



Quelles évolutions autour des naissances en France ?

Avec près de 2 enfants par femme, la France a le taux de fécondité le plus haut d'Europe. Cela s'accompagne d'importants changements sociétaux : naissances hors mariage, progression du travail féminin, âge moyen des mères plus élevé (29,8 ans) rendant nécessaire une évolution de la prise en charge périnatale.

Santé et prise en charge médicale au moment de la naissance

Béatrice Blondel
Jennifer Zeitlin

Inserm, UMR S149,
IFR 69, Unité
de recherches
épidémiologiques sur
la santé périnatale et
la santé des femmes,
Villejuif, UPMC -
univ. Paris 06

La période périnatale se caractérise par une évolution rapide des modalités de prise en charge médicale des femmes enceintes et des jeunes enfants, du fait de l'évolution des connaissances et des modifications de l'organisation des soins. Par ailleurs, les caractéristiques des jeunes parents changent, résultat de nouveaux comportements dans le couple, la famille et la vie professionnelle. Cela a pour conséquence des modifications dans la fréquence des situations à risque pour la santé de l'enfant et de la mère. Il est donc indispensable de suivre l'évolution de la santé périnatale en parallèle avec les pratiques médicales et les facteurs de risque.

Les sources de données nationales sur les naissances

L'état civil fournit des données exhaustives sur les naissances et les décès, utiles pour mesurer la natalité et la mortalité, et étudier les caractéristiques socio-démographiques des parents et les causes médicales de décès. En revanche, nous ne disposons pas, comme d'autres pays, d'un registre médical national qui permette de connaître l'état de santé des enfants à la

naissance, les modalités d'accouchement et les facteurs de risque périnataux. Une base de données nationale fondée sur les certificats de santé du 8^e jour est en cours de construction, mais elle ne couvre pas toutes les naissances pour l'instant. L'Audipog (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie) réunit des données hospitalières sur une fraction des maternités françaises et n'a pas pour vocation de fournir des résultats représentatifs au niveau national.

Pour pallier ce manque de données, des enquêtes nationales périnatales sont réalisées régulièrement à la demande du ministère de la Santé, en général tous les trois à cinq ans, pour suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé périnatale, répondre à des questions particulières et permettre ainsi l'évaluation d'actions de santé et l'orientation de pratiques médicales.

Les enquêtes portent sur un échantillon national des naissances comprenant toutes les naissances survenues pendant une semaine dans les maternités françaises. Cet échantillon comprend environ 13 000 naissances en métropole. Les données proviennent des dossiers médicaux des maternités et d'un interro-

gatoire des femmes pendant leur séjour en maternité. La coordination du recueil des données est assurée au niveau départemental par les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et au niveau national par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'unité 149 de l'Inserm. Les trois dernières enquêtes ont été réalisées en 1995, 1998 et 2003. Les principaux résultats présentés ici sont issus de ces enquêtes [17, 18].

Les caractéristiques des parents

On assiste actuellement à un report des naissances vers des âges plus élevés, l'âge moyen des femmes à la naissance de leur enfant étant passé de 26,5 ans en 1977 à 29,5 ans en 2003 [11]. Cela a pour effet d'augmenter la proportion de naissances à des âges où les risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement, et de morbidité pour la mère et l'enfant sont plus élevés. Ainsi, le pourcentage de femmes ayant un enfant à 35 ans ou plus est passé récemment de 12,5 % en 1995 à 15,9 % en 2003 (tableau 1).

La situation familiale au moment d'une naissance se caractérise par une forte proportion de naissances hors mariage (45,2 % des naissances en 2003 selon les statistiques d'état civil). Plus que la situation matrimoniale, c'est la vie en couple qui peut avoir une influence sur le déroulement de la grossesse et la santé à la naissance ; or on constate que la proportion de femmes seules, qui avait légèrement augmenté au cours des années quatre-vingt, est maintenant relativement stable.

Les autres grandes évolutions concernent le niveau d'études et l'emploi, et reflètent la progression générale de l'éducation et de l'activité professionnelle des femmes en France. La proportion de femmes ayant suivi des études au-delà du baccalauréat est passée de 32,6 à 42,6 % en huit ans. Parallèlement on assiste à une augmentation de la proportion de femmes qui ont exercé une activité professionnelle pendant la grossesse de 60,2 à 66 % sur la même période. Cette évolution sociale a des effets positifs importants sur la prise en charge médicale de la grossesse et la santé à la naissance, probablement par l'intermédiaire d'une meilleure sensibilisation à la prévention, d'un accès plus facile au système de santé et de conditions de vie plus favorables. Actuellement, exercer une activité professionnelle pendant la grossesse ne représente plus un facteur de risque de prématurité ni de petit poids à la naissance, en dehors de certaines professions caractérisées par des conditions de travail très difficiles [87]. Cela pourrait s'expliquer par la nature des professions exercées par les femmes et par les nombreuses prescriptions d'arrêts de travail pendant la grossesse ; ainsi, en 2003, moins d'un quart des femmes travaillaient après 32 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire quelques semaines avant le congé maternité.

En dépit de cette évolution favorable, il faut noter qu'au moment d'une naissance de nombreux ménages connaissent une situation financière difficile : dans

18,7 % d'entre eux en 2003, la femme, ou un des membres du couple, avait reçu l'allocation pour parent isolé, le revenu minimum d'insertion ou des indemnités chômage.

La prise en charge médicale

Le nombre moyen de consultations prénatales n'a pas changé au cours de la période étudiée et correspond aux recommandations usuelles d'une consultation par mois (tableau 2). Le gynécologue-obstétricien représente la principale personne consultée pour la déclaration de grossesse (74,5 % en 2003) et pour la suite de la surveillance prénatale. Après la déclaration de grossesse, seulement 15,4 % des femmes ont consulté un généraliste et 26,9 % une sage-femme en maternité. Il est possible que la part de ces deux groupes professionnels dans la surveillance augmente dans l'avenir en raison du manque de gynécologues-obstétriciens et du développement du travail en réseau entre ville et hôpital.

La surveillance prénatale comprend un grand nombre d'examen de dépistage et la France a une politique particulièrement active vis-à-vis du dépistage des anomalies congénitales. Au moment de l'enquête périnatale de 2003, le dépistage de la trisomie 21 comprenait essen-

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 96.

tableau 1

Évolution des caractéristiques des femmes qui accouchent (1995-2003, en pourcentage)

	1995	2003	p
Âge maternel supérieur ou égal à 35 ans	12,5	15,9	<0,001
Vie en couple	93,0	92,7	NS
Niveau études supérieur au baccalauréat	32,6	42,6	<0,001
Activité professionnelle pendant la grossesse	60,2	66,0	<0,001

p : test du khi-deux

Source : Enquêtes nationales périnatales

tableau 2

Évolution de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant (1995-2003)

	1995	2003	p
Nombre moyen de consultations	8,9 + 2,8	8,9 + 2,8	NS
Hospitalisation prénatale (en %)	19,9	18,6	<0,01
Accouchement dans une maternité où plus de 2000 accouchements sont effectués par an (en %)	15,9	35,7	<0,001
Anesthésie loco-régionale (en %)	53,8	74,9	<0,001
Accouchement par césarienne (en %)	15,9	20,2	<0,001
Allaitement au sein unique ou partiel (en %)	51,9	62,6	<0,001

Source : Enquêtes nationales périnatales



Naitre en France

tiellement un dépistage par mesure échographique de la nuque au premier trimestre et des dosages sériques au deuxième trimestre ; ces dosages doivent être systématiquement proposés aux femmes depuis 1997. En 2003, 79,7 % des femmes déclaraient avoir accepté d'avoir ces dosages. Les examens de dépistage et de diagnostic de la trisomie 21 se sont largement diffusés au cours des vingt dernières années en France et ont conduit à une diminution très importante de la prévalence de la trisomie 21 parmi les naissances vivantes. Une estimation de cette baisse a été réalisée à partir des données du registre des malformations congénitales de Paris, en éliminant l'influence de l'âge maternel, qui est un facteur de risque important de trisomie 21. Selon cette source, la prévalence de la trisomie 21 à la naissance a diminué en moyenne de 13 % chaque année, entre 1981 et 2000 [57].

Le nombre de maternités a beaucoup diminué au cours des trente dernières années, passant de 1747 en 1972 à 1223 en 1981, 816 en 1995 et 618 en 2003. Les fermetures définitives ou les regroupements sont dus principalement à des raisons financières et des contraintes de sécurité portant sur le personnel et les équipements. Du fait de cette évolution, on assiste progressivement à une augmentation des naissances dans des maternités publiques de grande taille ; entre 1995 et 2003, les naissances dans des maternités qui assuraient annuellement 2000 accouchements ou plus sont passées de 15,9 % à 35,7 %. De plus, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, les soins périnataux ont été régionalisés : les maternités sont maintenant classées par niveau de spécialisation de I à III et travaillent en réseau, les services périnataux de niveau III ayant pour mission d'accueillir les femmes et les enfants les plus à risque. En 2003, 36,3 % de l'ensemble des femmes ont accouché en niveau I, 44,4 % en niveau II et 19,3 % en niveau III.

Le mode de prise en charge de la douleur a beaucoup

évolué depuis le remboursement de la péridurale par les caisses d'assurance en 1997 : en 2003, les trois quarts des femmes avaient eu une péridurale ou une rachianesthésie pendant le travail.

Le taux de césariennes augmente de manière régulière. Cette évolution entre 1995 et 2003 correspond surtout à une augmentation des césariennes avant travail, qui sont passées de 8,5 à 12,5 % ; elle semble avoir été très générale et elle a concerné différentes situations à risque, telles que les accouchements avant terme, les jumeaux ou les enfants se présentant par le siège.

Le mode de début de travail et le mode d'accouchement sont des caractéristiques de la prise en charge médicale faciles à comparer entre pays, car cette donnée est souvent recueillie et les définitions employées posent peu de problèmes de comparabilité entre pays (tableau 3). Le taux de césariennes en France en 1998 atteignait un niveau moyen (17,5 %) par rapport aux taux des autres pays de l'Union européenne, qui étaient compris entre 11,7 % aux Pays-Bas et 30,8 % en Italie. Il n'est pas possible de définir un taux optimal de césariennes, mais il existe un débat constant au niveau national et international pour éviter un excès de césariennes. Les variations entre pays traduisent des attitudes plus ou moins actives vis-à-vis des complications fœtales et maternelles et de l'importance donnée aux risques liés à la césarienne elle-même par rapport aux bénéfices attendus de cette décision. Elles reflètent également des différences dans les modes d'organisation des soins entre pays et du nombre plus ou moins grand de femmes qui demandent elles-mêmes une césarienne.

En France comme dans la plupart des autres pays, de nombreuses mesures publiques et des initiatives de groupes de soignants ou d'usagers se sont développées en faveur de l'allaitement maternel. Cela s'est traduit par une augmentation du taux d'allaitement au sein pendant le séjour en maternité ; en 2003, 62,6 % des enfants étaient allaités au sein de manière exclusive

tableau 3

Mode d'accouchement dans quelques pays de l'Union européenne en 2000 (en pourcentage)

	Spontané	Instrumental	Césarienne		Total
			Avant travail	Pendant travail	
Allemagne	71,2	6,7	11,1	9,8	20,9
Belgique (Flandre)	70,7	12,3	7,0	10,0	17,0
Danemark	76,0	8,0	8,3	7,7	16,0
Finlande	77,6	6,1	8,8	7,3	16,0
France*	69,6	12,4	7,9	9,6	17,5
Italie*	62,8	6,0	-	-	30,8
Pays-Bas	77,0	11,0	7,0	4,6	11,7
Suède	81,0	7,7	8,1	6,8	15,4
Royaume-Uni (Angleterre)	66,6	11,1	12,7	8,8	21,5
Écosse	65,2	12,0	7,7	14,0	21,9

* En 1998.

Source : [97].

ou partielle [20]. Toutefois le taux français demeure bien inférieur aux taux observés dans d'autres pays européens ; par exemple, en Suède en 2000 plus de 90 % des enfants étaient allaités exclusivement au sein au moment du séjour en maternité [97].

État de santé à la naissance

En 2003, le taux de mortinatalité (enfants mort-nés) était de 8,9 pour 1 000 et le taux de mortalité néonatale (pendant les quatre premières semaines suivant la naissance) était de 2,7 pour 1 000 (tableau 4). La mortalité néonatale a diminué de manière assez régulière au cours des années quatre-vingt-dix [11]. En revanche, il est difficile de décrire l'évolution de la mortinatalité, car le seuil d'enregistrement des décès est passé de 28 semaines à 22 semaines ou 500 grammes en 2002, ce qui a eu pour effet de presque doubler les taux en une année. En dehors de cette question de seuil d'enregistrement, le niveau de la mortalité est le résultat de la qualité des soins, mais dépend aussi des politiques suivies vis-à-vis des enfants ayant un très mauvais pronostic, tels que certains enfants très prématurés, ou des enfants porteurs de malformations sévères. L'ensemble de ces considérations rend difficiles les comparaisons temporelles ou géographiques des taux de mortalité.

Parmi les naissances vivantes, 6,3 % des enfants naissent prématurément, c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhée, et 7,2 % ont moins de 2 500 grammes. Un âge gestationnel faible et un petit poids compte tenu de l'âge gestationnel sont des caractéristiques très liées à la mortalité et à la santé dans les années suivant la naissance [7, 56, 62]. Ainsi, 67 % des décès néonataux surviennent en France après une naissance prématurée [15]. Par ailleurs, dans la cohorte Epipage, portant sur tous les enfants grands prématurés nés en 1997 dans neuf régions françaises, 8 % des enfants de moins de 33 semaines présentaient une paralysie cérébrale à deux ans et cette atteinte passait de 20 % chez les enfants nés entre 24 et 26 semaines à 4 % chez les enfants nés à 32 semaines [8].

Il semble que la prématurité ait tendance à augmenter récemment ; toutefois, cette évolution est difficile à mesurer car il faudrait disposer de données sur toutes les naissances, ou sur un échantillon de naissances plus grand que celui des enquêtes nationales périnatales.

La gémellité représente un facteur de risque important de mortalité et morbidité. En France, le taux de naissances gémellaires augmente de manière régulière depuis le milieu des années soixante-dix, passant de 8,8 pour 1 000 femmes ayant accouché en 1972 à 15,8 ‰ en 2004 [11]. Cette évolution est due à une augmentation de l'âge des mères et au recours plus fréquent à des traitements de l'infertilité [16]. Les jumeaux présentent un risque de prématurité de 8 à 10 fois supérieur à celui des enfants uniques, et donc des risques plus élevés de mortalité et de handicap d'origine périnatale.

tableau 4

État de santé des enfants à la naissance : situation en France en 2003

Mortinatalité pour 1 000 naissances ^a	8,9
Mortalité néonatale (0 à 27 jours) pour 1 000 naissances vivantes ^a	2,7
Prématurité (inférieur à 37 semaines) (en pourcentage des naissances vivantes) ^b	6,3
Poids inférieur à 2 500 g (en pourcentage des naissances vivantes) ^b	7,2
Accouchement gémellaire pour 1 000 femmes ^a	15,5

Sources : a. Insee, statistiques d'état civil ; b. Enquête nationale périnatale.

La régionalisation des soins s'est progressivement mise en place, notamment depuis la parution du décret définissant les niveaux de spécialisation des services¹ (1998). En Ile-de-France, la proportion d'enfants nés vivants de moins de 32 semaines, dont la naissance a eu lieu en maternité de niveau III, est passée de 66 % en 1997 à 76 % en 2003 [99]. Faire naître des enfants à haut risque dans une maternité avec une unité de soins intensifs sur place devrait diminuer les risques de mortalité et de morbidité [93].

Conclusion

L'évolution des principaux indicateurs périnataux donne une image nuancée de la situation française : amélioration de la situation sociale avec toutefois une augmentation de l'âge maternel et un nombre important de femmes en situation précaire ; prise en charge médicale tenant compte au mieux des progrès scientifiques et des connaissances, tout en maintenant un nombre de consultations prénatales ou un taux de césariennes modérés, mais aussi certaines faiblesses dans la prévention, comme le montre le taux d'allaitement. Sur le plan de la santé, la France semble se situer dans une position moyenne par rapport aux autres pays européens pour la mortalité foeto-infantile, sachant que les taux sont beaucoup plus faibles dans les pays du nord de l'Europe. Les comparaisons internationales relatives à l'impact de la période périnatale sur la santé à plus long terme sont plus difficiles en raison du manque de données et des variations dans les définitions employées dans les différents pays.

Les principaux enjeux dans l'avenir vont porter sur plusieurs points : l'organisation des soins, compte tenu de la démographie médicale et du nombre restreint de maternités, l'utilisation optimale des techniques médicales pour répondre aux besoins sans dériver vers la sur-médicalisation, et l'évaluation des soins pour continuer à réduire la mortalité et les handicaps à long terme. *J*

1. Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le Code de la santé publique. *Journal officiel*, Paris, 1998.



Histoire de la naissance en France (XVII^e-XX^e siècle)

Marie-France Morel
Historienne,
présidente de la
Société d'histoire de
la naissance

L'histoire de la naissance a longtemps été une histoire immobile : pendant des millénaires, chaque femme accouchait à la maison, dans un espace familial, entourée de compagnes plus ou moins expertes. Deux mutations essentielles, l'une concernant les accompagnants, l'autre le lieu de l'accouchement, vont changer radicalement les conditions de la naissance. C'est aux XVII^e et XVIII^e siècles, l'apparition d'abord timide, puis décidée, des hommes accoucheurs. Au XIX^e siècle, les développements de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène changent les conditions d'accueil dans les hôpitaux et conduisent au XX^e siècle au basculement définitif de la majorité des accouchements du domicile vers le milieu hospitalier, qui aboutit à une médicalisation totale de la naissance.

La naissance traditionnelle jusqu'au XVIII^e siècle

Pendant des siècles, les naissances ont lieu à la maison dans un espace quotidien : événement hors du commun malgré sa fréquence, l'accouchement, tout comme la mort, se passe là où vit au jour le jour et depuis des années une lignée familiale, dont le destin s'identifie à une maison, à un village, dont on fait partie et d'où l'on ne bouge guère. En donnant le jour à son enfant, chaque mère est reliée à toutes les mères qui, avant elle, ont fait naître leurs enfants au même endroit ; maillon d'un vaste cycle vital qui dépasse son individualité propre, elle est intégrée, avec son enfant, pour

le meilleur et pour le pire, dans une large communauté de vivants et de morts.

La naissance a lieu dans la pièce la plus utilisée, la salle commune, qui est souvent la seule à posséder une cheminée : à l'aide d'un grand feu de bois, on maintient la chaleur, essentielle à la mère et à l'enfant. La pièce tout entière est calfeutrée, comme un véritable huis clos, à la fois pour se prémunir du froid et pour empêcher les mauvais esprits d'entrer. Chez les plus pauvres, on accouche fréquemment à l'étable : les bêtes familières y donnent une chaleur régulière et la paille est facile à nettoyer ; pour les gens des XVI^e et XVII^e siècles, la naissance de l'Enfant Jésus est moins extraordinaire qu'il n'y paraît.

La parturiente est assistée par un entourage exclusivement féminin : au centre, la matrone (appelée « la femme qui aide », ou la « mère-mitaine », ou la « bonne mère ») est bien connue de tout le village ; elle est en général âgée, et donc disponible ; elle a appris son métier sur le tas, sans étudier. Souvent fille ou nièce de matrone, il lui a suffi de réussir quelques accouchements pour avoir la confiance des villageoises ; elle ne sait en général ni lire ni écrire, et le curé qui surveille ses compétences ne lui demande que de savoir réciter les formules du baptême, au cas où elle devrait ondoyer un nouveau-né mal en point. Elle est souvent aussi celle qui s'occupe de la toilette des morts ; ce double rôle indique bien comment, dans l'ancienne société,

Modèle de serment, proposé par l'Église en 1786 pour les sages-femmes formées à l'Hôtel-Dieu de Paris

« Je [...] promets et jure à Dieu, le créateur tout puissant, et à vous, Monsieur qui êtes son ministre, de vivre et de mourir dans la foi de l'Église catholique, apostolique et romaine, et de m'acquitter, avec le plus d'exactitude et de fidélité qu'il me sera possible, de la fonction qui m'est confiée. J'assisterai de nuit comme de jour dans leurs couches les femmes pauvres comme les riches ; j'apporterai tous mes soins pour qu'il n'arrive aucun accident ni à la mère et ni à l'enfant. Et si je vois un danger qui m'inspire une juste défiance de mes forces et de mes lumières, j'appellerai les médecins ou les chirurgiens ou des

femmes expérimentées dans cet art pour ne rien faire que de leur avis et avec leur secours. Je promets de ne point révéler les secrets de familles que j'assisterai ; de ne point souffrir qu'on use des superstitions ou des moyens illicites, soit par paroles, soit par signes, ou de quelque autre manière qui puisse être, pour procurer la délivrance des femmes dont les couches seront difficiles et paraîtront devoir être dangereuses ; mais de les avertir de mettre leur confiance en Dieu, et d'avoir recours aux sacrements et aux prières de l'Église. Je promets aussi de ne rien faire par vengeance, ni par aucun motif criminel ; de ne jamais

consentir sous quelque prétexte que ce soit à ce qui pourrait faire périr le fruit ou avancer l'accouchement par des voies extraordinaires et contre nature ; mais de procurer de tout mon pouvoir, comme femme de bien et craignant Dieu, le salut corporel et spirituel tant de la mère que de l'enfant. Enfin, je promets d'avertir sans délai mon pasteur de la naissance des enfants ; de n'en baptiser ou de ne souffrir qu'on en baptise aucun à la maison, hors le cas d'une vraie nécessité, et de n'en porter aucun à baptiser aux ministres hérétiques. »

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 96.

on reconnaît la proximité fondamentale entre les deux extrémités de la vie. Elle doit être à la fois agréée par le curé (elle doit savoir baptiser correctement), et par les familles, dont elle connaît souvent les secrets.

Autour de la matrone, pour l'aider et soutenir la future mère, les parentes, amies, voisines sont là, accourues dès l'annonce des premières douleurs, sans qu'il soit besoin d'une invitation formelle : chaque naissance est l'affaire de toutes les femmes du village et n'est pas comme aujourd'hui un événement intime, privé, solitaire ou exclusivement familial. Le rôle de ces « commères » n'est pas aussi insignifiant qu'il y paraît : avant la naissance, elles aident à préparer le lit, les linges, le feu, l'eau chaude, le fil. Pendant le travail, elles évoquent leurs propres couches, donnent leurs petites recettes et disposent les amulettes (ceinture de la Vierge, sachet d'accouchement, pierre d'aigle, bézoard, rose de Jéricho) qui aident au travail et dissipent l'angoisse de la parturiente ; pendant les moments difficiles, elles calment la parturiente, la maintiennent, l'essuient et prient à haute voix la Vierge ou sainte Marguerite ; elles rassurent et accompagnent. Après la naissance, elles lavent et emmaillotent le bébé, préparent pour l'accouchée une soupe reconstituante et nettoient sommairement la pièce. Les jours suivants, elles reviennent pour commenter l'événement et aider aux divers travaux domestiques que ne peut accomplir la nouvelle mère restée alitée. Cette solidarité féminine constitue un élément sécurisant dans le rite de passage angoissant qu'est une première naissance.

En revanche, les jeunes filles qui n'ont pas encore l'âge de cette étape rituelle et qui n'ont pas encore enfanté sont tenues à l'écart, ainsi que les enfants. En principe, les hommes ne sont pas admis, sauf le père, dont la force et l'expérience du vèlage peuvent être utiles en cas d'accouchement difficile. Comme il le fait parfois avec les vaches, il peut avoir à retourner le fœtus dans la matrice s'il se présente mal ; il lui faut parfois tenir sa femme dans une position difficile pour faciliter la naissance. Dans certaines régions, son rôle est mieux précisé : c'est lui qui, au sortir de la matrice, reçoit l'enfant dans sa propre chemise, toute chaude encore de la chaleur de son corps. Ce geste a une signification très riche : il permet très concrètement de réchauffer le bébé ; il veut aussi dire que, dès la sortie du ventre maternel, c'est le père qui prend en charge sa socialisation.

Dans la France traditionnelle, la femme accouche toujours « à couvert », sous les draps et les vêtements, car il ne convient pas qu'elle se montre nue, même partiellement, à son entourage. En revanche, elle peut prendre diverses postures, si elle souhaite accoucher plus commodément. Certaines positions sont plus pratiquées que d'autres, suivant les provinces : la plus fréquente est celle où la femme est sur le dos, à demi couchée et à demi assise, les reins surélevés par des coussins ; elle peut être soit sur son propre lit, soit sur un petit lit pliant, placé au plus près du feu, appelé « lit de misère » ; deux femmes lui maintiennent alors les

genoux écartés. En Angleterre, la future mère, couchée de côté sur le bord du lit, les genoux pliés, est accouchée par derrière. Ailleurs, elle peut être assise sur une autre femme, sur le bord du lit ou sur une sorte de chaise percée, destinée spécialement aux accouchements (très fréquente en Alsace, Lorraine, Flandre et dans les pays germaniques). Dans d'autres régions, la femme accouche debout, les bras levés et appuyés sur une barre de bois ; ailleurs, elle peut être à genoux, sur de la paille, appuyée sur une chaise. Cette relative liberté ne signifie pas que les femmes sont à l'aise en accouchant : la douleur est toujours là, considérée comme inévitable, en application du précepte biblique de la Genèse : « *Tu enfanteras dans la douleur* ».

Malgré son climat chaleureux, il ne faut pas trop regretter l'accouchement d'autrefois : à cause de l'impuissance de la médecine de l'époque ou de l'impéritie des matrones, trop de femmes en meurent et bien d'autres sont mutilées à vie, ainsi que leurs enfants. On estime à 1 ou 2 % la mortalité des femmes en couches dans la France du XVIII^e siècle, qu'il s'agisse des conséquences d'accouchements impossibles par suite d'une mauvaise présentation ou de l'étroitesse du bassin (la césarienne est quasiment impraticable en l'absence d'anesthésie et de techniques de suture de l'utérus), d'hémorragies du *post-partum* ou de fièvres puerpérales. Ce risque se renouvelant à chaque grossesse, comme les femmes ont en moyenne cinq enfants, cela signifie que 10 % des femmes en âge de procréer meurent à la suite d'un accouchement.

Seules les pauvresses ou les filles mères, qui n'ont nulle part où aller, accouchent à l'hôpital, qui n'est pas un établissement de soins, mais un lieu d'assistance, où l'on recueille les malades pauvres ; on y meurt beaucoup plus qu'ailleurs, à cause de l'entassement et de la contagion des « fièvres » qu'on ne sait pas maîtriser. En temps ordinaire, 10 % des accouchées meurent, mais, à certains moments, la mort en emporte plus de la moitié.

Les transformations de la naissance à domicile au XVIII^e siècle

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les couches cessent d'être accompagnées uniquement par des femmes ; des accoucheurs commencent à apparaître dans les chambres de gésine. Traditionnellement, les hommes de l'art n'ont pas le droit d'assister aux couches par « décence ». Mais des chirurgiens peuvent être parfois appelés pour délivrer des femmes dont le fœtus est mort (ils se servent alors de leurs instruments pour dépecer le corps). Peu à peu ces hommes commencent à rédiger des traités d'obstétrique et à vouloir faire des accouchements ordinaires, pour accroître leur exercice et gagner davantage. À partir des années 1650, la « mode » de l'accoucheur se répand dans la noblesse et dans la bourgeoisie. Non sans réticences cependant ; certaines parturientes sont effrayées par les chirurgiens, qu'elles considèrent plus comme des bouchers que comme des



Naitre en France

soignants ; les maris craignent une possible séduction de leur femme par un homme jeune et beau, qui est pourtant tenu d'opérer à couvert, sans voir les parties génitales de la patiente. Mais les accoucheurs savent vite se rendre indispensables auprès des maris, qui ne veulent plus voir mourir leurs femmes et pour qui ils représentent la force et la sécurité, surtout dans le cas où l'enfant se présente mal. C'est souvent à la faveur d'un accouchement « contre nature » réussi qu'un chirurgien parvient à gagner la confiance d'une famille ou d'un quartier. Les femmes, aussi, leur sont de plus en plus favorables : au début, elles les acceptent de manière exceptionnelle pour les accouchements difficiles ; puis, l'habitude étant prise, elles les convoquent d'emblée, pour les accouchements suivants. Plus profondément, au sein de chaque individu, la conscience de la vie et de la mort est en train de changer ; désormais, les femmes n'acceptent plus de mourir en couches ; elles veulent la vie sauve pour elles et pour leurs bébés.

« Les princesses et toutes les dames de qualité choisissent des accoucheurs : les bonnes bourgeoises suivent leur exemple et l'on a entendu dire aux femmes des artisans et du menu peuple que, si elles avaient les moyens de les payer, elles les préféreraient aux sages-femmes. »
Pierre Dionis, chirurgien parisien en 1718.

L'arrivée de l'accoucheur dans un monde traditionnellement réservé aux femmes transforme les pratiques de la naissance. Tout d'abord, il fait sortir la plupart des « commères », sous prétexte qu'il faut faire silence et aérer la pièce ; il fait aussi ouvrir les fenêtres et réduire le feu, afin que l'air circule ; toutes attitudes qui vont totalement à l'encontre des traditions anciennes qui valorisent la solidarité féminine, la chaleur et le renfermement. Certes, l'accoucheur agit ainsi pour la sécurité de la femme, mais celle-ci se trouve de plus en plus seule, face à lui. Il lui impose aussi la position la plus commode pour lui et la plus dépendante pour elle, en la faisant coucher sur le dos, ce qui est une gêne par rapport à la liberté des anciennes postures. Dans l'obstétrique savante du XVIII^e siècle, seule la position allongée sur le dos est convenable ; les autres positions sont condamnées au nom de la décence, car elles « répugnent à l'humanité » ; la femme qui les pratique peut être comparée à une bête !

L'accoucheur réussit également à s'imposer parce qu'il travaille avec de nouveaux instruments relativement efficaces, les leviers et forceps, mis au point conjointement en France et en Angleterre à la fin du XVII^e siècle. Ils deviennent le privilège exclusif des hommes, médecins ou chirurgiens, puisque matrones et sages-femmes, même instruites, n'ont pas le droit de s'en servir. Certains abusent du pouvoir conféré par les instruments, employés à n'importe quel moment et estropient ou font mourir mères et enfants. Certaines femmes d'ailleurs les voient arriver avec terreur, car leur seule vue signifie un danger de mort. Mais, le plus souvent, les instruments

(surtout le forceps courbe de Levret et de Smellie) représentent un progrès : ils permettent la naissance de bébés qui autrefois seraient restés enclavés dans le bassin, provoquant la mort de leur mère. Grâce à la pratique instrumentale, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel : il nécessite le recours à un homme de l'art, à la fois savant et fort. C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance.

Même si les hommes sont de plus en plus nombreux à pratiquer l'obstétrique, les matrones font encore l'essentiel des accouchements, surtout à la campagne. À partir des années 1750, en France, ces matrones sont l'objet de critiques virulentes de la part des médecins. Comme l'écrit Joseph Raulin en 1770, « tous les jours, elles font périr en même temps la mère et l'enfant, faute des connaissances nécessaires et requises pour les conserver ». En particulier, elles sont accusées de tirer inconsidérément sur tout ce qui se présente hors de la matrice, qu'il s'agisse d'un bras, d'un pied ou d'une épaule, au risque de démembrer l'enfant. Si le fœtus reste enclavé dans le bassin de la parturiente, elles n'ont d'autre ressource que de le sortir par petits morceaux, à l'aide d'un crochet, car il importe de sauver plutôt la mère (déjà adulte et qui pourra avoir d'autres enfants) que le nouveau-né (qui est, de toute façon, une petite existence fragile).

À partir de 1760, pour empêcher les mères et les enfants de mourir en trop grand nombre, le pouvoir royal s'efforce de transformer les matrones de campagne en véritables sages-femmes en leur donnant une rapide formation médicale. À l'initiative d'une maîtresse sage-femme, M^{me} du Coudray, formée à l'Hôtel-Dieu de Paris, des cours itinérants sont organisés dans toute la France de 1759 à 1783, avec une pédagogie originale à base de récitation de leçons et de travaux pratiques sur un mannequin d'osier, recouvert de tissu. Après le passage de M^{me} du Coudray dans une province, les chirurgiens-accoucheurs de l'endroit continuent à assurer les cours : en quarante ans, deux cents accoucheurs-démonstrateurs formeront dix à douze mille sages-femmes (il y a à l'époque environ un million de naissances par an). À la différence des anciennes matrones qui avaient été choisies par les femmes du village, les nouvelles sages-femmes formées à la ville ne sont plus aussi proches des femmes qu'elles assistent. Comme elles l'ont appris de leurs maîtres, elles veulent aérer et faire sortir les compagnes inutiles ; elles ont aussi une attitude plus distante vis-à-vis du travail et de la souffrance ; elles ne veulent plus être celles qui accompagnent, qui encouragent les cris et aident à enfanter. Elles sont plus insensibles et autoritaires. Si, entre leurs mains, la naissance a plus de chances de bien se passer, la femme en mal d'enfant se retrouve aussi plus isolée.

La médicalisation de la naissance au XIX^e siècle

À partir de 1803, la formation des sages-femmes s'améliore, puisqu'elles doivent suivre pendant un an des cours théoriques dans les facultés de médecine ou

dans les hôpitaux, et apprendre la pratique, non plus sur des mannequins, mais auprès des accouchées des hôpitaux. En 1894, leur formation est renforcée et dure deux ans. En théorie, elles n'ont le droit de faire que les accouchements naturels et doivent appeler le médecin pour les accouchements « laborieux » ou contre nature, qui nécessitent le recours au forceps ou à la césarienne. Ce partage des tâches souffre néanmoins des exceptions : ainsi, à la maternité de Port-Royal à Paris, grand établissement d'accueil des femmes en couches des milieux défavorisés de la capitale et siège d'une école de sages-femmes renommée, Marie-Louise Lachapelle, sage-femme en chef de 1798 à 1821, effectue couramment les accouchements au forceps, sans que le chirurgien en chef attaché à la maternité puisse l'évincer. Les femmes qui lui succèdent dans cette fonction conserveront cette prérogative. C'est seulement à la fin du XIX^e siècle, avec la création du corps des accoucheurs des hôpitaux en 1881, que les sages-femmes en chef de Port-Royal cessent d'avoir le droit d'utiliser les instruments. Quant aux sages-femmes de campagne, qui doivent faire face seules aux situations d'urgence, il n'est pas rare qu'elles aient un forceps dans leur trousse.

Pendant les deux premiers tiers du XIX^e siècle, malgré une meilleure formation des soignants, les hôpitaux restent encore des lieux effrayants qui n'accueillent que les filles mères ou les pauvresses. Les naissances y sont bien plus dangereuses qu'à domicile. Dès 1856, des statistiques précises ont établi que la mortalité en couches à la maternité de Port-Royal à Paris est dix-neuf fois plus forte qu'en ville (5,9 % contre 0,3 %). Ce sont surtout les épidémies de fièvre puerpérale, récurrentes jusqu'en 1880, qui déciment les nouvelles accouchées : ainsi, en mai 1856, à la maternité de Port-Royal, 31 des 32 accouchées meurent !

On ne connaît ni les causes ni les vecteurs de la propagation de la fièvre puerpérale, même si on la sait très contagieuse. Comme on pense que le mal se propage par les « miasmes » de l'air, on se contente d'aérer les locaux par des courants d'air, après avoir isolé les

malades ; le personnel n'est pas encore en blouse blanche et se lave rarement les mains, transmettant ainsi, sans le savoir, avec les doigts, les pansements et les instruments, les germes d'une femme à l'autre. Il faudra un changement de mentalité radical pour que les médecins, à la suite des travaux de Semmelweis à Vienne, de Lister à Edimbourg, et de Pasteur à Paris, acceptent de reconnaître qu'ils sont les principaux agents de transmission de l'épidémie. À Paris, après 1870, Tarnier met en œuvre la première politique de prévention de la fièvre puerpérale par une hygiène rigoureuse : construction d'un pavillon modèle avec chambres individuelles, lavage des pièces à grande eau après chaque occupation. À partir de 1878, un pas décisif est franchi lorsque Pasteur montre aux médecins l'importance vitale des pratiques rigoureuses d'asepsie, d'antisepsie et de stérilisation. Mises en application, elles permettent une baisse radicale de la mortalité maternelle : dès 1892, à la Maternité de Paris, elle descend en dessous de 0,5 % et, après 1900, elle n'est plus que de 0,13 %. Peu à peu l'hôpital cesse de faire peur et apparaît comme un lieu aseptisé, où l'on pratique une médecine qui sauve et qui guérit.

D'autre part, à partir des années 1840, la médecine découvre le pouvoir des « drogues » anesthésiantes et analgésiques (opium, morphine, chloroforme, éther). Si ces découvertes changent surtout les conditions d'exercice de la chirurgie en rendant possibles les anesthésies, elles peuvent aussi s'appliquer aux accouchements. En 1853, la reine Victoria donne naissance à son huitième enfant sous chloroforme. La méthode, connue dès lors sous le nom d'accouchement « à la reine », est simple : on fait aspirer par le nez quelques gouttes de chloroforme à la parturiente au début des contractions, ce qui a pour effet de faire cesser les douleurs, avec un sommeil léger. La méthode devient vite populaire en Angleterre et aux États-Unis. En France, les médecins sont plus réservés : soulignant les effets secondaires de la méthode (inertie utérine et hémorragies à la délivrance), ils pratiqueront peu l'anesthésie obstétricale. En revanche, dans les pays

Une épidémie de fièvre puerpérale à la Maternité de Paris dans les années 1860

« Elle était là depuis plusieurs heures, abîmée dans ce doux affaissement de la délivrance qui suit les épouvantables déchirements de l'enfantement [...] Tout à coup un cri [...] Presque au même instant, d'un lit à côté, il s'éleva un autre cri horrible, perçant, terrifié, le cri de quelqu'un qui voit la mort [...] Il y avait alors à la Maternité une de ces terribles épidémies puerpérales qui soufflent la mort sur la fécondité humaine, un

de ces empoisonnements de l'air qui vident, en courant, par rangées, les lits des accouchées et qui autrefois faisaient fermer la clinique : on croirait voir passer la peste, une peste qui noircit les visages en quelques heures, enlève tout, emporte les plus forts, les plus jeunes, une peste qui sort des berceaux, la Peste noire des mères ! C'était tout autour de Germinie, à toute heure, la nuit surtout, des morts telles qu'en fait la fièvre de lait, des

morts tourmentées, furieuses de cris, troublées d'hallucination et de délire, des agonies auxquelles il fallait mettre la camisole de force de la folie, des agonies qui s'élançaient tout à coup, hors d'un lit, en emportant les draps et faisaient frissonner toute la salle de l'idée de voir revenir les mortes de l'amphithéâtre. »

Les Frères Goncourt, *Germinie Lacer-teux*, Paris, 1865, chapitre xx.



anglo-saxons, les femmes, informées et regroupées très tôt en associations actives, sont nombreuses à demander l'administration des drogues, dès les débuts du travail. Les médecins, plutôt réticents au départ, sont amenés à y recourir de plus en plus, pour satisfaire leur clientèle. Mais, paradoxalement, cette volonté des femmes d'abolir la douleur les conduit à dépendre plus exclusivement du médecin : car les sages-femmes, même les mieux formées, ne peuvent administrer les drogues, pas plus qu'elles ne sont autorisées à se servir des instruments. Seuls les hommes médecins savent doser les analgésiques et détiennent ainsi la possibilité d'un bon accouchement, sans douleur. Il faut donc recourir de plus en plus à eux, avec tout ce que cela implique de distance prise par rapport à l'ancienne sociabilité féminine de la chambre d'accouchement. En outre, la sophistication de plus en plus grande des méthodes employées conduit le médecin à attirer ses clientes vers l'hôpital qui, à la même époque, se transforme pour devenir un espace de soins.

L'accouchement à l'hôpital au xx^e siècle

En France, comme aux États-Unis, c'est dans les années vingt-trente que la naissance en milieu médicalisé se répand, surtout dans les grandes villes ; à Paris, en 1939, il concerne déjà la majorité des naissances (67,8 %, contre 7,7 % à domicile et 24,3 % chez une sage-femme). En France, les femmes acceptent ce changement pour diverses raisons. D'abord, parce que l'État les aide davantage au moment de leurs couches, depuis qu'il a pris conscience des dangers de la dénatalité. En effet, la France se dépeuple dangereusement : le taux de natalité baisse régulièrement (21,4 % en 1920 ; 14,6 % en 1938) et, à partir de 1935, le chiffre absolu des décès l'emporte sur celui des naissances. Pour stimuler la natalité, l'État est amené à aider pour leurs couches les salariées les moins payées : elles ont droit à une prise en charge forfaitaire des frais d'accouchement, au versement pendant douze semaines d'une indemnité égale à la moitié du salaire et à des allocations mensuelles d'allaitement. Même si, en 1939, la loi est encore mal appliquée (un tiers seulement des naissances donnent lieu à des prestations), elle fait de l'accouchement un acte médical, et non plus un acte d'entraide ou d'assistance, comme il l'était autrefois. Cela habitue peu à peu les futures mères à l'idée de faire leurs couches dans un espace médicalisé.

D'autant plus que, dans le même temps, l'hôpital a changé pour devenir un haut lieu de technicité médicale. Ainsi pour la très ancienne « maison d'accouchement » qu'est la maternité du boulevard de Port-Royal, à Paris : de 1922 à 1929, sous la direction du docteur Couve-laire, l'établissement est complètement transformé ; de l'hospice traditionnel voué à l'assistance des femmes les plus pauvres, on passe à un établissement moderne et plurifonctionnel, dont l'architecture, soigneusement pensée, reflète les différentes finalités : maison d'accouchement, mais aussi lieu de consultations de gros-

sesse, de gynécologie et de puériculture. À côté de la maternité et des consultations spécialisées, on trouve des laboratoires d'analyses, un centre de donneuses de lait, une consultation prénuptiale, un dispensaire antisyphilitique et une maternité spécialement isolée pour les tuberculeuses. Les locaux sont vastes, propres, aérés, confortables ; dès son arrivée, chaque patiente est orientée par le spécialiste vers le service qui convient à son état ; on est à l'opposé du désordre et de la promiscuité qui caractérisaient les anciens établissements hospitaliers. Mais le quotidien de l'hôpital reste encore marqué par son passé d'assistance aux pauvres.

Malgré des progrès évidents accomplis en matière de sécurité et de confort, l'hôpital garde longtemps une image défavorable : les femmes qui en ont les moyens préfèrent toujours accoucher à domicile, même dans les grandes villes. L'accouchement à la maison est effectué en général par une sage-femme, ou un médecin généraliste dont la formation obstétricale est assez sommaire (trois semaines de stage hospitalier). Pour les femmes des milieux aisés, le journal *Maman*, en février 1932, donne une longue liste d'objets à préparer avant la naissance. La minutie et la longueur des prescriptions ne doivent pas décourager celles qui choisissent d'accoucher chez elles, car « cet acte physiologique s'accorde à merveille d'un milieu intime, familial, discret ». À la campagne, les grands hôpitaux modernes n'existent pas : les sages-femmes viennent à domicile, ou surveillent les accouchements dans de petites maternités rurales de quelques lits, peu équipées, où le médecin ne passe que de façon épisodique. L'accouchement à la maison reste la règle et, dans certaines régions, les conditions n'ont guère changé depuis l'Ancien Régime : en 1937 encore, 500 cantons sur 2 200 sont dépourvus de sages-femmes instruites ; comme au xviii^e siècle, des matrones formées sur le tas, plus ou moins expertes, sont seules pour assister les femmes en couches.

Dans l'entre-deux-guerres, il n'y a pas de consensus sur le lieu idéal de l'accouchement et, à l'échelle nationale, il n'est pas certain que l'accouchement à domicile soit plus dangereux que l'accouchement à l'hôpital. On observe en fait la coexistence de deux pratiques, la bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchant plus volontiers à la maison, et les classes populaires urbaines, plutôt en milieu hospitalier. À partir de 1952, l'évolution s'accélère : la majorité des accouchements ont lieu désormais en milieu hospitalier (53 % en 1952, 85 % en 1962).

Dans les années cinquante, en France, a lieu une autre mutation : à l'initiative du docteur Fernand Lamaze (1890-1957), accoucheur à Paris à la Polyclinique des métallurgistes (rue des Bluets), est mise au point une méthode d'accouchement « sans douleur », inspirée des recherches de médecins soviétiques, disciples de Pavlov. La méthode (originale par rapport au modèle soviétique) propose une préparation psychique et physique agissant sur l'anxiété et visant à supprimer la douleur. En 1952, 500 accouchements « sans douleur » sont réalisés aux


Témoignages de femmes ayant accouché à la maternité de Port-Royal entre les deux guerres (d'après Françoise Thébaud [90])

« **L** hôpital, c'était pour les filles mères et les femmes de besoin » ; « on craignait les épidémies en maternité » ; « aller à l'hôpital, c'était presque mourir à cette époque ; ce n'était pas des soins, c'était les derniers moments [...] Franchir le seuil... y avait le cercueil qui suivait... » Mais plusieurs femmes l'ont bien accepté : « tout le monde s'accordait à dire que les maternités présentaient toutes garanties de soins et d'hygiène, tant pour la mère que pour l'enfant » ; « c'était près, plus sûr et le logement était trop petit ».

Tout n'est pas rose cependant à l'intérieur de l'hôpital. Les femmes y sont totalement soumises au personnel médical, qui garde encore à leur égard la méfiance qui était de rigueur envers la clientèle pauvre des anciens hospices. Dès l'entrée, c'est l'anonymat ; elles sont systématiquement déshabillées, lavées et rasées, par crainte de la vermine et des poux : « les gens sont sales », dit le personnel hospitalier. Toutes sont habillées du

même linge, marqué des initiales de l'Assistance publique « A.P. » (même le pain, se souvient une vieille dame, était marqué !). L'accouchement se déroule souvent dans une totale solitude, car tous les étrangers au service (mères, amies, maris) sont systématiquement refoulés au nom des règles de l'hygiène. La femme reste seule avec son angoisse et sa douleur. Les cris, voire le « hurlement continu », sont toujours mentionnés : ils disent la souffrance, mais ils atténuent aussi l'angoisse. Les souffrances sont en général acceptées avec résignation, car l'accouchement reste vécu comme une épreuve initiatique qu'il faut surmonter pour être vraiment mère : « la femme attendait la naissance, elle attendait la souffrance » ; d'autres soulignent fièrement qu'elles ont « tenu le coup », qu'il faut « mériter » son bébé et que le souvenir des douleurs s'estompe une fois qu'il est né. Les cris sont donc nécessaires et encouragés par le personnel : c'est la seule liberté qui soit laissée aux parturientes. Ces cris, souvent répétés

et sauvages, donnent aux maternités de cette époque une atmosphère bien effrayante pour celles qui y accouchent pour la première fois.

Après la naissance, la vie collective est marquée par des règles très strictes qui s'apparentent à celles d'un couvent : repas très tôt et visites rares (une heure par jour, trois personnes au maximum) ; les familles sont des intruses qui gênent le fonctionnement de l'établissement. Il est impossible de s'isoler : les salles communes ont dix à quarante lits, ce qui rend difficile le repos total et accentue la solitude de celles qui n'ont ni visites ni cadeaux ; en revanche, cela peut aussi faciliter les bavardages et partages de friandises et reconstituer un peu du « caquetage » chaleureux d'autrefois. Soulignons aussi que, pour certaines femmes de milieux modestes, habituées à travailler dur, le séjour à la maternité a pu être vécu comme une parenthèse confortable et reposante, pouvant même ressembler à des vacances (fort rares à l'époque) ! 

Bluets. Dans un article publié à cette époque dans *La Gazette médicale de France*, Lamaze insiste sur l'efficacité de sa méthode : « *La Maternité du métallurgiste est une maternité où on ne crie plus. On n'y crie plus parce que l'on n'y souffre plus.* » Malgré ses succès évidents, l'expérience a ses détracteurs : médecins conservateurs opposés à la pratique de Lamaze, compagnon de route du PCF et travaillant dans un établissement géré par les syndicats CGT de la métallurgie de la Seine ; médecins et milieux traditionalistes attachés à la lettre de la malédiction biblique ; gestionnaires trouvant la nouvelle méthode trop coûteuse en personnel, en locaux et en moyens. Pourtant, dès 1953, les partisans de l'accouchement sans douleur commencent à faire école. Propagée par des tournées de conférences, vigoureusement soutenue par l'Union des femmes françaises (proche du Parti communiste), la méthode se répand dans toute la France de 1953 à 1956. À cette date, les femmes obtiennent de la Sécurité sociale, le remboursement des six séances de préparation, qui passent à huit dans les années soixante. En 1956, Pie XII donne son approbation à la méthode, ce qui lève définitivement les réticences des milieux catholiques. En 1974, avec l'ouverture d'un Centre de planification et d'éducation familiale, la polyclinique des Bluets se trouva à la tête

d'un nouveau combat pour la santé des femmes, celui de la contraception et de l'avortement (la loi Veil est votée en 1975). Au cours des années soixante/quatre-vingt se produisent d'autres transformations fondamentales des pratiques de naissance (échographie, monitoring, péridurale) qui font oublier la « révolution » de l'accouchement sans douleur, qui avait pourtant donné aux femmes une maîtrise certaine sur leur corps pendant l'accouchement.

Conclusion


L'évolution qui a conduit les femmes à quitter leurs foyers pour venir accoucher en milieu médicalisé a duré plusieurs siècles et a eu des causes très variées : l'intérêt nouveau des médecins pour l'obstétrique et leur entrée en force dans les chambres d'accouchées ; la volonté des femmes de ne plus mourir en couches et de ne plus souffrir ; les mutations des théories médicales après Pasteur et la transformation des hôpitaux en établissements de haute technicité ; la médicalisation de la société et, particulièrement, de la naissance et de la petite enfance. Si les femmes n'ont pas toujours été à l'origine de ces changements, elles n'ont pas été les victimes de cette évolution : les plus conscientes ont souhaité ces mutations qui signifiaient, pour elles



Naître en France

et leurs bébés, davantage de sécurité, moins de souffrances et de mutilations.

Mais le lieu où la femme accouche et où naît son enfant est bien plus qu'un simple espace de soins. Il participe à la symbolique et au mystère qui sont au cœur de toute naissance humaine. Il conditionne un certain nombre de gestes, d'attitudes et différentes formes de sociabilité. Autrefois, près de la cheminée familiale, l'accouchée était accompagnée et rassurée dans son travail et ses douleurs par les femmes de sa communauté ; cette aide à la fois charnelle et morale était capitale, elle permettait de surmonter l'angoisse de mort qui entoure inévitablement chaque venue au

monde. Sans vouloir être nostalgique du bon vieux temps, force est de constater que la chaleur amicale et sécurisante des anciens accouchements à la maison s'est perdue avec le passage à l'hôpital : le lieu anonyme et aseptisé, le face-à-face distant avec un personnel inconnu et interchangeable, l'interventionnisme médical de plus en plus pesant sont peu faits pour rassurer, même si la prise en charge de la douleur y est efficace et le danger de mort presque totalement écarté. Il faut souhaiter que la richesse affective des accouchements d'autrefois puisse réapparaître aujourd'hui sous d'autres formes qui restent à expérimenter. 

Naître en France : le point de vue démographique

Didier Breton

CRESS – université
Marc Bloch
Strasbourg 2,
chercheur associé à
l'Ined, unité Famille,
fécondité, sexualité

En 2006, 831 000 enfants sont nés vivants en France dont 797 000 en France métropolitaine (96 % des naissances). L'accroissement frôle les 3 % (2,9 %) par rapport à 2005 [82]. Cette cohorte de naissances dépasse en effectif celles de l'année 2000 et du milieu des années quatre-vingt, mais reste inférieure aux 900 000 naissances enregistrées au début de la décennie soixante-dix, au milieu des années soixante ou encore dans les périodes d'après Seconde Guerre mondiale. On constate des spécificités départementales de la natalité et de la fécondité qui obéissent à une logique territoriale.

La France est actuellement le pays européen qui enregistre le plus grand nombre de naissances. Chaque année, il y naît plus de 100 000 enfants de plus qu'en Allemagne, dont la population est pourtant supérieure à celle de la France de quelque 20 millions d'habitants. En 2004, dans l'Europe des 25, plus d'une naissance sur six (16,9 %) a une mère domiciliée en France, alors que celle-ci ne regroupe que 13,2 % de la population de cette zone [86]. Le nombre élevé de naissances dépend en partie de l'effectif important de la population, mais aussi de sa structure ; même en contrôlant l'effet de l'effectif de la population, la natalité française est une des plus fortes d'Europe, identique à celle de la Norvège (taux brut de natalité respectivement de 12,7‰ et 12,4‰), mais elle est encore inférieure à celle de l'Irlande et de l'Islande (respectivement 14,5 ‰ et 15,2‰).

En outre, le nombre de naissances en France dépasse nettement celui des décès, entraînant un accroissement naturel élevé (+247 000 en 2005) qui demeure le principal moteur de l'accroissement de la population nationale, ce qui n'est pas le cas dans nombre de pays européens (Allemagne, Espagne, Italie, etc.), lesquels auraient une population stable voire décroissante sans les flux migratoires.

Natalité et fécondité : attention à la confusion

L'effectif de naissances domiciliées dans un département¹ dépend fortement de la taille et de la structure de sa population, mais aussi de son comportement fécond. La relation entre la natalité (nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants) et la fécondité (nombre moyen d'enfants eus par une femme durant sa vie féconde) des départements n'est pas parfaite². La confrontation des cartes figure 1 et 2 illustre bien ce phénomène. Des départements tels que l'Orne, la Manche, les Deux-Sèvres, les Côtes-d'Armor ou le Morbihan ont une fécondité du moment relativement forte — ils appartiennent aux 25 % des départements les plus féconds —, mais une natalité relativement faible. Autrement dit, les femmes de ces départements, si elles adoptaient tout au long de leur vie le comportement fécond de l'année 2004, auraient en moyenne plus de 2 enfants, mais actuellement il naît relativement peu d'enfants dans ces départements compte tenu de la taille de leur population et en particulier du nombre de femmes en âge de procréer. C'est l'inverse pour des départements urbains tels que Paris, l'Ille-et-Vilaine, les Bouches-du-Rhône, la Marne, mais aussi dans une moindre mesure dans le Rhône, la Haute-Garonne, le Nord ou le Bas-Rhin.

La fécondité en France aujourd'hui

L'évolution récente de la fécondité française est avant tout marquée par l'élévation de l'âge moyen à la maternité, presque totalement expliquée par le report de l'âge à la première naissance. L'âge moyen à la maternité

1. Une naissance peut être enregistrée et/ou domiciliée dans un département donné

2. Le coefficient de corrélation r^2 entre le taux brut de natalité et l'Indice conjoncturel de fécondité vaut 0,33 en 2003 pour les départements métropolitains.

est de 29,7 ans en 2005 contre 29 ans en 1995 et 26,7 ans en 1975³. Une mère sur deux est âgée de 30 ans ou plus.

Sur la même période, la fécondité du moment (indice conjoncturel de fécondité, ICF) est assez stable. Il s'élève à 1,92 enfant par femme en 2005 et 1,93 en 1975, mais avait fléchi entre ces deux dates (1,71 en 1995). La légère augmentation ces dernières années s'explique par l'arrêt de la baisse des taux de fécondité avant 25 ans et à la poursuite de l'augmentation au-delà [77]. L'arrêt de la baisse de la fécondité avant 25 ans est un phénomène encore peu étudié. Il pourrait signifier l'arrêt de la diffusion du comportement général de recul de l'âge à l'entrée dans la vie reproductive. L'arrêt de l'allongement des études en est un autre signe. Tout agit comme si le processus qui s'est petit à petit diffusé atteignait aujourd'hui une limite, probablement du fait qu'une partie de la population n'est pas sensible à ce modèle de par ses caractéristiques sociales ou culturelles, ou parce que la majorité de la population l'applique déjà.

Avec l'Irlande, la Norvège et la Suède, la France fait partie des quelques pays européens les moins affectés par des niveaux extraordinairement bas la fécondité. Elle occupe le deuxième rang, juste derrière l'Irlande. Ce rang s'explique principalement par une politique familiale active permettant notamment de concilier assez facilement vie professionnelle et vie familiale. Dans les pays du sud de l'Europe où l'État n'intervient pas dans la politique familiale et la politique de la petite enfance, pour des raisons souvent historiques et parfois culturelles, la fécondité du moment est désormais proche de 1 enfant par femme et la proportion de femme n'ayant pas d'enfant à 50 ans dépassera les 20 %, voire les 30 % selon de nombreuses prévisions.

Le niveau relativement élevé de la fécondité française recouvre des situations départementales assez différentes (figure 2 et 3). La figure 3 montre une relation globalement négative entre la fécondité et l'âge moyen à la fécondité du moment (même si le $R^2=0,14$ n'est pas significatif). La position particulière des départements d'outre-mer est principalement le fait des indices réunionnais et guyanais.

Répartition départementale des naissances domiciliées

Comme on pouvait s'y attendre, le plus grand nombre de naissances domiciliées se concentre dans les départements les plus peuplés (figure 4). La concentration est stable depuis le milieu des années 1975. Durant la période 2003 à 2005, 7 %, 20 % et 43 % des départements concentrent respectivement, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ et $\frac{3}{4}$ des naissances. La concentration était identique trente ans auparavant. Ce sont les départements du Nord et de

3. L'âge moyen à la première naissance du moment a augmenté de 3,3 ans entre 1975 à 2000 (de 24,1 ans à 27,4 ans) et l'âge moyen à la maternité tout rang de naissance confondu de seulement 2,6 ans (26,7 ans à 29,4 ans).

figure 1

Taux brut de natalité, France métropolitaine, 2004

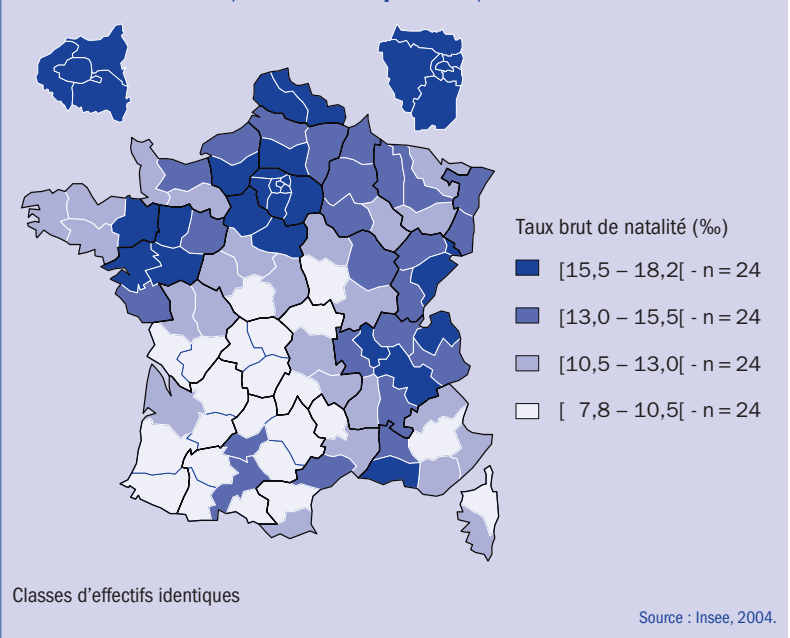
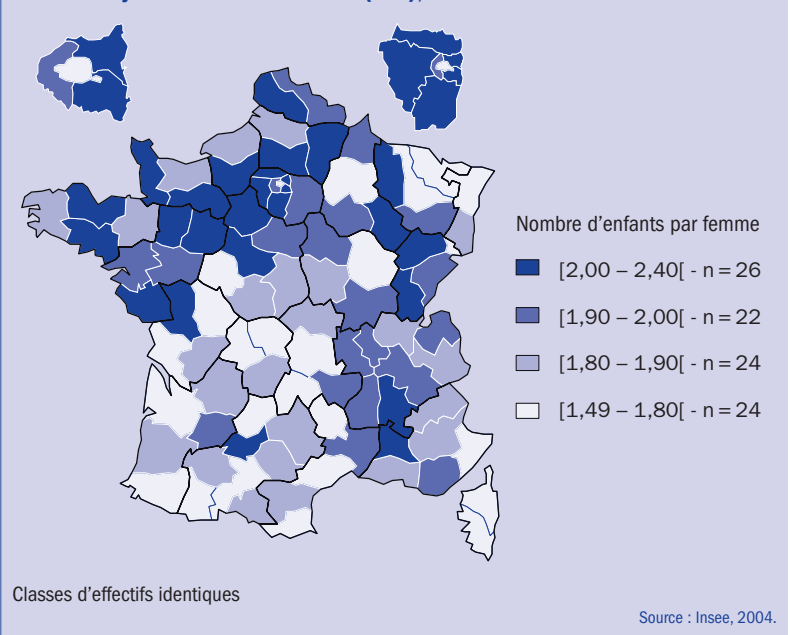


figure 2

Indice conjoncturel de fécondité (ICF), 2004



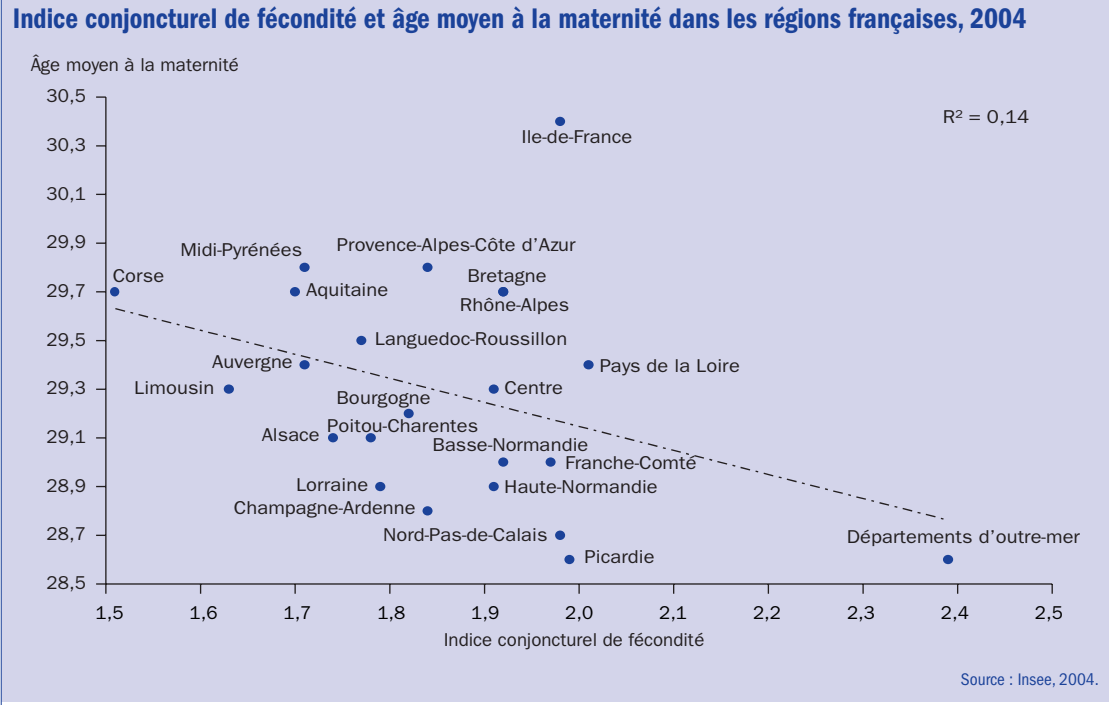
l'Ile-de-France qui arrivent largement en tête, suivis des départements abritant une grande métropole comme le Rhône (Lyon), les Bouches-du-Rhône (Marseille), la Gironde (Bordeaux), le Bas-Rhin (Strasbourg) ou la Loire-Atlantique (Nantes).

Une partie des naissances se produisent dans un autre département que celui du domicile, souvent contigu, en



Naitre en France

figure 3



raison de problèmes d'accessibilité ou d'offre médicale. Bien que le département ne soit pas l'échelle géographique idéale, en calculant la proportion qu'occupent ces naissances dans chaque département, on obtient un indicateur de « nomadisme » et/ou d'offre périnatale.

La figure 5 est très révélatrice, indirectement, de la disparité de l'offre de soins. La proportion de naissances ayant eu lieu hors département varie de moins de 1 % dans les Alpes-Maritimes à 54 % en Haute-Loire. Par rapport à la situation de 1975, l'offre se serait améliorée en Ile-de-France mais dégradée dans l'Ain, le Lot, les Alpes-de-Haute-Provence, la Lozère et même de plus encore dans la Creuse, la Haute-Loire, la Haute Saône et l'Eure.

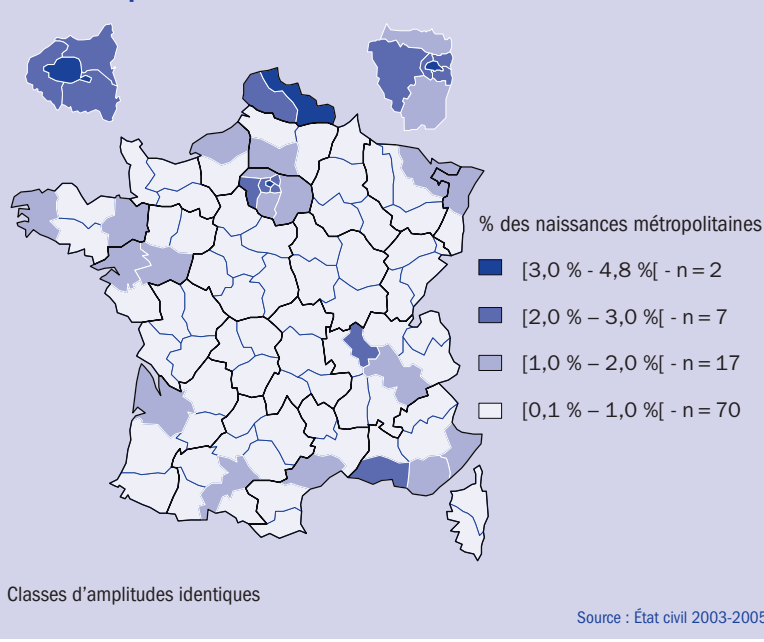
Une saisonnalité des naissances désormais presque nulle

Comme le montre la figure 6, la saisonnalité des naissances est de moins en moins marquée. Dans un ouvrage récent intitulé *Avoir des enfants en France*, Arnaud Regnier-Lollier recense les différentes hypothèses avancées historiquement pour expliquer la saisonnalité des naissances en France : le calendrier des travaux agricoles, la saisonnalité des mariages et plus récemment le calendrier des vacances d'été [81]. Les seuls « reliquats » sont d'une part le pic encore perceptible en juillet (conception en octobre) et plus récemment celui de septembre (conception en décembre). Durant la période la plus récente, c'est au troisième, et dans une moindre mesure au quatrième trimestre, que l'on observe le plus de naissances⁴. Ce constat est partagé par toutes les régions françaises à l'exception des départements des

4. La répartition des naissances par trimestre des régions françaises non insulaires montre un effet de la région significatif (khi-deux avec $p < 0,001$) mais un effet presque nul (phi-coefficient = 0,01).

figure 4

Part des naissances métropolitaines enregistrées entre 2003-2005 dans les départements



Antilles, de la Corse (davantage de naissances durant le quatrième trimestre) et de la Réunion.

Les limites de l'état civil et l'apport d'autres sources...

L'état civil est une source de données exhaustive indispensable pour l'étude de la natalité et le suivi de la situation des enfants à la naissance, à un échelon géographique suffisamment fin. Mais sa force explicative et descriptive est limitée, d'une part, par le peu de variables disponibles⁵ et, d'autre part, du fait de l'imprécision de certaines déclarations portant sur la situation familiale, le rang de la naissance ou encore la situation d'emploi des parents. Par exemple, la situation professionnelle des parents n'est pas déclarée dans 28 % des cas pour les mères et 22 % pour les pères. Cette proportion atteint les 75 % dans certains départements. Enfin, même si la légitimité de l'enfant du point de vue de son père et de sa mère est connue, on ne sait rien du père s'il n'a pas reconnu son enfant.

C'est ainsi qu'entre 2003 et 2005, selon le recensement, 57 % des naissances enregistrées seraient primipares (plus de 80 % dans certains départements) alors qu'au niveau national la proportion est proche de 45 % [96]. Ce décalage s'explique en partie par un changement dans la définition du rang de naissance à partir de 1998 plus ou moins pris en compte selon le département.

D'autres données proviennent de grandes enquêtes représentatives nationalement, menées auprès des ménages, mais elles sont rarement réalisées à l'échelle de la région ou du département. C'est le cas de l'enquête « Étude de l'histoire familiale — EHF » (1999), mais aussi des enquêtes Emplois (enquête annuelle), des Enquêtes périnatales (dernière réalisée en 2003), ou plus récemment l'enquête « Famille et employeurs — EFE » (2005) ou l'enquête « Études des relations familiales et intergénérationnelles — ERFI » (2005).

Sur la base de ces enquêtes et au prix de quelques hypothèses, les démographes parviennent à obtenir des résultats importants comme la proportion d'enfants ne résidant pas avec leurs deux parents l'année de leur naissance : 5,6 % vivent majoritairement avec leur mère seule, 0,6 % avec leur mère en couple, 0,3 % avec leur père seul, 0,8 % avec leur père en couple ou dans une autre situation (0,4 %). L'exploitation de ces enquêtes montre aussi, par exemple, que la proportion d'enfants qui, l'année de leur naissance, cohabitent avec des demi-frères et/ou sœurs dépasse les 7 %, soit plus d'un enfant sur quinze [23].

Concernant la situation professionnelle des parents, l'exploitation conjointe de l'enquête Famille de 1999 et de l'enquête « Famille et employeur » de 2005 montre par exemple que la proportion d'enfants dont la mère occupe une activité l'année de leur naissance croît de

figure 5

Proportion des naissances ayant lieu hors du département de résidence de la mère, période 2003-2005

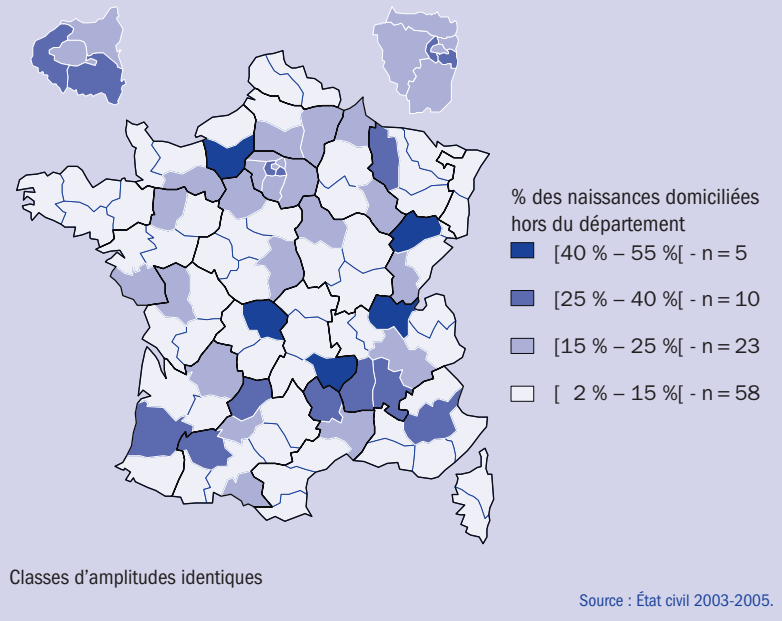
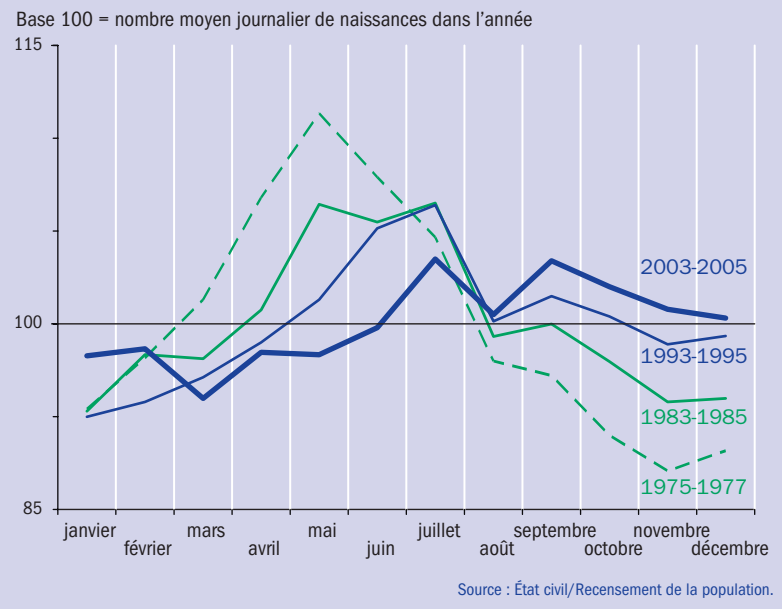


figure 6

Saisonnalité mensuelle des naissances en France, 1975-2005



nouveau depuis 1997, après avoir fortement chuté entre 1993 et 1995 sous l'effet de l'extension de l'allocation parentale d'éducation. Cette proportion atteint environ 56 % en 2003 (67 % si l'enfant est de rang 1 mais seulement 20 % si l'enfant est de rang 4 et plus) [22].

5. Le bulletin est consultable en ligne sur le site de l'Insee <http://www.insee.fr/fr/ppp/ir/sd2004/doc/pdf/b5c.pdf>



Des spécificités départementales encore fortes...

Afin de montrer les spécificités départementales de la natalité et la fécondité, nous avons effectué une typologie permettant de regrouper des départements ayant des profils proches du point de vue de plusieurs critères : le taux brut de natalité, l'indice conjoncturel de fécondité, l'âge moyen à la maternité, la proportion de naissances hors mariage, mais aussi un indice de dispersion de l'âge des mères à la naissance et l'écart d'âge entre les parents. La typologie proposée distingue 6 classes obtenues à partir d'une classification hiérarchique ascendante (CAH¹). La typologie obtenue, qui figure dans la figure 5, obéit à une logique territoriale. Les départements aux profils proches sont très souvent contigus, des modèles régionaux de natalité et fécondité existent.

Classe 1 (9 départements)

Hauts-de-Seine, Essonne, Val-d'Oise, Val-de-Marne, Paris, Seine-Saint-Denis

Ces départements, sont tous situés dans l'Ile-de-France. Ils se démarquent, tout comme ceux de la classe 2, par

une natalité et une fécondité forte, un écart d'âge important entre les conjoints, une proportion de naissances hors mariage relativement faible et un âge à la maternité relativement élevé. Mais, contrairement à la classe 2, la proportion de naissances dont au moins un des parents est de nationalité étrangère est élevée. La Seine-Saint-Denis pourrait à elle seule constituer une classe compte tenu de son profil atypique : 2,4 enfants par femme, un taux brut de natalité de 18,3‰, un écart d'âge proche de 4 ans entre les parents, plus d'une naissance sur deux avec un parent de nationalité étrangère. Paris fait exception avec une fécondité du moment de seulement 1,64 enfant par femme.

Classe 2 (8 départements)

Ain, Ille-et-Vilaine, Isère, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Haute-Savoie

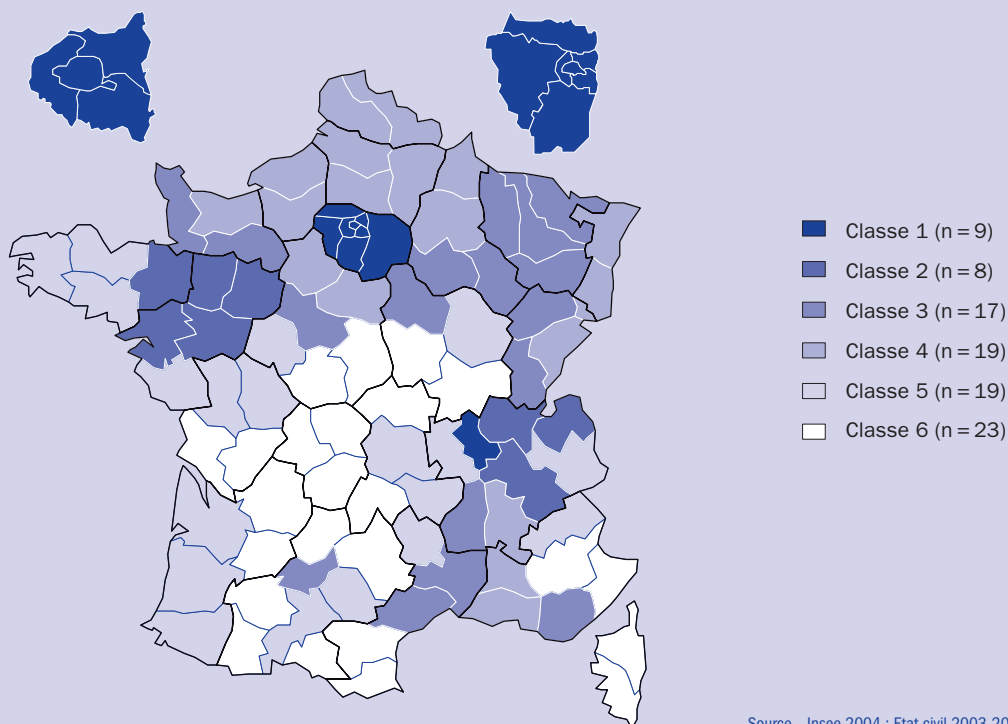
Ces départements sont localisés dans l'ouest de la France (Pays de la Loire) et dans le nord du massif alpin. Tout comme ceux de la classe 1, ils

cumulent une fécondité et une natalité fortes. En revanche, l'écart d'âge entre conjoint est faible, tout comme la dispersion des âges à la maternité : dans ces départements, les comportements sont plus homogènes. En revanche, la proportion de naissances dont au moins un des parents est étranger n'est pas forcément élevée ; il n'y a pas de relation mécanique entre nationalité et fécondité [77].

Classe 5 (19 départements)

Hautes-Alpes, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Finistère, Haute-Garonne, Gironde, Indre-et-Loire, Landes, Loire, Haute-Loire, Lozère, Morbihan, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Savoie, Deux-Sèvres, Tarn, Vendée, Vienne

Ces départements sont géographiquement proches des départements de la classe 2 (à l'exception des deux départements de Midi-Pyrénées). Comme eux, ils se caractérisent par une homogénéité des comportements. En revanche, l'âge moyen à la maternité est toujours relativement élevé et la fécondité y est parfois relativement élevée (Vendée, Haute-Loire, Côtes-



Source - Insee 2004 ; Etat civil 2003-2005

d'Armor, Deux-Sèvres) et parfois relativement faible (Puy-de-Dôme, Haute-Vienne, Gironde, Haute-Garonne). Si l'on excepte la Charente-Maritime, tous les départements de l'arc atlantique appartiennent à la classe 5 et 2.

Classe 4 (19 départements)

Aisne, Ardennes, Bouches-du-Rhône, Calvados, Doubs, Drôme, Eure, Eure-et-Loir, Loiret, Marne, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Seine-Maritime, Somme, Vaucluse, Territoire de Belfort

Ces départements sont principalement situés dans un grand quart nord du pays (l'Île-de-France non comprise), dans l'extrême est du pays (Alsace, Doubs et Territoire de Belfort) et dans le couloir rhodanien. Ce sont des départements relativement jeunes et la natalité y est relativement forte. Les départements du Pas-de-Calais, des Ardennes et de l'Aisne sont symptomatiques de la relation qui associe à la fois un âge moyen à la maternité jeune et une dispersion élevée de ces âges laissant présager la cohabitation de deux populations : l'une ayant un

premier enfant jeune et l'autre dont le modèle est davantage « classique ». Dans ces départements, l'ICF est toujours supérieur à 1,8 enfant par femme, à l'exception du Bas-Rhin (1,67) et de la Marne (1,69).

Classe 3 (17 départements)


Ardèche, Aube, Gard, Hérault, Jura, Loir-et-Cher, Manche, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Orne, Haute-Saône, Tarn-et-Garonne, Var, Vosges, Yonne

Ces départements sont contigus à ceux de la classe 4 (à l'exception du Tarn-et-Garonne) et forment avec ces derniers un grand arc Nord, Est, Sud Est. Ils partagent avec eux un âge à la maternité jeune (à l'exception de l'Hérault et de la Meurthe-et-Moselle) et un indice de dispersion des âges à la maternité élevé (à l'exception du Jura et de l'Ardèche). En revanche, contrairement aux départements de la classe 4, le taux brut de natalité n'est jamais élevé soit du fait d'une population âgée combinée à une fécondité assez forte (Var, Ardèche, Loir-et-Cher, Tarn et Garonne), ou au contraire une

population jeune mais avec une fécondité assez faible (Moselle, Meurthe-et-Moselle, Hérault...).

Classe 6 (23 départements)

Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Ariège, Aude -Aveyron, Cantal, Charente, Charente-Maritime, Cher, Corrèze, Corse, Creuse, Dordogne, Gers, Indre, Lot, Lot-et-Garonne, Nièvre, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Saône-et-Loire, Haute-Vienne

Ces départements sont situés dans le Centre, dans le Sud-Ouest non côtier et l'extrême Sud-Est. Le taux brut de natalité y est toujours faible, du fait d'une population âgée. À l'exception de la Saône-et-Loire, de l'Aveyron et des Alpes-Maritimes, la proportion de naissances hors mariage dépasse toujours les 50 %. La grande majorité de ces départements ont une fécondité faible et l'ICF est toujours inférieur à la moyenne nationale. 

1. Méthode de Ward, distance euclidienne.

Caractéristiques des 6 classes de la typologie

Classe	1	2	3	4	5	6
Indice de fécondité du moment (2003)	2,00	1,96	1,9	1,93	1,81	1,76
Âge moyen à la maternité (2003)	30,2	29,5	28,8	28,9	29,6	29,1
Taux brut de natalité ‰ (2003)	15,3	13,1	11,3	12,8	11,3	9,7
Indice de dispersion des âges à la naissance des mères	17,1	16,6	17,9	18,1	16,7	17,7
Écart d'âge entre les parents	3,1	2,4	2,7	2,7	2,5	2,7
Pourcentage avec au moins un parent de nationalité étrangère	33 %	11 %	12 %	14 %	9 %	11 %
Pourcentage d'enfants nés hors mariage	41 %	45 %	50 %	48 %	49 %	54 %

Sur fond vert : Moyenne de la classe significativement plus faible que la moyenne nationale.

En blanc sur fond bleu foncé : Moyenne de la classe significativement plus forte que la moyenne nationale.

Sur fond bleu clair : Moyenne de la classe pas significativement différente de la moyenne nationale.



Naître en France

En 2009, une cohorte de plus de 20 000 enfants verra le jour. Cette cohorte intitulée « Elfe – grandir en France » sera le premier échantillon français représentatif des enfants nés une année donnée en France qui permettra non seulement de décrire la situation des enfants à la naissance mais surtout, à terme, de suivre ces situations à mesure qu'ils grandiront (lire encadré).

Conclusion

La France se distingue en Europe par une natalité et une fécondité relativement élevées. L'analyse départementale menée souligne des contrastes départementaux sur les caractéristiques des naissances : pour un enfant, naître en Ile-de-France recouvre des réalités fort diffé-

rentes de celles que représente le fait de naître dans un département du centre de la France. Ces différences à la naissance déterminent en partie les conditions de socialisation des enfants durant l'enfance.

Nous avons ici fait le choix de valoriser les données d'état civil, seule source permettant l'observation de contrastes départementaux grâce à son caractère exhaustif. D'autres enquêtes nationales présentées en fin d'article ouvrent des perspectives d'analyse des conditions socio-économiques des enfants à leur naissance, voire durant toute leur enfance, même si les naissances ne constituent jamais ou presque (projet Elfe ou Enquêtes périnatales) une population d'étude à part entière. ↪

Le projet Elfe

Le projet Elfe vise à mettre en place en 2009 une cohorte de 20 000 enfants, représentative au niveau national. S'inscrivant dans une démarche pluridisciplinaire, le projet a pour objectif de suivre le développement de l'enfant de la naissance à l'âge adulte en tenant compte de son environnement (dans toutes ses dimensions) et de l'évolution de sa santé. Seront étudiés les différents facteurs en interaction tout au long du devenir de l'enfant jusqu'à l'âge adulte (facteurs familiaux, sociaux, environnementaux, scolaires, comportementaux, sanitaires, nutritionnels...) afin de comprendre au mieux l'impact des situations traversées durant l'enfance.

Les enfants de la cohorte Elfe feront partie de l'échantillon démographique permanent de l'Insee (EDP, panel démographique construit à partir des données du recensement et de l'état civil) et seront recrutés dès la naissance pendant quatre périodes différentes de l'année 2009.

Une des caractéristiques de la cohorte Elfe réside dans la diversité des modes d'observation. En effet, le recueil d'informations résultera à la fois d'enquêtes ponctuelles spécifiques (entretiens à domicile, téléphoniques, prélèvements biologiques à la naissance...) et d'un suivi passif (suivi scolaire, mesures de la qualité de l'air...). Par ailleurs, l'échantillon de la cohorte Elfe servira de base pour

la mise en place d'enquêtes déjà existantes et réalisées à intervalles réguliers (enquête périnatale, enquêtes en milieu scolaire...).

Les principaux partenaires impliqués dans le projet Elfe sont l'Ined, l'InVS, l'Insee, l'Inserm, la Depp (ministère de l'Éducation nationale), la Drees (ministère de la Santé et de l'Emploi), la DGS (ministère de la Santé) et la Cnaf. ↪

Pour plus de renseignements sur l'évolution du projet Elfe, un site web a été créé : www.elfe2009.fr.