47.
- BONICA J. J., « Pain of parturition », *Clin. Anaesthesiol.* 1986, vol.4, n° 1, p.1-31.
- BOUDOUL Nelly, « Suites de couches, le temps d'une génération », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 234, décembre 1995, p. 26-28.
- BOUVIER-COLLE MH, VARNOUX N., BRÉART G., *Les morts maternelles en France*, Paris, INSERM, 1994, 183 p.
- BRIVAL Marie-Laure, « Les Lilas: mythes et réalités », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 234, décembre 1995, p. 24-25.
- BRONNER Claudine, « Médicalisation de l'accouchement? », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 255, novembre 1997, p. 6-10.
- BRUNIER Marie et de CHABALIER Annick, *L'accouchement une histoire de femmes*, Lyon, 1978, n° 203-204, 182 f.
- Cahiers de l'Institut CGT d'histoire sociale, septembre 1988, n° 27, p. 1.
- CARON-LEULLIEZ Marianne et GEORGE Jocelyne, « Une anti-sorcière: la sage-femme messagère des Lumières, dans l'accouchement sans douleur (méthode Lamaze) », *Women in French Studies, Annual Collection of Essays*, Women in French (USA), volume 10, 2002, p. 36-49.
- CARON-LEULLIEZ Marianne, « L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au XXe siècle », *Spirale*, n° 47, 2008/3, p. 21-27.
- CATON D., « The secularization of pain », *Anesthesiologie* 62, n° 4 (1985), p. 493-499.
- CESBRON Paul, « Deux ou trois choses que nous savons de l'épisiotomie », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 255, 1997, p. 49-51.
- CESBRON Paul et KNIBIELHER Yvonne, *La naissance en Occident*. Paris, Albin Michel, 2004, 343 p.
- CHERTOK Léon, *L'énigme de la relation au cœur de la médecine*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1992, 485 p.
- CLÉMENT Didier, *Mortalité naturelle au cours de l'accouchement et du postpartum. À propos d'une étude de janvier 1966 à décembre 1976 dans seize maternités de la périphérie de Paris*, Paris Saint-Antoine, 1978, n° 90, 118 f.
- COHEN Jean, *Les mains de la vie : la conception et la naissance maîtrisées, histoire d'une conquête*, Paris, Laffont, 1981, 273 p.
- Colloque sur l'accouchement sans douleur, organisé par la Société d'histoire de la naissance, Châteauroux, 28-29 septembre 2002.
- COQUEREL-JEANNEAU Valérie, WEINBERGER Monique et DIEBOLT Évelyne, *Les Lucines des Lilas et le baby blues*. Paris, Hachette, 1980, 203 p.

- DIDIERJEAN-JOUVEAU Claude, « Histoire de l'allaitement, histoires d'allaitement », rencontre de la Société d'Histoire de la Naissance, 13 mars 2004, compte rendu p. 8-12.
- DREYFUS Michel, *Une belle santé : la maternité de l'hôpital des Métallurgistes Pierre Rouquès*, Paris, Ed. Hôpital des Métallurgistes, 1997, 70 p.
- GEORGE Jocelyne, « Les contestations de l'ASD », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 319, août-septembre 2003, p. 4-7.
- GUILLAUMONT Cyrille, *Les troubles psychiques du post-partum*, Ramonville Saint-Agnès, Eres, 2002, 118 p.
- HENRION R., « L'obstétrique au cours des cinquante dernières années », *Revue du praticien*, 46, n° 13, 1996, p. 1585-1588.
- HERZLICH Claudine, BUNGENER Martine, PAICHELER Geneviève, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, 1930-1980*, Paris, Doin, 1993, 274 p.
- IACUB Marcella. *L'empire du ventre*. Paris: Fayard, 2004, 365 p.
- JAUBERT Marie-José, *Les bateleurs du Mal-Joli*, Paris, Balland, 1979, 260 p.
- JAUBERT Marie-José, *Ces hommes qui nous accouchent*, Paris, Stock, 1982, 222 p.
- JOBERT-RUFF Claude, *Contribution à l'étude historique de la préparation à la naissance en France*, Paris V, 1992, 105 f.
- KNIBIELHER Yvonne et FOUQUET Catherine, *Histoire des mères du Moyen Age à nos jours*, Paris, Montalba, 1977, 359 p.
- KNIBIELHER Yvonne. *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997, 370 p.
- KNIBIEHLER Yvonne, *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Paris, ENSP, 2007, 188 p.
- LASSNEK J., « Le centenaire de l'anesthésie locale », *Cahiers d'anesthésiologie*, t. 32, n° 6, oct. 1984, p. 437-438.
- LAVILLATTE-COUTEAU Marie-Jeanne, *Le privilège de la puissance : l'anesthésie au service de la chirurgie française (1846-1896)*, thèse Histoire Paris I, 1999, 786 f.
- LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995, 237 p.
- MELZACK Ronald, « The myth of painless childbirth », *Pain*, 1984, 19, p. 321-337.
- MEYER Nathalie, *Prise en charge de la douleur de l'accouchement*, Strasbourg, 1997, n° 84, 110 f.
- MLAC, *Maternité que caches-tu ?*, Saint-Egrève, Ed. Vérité-Rhône-Alpes non paginé.
- MONTAZEAU Odile, « Ce n'était pas une grand-messe, nostalgique et lénifiante », *Dossiers de l'Obstétrique*, n° 319, août-septembre 2003, p. 12-13.
- MULDWOLF Bernard, « Le drame des Bluets », in *Regards*, mai 1999, n° 46, p. 1.
- MORIN Françoise, *Petit manuel de guérilla à l'usage des femmes enceintes*, Paris, Le Seuil, 1985, 214 p.
- Naissances: cinquantième anniversaire de l'accouchement sans douleur*, catalogue d'exposition, Paris, Hôpital des métallurgistes Pierre Rouquès, 2002, Association Avenir Bluets.
- NICOLLET Bernard, *La mortalité maternelle en France. À propos de 242 observations recueillies de 1969 à 1979*, Lyon, 1980, n° 310.
- PETER Jean-Pierre, « Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éliasion », *Le Genre humain*, octobre 1988, p. 177-194.
- PETER Jean-Pierre, *De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine pré moderne envers la douleur*, Paris, Quai Voltaire, 1993, 202 p.

- PETROFF Évelyne, *Étude comparée des propositions de préparation à la naissance à la Maternité des Bluets et du contexte sociologique des années 1950 à 1990*, mémoire, Université de Perpignan, 1995-1996, 10 p.
- PLOQUIN Max, interview dans l'article : « La clinique Montaigne et la péridurale », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 189, 1991, p. 26-28.
- QUENEAU P., G. OSTERMANN, P. GRANDMOTTET et alii, *Le médecin, le patient et sa douleur*, Paris, Masson, 1993, 408 p.
- REVAULT d'ALLONNES Claude, « 25 ans de préparation et plus. Réflexions sur le changement », *Dossiers de l'Obstétrique*, n° 55, Août-sept 1979.
- REY Roselyne, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 2000, 420 p.
- SAUVAGE Jocelyne, *Les morts maternelles à la clinique gynéco-obstétricale de Rennes de - 1969 à 1976*, Rennes, 1977, n° 194, 52 f.
- SEVEGRAND Martine, *Les Enfants du bon Dieu, les catholiques français et la procréation au XX^e siècle*, Paris: Albin Michel, 1995, 475 p.
- TICHANE Gisèle, *Accouche et tais-toi: des femmes parlent*, Paris, Le Centurion, 1980, 207 p.
- THÉBAUD Françoise, *Donner la vie: histoire de la maternité en France entre les deux guerres*, Thèse Paris VII, 1982, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1986, 563 p.
- VELLAY Pierre, *Un homme libre*, Paris, Grasset, 1985, 199 p.
- VUILLARDOT Alexandra, *Approche culturelle de la douleur de l'accouchement*, Mémoire de sage-femme, Nîmes, 2003, n° 17,99 f.
- VUILLE Marilène, *Accouchement et douleur*, Lausanne, Antipodes, 1998, 160 p.
- VUILLE Marilène, intervention lors de la rencontre du 14 décembre 2002 de la Société d'histoire de la naissance, « Compte rendu » p. 15-26.

4 AVORTEMENT

- BLAYO C., « L'avortement en France depuis 1976 », *Le Concours médical*, 19-5-79, p. 3441.
- BODIOU Lydie, « Le serment d'Hippocrate et les femmes grecques », *Clio*, n° 21/2005. Consulté le 8 novembre 2009 : <http://clio.revues.org/index1467.html>.
- BORREL Marie-Françoise, *La loi Veil ou la détresse des médecins. Bilan de l'application de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse dans le Rhône et dans la Loire*, thèse de médecine, Lyon, 1976, n° 71, 68 f.
- BOUQUET Brigitte, *L'avortement - enjeu social*, Thèse de sociologie, Paris VII, 1981, 482 et 153 f.
- CALOT Gérard, « À propos de la libéralisation de l'avortement », *Population et Sociétés*, n° 130, décembre 1979, p. 1-4.
- DEVREUX Anne-Marie et FERRAND-PICARD Michèle, « La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de position », *Revue Française de Sociologie*, 1982, XXIII-3, p. 503-518.
- DUPAQUIER Jacques, « Combien d'avortements en France avant 1914, », *Communications*, 1986, n° 44, p. 87-106.
- Collectif, *L'avortement, mille médecins témoignent*, Paris, Fleurus, 1986, 144 p.
- FERRAND Michelle, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux » *Revue française de sociologie*, 1982, XIII-3, p. 383-396.
- FERRAND Michelle, « L'appel au désir d'enfant dans la pratique et le discours des médecins », *Les Temps Modernes*, janvier 1982, p. 1284-1297.

- FERRAND Michelle et JASPARD Maryse, *L'interruption volontaire de grossesse*, Paris, PUF, Que Sais-Je?, 1987, n° 2382, 128 p.
- FERRO Marc, présentation, *La bataille de l'avortement*, Paris, La Documentation française, 1986, 64 p.
- FINE Agnès, « Savoirs sur le corps et procédés abortifs au XIXe siècle », *Communications*, 1986, n° 44, p. 107-136.
- GAUTHIER Xavière, *Paroles d'avortées. Quand l'avortement était clandestin*, Paris, La Martinière, 2004, 303 p.
- GOUAZE J., MOUILLAUD M., SERVERIN E. et TETU JF: *La loi de 1920 et l'avortement, stratégies de la presse et du droit au procès de Bobigny*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1979, 250 p.
- ISAMBERT François-André, « Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? », *Revue française de sociologie*, 1982, XXIII-3, p. 359-381.
- HORELLOU - LAFARGE Chantal, « Une mutation dans le dispositif de contrôle social : le cas de l'avortement », *Revue française de sociologie*, 1982, XXIII-3, p. 397-416.
- LADRIERE Paul, « Religion, morale et politique », *Revue française de sociologie*, volume XXIII-3, 1982, p. 417-454.
- LAMY Marie-Laurence, « Avortement et contraception vus à travers la revue *Population* (1970-1981) », *Revue française de sociologie*, 1982, XIII-3, p. 519-526.
- LE NAOUR Jean-Yves et VALENTI Catherine, *Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècle*. Paris, Le Seuil, 2003, 288 p.
- MILLIEZ Jacques, *L'euthanasie du fœtus. Médecine ou eugénisme ?*, Paris, Odile Jacob, 1999, 218 p.
- MFPF, *Les interruptions de grossesse*, colloque international, Paris, Tierce, 1978, 185 p.
- MUNOZ-PEREZ Francisco, « L'avortement provoqué légal dans le monde », *Population*, n° 1, 1977, p. 175-184.
- NICOLAUS Marie-Christine, *Avorter dans la solitude. À propos de 251 dossiers d'avortements tardifs recueillis dans la région Rhône-Alpes, de juin 1975 à avril 1976*, thèse de médecine, Lyon, 1976, n° 564, 80 f.
- PERRIN Nicolas, *Les mouvements anti-avortement en France*, mémoire IEP Grenoble, 1993, 2 vol., 152 et 170 p.
- REBOUL Jean, *Le médecin et la demande d'avortement*, Toulouse, Privat, 1978, 183 p.
- RUDY Kathy, *Beyond Pro-Life and Pro-Choice. Moral Diversity in the Abortion Debate*, Boston, Beacon Press, 1996, 185 p.
- SCHOOYANS M., *L'enjeu politique de l'avortement*, O.E.I.L., 1991, 253 p.
- SINTOMER Y., « Droit à l'avortement, propriété de soi et droit à la vie privée », *Les Temps modernes*, 615-616, septembre-novembre 2001, p. 206-239.
- SOLINGER Rickie, *Abortion Wars. A Half Century of Struggle, 1950-2000*, Berkeley, University of California Press, 2001, 413 p.
- STOTLAND N.L., « The myth of abortion trauma syndrom », *JAMA*, 1992, vol.268, n° 15 p. 2078-2079.
- SZPINER Francis, *Une affaire de femmes: Paris 1943, exécution d'une avorteuse*, Paris, Balland, 1986, 217 p.
- THERY Irène, « Avortement, engendrement et singularisation des êtres humains », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2006, p. 484-504.
- VEIL Simone, *Les hommes aussi s'en souviennent*, Paris, Stock, 2004, 111 p.

VIALA Michèle, *La demande d'avortement. Expérience des centres de gynécologie sociale*, thèse de médecine, Marseille, 1977, n° 474, 169 f.

5 CONTRACEPTION

- ALLAIN Sylvie, *Contribution à l'histoire de la contraception*, thèse de médecine, Nantes, 1984-85, n° 3451, 290 f.
- AMADIEU Lisa, *Les connaissances populaires sur la contraception et la conception en Occident à travers l'histoire*, thèse de médecine, Lyon, 2003, n° 261, 175 f.
- ASBELL Bernard, *La pilule : biographie du médicament qui a changé le monde*, Paris, Edition 1, 1996, 263 p.
- BAULIEU Étienne-Émile, *Génération pilule*, Paris, Odile Jacob, 1990, 314 p.
- BAULIEU Étienne-Émile, HERITIER Françoise, LERIDON Henri, *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob, 1998, 305 p.
- BOURGAULT-COUDEVYLLE Dorothée, *Liberté individuelle. Maternité et droit*, Thèse de droit, Lille II, 1998-99, 681 p.
- BRUN Pascale, *Histoire de la contraception jusqu'à Pincus*, thèse médecine, Clermont-Ferrand, 1993, n° 93CLF1M004.
- CAILLAUD Pauline, *Fonds Pierre Simon*, master 1 histoire-géographie, Angers, 2007, 60 p.
- CAROL Anne, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIXe et XXe siècle*, Paris, Le Seuil, 1995, 381 p.
- CHABAUD Françoise, *Histoire de la contraception dans l'Occident chrétien : de l'Antiquité à nos jours*, thèse de médecine, Toulouse, 1992, n° 92TOU31157.
- CHAST François, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, Éditions La Découverte, 2002, 415 p.
- CHAUVEAU Sophie, *L'invention pharmaceutique*, Paris, Sanofi-Synthélabo, 1999, 720 p.
- CHAUVEAU Sophie, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio*, n° 18/2003. Consulté le 8 novembre 2009 : <http://clio.revues.org/index623.html>
- GAUTHIER Xavière, *Naissance d'une liberté. Contraception, avortement, le grand combat des femmes au XXe siècle*, Paris, Robert Laffont, 2002, 437 p.
- GUIBERT-LANTOINE C. et LERIDON H., « La contraception en France. Un bilan après 30 ans de libéralisation. », *Population*, 1998, n° 4, p. 785-811.
- HÉRITIER Françoise, « Entretien », *Le Monde de l'éducation*, n° spécial 294, juillet-août 2000, p. 89.
- HUMEAU Claude, *Procréer. Histoire et représentations*, Paris, Odile Jacob, 1999, 345 p.
- ISAMBERT François-André, LADRIERE Paul et HERVIEU-LEGER Danielle, *Contraception et avortement. Dix ans de débats dans la presse, 1965-1974*. CNRS, 1979, 126 p.
- KÉPÈS Suzanne et VERDOUX Christiane, « Incidences des attitudes médicales sur la contraception », *Contraception Fertilité Sexualité*, 1978, 6 (8), p. 485-487.
- LAUFER Jacqueline et ROGERAT Chantal, « Lucien Neuwirth, la bataille de la contraception », *Travail, genre et sociétés*, n° 6, octobre 2001, p. 5-15.
- LERIDON Henri, CHARBIT P., SARDON J.P. et TOULEMON L., *La Seconde Révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, PUF, Cahiers de l'INED n° 117, 1987, 380 p.
- LERIDON Henri, *Les enfants du désir. Une révolution démographique*, Paris, Julliard, 1998, 278 p.

- LERIDON Henri., « Trente ans de contraception en France », *Contraception Fertilité Sexualité*, juin 1998, volume 26, n° 6, p. 435-438.
- LIOTARD-SCHNEIDER Frédérique, *Milieu médical et contraception dans le Nord-Pas de Calais de 1945 à 1975*, mémoire de DEA, Lille III, 1999, 98 p.
- LUNINEAU Gilbert, *Relation entre désir d'enfant, contraception et IVG*, thèse de médecine 1991, Paris 5, n° 91PA05W028.
- Mc LAREN Angus, *Histoire de la contraception*, Paris, Noësis, 1996, 413 p.
- MARKS Lara V., *Sexual Chemistry. A History of the Contraceptive Pill*, New Haven, Yale University Press, 2001, 372 p.
- MEKER Denis, *Régulation naturelle des naissances. Méthode d'auto observation et pédagogie*, Thèse de médecine, Nantes, 1985, n° 137, 167 f.
- MORE Caroline, *Les débuts du Planning Familial à Grenoble, 1961-1967*, mémoire de maîtrise sous la direction d Anne Hugon, Grenoble III, septembre 2000, 212 f.
- NEUWIRTH Lucien, *Que la vie soit!*, Paris, Grasset, 1979, 193 p.
- OUDSHOORN Nelly, « Hormones, techniques et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940) », *Annales Histoire .Sciences Sociales*, n° 4-5, juillet-octobre 1998, p. 775-794.
- PRADINES Christine, *La première contraception orale oestroprogestative: Église et Conseil de l'Ordre*, thèse de médecine, Limoges, 1995, n° 31, 68 f.
- SEVEGRAND Martine, *L'amour en toutes lettres. Questions à l'Abbé Viollet sur la sexualité (1924-1943)*, Paris, Albin Michel, 1996, 334 p.
- SIMON Pierre, *De la vie avant toute chose*, Paris, Mazarine, 1979, 258 p.
- SULLEROT Évelyne, « Hommage à Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé », *Contraception Fertilité Sexualité*, 1996, 24 avril, p. 281-286.
- TOULEMON L. et LERIDON H., « Vingt années de contraception en France : 1968-1988 », *Population*, 1991 ;46, p.777-811.
- WATKINS Elisabeth, *On the pill, 1950-1970*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1998, 183 p.

6 MÉNopause

- ARNAUD Robert, *La ménopause à travers l'histoire*, Rueil-Malmaison, Laboratoires Ciba-Ceigy, 1995, 63 p.
- ATTALI Claude, BRÉART Gérard, Daniel DELANOË et Danielle HASSOUN, *Femmes, médecins et ménopauses*, Paris, Berget-Levrault, 1999, 186 p.
- AIACH P. et DELANOË D., *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998, 251 p.
- BAUDET J-H., « La ménopause : maladie ou fatalité ? », *Gazette Médicale de France*, 1979, 86, p. 4023-4025.
- DELANOË Daniel, *Critiques de l'âge critique : usages et représentations de la ménopause*, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2001, 2 vol. (514 et 115 f.).
- DELANOË Daniel, *Sexe, croyances et ménopause*, Paris, Hachette, 2007, 261 p.
- FAUGERAS Patrick, *Rencontre avec Roger Gentis, un psychiatre dans le siècle*, Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, 2005, 223 p.
- LOCK M., « New Japanese Mythologie: faltering discipline and the ailing housewife », *American Ethnologist*, 1988, 15, p. 43-61.
- PANICO S., « THS chez la femme ménopausée », *Revue médicale suisse*, n° 532, 2004. Vu le 8 novembre 2009 : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23595>

- RINGA V. et DELANOË Daniel, *La ménopause, de l'âge critique à la critique de l'âge*, in SAUREL-CUBIZOLLES MJ et BLONDEL B., *La santé des femmes*, Paris, Flammarion, 1996, 386 p.
- ROZENBAUM Henri et PEUMERY J.J., *Histoire de la ménopause*, Paris, Ed. Dacosta, 1990, 319 p.
- STOLBERG Michael, "A Woman's Hell, Medical Perceptions of Menopause in Preindustrial Europe", *Bulletin of the History of Medicine*, 1999, 73, n° 3, p. 404-428.
- SUREAU C., HERITIER-AUGE F., EPELBOIN S. et DELANOË D., *Stéroïdes, ménopause et approche socioculturelle*, Paris, Elsevier, 1998, 89 p.
- TILLIER Annick, « Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des XVIIIe et XIXe siècles », *Clio*, n° 21/2005. Consulté le 8 novembre 2009 : <http://clio.revues.org/index1471.html>.
- VEXIAU Dominique, née ROBERT, *Influence des facteurs familiaux, sociaux, professionnels sur les troubles ménopausiques*, thèse de médecine Paris VI Broussais, 1982, n° 144, 91 f.

7 DÉMOGRAPHIE

- CHAUNU Pierre, SAUVY Alfred, CALOT Gérard, LESUR Annie, GODFRAIN Jacques, MADELIN Alain, LE GALLOU Jean-Yves, PAPON Christiane, *Le défi démographique*, Paris, Le Club de l'Horloge, 1979, 152 p.
- DAGUET Fabienne, « Un siècle de fécondité française », in *Femmes, genre et société. L'état des savoirs*, Dir. Margaret Maruani. Paris, La Découverte, 2005, 480 p.
- DROUARD Alain, *Une inconnue des sciences sociales, la Fondation Alexis Carrel (1941-1945)*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, 1992, 552 p.
- DUPAQUIER Jacques et DUPAQUIER Michel, *Histoire de la démographie*, Paris, Perrin, 1985, 462 p.
- DUPAQUIER Jacques (dir.), *Histoire de la population française, tome IV: De 1914 à nos jours*, Paris, PUF, 1995, 586 p.
- DYER Colin L., *Population and Society in Twentieth Century France*, New York, Holmes & Meier, 1978, 247 p.
- GIRARD Alain, *L'INED. Histoire et développement*, Paris, Ed. INED, 1986, 253 p.
- LE BRAS Hervé, *Marianne et les lapins. L'obsession démographique*, Paris, O. Orban, 1991, 263 p.
- LE BRAS Hervé, « Démographie et démocratie », *Revue européenne des Sciences Sociales*, XXXXI, 1993, n° 97, p. 59-77.
- LE BRAS Hervé et TENEDOS Julien, *Entre deux pôles : la démographie entre science et politique*, La Courneuve, Aux lieux d'être, 2006, 125 p.
- LE MAGUET Mireille, *L'Alliance Nationale contre la dépopulation, 1896-1987: un siècle de natalisme français*, mémoire de DEA d'histoire socioculturelle, sous la dir. P. Ory, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 1997, 150 p.
- LENOIR Rémi, « L'invention de la démographie et la formation de l'Etat », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1995, n° 108, p. 36-61.
- LEVY Michel-Louis, *Alfred Sauvy, compagnon du siècle*, Paris, La Manufacture, 1990, 219 p.
- LEVY Michel-Louis, « Les occasions manquées des démographes », *Vingtième Siècle*, 1996, vol. 51, n° 1, p. 129-139.
- RON SIN Francis, *La grève des ventres: propagande néo malthusienne et baisse de la natalité en France (XIXe-XXe)*, Paris, Aubier, 1980, 254 p.

- RON SIN Francis, LE BRAS Hervé et ZUCKER-ROUVILLOIS Elisabeth, *Démographie et politique*, Dijon, Éditions Universitaires, 1997, 207 p.
- ROSENTAL Pierre-André, *L'intelligence démographique : sciences et politiques des populations en France (1930-1960)*, Paris, Odile Jacob, 2003, 367 p.
- ROSSILLON Philippe, « Un siècle de combat pour la famille », article accompagné de biographies de militants, *Population et avenir*, mars-juin 1996, n° 627-628, p. 1-4.
- SAUVY-WILKINSON Anne, « En mémoire de ... », *Population et avenir*, mars-avril 1999, n° 642, p. 3-5.
- THÉBAUD Françoise, « Le mouvement nataliste dans la France de l'Entre-deux-guerres : l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, avril-juin 1985, p. 276-301.

8 SEXUALITÉ

- Philippe ARIÈS et André BÉJIN (dir.), *Sexualités occidentales*, Paris, Le Seuil, 1984, 245 p.
- Philippe ARIÈS et Georges DUBY (dir.), *Histoire de la vie privée*, Tome V: *De la première guerre mondiale à nos jours*, Paris, Le Seuil, 1987, 634 p.
- BOLOGNE J.C., *Histoire de la pudeur*, Paris, O. Urban, 1999, 375 p.
- CHAPERON Sylvie, « Kinsey en France : les sexualités féminine et masculine en débat », *Le Mouvement social*, n° 198, numéro spécial *Féminin/masculin*, janvier-mars 2002, p. 91-110.
- CHAPERON Sylvie, « L'histoire contemporaine des sexualités en France », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2002, 75, p. 47-59.
- JASPARD Maryse, *La sexualité en France*, Paris, La Découverte, 1997, 124 p.
- FLANDRIN Jean-Louis, *Le sexe et l'Occident. Évolution des attitudes et des comportements*, Paris, Le Seuil, 1986, 375 p.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité*, t. 1 : *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, 211 p. ; t. 2 : *Usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1984, 285 p. ; t. 3 : *Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1984, 284 p.
- HITE Shere, *Le rapport Hite*, Paris, Laffont, 1977, 557 p.
- HITE Shere, *En toute franchise. Des femmes parlent de leur sexualité*, Paris, Laffont, 1980, 344 p.
- HITE Shere, *Le rapport Hite sur les hommes*, Paris, Laffont, 1983, 847 p.
- KNIBIEHLER Yvonne, « L'éducation sexuelle des filles au XXe siècle », *Clio*, n° 4/1996, p. 139-160. Consultable le 8 novembre 2009 par : <http://clio.revues.org/index436.html>
- LANZMANN Florence, *Petit histoire du sexe et de son apprentissage de 1900 à nos jours*, Paris, Lattès, 1995, 325 p.
- MAÎTRE Jacques et MICHELAT Guy, dir., *Religion et sexualité*, Paris, L'Harmattan, 2002, 261 p.
- Janine MOSSUZ-LAVAU, *La vie sexuelle en France*, Paris, La Martinière, 2005, 430 p.
- Anne-Marie SOHN, *Du premier baiser à l'alcôve. La sexualité des Français au quotidien*. Paris, Aubier, 1996, 310 p.

9 HISTOIRE DU GENRE ET DES FEMMES

- ALBISTUR Maïté et ARMOGATE Daniel, *Histoire du féminisme français*, Paris, Des Femmes, 1977, 2 tomes, 249 p.

- AUBERT Jean-Marie, *L'exil féminin. Antiféminisme et christianisme*, Paris, Le Cerf, 1988, 274 p.
- AUTAIN Clémentine, *Mouvement social, féminisme et législation à travers l'exemple du corps des femmes*, mémoire de DEA Histoire, juin 1998²⁸⁹⁴.
- BARD Christine, *Les filles de Marianne, histoire des féminismes 1914-1940*, Paris, Fayard, 1995, 528 p.
- BARD Christine, *Un siècle d'antiféminisme*. Paris, Fayard, 1999, 481 p.
- BARD Christine, *Les femmes dans la société française au XXe siècle*. Paris, Armand Colin, 2001, 285 p.
- BARD Christine et MOSSUZ-LAVAU Janine (dir.), *Le Planning familial. Histoire et mémoire (1956-2006)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2006, 209 p.
- BERGERON Josée et JENSON Jane, « Nation, natalité, politique et représentation des femmes », *Recherches féministes*, vol. 12, n° 1, 1999, p. 83-101.
- BOUCHARDEAU Huguette, *Pas d'histoire les femmes: 50 ans d'histoire des femmes, 1918-1968*, Paris, Syros, 1977, 237 p.
- Pierre BOURDIEU, *La domination masculine*, Paris, Le Seuil, 1998, 142 p.
- Centre Lyonnais d'Études Féministes, *Chronique d'une passion. Le mouvement de libération des femmes à Lyon*, Paris, L'Harmattan, 1989, 271 p.
- CHAPERON Sylvie, « La radicalisation des mouvements féminins de 1960 à 1970 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 48, octobre-décembre 1995, p. 61-74.
- CHAPERON Sylvie, *Les années Beauvoir. 1945-1970*, Paris, Fayard, 2000, 430 p.
- CHAPERON Sylvie, *Le creux de la vague. Mouvements féminins et féministes 1945-1970*, thèse d'histoire, Institut Universitaire Européen, 1996, 761 p.
- CHAPERON Sylvie, « Une génération d'intellectuelles dans le sillage de Simone de Beauvoir », *Clio*, n° 13, 2001, p. 99-116.
- COLLECTIF DE BOSTON pour la santé des femmes, *Notre corps nous-mêmes*, Paris, Albin Michel, 1977, 239 p.
- COLLECTIF, *Douze ans de femmes au quotidien*, Paris, Ed. La Griffonne, 1981, 64 p.
- CORRADIN Irène et MARTIN Jacqueline, *Les femmes sujets d'histoire*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1999, 351 p.
- COURTINE Jean-Jacques, dir., *Histoire du corps*, t. 3, *Les mutations du regard : Le XXe siècle*, Paris, Le Seuil, 2006, 522 p.
- COURTOIS Stéphane et WIEVIORKA Annette, « Une place nouvelle pour les femmes dans les sociétés occidentales ? », in *L'état du monde en 1945*. Ed. La Découverte, 1994, 289 p.
- DALLY Ann, « Women and Macho Medecine », *Clio Medica*, 2001, V, n° 61, p. 9-21.
- DAVIDOFF Léonore, McCLELLAND Keith et VARIKAS Eleni (dir.) *Gender and History*, Malden, Blackwell, 2000, 217 p.
- De PISAN Anne et TRISTAN Anne, *Histoires du MLF*, Paris, Calmann-Lévy, 1977, 262 p.
- DHAVERNAS Odile, *Droits des femmes, pouvoir des hommes*, Paris, Le Seuil, 1978, 389 p.
- DUBY Georges, Michelle PERROT Michelle (dir.), *L'histoire des femmes en Occident*, tome V: *Le XXe siècle* sous la direction de Françoise THÉBAUD, Paris, Plon, 2002, 891 p.

²⁸⁹⁴ Il m'a malheureusement été impossible de consulter le mémoire de Clémentine Autain.

- DUCHEN Claire, *Feminism in France from May 1968 to Mitterrand*, London, Routledge, 1986, 165 p.
- EHRENREICH Barbara et ENGLISH Deirdre, *For her own good. 150 years of the experts' advice to women*, New York, Anchor Book, 2005, 410 p.
- FAUSTO-STERLING Anne, *Myths of Gender*, New York, Basic Books, 1985, 258 p.
- FRIEDMANN Isabelle, MOSSUZ-LAVAU Jeanine et MFPPF, *Liberté, sexualités, féminisme*, Paris, La découverte, 2006, 277 p.
- GARCIA GUADILLA Natty, *Libération des femmes, le MLF*, Paris, PUF 1981, 146 p.
- GAUDILLIÈRE Jean-Paul, SINDING Christiane, LOWY Llana et GARDEY Delphine, *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Ed. Des Archives contemporaines, 2000, 227 p.
- GUBIN Éliane et al., *Le siècle des féminismes*, Paris, L'Atelier, 2004, 463 p.
- GUILLAUMIN Colette, *Sexe, race et pratique du pouvoir*. Ed. Du Côté des Femmes, 1992, 239 p.
- HERVIEU-LÉGER Danielle, *Le féminisme en France*, Paris, Le Sycomore, 1982, 125 p.
- IFF Simone, *Demain, la société sexualisée : le combat du MFPPF*, Paris : Calmann-Lévy, 1975, 308 p.
- JENSON Jane, « Le féminisme en France depuis Mai 68 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 24, octobre-décembre 1989, p. 55-67.
- KNIBIEHLER Yvonne, « Le discours médical sur la femme : constantes et ruptures », *Romantisme*, n° 13-14, 1976, p. 5.
- KNIBIELHER Yvonne et FOUQUET Catherine, *La femme et les médecins, Analyse historique*, Paris, Hachette, 1983, 333 p.
- LAQUEUR Thomas, *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en occident*, Paris, Gallimard, 1992, 355 p.
- MARKS Lara, “Andromeda freed from her chains: attitude towards Women and the Oral Contraceptive Pill”, *Clio Medica*, 2001, V, n° 61, p. 217-244.
- MARTIN Emily, *The Woman in the Body. A cultural analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press, 1987, 276 p.
- MARUANI Margaret, dir., *Femmes, genre et société. L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 2005.
- MICHEL Andrée, *Le féminisme*, Paris, PUF, 1980, 127 p.
- MONTREYNAUD Florence, *Le XXe siècle des femmes*, Paris, Nathan, 1999, 731 p.
- MFPPF, *D'une révolte à une lutte: 25 ans d'histoire du Planning Familial*, Paris, Tierce, 1982, 506 p.
- OAKLEY Ann, *Essay on Women, Medicine and Health*, Edinburgh University Press, 1994, 295 p.
- PICQ Françoise, *Libération des femmes. Les années-mouvement*. Paris, Le Seuil, 1993, 380 p.
- RABAUT Jean, *Histoire des féminismes français*, Paris, Stock, 1978, 427 p.
- RÉMY Monique, *Histoire des mouvements de femmes : de l'utopie à l'intégration*, Paris, L'Harmattan, 1990, 170 p.
- RIOT-SARCEY Michelle, *Histoire du féminisme*, Paris, La Découverte, 2008, 120 p.
- SCOTT Joan W., *Gender and the Politics of History*. New York, Columbia University Press, 1999, 267 p.
- SHORTER Edward, *Le corps des femmes*, Le Seuil, 1984, 372 p.

- SOHN Anne-Marie, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée. XIXe-XXe siècles*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1996, 1095 p.
- TOUPIN Louise, « Des usages de la maternité en histoire du féminisme », *Recherches féministes*, vol. 9, n° 2, 1996, pp. 113-135.
- WOLFF-QUENOT Marie-Josèphe. *In utero. Mythes, croyances, cultures*. Paris, Masson, 2001, 212 p.
- ZANCARINI-FOURNEL Michelle, « Histoire(s) du MLAC (1973-1975), *Clio*, n° 18/2003, p. 241-252. Consultable le 8 novembre 2009 : <http://clio.revues.org/index624.html>

ANNEXES

ANNEXE 1 – CHRONOLOGIE

année	Méthodes contraceptives : historique, contexte...	Actions menées en opposition à la loi de 1920 Actions féministes	Lois sur la contraception et l'avortement	Réactions officielles des opposants à la révision de la loi
1838	Invention du diaphragme (perfectionné par la suite) aux États-Unis ? D'autres donnent la date de 1882 et font du docteur Hasse son inventeur.			
1868	Un médecin britannique, Squire, observe pour la première fois une élévation de la température basale à la fin du cycle.			
1918	Kyusako Ogino, médecin japonais, est le premier à préciser la date de l'ovulation.			
1920	Les diaphragmes sont fabriqués industriellement aux États-Unis. L'avortement est autorisé en URSS.		23 juillet : vote de la loi qui réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle ainsi que l'avortement lui-même et la vente ou l'offre de moyens contraceptifs.	
1921	Première clinique de Birth Control en Angleterre ²⁸⁹⁵ , où aucune loi ne s'est jamais opposée à ce type de mesure.			
1923			27 mars : vote de la loi qui fait de l'avortement, jusque là considéré comme un crime donc passible des Assises, un délit correctionnel « afin d'éviter les acquittements de la part de jurys trop sensibles ». Elle punit la tentative d'avortement.	
1924	Découvertes d'Ogino			

²⁸⁹⁵ Des centres de *birth control* fonctionnaient en Hollande depuis **1882**, au Danemark depuis **1905**, aux États-Unis depuis **1916**.

	(méthode naturelle), cf suite de 1918 .			
1928	Mise au point du premier modèle de stérilet en Allemagne par Gräfenberg, rendu plus fiable à la fin des années cinquante (Japon, États-Unis, Israël).			
1929	Knauss précise la méthode Ogino.			
1930	Dans les années 30 , fabrication des premiers préservatifs en latex. On employait auparavant du caoutchouc.			Décembre : publication de l'encyclique <i>Casti connubii</i> dans laquelle Pie XI proclame solennellement la loi fondamentale de l'acte et des rapports conjugaux ; à savoir que tout attentat des époux dans l'accomplissement de l'acte conjugal ou dans le développement de ses conséquences naturelles est immoral.
1931		Le docteur Jean Dalsace ouvre à Suresnes la première consultation de sexologie et de contrôle des naissances.		
1933		Premier numéro de la revue de Jean Dalsace et Bertie Albrecht, <i>Le Problème sexuel</i> (jusqu'en 1935).	Proposition de loi par la SFIO pour abolir l'article de la loi de 1920 incriminant la propagande anticonceptionnelle. Peu après, le PCF propose une loi allant dans le même sens et voulant même légaliser l'avortement. Aucune de ces deux propositions n'est mise à l'ordre du jour du parlement.	
1936	Interdiction de l'avortement en URSS.			
1938	Suite aux travaux de Palmer, mise au point de la courbe thermique.		Environ 600 condamnations en France pour faits d'avortements	Congrès du PCF qui prône une politique nataliste.
1939			19 mars : loi qui règle les conditions	10 février : mort de Pie XI, pape depuis

			requis pour autoriser l'avortement thérapeutique. 29 juillet : Code de la Famille	1922
1940			1225 condamnations en France pour faits d'avortements	
1941			2135 condamnations en France pour faits d'avortements	
1943			29 juillet : Marie-Louise Giraud est condamnée à mort et guillotinée pour avoir réalisé des avortements. 4055 condamnations en France pour faits d'avortements	
1946			5251 condamnations en France pour faits d'avortements	
1947	Ferin: première publication précise de la méthode des températures comme moyen contraceptif.			Opposition du Conseil de l'Ordre à l'élargissement de la loi d'amnistie aux avorteurs.
1949				Simone de Beauvoir publie <i>Le deuxième sexe</i> , qui reçoit un accueil sévère de Kanapa dans <i>La Nouvelle critique</i> .
1950			2885 condamnations en France pour faits d'avortements.	
1951	Mise au point de la méthode des températures, qui complète la méthode Ogino. Vulgarisation de la méthode par les docteurs Van der Stappen, Holt, Chartier et Traissac.			29 octobre : discours de Pie XII aux participantes de l'Union catholique des sages-femmes italiennes. Le pape proclame que la méthode de la continence périodique (Ogino) est offerte à tous les couples qui ont des raisons sérieuses de craindre une nouvelle grossesse. Novembre : Pie XII emploie l'expression « régulation des naissances ».
1952		Premier "accouchement sans douleur" en France. Fondation de l'IPPF, Association		

		Internationale pour la Parenté Planifiée.		
1953	Gregory G. Pincus fait paraître, aux Etats-Unis, un article, dans <i>Acta physiol. Latinoamer.</i> , qui décrit la première démonstration pratique d'un contraceptif oral à base de progestérone. Il relate une expérience effectuée sur des femmes volontaires aux Etats-Unis, l'année précédente.	Premier article du docteur Lagroua-Weill-Hallé sur la nécessité de la contraception dans <i>La Semaine des Hôpitaux</i> . Le docteur Pierre Simon fonde, avec d'autres, le groupe Littré; il s'agit d'une équipe de médecins franc-maçons réunissant des Belges, des Suisses et des Français qui a pour objectif la diffusion de la contraception et qui inspire la réflexion des radicaux français sur ce problème	Décret du 5 octobre qui précise et aggrave les peines encourues par ceux qui enfreignent la loi de 1920 .	
1955	En URSS l'avortement est de nouveau autorisé après son interdiction depuis 1936 .	Le Dr Dalsace réussit à faire consacrer tout un numéro de la revue <i>Gynécologie Pratique</i> à la contraception. 5 mars : Communication du Dr Lagroua Weill-Hallé à l'Académie des Sciences Morales et Politiques à propos d'un infanticide (affaire des époux Bac, une jeune femme infirme d'une main avait laissé mourir de faim son quatrième enfant, elle était enceinte pour la cinquième fois en cinq ans) . Elle intervient aussi en octobre au premier congrès de morale médicale. Elle est désapprouvée mais expose dans la revue <i>Gynécologie pratique</i> (revue internationale) son projet de créer des lieux de conseils pour la contraception. 13 mars : proposition de loi déposé par le PCF pour l'enseignement généralisé de l'accouchement sans douleur.	Décret du 11 mai qui reprend le précédent mais modifie le classement des articles de la loi de 1920 sur la contraception ; ceux-ci deviennent les articles L 648 et L 649 du code de la santé publique. Ce décret admet aussi la possibilité de l'avortement thérapeutique pour des raisons médicales nécessitées exclusivement par la sauvegarde de la mère. 1 336 condamnations en France pour faits d'avortement.	

		L'Ordre des médecins élabore sa réglementation à propos de l'avortement thérapeutique.		
1956	Expérience à Porto Rico de l'utilisation de progestérone synthétique pour une contraception orale, sur 15 000 femmes, par Pincus. 8 décembre : Parution dans <i>France Soir</i> du compte rendu d'un article de Pincus dans la revue <i>Science</i> , sur la pilule.	Janvier : Jacques Derogy publie <i>Des enfants malgré nous</i> aux Éditions de Minuit. 8 mars : fondation de l'association Maternité heureuse par le Dr Lagroua-Weill-Hallé avec une vingtaine d'autres femmes. Elle reçoit un blâme du Conseil de l'Ordre des médecins. Avril : la revue <i>Problèmes</i> , des étudiants en médecine, publie une étude sur les moyens contraceptifs. Campagne pour la révision de la loi dans <i>L'Express</i> . La Grande Loge féminine choisit comme thème de travail de l'année 56 : "Les devoirs de la femme et la liberté de conception". Elle conclut: "La femme ne sera mère qu'autant qu'elle en aura le désir et la volonté".	23 février : proposition de loi présentée par Emmanuel d'Astier de la Vigerie, Dreyfus-Schmidt et Pierre Ferrand pour l'abrogation des articles de la loi de 1920 visant la propagande anticonceptionnelle. 16 mars : proposition de loi identique à la précédente par des députés radicaux (dont Charles Hernu). 25 mai : proposition de loi identique par des députés socialistes. Aucune n'est mise à l'ordre du jour du parlement. 25 mai : proposition de loi par des députés communistes (dont Jeannette Vermeersch) pour l'élargissement de l'avortement thérapeutique dans certains cas (mères de trois enfants à l'état de santé déficient, femme seule se trouvant dans une situation de difficile...) mais sans référence au contrôle des naissances... Cette proposition n'est pas prise en compte par l'assemblée.	2 mai : Maurice Thorez publie dans <i>L'Humanité</i> une lettre « au camarade Derogy », auteur du livre <i>Des enfants malgré nous</i> . Il y condamne formellement les partisans du contrôle des naissances et rappelle les positions du PCF en 1938 . 11 mai : nouvel article dans <i>L'Humanité</i> , très violent contre la contraception, l'assimilant aux pratiques nazies.
1957	Premier contraceptif oral (pilule) oestroprogestatif (par Pincus) commercialisé avec l'autorisation de la Food and Drug Administration aux États-Unis, comme régulateur de la menstruation .			
1958		Maternité Heureuse s'affilie à la confédération internationale IPPF créée en 1953 et dont le siège est à Londres.		Septembre : Pie XII condamne tout emploi de la pilule à des fins contraceptives, même quand la grossesse risque d'être mortelle ; 9 octobre : mort de Pie XII, auquel succèdera Jean XXIII.

<p>1960</p>	<p>La pilule œstroprogestative est en vente libre aux États-Unis comme contraceptif oral. Enovid, la première pilule qui supprime l'ovulation, après avoir été expérimentée à Porto Rico, est commercialisée aux États-Unis par les laboratoires Searle. Son inventeur est l'américain Gregory Pincus. Enovid a aussi deux marraines: Margaret Sanger (1879-1966), pionnière du contrôle des naissances, et Katharine Mc Cormick (1875-1967), riche féministe qui soutient son action. En 1952, K. Mc Cormick rencontre Pincus qui, avec son aide, développe ses recherches et réussit, réalisant leur rêve alors que les deux femmes ont plus de 80 ans. La méthode dite des températures est mise au point en France par Van Der Stappen à Nantes.</p>	<p>Maternité Heureuse prend le nom de Mouvement Français pour le Planning Familial.</p>	<p>8 avril : un décret crée une commission d'étude des problèmes de la famille, présidée par Robert Prigent (MRP, ex ministre de la santé). 289 condamnations pour faits d'avortement en France.</p>	
<p>1961</p>	<p>La pilule Enovid est commercialisée en France officiellement pour traiter la stérilité.</p>	<p>10 juin: premier centre d'information du MFPP: à Grenoble. L'émission de télévision <i>Cinq colonnes à la une</i> lui consacre un reportage le 5 novembre. Octobre : ouverture d'un centre d'accueil du MFPP à Paris. Peu à peu des centres sont créés dans toute la France.</p>	<p>La commission Prigent fait connaître les résultats de son étude et conseille de modifier la loi de 1920. Son rapport, non rendu public officiellement, signale : « le maintien du statu quo (en matière de contraception) n'est plus possible ». 28 avril : proposition de loi du groupe socialiste pour abrogation des articles de la loi de 1920 visant la contraception, sans résultat.</p>	<p>3 mars : déclaration sur la contraception de l'assemblée des cardinaux et archevêques de France sur la contraception, il est interdit à l'homme « de violer l'ordre naturel établi par Dieu. ». 15 mai : publication de l'encyclique <i>Mater et magistra</i>, par Jean XXIII qui réaffirme la position traditionnelle de l'Eglise. Juin : fondation de l'association le CLER (Centre de liaison des équipes de</p>

				recherche) par le Père de Lestapis, les docteurs Rendu (à Paris) et les docteurs Guy (à Grenoble) pour promouvoir la « méthode des températures », autorisée par l'Eglise.
1962	Vote en République fédérale d'Allemagne de la loi qui autorise la contraception.	<p>Janvier : la M.G.E.N. ouvre un centre d'orthogénie à Paris.</p> <p>21 janvier : la Société française de gynécologie tient une journée d'étude sur la « régulation de la conception ». Communication du Professeur Robert Debray à l'académie des Sciences morales et politiques, souhaitant une abrogation partielle de la loi de 1920 en faveur de la contraception. Création du collège des médecins au MFPP.</p> <p>2 décembre : inauguration du centre du Planning Familial de Lens.</p>		<p>25 janvier : déclaration du Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans les conseils au public. ». Il menace de sanctions disciplinaires tout médecin qui participerait à l'action des centres du Planning Familial, pour « racolage de clientèle ».</p> <p>20 avril : l'association CLER est déclarée au <i>Journal Officiel</i>.</p> <p>2 juin : lettre pastorale des évêques et des archevêques des seize diocèses du Sud-est qui condamne fermement le Planning familial.</p> <p>11 octobre : ouverture du concile Vatican II à Rome.</p> <p>31 décembre: le général de Gaulle souhaite à la France 100 millions de Français.</p> <p>Ouverture du concile Vatican II (jusqu'en 1965).</p>
1963	La première pilule est commercialisée en France mais son action contraceptive n'est pas connue du public... Elle est prescrite pour régulariser le cycle menstruel, soulager les règles douloureuses, traiter l'acné.	<p>11 et 12 novembre : la Société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité tient, à la faculté de médecine de Paris, un colloque sur la contraception (Dr Palmer en est le rapporteur). 400 médecins y participent et le Professeur Simonnet en est le président.</p> <p>Le MFPP a 16 000 adhérents.</p>		<p>Jean XXIII charge une commission extra-conciliaire d'étudier l'opportunité d'un réexamen des prescriptions sur la vie conjugale ; 3 juin : mort de Jean XXIII, auquel succèdera Paul VI.</p>

1964	Les docteurs John et Evelyn Billings proposent leur méthode de continence périodique par observation de la glaire cervicale. Taux d'échec mesuré : 39% ²⁸⁹⁶ .	Premiers cours sur la contraception en France dans deux facultés de médecine, Tours et Lyon.	18 décembre : proposition de loi du groupe socialiste, identique à la précédente et sans résultats.	Juin-octobre : le Concile discute de la contraception dans le cadre du schéma 13 . octobre : Paul VI dessaisit le concile de la question et le confie à la commission extra-conciliaire.
1965	La contraception est légalement autorisée aux Etats-Unis.	26 janvier : article dans <i>L'Humanité</i> de Jeannette Thorez-Vermeersch soutenant les luttes pour la légalisation de l'avortement et celle de la contraception. Création du MDF (mouvement démocratique féminin) par Colette Audry, Marie-Thérèse Eyquem et Yvette Roudy. C'est un club de réflexion engagé à gauche et favorable au Planning Familial. Il soutient la candidature de François Mitterrand à l'élection présidentielle. 24 octobre : François Mitterrand, candidat à la présidence de la République, se prononce publiquement pour la légalisation de la contraception. Le PCF a changé de position. et s'est déclaré pour la révision de la loi de 1920 . En octobre , on interdit à la télévision le passage d'une émission d'André Harris et Alain de Sédouy dans laquelle une gynécologue, catholique fervente, se prononce pour la légalisation (Dr Suzanne Lesueur Capelle). Selon un sondage de l'IFOP, 57% des Français sont favorables à la mise en	Janvier : proposition de loi du groupe socialiste à l'Assemblée, identique à la précédente et sans résultats. 27 octobre : Raymond Marcellin, ministre des affaires sociales, annonce la création d'une nouvelle commission de 14 spécialistes du monde médical pour étudier les contraceptifs oraux. 22 novembre : cette commission déclare inoffensive la pilule contraceptive. 18 novembre : proposition de loi par F. Mitterrand pour abroger les deux articles de la loi de 1920 visant la contraception. Même date : proposition de loi identique par une députée radical-socialiste. 22 décembre : proposition communiste qui demande l'abrogation de toute la loi de 1920 : fin de la répression, contraception autorisée, avortement thérapeutique élargi aux « cas sociaux ». 588 condamnations en France pour faits d'avortement ²⁸⁹⁷ .	29 octobre : le Conseil de l'Ordre des médecins publie une circulaire dans laquelle il déclare que la contraception est « un problème essentiellement extra-médical », suite aux différentes propositions de loi à l'Assemblée nationale. 8 décembre : la constitution pastorale <i>Gaudium et Spes</i> , issue de Vatican II, précise que "l'amour conjugal est trop souvent profané par l'égoïsme, l'hédonisme et par des pratiques illicites entravant la génération."

²⁸⁹⁶ Sylvie Allain, *Contribution à l'histoire de la contraception*, thèse de médecine, Nantes, n° 3451, 1984-85

²⁸⁹⁷ Ces chiffres ainsi que ceux des années 1946, 1950, 1955 et 1960, sont tirées de l'ouvrage de Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour*, Ed. Payot, 2002, p.93.

		<p>vente de contraceptifs.</p> <p>Le 25 octobre le candidat de l'extrême droite, Tixier Vignancourt, demande, à la surprise générale, l'abrogation de la loi.</p> <p>Le 26 octobre, le candidat Jean Lecanuet déclare: «Je suis pour la liberté".</p> <p>Traduction française de <i>La femme mystifiée</i> de Betty Friedan.</p>		
1966		<p>Film <i>Le journal d'une femme en blanc</i>, de Claude Autant-Lara, inspiré du roman éponyme d'André Soubiran (1963), évoque le drame des avortements clandestins. Il est tourné à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris.</p> <p>70 centres d'information du MFPP fonctionnent en France avec plus de 100 000 adhérents et 800 médecins prescripteurs.</p> <p>23 février : dixième anniversaire de la fondation du MFPP au Palais de Chaillot à Paris. Grande ampleur de la manifestation et soutien public des trois prix Nobel français de médecine.</p>	<p>24 mars : le rapport de la commission « Marcellin » est rendu public ; selon eux il n'y a pas de contre-indication majeure à la prise de pilule. Le Professeur Lacomme, président de cette commission, déclare : Nous n'avons donné ni le feu vert ni le feu rouge à la pilule. [...] Nous avons constaté que dans la plupart des cas elle n'était pas très dangereuse, mais nous l'avons dit avec beaucoup de réserve. Toutefois nos réserves ne dépassent pas celles que l'on peut faire à l'égard de nombreux médicaments en France ».</p> <p>26 avril : proposition de loi socialiste pour autoriser et réglementer la contraception.</p> <p>1 juin : première proposition de loi de Lucien Neuwirth (UDR) pour légaliser la contraception avec comme argument principal la lutte contre l'avortement clandestin. Création d'une commission dont le rapporteur est Neuwirth qui présente ses conclusions en novembre.</p>	<p>Juin : la commission extra-conciliaire remet ses conclusions (contradictoires) à Paul VI (les opposants sont en minorité).</p> <p>Octobre : Paul VI annonce qu'il diffère sa décision et charge une nouvelle équipe de l'examen de la question.</p> <p>9 avril : Communiqué à la presse professionnelle par le Conseil National de l'Ordre des Médecins reconnaissant qu'un médecin « peut donner des conseils quant aux moyens contraceptifs qu'elle (sa patiente) peut utiliser » mais « pour des raisons médicales. De plus les médicaments contraceptifs, qui peuvent avoir des inconvénients, des contre-indications, ne doivent pouvoir être obtenus que sur ordonnance médicale.».</p> <p>4 juin : déclaration publique du président du Conseil national de l'Ordre des médecins : les médecins « sont libres de donner les conseils et les informations qu'ils jugeront utiles (en matière de contraception) [...] et de prescrire les médicaments. [...] Il appartient au corps médical de devenir l'intermédiaire par lequel les personnes mariées peuvent être informées ».</p>

				Création de l'association Couples et familles.
1967	<p>Le Colorado est le 1^{er} état des U.S.A. à autoriser l'avortement.</p> <p>octobre : la loi « Abortion Act » est votée au Royaume-Uni sous gouvernement travailliste. Elle autorise l'avortement jusqu'à la 24^{ème} semaine de grossesse (délai ramené à 20 semaines à partir en 1979). La loi s'applique aux non-résidentes donc aux Françaises.</p>	<p>Congrès du MFPP : l'association se déclare « mouvement d'éducation populaire ». Démission de Marie-André Lagroua Weill-Hallé.</p>	<p>12 avril : nouvelle proposition de loi par Lucien Neuwirth pour compléter la précédente. Lucien Neuwirth est né en 1924, il a été résistant et est député UDR de la Loire et appartient à l'aile libérale de la majorité gaulliste. Il est franc-maçon.</p> <p>1 juin : proposition de loi par deux députés de Gauche pour légaliser l'avortement avant la neuvième semaine de grossesse. Sans résultat.</p> <p>10 juin : proposition de loi de Fontanet, plus axée sur l'information des couples et des jeunes.</p> <p>28 juin : proposition des communistes, identique à celle de 1965.</p> <p>1 juillet : début de la discussion à l'assemblée de la proposition de loi de Lucien Neuwirth. Débats.</p> <p>28 décembre : vote de la loi Neuwirth qui autorise la contraception sous certaines conditions, dont les principales sont la prescription médicale et la vente exclusive en pharmacie. Cette loi "suspend" mais n'abolit pas l'article 3 de la loi de 1920 qui interdisait la contraception. Elle donne aussi mission à l'INED de préparer chaque année un rapport sur la situation démographique de la France, rapport qui doit être présenté au Parlement.</p>	
1968				<p>Le bulletin de l'Ordre National des médecins publie : « Sur le fond de la question de la contraception, le conseil national de l'Ordre a voulu que le médecin demeure libre de ses prescriptions thérapeutiques (...). Il est</p>

				<p>donc inexact de dire que l'Ordre est contre la pilule. »</p> <p>29 juillet : publication de l'encyclique <i>Humanae vitae</i> par Paul VI. Elle sera réaffirmée dans l'encyclique de Jean-Paul II <i>Veritatis splendor</i> en 1993..</p> <p>1^{er} août : création par le Dr Huant et un groupe de médecins et de biologistes français du Centre « <i>Humanae vitae</i> », opposé à toute libéralisation de l'avortement.</p>
1969		<p>Création de l'ANEA (Association nationale pour l'étude de l'avortement.) par A.M. Dourlen-Rollier, Palmer, Simon et Dalsace. But: préparer une loi pour libéraliser l'avortement. Ce sera celle du Dr Peyret en 1970.</p> <p>Création du GIS (Groupe information santé) par des médecins et des non-médecins de Gauche et d'Extrême-Gauche. Ils pratiquent des avortements (méthode Karman) bien avant le vote de la loi Veil. Il s'auto-dissout en 1975.</p>	Février : premiers décrets pour l'application de la loi Neuwirth.	
1970	L'état de New York autorise l'avortement.	Mai : débats sur l'oppression des femmes à l'Université de Vincennes. Première action publique du MLF: dépôt d'une gerbe à la mère du soldat inconnu le 26 août 1970 .	29 juillet : dépôt de la première proposition de loi pour libéraliser l'avortement, celle du Dr Peyret, qui n'envisage qu'un élargissement de l'avortement thérapeutique : quand la vie de la mère est menacée, quand le fœtus présente des anomalies, quand il y a acte criminel ou violence.	Novembre: création de l'association "Laissez-les-vivre" par le professeur Jérôme Lejeune, généticien spécialiste du mongolisme, et par Geneviève Poullot. C'est une réponse directe à la proposition de loi Peyret du 29-7-70 . Le docteur Paul Chauchard en est le président. Elle est officiellement déclarée en janvier 1971 .
1971	Reconnaissance officielle de la méthode Billings (article dans <i>The Lancet</i>) après sa mise au point en 1964 . Mise en usage des premiers	Mars : déclaration de la fédération protestante de France, en faveur de la libéralisation. 5 avril : manifeste des 343 « salopes» (dixit <i>Charlie Hebdo</i>), femmes	Juin : proposition de loi du PCF Juin : proposition de loi Cavaillet	Création de l'Association des Médecins pour le Respect de la Vie.

	stérilets à fil de cuivre.	reconnaissant avoir avorté une ou plusieurs fois, dans <i>Le Nouvel Observateur</i> . 21 mai : déclaration publique du PCF pour la libéralisation. Mai : manifeste des 352 médecins en faveur de l'avortement, dans <i>Le Nouvel Observateur</i> . Juin : 600 médecins signent un manifeste pour la libéralisation. Juillet: création à Grenoble de Choisir qui est la forme legaliste succédant au manifeste des 343 . 20 novembre : marche internationale MFPP-MLAC pour le droit à l'avortement.		
1972		13-14 mai : Journées de dénonciation des crimes contre les femmes à la Mutualité à Paris (5 000 personnes y participent). Octobre-novembre : procès de Bobigny. 20 novembre : manifestation à Paris pour une loi autorisant l'avortement. 22 novembre : des féministes envahissent et occupent le siège parisien du Conseil de l'Ordre. 26 novembre : le Syndicat national des psychiatres (600 membres) se déclare pour un avortement libre et gratuit. Création du GIS (groupe information santé). 9 décembre : un sondage IFOP pour <i>France-Soir</i> révèle que 2/3 des Français sont favorables à un élargissement conditionnel de la loi sur l'avortement.	Mars-avril : dernier décret pour l'application de la loi Neuwirth. Décret de création des centres et établissements d'information sur la contraception (24 avril). 26 avril : proposition de loi PCF 8 novembre : procès de Bobigny. 20 décembre : rapport d'information à la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale par le docteur Peyret (Cf ci-dessus). Il préconise la libéralisation de la législation. Proposition de loi PSU (Rocard).	15-16 janvier : débat organisé par le Centre catholique des médecins de France sur "L'avortement et le respect de la vie humaine" Octobre-novembre : à l'issue du procès de Bobigny, l'Ordre des médecins reproche publiquement au professeur Milliez (doyen de la faculté Broussais-Hôtel Dieu de Paris) son témoignage en faveur de l'accusée.
1973	La Cour suprême des États-	3 février : manifeste de 331 médecins	Janvier : procès d'Angers et de	

<p>Unis vote un arrêt en faveur de l'avortement. Entre 1973 et 1974, 71 000 Françaises vont avorter outre-Manche (loi en 1967).</p>	<p>en faveur de l'avortement, « Nous pratiquons des avortements ». 7 février: manifeste des 201 médecins, "nous avons fait des avortements. Voilà pourquoi!". Présenté par l'ANEA dont le président est le docteur Palmer. 8 février: explication publique de la méthode Karman dans l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière à Paris par des médecins du GIS (Groupe Information/santé), créé en 69.. 27 mars: émission de télévision <i>Les Dossiers de l'écran</i> sur l'avortement. 9 avril : naissance du MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception). Début des avortements avec la méthode Karman. 8 avril: avortement public effectué à l'hôpital Saint Antoine. 5 mai : manifestation appelée par le MLAC. 8 mai: affaire de Grenoble (inculpation du Dr Ferrey-Martin, membre de l'association Choisir, accusée d'avoir pratiqué un avortement sur une mineure de 17 ans). Le procès débouche sur un non-lieu en 1975. 2-3 juin: 10^{ème} congrès MFPPF. Prise du pouvoir des militantes féministes et l'association décide de pratiquer des avortements dans ses centres. Démission de 20 membres sur 26 du collège médical qui disparaît. Simone Iff est élue présidente. Mais le mouvement refuse l'appellation officielle de « féministe », jusqu'au</p>	<p>Strasbourg. avril : proposition de loi du PCF. 4 juin : proposition de loi sur l'avortement du PS, PSU et Réformateurs. 7 juin : dépôt du projet de loi Messmer-Poniatowski sur l'avortement. C'est le premier projet de loi déposé par le gouvernement. Il veut élargir le cadre de l'avortement thérapeutique par la prise en compte d'indications médico-sociales. 11 au 23 juillet : début des auditions de la commission Berger. 11 juillet : vote en faveur de la création d'un Conseil supérieur de l'information sexuelle. 7 décembre : contre-proposition Peyret. 7 décembre : proposition des « 45 » (secrétariat de liaison des députés pour le respect de la vie). 13 décembre : renvoi en commission du projet Messmer et audition de 154 personnes, ce qui donne lieu au rapport Berger. 14 décembre : nouvelle proposition de loi du PCF.</p>	<p>Avril-juin, 10 031 médecins, favorables au maintien de la loi de 1920, signent un manifeste: "La médecine protège la vie dès son commencement" (pétition de Laissez-les vivre). Il y a 60 000 médecins en France. 4 juin : création de l'Association des Lettres et Sciences Humaines pour le respect de la vie. 22 juin: déclaration du Conseil permanent de l'épiscopat (opposé à une loi sur l'avortement) 25 juin: Manifeste des 3 422 juristes pour le respect de la vie. Manifeste des 343 universitaires pour le respect de la vie. 7 juillet : Manifeste pour le respect de la vie. 7 décembre: proposition des "45" (secrétariat de liaison des députés pour le respect de la vie) 24 novembre: pétition de pasteurs protestants contre le projet de loi , ie "Halte à l'avortement", à l'initiative du pasteur Charles Schinkel, publiée dans <i>Le Parisien Libéré</i>. L'association des Lettres et Sciences Humaines pour le respect de la vie est créée par Pierre Chaunu. En décembre 1973, dans <i>Les Temps Modernes</i> Simone de Beauvoir lance la chronique du « Sexisme ordinaire ».</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>congrès de 1983. Les médecins écartés du MFPP fondent en juillet l'IFRES, Institut de Formation et de Recherche pour l'Education Sexuelle, en octobre. 10 et 11 novembre: assises du MLAC. Le film <i>Histoires d'A</i> (par Charles Belmont et Marielle Issartel) est interdit (refus du visa d'exploitation) du 22 novembre 73 au 7 octobre 74 mais sa diffusion « sauvage » est massive.</p>		
1974		<p>8 février: avortement "officiel" à l'Hôpital Universitaire. 20 avril : manifestation nationale pour la libéralisation de l'avortement. 19 mai: élection de V. Giscard d'Estaing qui prend position en faveur de la libéralisation de l'avortement le 23 juillet.</p>	<p>Février: publication du rapport Berger (voir plus haut). 20 novembre : prise de position du Conseil de l'Ordre (lettre aux députés). 26-29 novembre: ouverture des débats sur future loi Veil. Vote des députés le 29-11: 284 pour et 189 contre. Pour: 105 socialistes (/106), 74 communistes (/74), 55 UDR ou apparentés (/174), 26 Réformateurs ou centristes (/52), 17 députés indépendants (/65) et 7 non inscrits (/19). 24 médecins ont voté pour et 20 contre (1 s'est abstenu et 1 n'a pas pris part au vote). 6 femmes ont voté pour et 2 contre. 4 décembre : loi qui fait disparaître le carnet à souche pour la délivrance de contraceptifs et l'autorisation parentale pour les mineures. Elle institue le remboursement des contraceptifs par la Sécurité Sociale et autorise le fonctionnement de centres de planification agréés. 13 décembre: la loi Veil passe devant le sénat, vote final: 184 pour et 90 non. Il y a ensuite navette pour examiner la</p>	<p>28 novembre: condamnation catégorique de l'avortement par le Vatican.</p>

			proposition du sénat de rembourser l'avortement. 19 décembre : la loi Veil est adoptée par 277 voix contre 192 à l'Assemblée Nationale. 70 députés hostiles saisissent le Conseil constitutionnel qui rejette leur recours le 15 janvier 75 .	
1975	Année de la femme (ONU)	7 mars : première IVG légale à la maternité de la Belle de Mai à Marseille.	17 janvier : promulgation de la loi Veil. Les opposants à la loi avaient saisi le Conseil Constitutionnel en référence à l'article 2 de la convention européenne des droits de l'homme ("Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi"), en vain. La loi de 1920 n'est cependant toujours pas abrogée, l'article 317 du Code Pénal est suspendu pour 5 ans ; en dehors des cas prévus par la loi Veil (hôpital, autorisation parentale pour les mineures ...) l'avortement reste un délit correctionnel. Particularité de cette loi: elle n'est votée que pour 5 ans, donc elle sera de nouveau examinée en 1979 . Contrairement à la loi Neuwirth, les décrets d'application sont pris rapidement en mai pour la plupart. Cette loi charge aussi l'INED d'analyser et de publier tous les ans les statistiques relatives à l'IVG. 13 mai : décrets d'application	
1976			134 173 IVG déclarées, soit 15 % des grossesses.	
1977			150 931 IVG déclarées.	
1978				6 août : mort de Paul VI ; successeur : Jean-Paul I ; 28 septembre : mort de Jean-Paul I ; successeur : Jean-Paul II.
1979	Au Royaume Uni la loi autorise l'avortement jusqu'à la	31 décembre : renouvellement de la loi Veil.	Loi Veil mise en discussion les 25-28 et 29 novembre à l'Assemblée, puis au	

	20 ^{ème} semaine, au lieu de 24 auparavant.		Sénat les 13-14 et 16 décembre . Elle est finalement votée par 271 voix contre 201 à l'Assemblée. Elle est promulguée le 31 décembre 79 et paraît au <i>Journal Officiel</i> le 1 janvier 80 .	
1981				Jean-Paul II rappelle dans l'exhortation apostolique <i>Familiaris consortio</i> que la politique de l'Eglise vis-à-vis de la contraception n'a pas changé.
1982		20 décembre : loi Roudy qui permet le remboursement de l'IVG.		
2009	Aux États-Unis une quarantaine d'élus démocrates ne soutiennent la Sécurité sociale pour tous qu'en échange de l'adoption d'un amendement interdisant le financement de l'IVG par l'argent public.			

ANNEXE 2 – NOTICES BIOGRAPHIQUES

Angelergues René (19.-2007)

Neuropsychiatre, communiste, il travaille avec Fernand Lamaze aux Bluets à partir de 1953. Il finit par quitter les Bluets après la mort de celui-ci en 1957²⁸⁹⁸. Il devient psychanalyste dans les années 60, rejetant alors l'explication pavlovienne de l'ASD²⁸⁹⁹.

Balint Michael (1896-1970)

Psychanalyste, à l'origine de la création de groupes de soignants (médecins, sages-femmes, infirmières etc.) désirant analyser leur relation avec les patients pour l'améliorer. Il publie en 1957 son ouvrage de référence : *Le médecin, son malade et la maladie*, qui rencontre un grand succès en France où se forment de nombreux « groupes Balint ».

Baulieu Étienne-Émile (né en 1926)

D'une famille de médecins (son père Léon Blum, homonyme de l'homme politique, était Professeur de médecine à Strasbourg), ce médecin, ancien résistant, est communiste jusqu'en 1956. Il se spécialise en endocrinologie et ses travaux aboutissent à la fabrication du RU 486 en 1981. Ses recherches s'orientent ensuite vers la création de la DHEA, pour lutter contre les effets du vieillissement.

Il est professeur honoraire au Collège de France et a été président de l'Académie des Sciences en 2003-2004.

Il explique ainsi son parcours de médecin et de militant: « J'ai choisi les hormones sexuelles (comme terrain de recherche) parce que je pensais que ça se raccrochait aux problèmes de l'humanité, de la société. Je l'ai fait quasi consciemment. Après une cause politique qui m'avait déçu, j'ai trouvé une autre cause, scientifique »²⁹⁰⁰. Jeune médecin, il milite au PCF et signe des articles et un ouvrage très favorable aux théories de Pavlov²⁹⁰¹, fondements de l'ASD. Il ne signe cependant pas l'appel contre le complot dit des « blouses blanches », dans *L'Humanité*, en 1953. En 1956, suite à la position rigide de la direction du

²⁸⁹⁸ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 123.

²⁸⁹⁹ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 163.

²⁹⁰⁰ Propos rapportés dans *Le Monde, radio, télévision*, 31 mai-6 juin 2004, article de Martine Delahaye, p. 16.

²⁹⁰¹ Angelergues René, Lafitte Victor, Baulieu Étienne-Émile, Levy Jean et Roelens R., *Pavlov et le pavlovisme*, Paris, Éditions sociales, 1957, 277 p.

PCF, opposée au droit à la contraception, et en relation avec l'écrasement de la Hongrie par l'URSS, il ne reprend pas sa carte²⁹⁰².

En 1961, il rencontre aux Etats-Unis Pincus, dont le soutien lui permet d'obtenir un financement de la Fondation Ford pour ses recherches sur la contraception, alors qu'il n'existe pas de fonds publics en France pour ce type d'études avant le vote de la loi Neuwirth (1967).

Bazelaire Serge (1922-1991)

Médecin à Reims, dirigeant de la Société française de PPO. Créée à Reims une clinique qu'il nomme... Les Bleuets.

Bernard Claude (1813-1878)

Positiviste convaincu, il a inspiré à Zola le personnage du Dr Pascal, le parfait savant. Il fut membre de l'Académie Française. Considéré comme le père fondateur de la physiologie scientifique, il a publié en 1865 *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, qui figura longtemps au programme de philosophie des classes de terminales en France. Pour lui, toute connaissance médicale ne peut reposer que sur l'observation rationnelle des phénomènes spontanés ou provoqués. Accusé d'athéisme, il semblait plutôt se réclamer d'un spiritualisme tempéré...²⁹⁰³.

Pour Jean Rostand²⁹⁰⁴ : « De la physiologie, science des fonctions organiques, il a fait une science autonome en la séparant de l'anatomie et de la médecine. [...] Il en a formulé les lois et précisé les méthodes ».

Selon le Dr Chauffard, qui fait son éloge funèbre dans la *Revue des Deux Mondes* en 1878 : « Cet éclat nouveau de la physiologie [...] l'honneur qui, dans le monde scientifique, revient à cette science de la vie, science de toutes les sciences, tout cela, en bonne justice, s'attache à Claude Bernard et immortalisera son nom. Il en fut l'initiateur souverain. Ainsi qu'on l'a dit, il n'était pas seulement un grand physiologiste ; il était la physiologie elle-même. »²⁹⁰⁵

Blum Jean (1924-1986)

Ancien résistant, membre de la Soc. Fr. de PPO, Strasbourg.

²⁹⁰² Entretien téléphonique, le 6 mai 2009.

²⁹⁰³ D'après le portrait qu'en dressent Bariéty et Coury dans *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, 1963, p. 660-668.

²⁹⁰⁴ Cité par Louise L Lambrechts, in *La vérité médicale. Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*, Paris : Laffont, 1993, p. 137.

²⁹⁰⁵ M. Chauffard, « Claude Bernard », *Revue des Deux Mondes*, 15 novembre 1878, p. 310.

Boverat Fernand (1885-1962)

Diplômé de l'École supérieure de commerce de Paris, figure majeure de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française avant-guerre et après-guerre, il est président de ce mouvement à partir de 1937 jusqu'au début de la Seconde Guerre mondiale. Il y exerce des responsabilités jusqu'à sa mort. Dans un ouvrage intitulé *Patriotisme et paternité*, en 1913, il insistait sur le devoir d'avoir au moins quatre enfants, « obligation qu'il s'appliqua strictement à lui-même après son mariage en 1915 »²⁹⁰⁶.

Cachin Yves (né en 1916)

Cancérologue, communiste. Ancien résistant, il est à la tête de la Commission nationale des médecins communistes en 1952²⁹⁰⁷. Il n'est pas le fils de Marcel Cachin²⁹⁰⁸ mais jouit de la confiance du PCF du fait de son appartenance à la famille du célèbre dirigeant communiste.

Chauchard Paul (1912-2003)

Président historique de l'association Laissez-les-vivre depuis sa création en 1971 jusqu'en 1982, puis président d'honneur. Il a eu 6 filles dont une religieuse cistercienne. Il est professeur à la faculté catholique de Paris et à l'Institut des Hautes Etudes. Il est chroniqueur à *La Croix*. Cité comme référence par le Dr Henriët, sénateur, lors du débat au Sénat sur la contraception, il aurait déclaré : « C'est un crime biologique contre la nature »²⁹⁰⁹.

Chertok Léon (1911-1991)

D'après son autobiographie, *Mémoires d'un hérétique*, parue en 1990, à La Découverte, Léon Chertok est un jeune juif, d'origine polonaise, né dans la future Biélorussie soviétique dans une famille aisée. Il est obligé d'émigrer à Prague pour poursuivre ses études de médecine. Il vit à Prague de 1931 à 1939, où il fréquente les milieux révolutionnaires. En 1939, il obtient un visa pour la France où il s'engage dans l'armée constituée d'immigrés polonais pour aller combattre les Allemands en Pologne mais la défaite française de 1940 rend ce projet caduc. En 1941, il devient un résistant au sein du MNCR²⁹¹⁰ et fonde un

²⁹⁰⁶ Selon sa biographie, in *Population et avenir*, mars-juin 1996, n° 627-628, non paginé.

²⁹⁰⁷ Selon Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cit.*, 2004, p. 34.

²⁹⁰⁸ Qui a bien eu un enfant mais il s'agit d'une fille, Marcelle Cachin épouse Hertzog. Elle est médecin et son mari chirurgien. Sa petite-fille est l'historienne Françoise Cachin.

²⁹⁰⁹ *Journal Officiel*, 5-12-1967, n° 58 S, p. 2037.

²⁹¹⁰ Le MNCR est le Mouvement National Contre le Racisme, fondé en 1941 pour lutter contre la propagande raciste de Vichy, par le biais de journaux clandestins, et pour sauver le plus possible d'enfants juifs de la déportation, en liaison avec les Eglises protestantes et catholique. C'est une décision de la section juive de la MOI. Le 22 mai 1949, le MRAP est créé en partie par d'anciens membres du MNCR.

sous-groupe, le « groupe médical » qui produit un bulletin *Le Combat médical* (qui paraît 4 fois en 1944). Après-guerre, il devient psychiatre. S'il se reconnaît « compagnon de route et même un peu plus des communistes »²⁹¹¹, il affirme n'avoir jamais pris sa carte du PCF.

Psychiatre au Centre de médecine psychosomatique de Villejuif, il parle et lit le russe et peut donc traduire les travaux des médecins soviétiques sur l'ASD. Il travaille aussi à la Maternité Rothschild à Paris avec Bernard This et Claude Revault d'Allonnes ; il y est directeur du groupe de recherche sur l'analgésie psychologique en obstétrique, patronné par la Ligue française d'Hygiène mentale.

Son point de vue sur l'ASD est original, il insiste, par exemple, sur la relation entre la femme et l'équipe médicale²⁹¹², y voyant une autre dimension que la simple « confiance » régulièrement évoquée. Il devient, selon ses mémoires, un « homme à abattre » pour les Staliniens car il est un partisan de l'importance de la suggestion dans la réussite de l'ASD, tout en citant des références russes...

Il va, en effet, rapidement adopter une attitude critique vis-à-vis des fondements théoriques de l'ASD, sans contester son efficacité, au nom de la psychologie et de la psychanalyse, dès les années 60. Devenu psychanalyste, il publie en 1966 un ouvrage intitulé *Le déclin de l'ASD*, au titre révélateur. Après la publication, en 1963, de son grand ouvrage *L'Hypnose*, il apparaît comme « le grand spécialiste français de l'hypnose ».

Dalsace Jean (1893-1970)

Gynécologue, spécialisé dans la lutte contre la stérilité, il veut lutter contre les conséquences de l'avortement clandestin sur la fécondité. Pionnier du droit à la contraception, il collabore à la revue *Le Problème sexuel*, fondée par Bertie Albrecht, héroïne de la Résistance française exécutée par les Allemands en 1943. Il ouvre, après un voyage aux Etats-Unis, la première consultation française de contraception à Suresnes en 1936 (avec la complicité du ministère et l'appui du maire socialiste Sellier)²⁹¹³.

Parallèlement, il milite pour l'ASD. Dans son hommage à Jean Dalsace, Raoul Palmer écrit : « Jean Dalsace n'était pas accoucheur, et avait même horreur des accouchements, ce qui ne l'empêcha pas, loin de là, d'appuyer les efforts de son ami d'enfance Lamaze, puis de son gendre Pierre Vellay, pour

²⁹¹¹ Léon Chertok, *Mémoires d'un hérétique*, Paris, La Découverte, 1991, p. 47.

²⁹¹² "L'élément didactique fait entrer la gestante dans un rapport interpersonnel avec le préparateur et les membres de son groupe, ce qui constitue déjà un facteur psychothérapique proprement dit", in Léon Chertok, *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur*, Paris, L'Expansion Scientifique Française, 1957, p. 211.

²⁹¹³ Selon Raoul Palmer : « Le scandale fut grand, et il y perdit son poste de chef de Laboratoire (à l'hôpital) », dans l'article « Nécrologie de Jean Dalsace », *Gyn. Obst.*, 1971, t. 70, n° 1, p. 11.

l'accouchement sans douleur, et la création, avec son ami Malcovati, de la *Société internationale de Psychoprophylaxie obstétricale* »²⁹¹⁴.

Résistant avec son gendre Pierre Vellay, adhérent au PCF, il a signé le texte de janvier 1953 condamnant les « blouses blanches » soviétiques, médecins juifs accusés de complot par Staline juste avant sa mort. A partir de 1956, il fait figure d'opposant interne au PCF, critiquant la politique anti-contraception de la direction. Il milite ensuite contre la guerre en Algérie et signe le manifeste des 121, le 6 septembre 1960.

Jean Dalsace, l'un des fondateurs du MFPPF, fait partie du collège des médecins du Planning Familial et devient président du mouvement de 1967 à 1970. Il s'intéresse aussi au problème de la ménopause, dans le droit fil de sa thèse sur les douleurs ostéo-articulaires de la ménopause, en 1926. Il propose ainsi à la Société française de gynécologie d'en faire le sujet des assises de cette association du 14 au 17 mai 1956 en France²⁹¹⁵.

Deutsch Hélène (1884-1982)

Psychiatre et psychanalyste, disciple de Freud, cette Autrichienne émigre aux États-Unis en 1935. Elle centre ses recherches sur la sexualité féminine et publie en 1944 *La psychologie des femmes*. Elle est d'accord avec Marais pour considérer que l'anesthésie « tue » l'instinct maternel chez les femmes.

Economides Achille

Médecin lyonnais pionnier de l'ASD à Lyon, à partir de 1954, en clientèle privée, avec le D^r Vermorel²⁹¹⁶.

Fabre Henri (né en 1920)

Gynécologue-accoucheur, il ouvre à Grenoble le premier centre de conseil du Planning Familial en France, le 10 juin 1961. Résistant (responsable régional sanitaire des Francs-Tireurs et Partisans français), il adhère au PCF en 1941 et démissionne en 1946. Il milite ensuite quelques années dans la mouvance trotskiste. Il a abandonné tout activisme politique à la fin des années cinquante²⁹¹⁷.

²⁹¹⁴ Raoul Palmer, *article cité*, 1971, p. 11.

²⁹¹⁵ Selon ce qu'il précise lui-même dans l'introduction de l'ouvrage tiré de ces assises, *Assises françaises de gynécologie*, 14-17 mai 1956, Colombes, Deshons, p. 7.

²⁹¹⁶ Journées d'études du 7 avril 1957, *op. cité*, intervention de Economides et Vermorel, p. 93.

²⁹¹⁷ D'après une lettre, datée du 13 septembre 1999, d'Henri Fabre adressée à Mathilde Dubesset, Pauline Maurel et Catherine Wolff, chargées de la rédaction des notices pour le dictionnaire biographique du Mouvement Ouvrier. Archives privées d'Henri Fabre, non classées.

Hersilie Roger (1926-1982)

Médecin, membre du PCF, il arrive aux Bluets en 1952. Il est dans un premier temps renvoyé sur l'intervention de Lamaze car il aurait pratiqué un avortement, ce qui met en péril la réputation des Bluets²⁹¹⁸. Il remplace Lamaze après la mort de ce dernier et après le renvoi de Vellay (juin 1957)²⁹¹⁹, jusqu'en 1967, et pratique l'ASD.

Hypousteguy Roger (1910-1995)

Médecin généraliste de Bordeaux, fils d'un des fondateurs du PC dans cette ville, « proche sans y être inscrit »²⁹²⁰, il est partisan de l'ASD.

Jeanson Colette

Epouse du philosophe Francis Jeanson, membre de l'UFF²⁹²¹, elle milite pour l'ASD par ses écrits (ouvrages, articles...) et par les conférences qu'elle donne dans toute la France²⁹²².

Kinsey Alfred (1894-1956)

Éthologue américain, il mène ses premières recherches sur les insectes (plus précisément les cynipidés). Il oriente ensuite ses recherches sur la sexualité humaine. Les travaux de Kinsey²⁹²³ sont accueillis dans une relative indifférence en France, y suscitant l'opposition des catholiques et des communistes²⁹²⁴.

Kreis J.

Gynécologue obstétricien, Professeur agrégé de médecine, « spécialiste » de la lutte contre douleur. Pionnier d'une méthode créée à Strasbourg en 1929, « l'accouchement médical », il cherche à accélérer le travail en rompant la poche des eaux et en injectant de la spamalgine ensuite régulièrement.

²⁹¹⁸ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p.126.

²⁹¹⁹ Alors que Lamaze l'avait écarté des Bluets un an avant sa mort. Selon Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p.123.

²⁹²⁰ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p.89.

²⁹²¹ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p.77.

²⁹²² UFF, *Comment vous préparez à accoucher sans douleur par la méthode psychoprophyllactique*, 1955, Publication de l'UFF, p.56.

²⁹²³ *Le comportement sexuel de la femme*, traduit et publié en France en 1954, Paris, Ed. Amiot-Dumont, 764 p.

²⁹²⁴ Analyse de Sylvie Chaperon dans « Kinsey en France. Les sexualités féminine et masculine en débat », *Le mouvement social*, n°198, 2002/1, pp.91-110.

Lafitte Victor (1910-1999)

Psychiatre, résistant et communiste. En conflit avec Lamaze au nom de l'orthodoxie pavlovienne, il est remplacé aux Bluets par Angelergues en 1953. Pour Étienne-Émile Baulieu c'est essentiellement un militant communiste, peu respecté dans le milieu médical²⁹²⁵.

Lagroua Weill-Hallé Marie-Andrée (1916-1994)

Ancienne militante de la JEC et de l'Action catholique, elle est gynécologue. Avec son mari, le grand pédiatre Benjamin Weill-Hallé, elle est proche du PCF et adhère à l'association France-URSS. Elle écrit quelques temps dans la *Revue des Travailleuses*, organe de la CGT. Elle rencontre Margaret Sanger à Paris en 1954. Fondatrice du Planning Familial, sous le nom de Maternité Heureuse en 1956, elle démissionne de son poste de présidente en 1967, en désaccord sur les nouvelles orientations du mouvement en faveur d'une législation autorisant l'avortement. Elle estime que le Planning Familial a atteint son but, à savoir la légalisation de la contraception (loi Neuwirth en 1967). Elle se méfie de toute politisation de l'association, de toute orientation à gauche. Or, à partir du congrès de 1961, le MFPP s'est transformé en un mouvement très militant, clairement positionné à Gauche, à la place du groupe de pression plus restreint des origines, ce qui explique aussi sa démission²⁹²⁶.

Laissez-Les-Vivre : association créée en novembre 1970 pour « promouvoir la valeur spécifique de toute vie humaine, qui doit être respectée dès sa conception », elle est déclarée au *Journal Officiel* en janvier 1971. C'est une réponse à la proposition de loi Peyret du 29-7-70²⁹²⁷. Médecins qui sont dans les instances dirigeantes (d'après le site de l'association) : Emmanuel Tremblay, Wilbert Kreiss, Pierre Vignes (et sa femme Paulette), Paul Chauchard, Bernard Jamain, D^r Rendu et D^r Poveda ; Pierre Vouters.

Associations proches : Confédération nationale des familles chrétiennes (Dr Villette) et Association des médecins pour le respect de la vie (Dr Dictes Pierre).

Lamaze Fernand (1891- 6 mars 1957)

Gynécologue obstétricien, il fait ses études médicales à Nancy où il se lie d'amitié avec René Leriche, qui a toujours mis la douleur « au cœur de sa pratique »²⁹²⁸.

²⁹²⁵ Étienne-Émile Baulieu, entretien du 11 juillet 2008.

²⁹²⁶ D'après l'analyse de Sylvie Chaperon in « Le MFPP face au féminisme », pp.22-23, *Le Planning Familial. Histoire et mémoire, 1956-2006*, Christine Bard et Janine Mossuz-Lavau dir., Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2006.

²⁹²⁷ D'après le mémoire de Nicolas Perrin, *Les mouvements anti-avortement en France*, IEP Grenoble, 1993.

²⁹²⁸ Colloque de Châteauroux sur l'ASD, intervention de Marianne Leulliez le 28 septembre 2002.

Il est parfois qualifié d'« accoucheur mondain »²⁹²⁹ car il travaille à la clinique du « Belvédère à Boulogne, dans la clinique Morin du cours de Vincennes ou chez les religieuses qui tiennent la maternité Sainte Félicité, rue Saint Lambert »²⁹³⁰, parallèlement à ses fonctions de directeur à la Maternité des Bluets, gérée par la CGT.

Dans sa pratique, avant le voyage en URSS en septembre 1951, il fait comme ses confrères: il « anesthésie brièvement les femmes en fin d'accouchement si c'est nécessaire ; habitué des cliniques privées confortables à la clientèle exigeante, il le fait même sans doute plus que ce qu'on offre aux femmes dans les salles communes des hôpitaux. Mais il sait aussi les dangers pour l'enfant de toutes ces médications. [...] Les travaux du docteur Read ne lui ont pas échappé [...] mais il ne cherche pas plus à la mettre en application que ne le fait l'immense majorité de ses confrères »²⁹³¹

Il découvre l'ASD lors d'un premier voyage en URSS en septembre 1951 lors d'une visite au Professeur Nicolaïev à Leningrad et introduit aussitôt en France cette méthode dans la Maternité des Bluets, à Paris. Il effectue un second voyage en URSS en février 1955²⁹³². Il ne prendra jamais sa carte du PCF²⁹³³.

En 1953, il a été traduit avec le D^r Vellay devant le Conseil de l'Ordre pour publicité mensongère. Comme le raconte Pierre Vellay²⁹³⁴: « Nous avons été, Lamaze et moi, accusés de publicité [...] Nous avons été condamnés par l'instance départementale, par l'instance régionale, mais blanchis au niveau national ». En effet, le Conseil régional de Paris de l'Ordre des médecins leur a infligé un avertissement le 30 mai 1954 ; ils ont fait appel de cette décision et la sanction a été effacée²⁹³⁵. Il faut remarquer que cette sanction a été prise, avant d'être annulée, parce que Lamaze s'était rendu, selon ses accusateurs, coupable de « publicité »; il ne s'agit donc en rien, du moins officiellement, d'une décision liée à l'ASD. Selon le docteur Vellay, des lettres anonymes avaient été

²⁹²⁹ Selon l'expression du D^r Arthur Kriegel, lors d'un entretien le 12 décembre 2003.

²⁹³⁰ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, p.30. Ces religieuses font partie de la congrégation des Sœurs de l'Assistance maternelle, fondée au XIX^e siècle pour venir en aide aux mères à l'accouchement. "Sainte Félicité devient, après les Bluets, le deuxième centre parisien d'accouchement sans douleur reconnu par la Sécurité sociale, in *op. cité*, p. 101-102.

²⁹³¹ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, p. 30.

²⁹³² P. Vellay et Aline Vellay, *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, Paris, Le Seuil, 1956, p. 20

²⁹³³ P. Vellay, *Un homme libre*, Paris, Grasset, 1985, p. 41.

²⁹³⁴ P. Vellay, *Un homme libre*, Paris, Grasset, p. 40.

²⁹³⁵ Archives de la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins, jugement rendu après la requête de Lamaze et de Vellay : n° 989 et 990.

envoyées au Conseil de l'Ordre...²⁹³⁶, ce qui en dit long sur les rivalités entre confrères.

En mai 1957, au lendemain de sa mort, Lamaze est qualifié d'« apôtre [...] dans tout son élan de charité et d'intelligence »²⁹³⁷. Lamaze n'est cependant que rarement cité dans les dictionnaires, ordinaires ou médicaux.

Le Chanois Jean-Paul (1909-1985)

Fils d'un médecin, il réalise le film, *Le cas du docteur Laurent*, tourné en 1956 avec Jean Gabin²⁹³⁸. Membre du PCF²⁹³⁹, il écrit un article sur « Le docteur Lamaze ou la vérité » dans les *Lettres Françaises*, du 14-20 mars 1957, pour répondre aux accusations de la presse quant aux responsabilités de la CGT dans la mort de Fernand Lamaze.

Leguay François

Résistant, polytechnicien, catholique, il est directeur de la Maternité des Bluets à partir de 1952, à la mort de Pierre Rouquès. Il n'est pas inscrit au PCF mais il est membre, comme Fernand Lamaze²⁹⁴⁰, du Conseil national du Mouvement de la Paix²⁹⁴¹ (qui compte 500 militants). Il doit quitter ses fonctions aux Bluets après la mort de Lamaze (mars 1957)

Lejeune Jérôme (1926-1994)

Professeur de médecine, membre de l'Académie de médecine, il est célèbre pour avoir découvert, avec Raymond Turpin et Marthe Gautier, en 1959, la présence de trois chromosomes 21 chez les enfants dits « mongoliens », d'où le terme dorénavant utilisé d'enfants « trisomiques ».

Catholique, père de cinq enfants, membre de l'Académie pontificale des sciences, il est l'un des adversaires les plus acharnés de la légalisation de l'IVG en France, conseiller de l'association Laissez-les-vivre. Il s'est aussi opposé à la

²⁹³⁶ Témoignage de Pierre Vellay lors de l'émission de radio *La fabrique de l'histoire*, France Culture, le 22-2-2003 puis en seconde diffusion le 18-1-2004.

²⁹³⁷ Congrès de la Société de Médecine Psychosomatique, "Compte rendu", *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai-juin 1957, p. 214.

²⁹³⁸ Film militant en faveur de l'ASD, il montre un médecin, joué par Jean Gabin, qui entreprend d'appliquer cette nouvelle technique sur une fille de paysan sans fortune. Malgré l'opposition des médecins de la région et d'une partie de la population, il réussira dans son entreprise (l'accouchement a lieu devant témoins). D'après le résumé qu'en fait Claude Broussouloux dans son ouvrage *Cinéma et médecine. Le médecin à l'écran*, Paris, Ed. Ellipses, 2001, p. 17.

²⁹³⁹ Témoignage de Pierre Vellay lors de l'émission *La fabrique de l'histoire*, France Culture, le 22-12-2003. Seconde diffusion le 18-1-2004. Selon Michel Dreyfus, *op. cité*, 1997, p. 35, il est adhérent du PCF dès 1933 et résistant pendant la Seconde Guerre mondiale.

²⁹⁴⁰ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 119.

²⁹⁴¹ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 49-50.

contraception au nom de la dangerosité des contraceptifs hormonaux en 1968, dans un article paru dans *Le Monde*. Il s'est enfin opposé à la fécondation *in vitro*.

Un procès en béatification a été ouvert en 2007 par l'Église catholique.

Leriche René (1879-1955)

Gynécologue obstétricien, Professeur à Nancy puis à Strasbourg, spécialiste du traitement de la douleur. René Leriche est président en octobre 1940 de l'Ordre des médecins créé par Vichy qui met en œuvre l'exclusion des médecins juifs (achevée en 42), il en démissionne en décembre 1942. Il est connu pour son ouvrage *La chirurgie de la douleur* paru en 1937 qui se veut une réaction au « dolorisme » des années 30, à savoir l'exaltation de la douleur, considérée comme un moyen « de progrès moral et de salut » lié au « péché originel » par certains théologiens (pour qui "La souffrance et la souffrance patiemment endurée a toujours été considérée comme une richesse de l'Église"); il refuse d'accepter la douleur comme un "mal nécessaire"²⁹⁴². Son adversaire principal est le docteur Jean Lhermitte (catholique) et le Révérend Père Morineau (théologien) qui ont publié en 1941 *Qu'est-ce que la douleur?*

Ses thèses apparaissent comme révolutionnaires : en effet, « jusque là on considérait la douleur exclusivement comme un signal d'alarme corporel; et le seul objectif du médecin était de soigner l'affection qui avait déclenché ce signal. Leriche fait de la douleur elle-même l'objet d'une recherche médicale visant à la vaincre. Jusqu'à sa mort, cette perspective oriente ses travaux scientifiques ainsi que le combat d'idées qu'il mène contre le dolorisme »²⁹⁴³.

Malinas Yves (1923-1997)

Gynécologue obstétricien, il est directeur de la Maternité du CHU de Grenoble de 1968 à 1992. Il pratique l'ASD et adhère à la Société française de PPO. Opposant déclaré à l'avortement, il fait partie du comité d'honneur de Laissez-les-vivre dès la création de cette association en 1970.

***Marais Eugène*²⁹⁴⁴ (1871-1936)**

Né en Afrique du Sud, descendant de huguenots français, ce poète est aussi naturaliste, après des études de médecine interrompues. Il aurait vu sa jeune femme mourir en 1895 en donnant naissance à un fils. Son ouvrage le plus connu s'intitule *The soul of the white Ant*, sur le comportement animal, paru en 1937. Son étude sur les biches, qui refusent de reconnaître leur faon après une mise à bas sous anesthésie, est une référence classique des opposants à l'anesthésie pour les accouchements.

²⁹⁴² Roselyne Rey, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 2000, p. 216-27 et 375-376.

²⁹⁴³ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *L'accouchement sans douleur*, Paris, Éditions Ouvrières, 2004, p. 23.

²⁹⁴⁴ Selon l'article « South African Literature », *Encyclopedia Britannica*, vol. 11, p. 34.

Mayer Maurice

Gynécologue obstétricien, Professeur agrégé, accoucheur à l'hôpital Saint Antoine à Paris. Il rencontre Lamaze dans la Résistance. Dans sa pratique, il a toujours recherché des solutions pour soulager la douleur des femmes²⁹⁴⁵, en utilisant des médicaments puis en reprenant la méthode de Read à partir de 1948²⁹⁴⁶. Il fait partie de la Société française de PPO ainsi que de l'AMIF (Association des médecins israélites de France). Il a une sensibilité sociale puisqu'il insiste, dans ses articles, sur la nécessité de généraliser ces méthodes à toutes les femmes, riches ou pauvres. Il se brouille avec Lamaze en 1953 sur la question du type de technique à employer dans l'accouchement sans douleur²⁹⁴⁷.

Merger Robert (1903-1986)

Gynécologue obstétricien, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris et gynécologue-accoucheur à l'Hôpital Saint-Antoine à Paris à partir de 1965. Il est président de la Société française de PPO en 67 et l'auteur de plusieurs *Que Sais-Je* successifs sur l'ASD. Il est parallèlement administrateur de l'Alliance nationale pour la vitalité française dans les années cinquante.

Michel-Wolf fromm Hélène (1914-1969)

Une des premières sexologues françaises, membre du conseil d'administration du MFPPF, en 1962.

Mondor Henri (1885-1962)

Originaire du Cantal, Henri Mondor devient chirurgien des hôpitaux, puis agrégé en 1923. Il est sensibilisé au problème de l'avortement clandestin car il doit opérer de nombreuses femmes en tâchant de sauver leurs vies. Il publie en 1936 un ouvrage sur *Les avortements mortels* qui sert de référence aux médecins jusque dans les années soixante-dix. Parallèlement, ce non conformiste consacre au poète Mallarmé une dizaine de publications. Il est membre de l'Académie de médecine en 1945 et de l'Académie des sciences en 1961. Il est élu à l'Académie française en 1946 au fauteuil de Paul Valéry.

Muldorf Bernard (né en ?)

Neuropsychiatre, communiste, membre de la Société française de PPO, a fait partie des premiers groupes Balint en 1961, et est devenu psychanalyste,

²⁹⁴⁵ Comme le montre son article dans la revue *La Vie Médicale*, octobre 1950, n° 10, sur "L'usage de l'analgésie obstétricale dans les accouchements normaux", p. 26-28.

²⁹⁴⁶ Après une visite à la Maternité de Birmingham où exerce Read. Selon M. Mayer et J. Bonhomme, "La méthode de l'accouchement naturel", *La Vie Médicale*, septembre 1953, p. 756.

²⁹⁴⁷ Selon Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 81.

rejetant l'explication pavlovienne de l'ASD²⁹⁴⁸. Il a publié en 1999 un article, "Le drame des Bluets" dans la revue *Regards*, mai 1999, critique envers le PCF. Il fait aussi partie du MFPPF.

Muller Pierre (1910-1983)

Membre de la Société française de PPO, professeur agrégé à Strasbourg, très opposé à l'avortement.

Nachin Claude (né en 1931)

Médecin communiste, inscrit au PCF de 1952 à 1981, psychiatre puis psychanalyste. Ce militant tente à deux reprises d'infléchir la ligne du PCF anti-contraception : en 1956 puis en 1964.

Nicolaïev: parfois orthographié Nicolaïeff dans les revues françaises.

Prix Staline, théoricien soviétique héritier de Pavlov, plus « réaliste » par rapport à la douleur des femmes que son collègue Velvovski. Nicolaïev est venu en septembre 1950 au Congrès mondial de gynécologie à Paris; il visite la maternité des Bluets où il évoque la méthode de l'ASD²⁹⁴⁹. L'année suivante, Fernand Lamaze, avec d'autres médecins français, séjourne à Leningrad, dans son service (Pierre Rouquès est mort avant ce voyage). Il revient à Paris en 1953, séjour pendant lequel il visite de nouveau la clinique des Bluets qui applique l'ASD inspiré de ses travaux.

Notter Armand (né en 1912)

Gynécologue obstétricien, Professeur agrégé, il exerce à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Membre de la Société française de PPO, il pratique l'accouchement sans douleur. Il applique à la fois la méthode de Read et l'ASD, réalisant une sorte de synthèse à partir de 1952. Il reçoit Read en France en 52 et confronte ses idées avec Velvovski et Nicolaïev en 1961²⁹⁵⁰.

Pavlov (1849-1936) : Prix Nobel de médecine en 1904.

Après des recherches sur les glandes digestives (le chien de Pavlov, conditionné à saliver), il « s'est spécialement orienté vers la physiologie des centres nerveux supérieurs et a conclu à l'existence de deux catégories de réflexes, les réflexes absolus (pour l'équilibre vital) transmis par hérédité et les réflexes conditionnés qui, eux, sont acquis, temporaires et permettent

²⁹⁴⁸ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 163.

²⁹⁴⁹ P. Vellay et Aline Vellay, *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, Paris, Le Seuil, 1954, p. 18.

²⁹⁵⁰ Avant-propos de son ouvrage, *L'accouchement sans douleur*, Paris, Simep éditions, 1968.

l'adaptation de l'individu à son milieu »²⁹⁵¹. Ces réflexes conditionnés peuvent être créés par un conditionnement adéquat. Ces expériences s'appliquent à la perception de la douleur, qui correspond à une localisation précise dans le cerveau et qui peut donc être, selon Pavlov, modifiée, en stimulant une autre zone du cerveau, au moment par exemple du déclenchement de la contraction utérine lors de l'accouchement.

En 1879, il dirige le laboratoire expérimental de Botkine, à Saint-Pétersbourg; celui-ci est un élève de Claude Bernard.

Il occupe la chaire de physiologie à l'Académie de Médecine de Saint-Pétersbourg en 1895. « La loyauté et l'indépendance d'esprit de Pavlov n'ont pas facilité sa carrière. Par contre les étudiants l'adorent [...] En 1899, il sera le seul professeur à désapprouver la sévère répression de la grève des étudiants »²⁹⁵². Il est reconnu dans le monde entier, fait des conférences à Cambridge...

Pendant la Guerre civile qui suit la Révolution d'Octobre 1917, le Soviet des Commissaires de Peuple publie un décret en 1921 en sa faveur, lui octroyant, ainsi qu'à sa femme, « une ration spéciale, égale en calories à deux rations d'académicien » ainsi que la « jouissance à vie de l'appartement qu'ils occupent »²⁹⁵³.

Pincus Gregory G. (1903-1967)

L'un des « pères » de la pilule, aux États-Unis.

Ploquin Max (né en 1930)

Médecin, il ouvre en 1964 une clinique d'accouchement à Châteauroux et la baptise... Les Bleuets. Il milite activement pour l'ASD et est membre de la Société française de PPO.

Portes Louis (1891-195?)

Gynécologue obstétricien, Professeur à Paris, catholique, il est président du Conseil de l'Ordre des médecins entre le début de 1943 et le 27 août 1944 (il a succédé à René Leriche). Réputé pour ses convictions natalistes, il a un grand prestige moral et est de nouveau élu par ses confrères à cette même fonction (l'Ordre est recréé en 45) en 1946.

Protestants français : importance du mouvement Jeunes Femmes qui fournit un certain nombre de pionnières de l'association Maternité Heureuse puis du MFPPF. Déjà, avant 1945, Berthie Albrecht, qui milite pour le droit à la

²⁹⁵¹ H. Vermelin, "Le problème actuel de l'accouchement", *Revue Médicale de Nancy*, janvier 1955, p. 6-7.

²⁹⁵² Selon la notice biographique de N. Baumstein, in I.P. Pavlov, *Typologie et pathologie de l'activité nerveuse supérieure*, Paris, PUF, 1955, p. VIII.

²⁹⁵³ Selon cette même notice biographique, p. XII.

contraception, est une protestante engagée dans un combat d'avant-garde avant de mourir en 1943 pour fait de résistance.

Revault d'Allonnes Claude (1924-1998)

Chercheuse au Centre national de la Recherche scientifique (CNRS), enseignante en psychologie clinique et psychothérapeute. Après des études de philosophie à la Sorbonne, elle se marie et a 5 enfants (elle a accouché pour les deux derniers aux Bluets, en 1953 et 1959²⁹⁵⁴). Elle enseigne à Lille de 1948 à 1953 puis entre au CNRS, jusqu'en 1967, où ses recherches portent sur la douleur lors de l'accouchement. Elle travaille avec Léon Chertok à la Maternité de l'Hôpital Rothschild. Elle termine sa carrière comme Professeur d'université.

Ses travaux portent sur les interactions entre le contexte social et l'ASD. Ses analyses n'épargnent pas les critiques au sujet de l'ASD. Claude Revault d'Allonnes a introduit la psychanalyse dans la réflexion sur l'ASD, en particulier sur les causes des échecs, imputables, selon elle, non à une quelconque inefficacité de la méthode mais à « la psychologie de la parturiente »²⁹⁵⁵. Elle est elle-même critiquée par Marie-José Jaubert pour son soutien sans faille à l'ASD, malgré son attitude plus critique vis-à-vis de la méthode Lamaze au fil des années.

Rivière Marc

Gynécologue obstétricien, Professeur de la Faculté de Médecine de Bordeaux, catholique et se revendiquant comme tel, il s'oppose, dans un premier temps, à l'ASD au nom de raisons idéologiques²⁹⁵⁶, il s'y rallie ensuite. Il s'oppose au droit à la contraception par de nombreux articles signés avec Robert Traissac, autre médecin catholique. Il est cité comme référence scientifique par le D^r Jacques Henriot, lors du débat au Sénat sur la contraception le 5 décembre 1967²⁹⁵⁷

Rouquès Pierre (1900-1952)

Chirurgien, il introduit Lamaze à la polyclinique des Bluets. C'est un « militant communiste de toujours (qui) consacre l'essentiel de sa vie professionnelle à l'organisation de dispensaires municipaux dans les villes de la banlieue rouge pour que la population ouvrière puisse jouir, elle aussi, d'une médecine de qualité. Lorsqu'éclate la guerre d'Espagne en 1936, il crée le Service de santé des Brigades Internationales, puis la Centrale sanitaire internationale qui coordonne depuis Paris toute l'aide internationale dans ce

²⁹⁵⁴ Jocelyne George, *article cité*, 2003, p. 6.

²⁹⁵⁵ Analyse de Jocelyne George, *article cité*, 2003, p. 6.

²⁹⁵⁶ Cité dans Emilien Mourgues, *D'Ogino à Pavlov*, tome II, Paris, Nouvelles Éditions Debresse, 1958, p. 140.

²⁹⁵⁷ *Journal Officiel*, 5-12-1967, n° 58 S, p. 2037.

domaine »²⁹⁵⁸. Le Dr Yves Cachin, résistant dans le même réseau que Rouquès, fait ainsi son portrait: « il est chirurgien et bon chirurgien [...] (C'est) un militant dont la fidélité au Parti est sans failles, *perinde ac cadaver*. »²⁹⁵⁹. Il a adhéré au Parti Communiste dès 1921 et occupe les fonctions de chef de cabinet du ministre communiste de la Santé François Billoux de novembre 44 à novembre 45²⁹⁶⁰. Il est aussi conseiller municipal de Paris de 1945 à sa mort.

Simon Pierre (1925-2008)

Gynécologue obstétricien.

Radical-socialiste au départ, il est grand maître de la Grande Loge de France de 1969 à 1971, et de 1973 à 1975, proche de l'UDF. Il voyage en URSS en 1954. Il fait partie du comité de rédaction de la revue *Bull. off. Soc. int. PPO* en 1962. Vice-président du MFPPF avant la loi de 67 (et président du collège médical de ce même MFPPF), il démissionne en 1969. Pierre Simon est de tous les combats : partisan de l'ASD dans les années cinquante²⁹⁶¹, il œuvre avec succès pour le vote de la loi Neuwirth en 1967 et soutient la loi Veil en 1975.

Sauvy Alfred (1898-1990)

Polytechnicien, directeur de l'INED (1945-1962), président de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (1961-1963), professeur titulaire de la chaire de démographie sociale au Collège de France (1959-1969). Il fut rédacteur en chef de la revue de l'INED *Population*, de 1946 à 1974. Il rédigea de nombreux articles et ouvrages. Il tint, par exemple, dans *Le Monde* une rubrique régulière jusqu'en 1990.

Il fut membre du Conseil économique et social de 1947 à 1974. Il représenta la France aux Nations Unies à la Commission de la statistique puis à celle de la population. Il enseigna à Sciences-Po, à l'École Nationale d'Administration, à Polytechnique et à l'Institut de démographie de l'Université de Paris.

Selon sa notice nécrologique dans la revue de cette association, il est un membre actif de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française (qui devient à partir de 1949 l'Alliance nationale pour la vitalité française) jusqu'à son décès²⁹⁶². Il y rencontre Adolphe Landry, sénateur radical, président de l'Alliance nationale, qui devient son maître à penser. S'il est nataliste, Alfred Sauvy ne l'est pas dans un esprit moraliste ou catholique.

²⁹⁵⁸ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 26.

²⁹⁵⁹ Yves Cachin, *Un distrait*, Paris, Ed. La Cause des Livres, 1997, p. 69.

²⁹⁶⁰ Selon Michel Dreyfus, *op. cité*, 1997, pp. 20-21.

²⁹⁶¹ Il fait paraître en avril 1955 un article sur « l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique » dans le *Bulletin Médical de Paris*, n°69, pp. 71-76.

²⁹⁶² In *Population et avenir*, mars-juin 1996, n° 627-628, non paginé.

Ce serait plutôt un nataliste « pragmatique », attaché à l'augmentation de la population française, non pas à des préceptes religieux.

Pendant la guerre, selon sa fille Anne Wilkinson-Sauvy, « il abrita une année durant [...] Bettina Grandjouan, dame âgée qui risquait d'être déportée en raison de ses origines juives »²⁹⁶³. Son biographe Michel Levy note cependant : « Comme des millions de Français, Alfred Sauvy ne fit acte ni de collaboration ni de résistance positive »²⁹⁶⁴

Sutter Jean (1910-1998)

Médecin, praticien de 1935 à 1958, membre du Conseil de la Fondation pour l'étude des problèmes humains(1943), chef de service à l'INED (à partir de 1945), président de la Société française de Génétique (1960-1963), membre du Conseil d'administration de l'association l'Alliance nationale pour la vitalité française à partir de 1961.

Vellay Pierre (1919-2007)

Médecin à l'Hôpital Rothschild à Paris, secrétaire général de la Soc Fr de PPO. Assistant de Lamaze, gendre du docteur Dalsace.

Vellay n'a jamais adhéré à aucun parti, selon son témoignage²⁹⁶⁵. Mais il a signé l'"Appel de Stockholm" en mars 1950 et a été président du Mouvement de la paix pour le XI^e arrondissement de Paris dans les années cinquante²⁹⁶⁶. Il a aussi appartenu à l'association des Médecins pour la paix²⁹⁶⁷. Il se qualifie lui-même de "médecin progressiste", proche d'Yves Montand et de Simone Signoret²⁹⁶⁸. Il précise dans sa biographie que, comme Gérard Philippe qu'il a bien connu, il avait "le cœur bien à gauche, pour des raisons humanitaires" et qu'il se battait "pour l'amélioration des conditions de vie, pour le respect absolu des droits de l'homme et, un peu avant l'heure, pour celui des droits de la femme"²⁹⁶⁹.

En 1957, dans une préface à un numéro de *Elle Encyclopédie* sur l'ASD, il se présente comme le "fils d'élection du docteur Lamaze, comme il (le Dr Lamaze) se plaisait à le dire"²⁹⁷⁰. Le Dr Vellay défendra Lamaze et sera fidèle à son enseignement toute sa vie. Selon lui, la CGT "s'en foutait de l'ASD" et

²⁹⁶³ Anne Wilkinson-Sauvy, « En mémoire de ... », *Population et avenir*, mars-avril 1999, n° 642, p. 4.

²⁹⁶⁴ Michel Levy, *Alfred Sauvy, compagnon du siècle*, Paris, La Manufacture, 1990, p. 71.

²⁹⁶⁵ Témoignage de Pierre Vellay lors de l'émission de radio *La fabrique de l'histoire*, le 22-12-2003, seconde diffusion le 18-1-2004.

²⁹⁶⁶ P. Vellay, *Un homme libre*, Paris, Grasset, 1985, p. 73 et 148.

²⁹⁶⁷ P. Vellay, *op. cité*, 1985, p. 184.

²⁹⁶⁸ P. Vellay, *op. cité*, Paris, Grasset, 1985, p. 147.

²⁹⁶⁹ P. Vellay, *op. cité*, Paris, Grasset, 1985, p. 157.

²⁹⁷⁰ "L'ASD - un guide indispensable", *Elle Encyclopédie*, 1957, p. 3.

donc n'a pas hésité à menacer Lamaze de renvoi des Bluets quand il y a eu des problèmes. Il a publié en 1985 chez Grasset *Un homme libre*, biographie sans grand intérêt, remplie de lieux communs.

Velovski I. Z., orthographié aussi Velovsky

Neuropsychiatre à Kharkov, en URSS, l'un des inventeurs de la PPO.

Vermorel Henri (né en 1927)

Médecin, devient psychanalyste dans les années 60, rejetant alors l'explication pavlovienne de l'ASD²⁹⁷¹.

²⁹⁷¹ Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, *op. cité*, 2004, p. 163.

ANNEXE 3 – LOIS

Loi de 1920

Loi du 23 juillet 1920 : Vote à la Chambre des députés du projet proposé par M. Ignace.

Motif: Réprimer à la fois, la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

Article premier. - Sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de cent francs à trois mille francs quiconque:

- soit par des discours proférés dans des lieux ou réunions publics;
- soit par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publique, ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics, ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée ou non fermée, à la poste, ou à tout agent de distribution ou de transport, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affiches, dessins, images et emblèmes;
- soit par la publicité de cabinets médicaux ou soi-disant médicaux, aura provoqué au crime d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

Article 2. - Sera puni des mêmes peines quiconque aura vendu, mis en vente, ou fait vendre, distribué ou fait distribuer, de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, sachant qu'ils étaient destinés à commettre le crime d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni consommé, ni tenté et alors même que ces remèdes, substances, instruments ou objets quelconques proposés comme moyens d'avortement efficaces seraient, en réalité, inaptes à le réaliser.

Article 3. - Sera puni d'un mois à six mois de prison et d'une amende de cent francs à cinq mille francs quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura, par l'un des moyens spécifiés aux articles 1er et 2, décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore de faciliter l'usage de ces procédés.

Les mêmes peines seront applicables à quiconque, par l'un des moyens énoncés à l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881, se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité.

Article 4. - Seront punis des mêmes peines les infractions aux articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, lorsque les remèdes secrets sont désignés par des étiquettes, des annonces ou tout autre moyen comme jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse, alors même que l'indication de ces vertus ne serait que mensongère.

Article 5. - Lorsque l'avortement aura été consommé à la suite des manœuvres ou des pratiques prévues à l'article 2, les dispositions de l'article 317 du Code pénal seront appliquées aux auteurs desdites manœuvres ou pratiques.

Article 6. - L'article 463 du Code pénal est applicable aux délits ci-dessus spécifiés.

Article 7. - La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies dans des conditions qui seront déterminées par des règlements d'administration publique.

Loi Neuwirth de 1967

Loi du 28 décembre 1967 proposée par M. L. Neuwirth

Motif: Légalisation de la contraception.

LOI DU 28 DÉCEMBRE 1967

Article premier. - Les articles L 648 et L 649 du Code de la santé publique sont abrogés 1. En conséquence, les mots « anticonceptionnels » et « propagande anticonceptionnelle » sont supprimés de l'intitulé du chapitre V du titre III du Livre V du Code de la santé publique (première partie).

Article 2. - La fabrication et l'importation des contraceptifs sont autorisées dans les conditions fixées par un règlement d'administration publique.

Article 3. - La vente des produits, médicaments et objets contraceptifs est subordonnée à une autorisation de mise sur le marché. délivrée par le ministre des Affaires sociales. Elle est exclusivement effectuée en pharmacie.

Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial, par décision du ministre des Affaires sociales, ne sont délivrés que sur ordonnance médicale ou certificat médical de non-contre-indication. Aucun produit, aucun médicament abortif ne pourra être inscrit sur ce tableau spécial.

Cette ordonnance ou ce certificat de non-contre-indication sera nominatif, limité quantitativement et dans le temps, et remis, accompagné d'un bon tiré d'un carnet de souches, par le médecin au consultant lui-même.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin, dans un établissement hospitalier, un centre de soins agréé ou conformément à des conditions fixées par un règlement d'administration publique.

La vente ou la fourniture des contraceptifs aux mineurs de dix-huit ans non émancipés et des contraceptifs inscrits au tableau spécial aux mineurs de vingt et un ans non émancipés ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal.

Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application du présent article.

Article 4. - Un règlement d'administration publique déterminera les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, ainsi que les modalités de l'agrément, par le ministre des Affaires sociales, des centres de planification ou d'éducation familiale. Ces établissements et ces centres, publics ou privés, ne devront poursuivre aucun but lucratif.

La délivrance des contraceptifs est interdite dans ces établissements et ces centres.

Les pouvoirs publics reconnaissent et soutiennent la mission des associations familiales et des autres mouvements qualifiés pour la préparation lointaine et proche des jeunes au mariage et à la vie adulte, ainsi que pour l'information objective des adultes aux divers problèmes de la vie du couple, de la famille et de l'éducation des jeunes.

Article 5. - Toute propagande antinataliste est interdite. Toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, les produits ou objet, de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives sont interdites, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.

Un décret précisera les modalités d'application du présent article.

Article 6. - Pour les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, un règlement d'administration publique déterminera, d'une part, les conditions de vente

et de fourniture des contraceptifs aux mineurs non émancipés et. d'autre part. les conditions dans lesquelles les établissements et centres visés aux articles 3 et 4 de la présente loi pourront délivrer des contraceptifs.

Ce règlement d'administration publique fixera les modalités d'application des autres dispositions de la présente loi à ces départements en tenant compte de leur situation particulière.

Article 7:

I. Sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement:

- 1) Quiconque aura, de quelque manière que ce soit, importé ou fait importer, fabriqué ou fait fabriquer, vendu ou fait vendre, fourni ou fait fournir, délivré ou fait délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs en infraction aux dispositions de l'article 2, ou des premier, deuxième et quatrième alinéas de l'article 3, ou des règlements pris pour leur application ;
- 2) Quiconque aura contrevenu aux dispositions de l'article 5 ou des règlements pris pour son application.

II. Toutefois, sera puni:

- 1) D'un emprisonnement d'un an à quatre ans et d'une amende de 4000 à 40 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement:
 - a) Quiconque aura, de quelque manière que ce soit, vendu ou fait vendre, fourni ou fait fournir, délivré ou fait délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs à des mineurs non émancipés en infraction aux dispositions des premier, deuxième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 3 et des textes réglementaires pris pour leur application ou pour l'application de l'article 6 ;
 - b) Le praticien qui aura sciemment contrevenu aux dispositions du cinquième alinéa de l'article 3 ou des textes réglementaires pris pour son application ou pour l'application de l'article 6 ;
- 2) D'un emprisonnement de deux mois à six mois et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement qui. conque aura contrevenu aux dispositions du troisième alinéa de l'article 3 ou des premier et deuxième alinéas de l'article 4 ou des textes réglementaires pris pour leur application ou pour l'application de l'article 6.

Article 8. - Chaque année, à l'occasion de la discussion de la loi de finances, le ministre des Affaires sociales publiera un rapport rendant compte de l'évolution démographique du pays, ainsi que de l'application de la présente loi.

Article 9. - Les règlements d'administration publique doivent être publiés au plus tard dans les six mois qui suivent la promulgation de la présente loi.

Journal officiel

Loi Veil de 1975

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

TITRE 1er

Article 1er. - La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Article 2. - Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du Code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du Code de la santé publique.

TITRE II

Article 3. - Après le chapitre III du titre 1er du livre II du Code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé « Interruption volontaire de la grossesse ».

Article 4. - La section 1 du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Section 1

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine

« Article L. 162-1. - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse .

. « Article L. 162-2. - L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 ..

« Article L. 162-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

« 1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

« 2° Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant:

« a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître; *

« b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article 162-4. « Un arrêté précisera dans quelles conditions les Directions départementales d'Action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

« Article L. 162-4. - Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un Centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

- « Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.
 - « Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du Code pénal.
 - « Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.
 - « Article L. 162-5. - Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.
 - « Article L. 162-6. - En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.
 - « L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.
 - « Art. L. 162-7. - Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.
 - « Art. L. 162-8. - Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, (l'intéressée de son refus. « Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.
 - « Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.
 - « Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70 1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.
 - « Article L. 162-9. - Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après (l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.
 - « Article L. 162-10. - Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.
 - « Art. L. 162-11. - L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.
 - « Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7. »
- Article 5. - La section II du chapitre III bis du titre 1er du livre II du Code de la santé publique est ainsi rédigée:

Section II

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique

« Article 162-12. - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ..

« L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une Cour d'appel.

« Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée; deux autres sont conservés par les médecins consultants.

« Article L. 162-13. - Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique. »

« Article 6. - La section III du chapitre III bis du titre Ier du livre II du Code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION III

Dispositions communes

« Article L. 162-14. - Un décret en Conseil d'État fixera les conditions d'application du présent chapitre. »

TITRE III

Article 7. - L'intitulé de la section 1 du chapitre V du livre II du Code de la santé publique est modifié comme suit :

SECTION I

Établissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes

II. - A l'article L. 176 du Code de la santé publique les mots

« une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé » sont remplacés par les mots « un établissement d'hospitalisation privé ».

III. - L'article L. 178 du Code de la santé publique est modifié comme suit:

« Article L. 178. - Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6 (2^e alinéa) et L. 162-9 à L. 162-11. »

IV. - Il est introduit dans le Code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé:

« Article L. 178-1. - Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

« Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récurrence, la fermeture sera définitive. »

Article 8. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre Ier du Livre II du Code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Article 9. - Il est ajouté au titre III, chapitre VII du Code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-2 ainsi rédigé:

« Article L. 181-2. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre Ier du

livre II du Code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret. »

Article 10. - L'article L. 647 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes:

« Article L. 647. - Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du Code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2000 à 20000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué l'interruption de grossesse. même licite, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse.

« En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du Code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie. »

Article 11. - Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre 1er restera en vigueur.

L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du Code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Article 12. - Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du Code pénal est ainsi rédigé :

« Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance ... » (Le reste sans changement.)

Article 13. - En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les Centres de protection maternelle et infantile, de Centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Article 14. - Chaque Centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les Centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Article 15. - Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

(Journal officiel) 18 janvier 1975

ANNEXE 4 – GLOSSAIRE

D'après M. Bariéty et C. Coury, *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, 1963, 1217 p.

Algie : douleur.

Aménorrhée : absence ou disparition des règles survenant en dehors de toute grossesse et avant l'âge de la ménopause.

Analgésie : diminution ou abolition de la douleur.

Anesthésie : abolition de la sensibilité. Elle peut être générale ou locale.

Arythmie : trouble du rythme (cardiaque, respiratoire).

Asepsie : suppression préventive des agents microbiens par stérilisation.

Asthénie : affaiblissement pathologique à dominante neuropsychique. Par extension, le terme s'applique aussi bien à l'affaiblissement des forces générales qu'à celui de la fonction d'un organe ou d'un appareil déterminé.

Bruit de galop : anomalie perçue à l'auscultation du cœur et caractérisée par l'adjonction d'un troisième bruit anormal.

Césarienne : ouverture chirurgicale de la paroi abdominale dans le but d'extraire le fœtus vivant de l'utérus gravide, quand l'accouchement ne peut se faire par les voies naturelles. L'origine du terme est discutée. Certains le rapportent à la naissance de César....

Clinique : qui se rapporte à l'étude du malade, par opposition aux examens de laboratoire.

Curarisant : substance douée d'une action paralysante sur l'activité neuromusculaire, analogue à celle du curare. Les curarisants s'emploient à titre de décontractants.

Dystocique : [accouchement] anormal, difficile. Tokos = accouchement et dys = difficile. Dystocie : difficulté survenant au cours d'un accouchement.

Embryotomie : intervention obstétricale qui vise à morceler un fœtus mort pour en faciliter l'extraction par des voies naturelles.

Etiologie : étude des causes des maladies.

Eutocique : [accouchement] normal.

Hystérie : névrose caractérisée par des manifestations généralement bruyantes et spectaculaires, ne reposant sur aucune altération anatomique décelable. L'origine vient de l'utérus car c'est une maladie réputée féminine.

Laparotomie : ouverture de la paroi abdominale et du péritoine par incision chirurgicale.

Métrite : nom générique donné à toutes les affections inflammatoires de l'utérus.

Nidation : implantation de l'œuf fécondé dans la muqueuse utérine.

Obstétrique : "Art des accouchements".

Œstrus : période du cycle menstruel correspondant à l'ovulation et au temps où la fécondation est possible.

Ovule : cellule femelle destinée à être fécondée. Il s'appelle ovocyte avant l'ovulation.

Oxytocique : produit qui favorise l'accouchement.

Physiologie : partie de la biologie qui a pour objet d'étudier les fonctions et le fonctionnement des organes et des tissus des êtres vivants.

Pithiatisme : état pathologique se manifestant par des troubles susceptibles de disparaître sous l'influence de la seule persuasion.

Prolapsus : chute d'un organe ou d'une partie d'un organe en dehors ou en avant de son emplacement, par suite du relâchement de ses moyens de fixation (prolapsus utérin...), appliqué le plus souvent à l'appareil génital et à la vessie chez la femme.

Puerpéral : qui est propre aux femmes en couches.

Résection : action de couper, de retrancher une portion d'organe en s'efforçant de rétablir la continuité de sa fonction.

Spéculum : instrument destiné à écarter l'orifice d'une cavité naturelle et à en permettre l'examen visuel à l'aide d'une lumière réfléchie par un miroir ou un autre dispositif.

Spermatozoïde : cellule reproductrice mâle. Sa pénétration dans l'ovule constitue la fécondation.

Syndrome : groupement simultané et régulier de signes ou de symptômes en rapport avec un même trouble ou une même lésion.

Vésanie : trouble mental.

ANNEXE 5 – SIGLES

AFFM	Association française des Femmes Médecins
ANEA	Association nationale d'Étude de l'Avortement
ASD	Accouchement sans Douleur
BFSGOLF	Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique de Langue française
BIUM	Bibliothèque interuniversitaire de Médecine, Paris
BOSFPPO	Bulletin officiel de la Société française de PPO
BOSIPPO	Bulletin officiel de la Société internationale de PPO
CGT	Confédération générale des Travailleurs
CHR	Centre hospitalier régional
CIVG	Centre d'IVG
CLER	Centre de Liaison des Équipes de Recherche
CTLes	Centre technique du Livre de l'Enseignement supérieur
DIU	Dispositif intra-utérin, stérilet
GIS	Groupe Information Santé
INED	Institut national d'Études démographiques
INSEE	Institut national de la Statistique et des Études économiques
INSERM	Institut national de la Santé et de la Recherche médicale
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IVG	Interruption volontaire de Grossesse
LCR	Ligue communiste révolutionnaire
LO	Lutte Ouvrière
MFPF	Mouvement français du Planning familial
MLAC	Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception
MLF	Mouvement de Libération des Femmes
MRP	Mouvement républicain populaire
PCF	Parti communiste français
PPO	Psychoprophylaxie obstétricale
PS	Parti socialiste
PSU	Parti socialiste unifié
RP	Révérend Père
RPR	Rassemblement pour la République
RSS	Républiques socialistes soviétiques
RU 486	Roussel-UCLAF 486, pilule du lendemain
SFPPO	Société française de PPO
UDR	Union des Démocrates pour la République
UFF	Union des Femmes françaises
UNR	Union pour la nouvelle République
URSS	Union des Républiques socialistes soviétiques
USTM	Union syndicale des Travailleurs de la Métallurgie

