



# Bulletin

Santé périnatale et petite enfance

Date de publication : 8 juillet 2026

ÉDITION NATIONALE

## Surveillance de la santé périnatale

Période 2012-2024

### SOMMAIRE

Huit chiffres clés en France en 2024	2
Points clés au niveau national	2
Caractéristiques socio-démographiques	3
Facteurs de risque et comportementaux	7
Grossesse et accouchement	11
Naissances vivantes	25
Post-partum	28
Mortalité	39
Prévention et promotion de la santé périnatale	48
Méthodologie	52

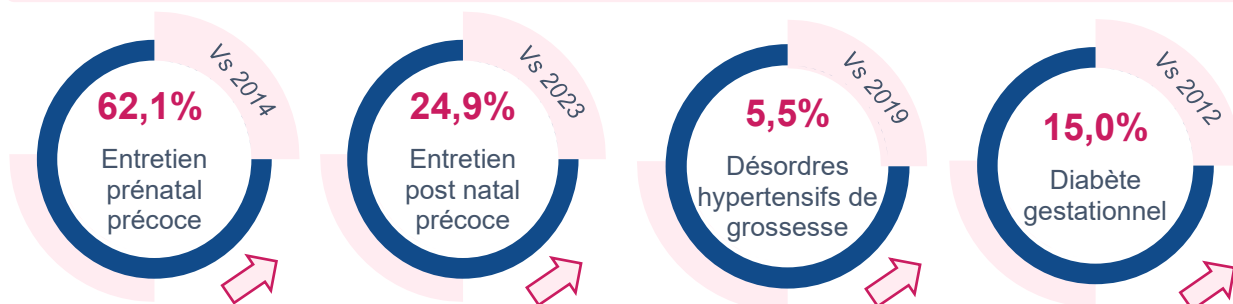
Ce bulletin national s'accompagne d'une déclinaison régionale, offrant une analyse fine et territorialisée des indicateurs présentés. Chaque édition régionale propose non seulement une lecture adaptée aux spécificités locales, mais aussi des déclinaisons départementales pour certains indicateurs clés.

L'ensemble de ces indicateurs de santé, accompagnés de leurs métadonnées incluant une description des requêtes utilisées, sera accessible en open data sur la plateforme ODISSE de Santé publique France. Cette mise à disposition permettra à chacun de consulter, réutiliser et analyser librement ces informations.

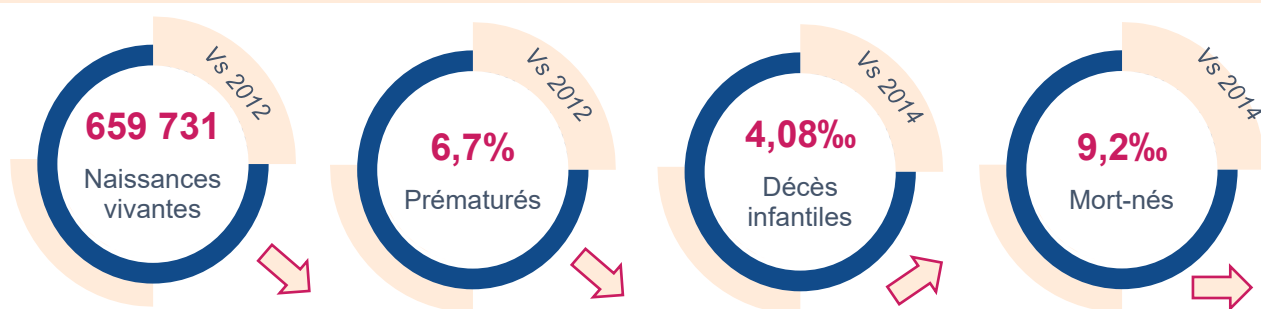
La méthodologie, décrivant les sources de données et les analyses statistiques, se trouve à la fin de ce document.

## Huit chiffres clés en France en 2024

### Les mères



### Les nourrissons



## Points clés au niveau national. Des évolutions contrastées

- Poursuite de la transition démographique : moins de naissances, des mères plus âgées**

En 2024, la France comptait près de 660 000 naissances vivantes (soit 160 000 de moins qu'en 2012), avec un âge moyen à la maternité de 31,1 ans (toutes parités confondues, 12<sup>e</sup> rang européen sur 27 du plus faible au plus élevé). Plus d'un quart des mères ont 35 ans ou plus au moment de l'accouchement en 2024 (25,8% vs 19,1% en 2012).

- Des risques accrus avant et pendant la grossesse, mais des progrès contre le tabac**

Les grossesses plus tardives et un état de santé plus dégradé des femmes en pré-conceptionnel – hausse du surpoids et de l'obésité à 37,9% (2021), du diabète préexistant à 0,92% (2024), et de l'hypertension artérielle chronique à 1,63% (2024) – contribuent à l'augmentation des pathologies de grossesse : le diabète gestationnel atteint 15,0 % en 2024 (vs 7,5% en 2012) et les désordres hypertensifs de grossesse à 5,5% en 2024 (vs 5,1% en 2019). Ces évolutions défavorables nécessitent une vigilance renforcée. En revanche, le tabagisme recule : les fumeuses au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse ne sont plus que 11,8% en 2021 (vs 17,1% en 2010 pour l'Hexagone).

- Accouchement : entre retour à la physiologie et médicalisation accrue**

Les épisiotomies ont chuté (2,8% en 2024 pour les voies basses non instrumentales vs 16,2% en 2012), reflétant une évolution vers des pratiques plus physiologiques. Cependant, cette tendance s'accompagne d'une augmentation des déchirures périnéales sévères (1,36% en 2024 vs 0,68% en 2012) et des hémorragies du post-partum sévères (0,92% en 2024 vs 0,67% en 2012), dont la hausse pourrait refléter à la fois les conséquences de la réduction des épisiotomies et celles de la progression parallèle des césariennes (22,0% en 2024 vs 20,4% en 2012), mais aussi de l'évolution de l'état de santé des femmes avant et pendant la grossesse ou d'un meilleur repérage de ces complications. Ces dynamiques opposées interrogent sur l'équilibre entre physiologie et médicalisation, et sur leurs impacts respectifs tant médicaux que sur le bien-être et la satisfaction des femmes.

- **La prématurité recule, mais l'extrême prématurité progresse**

Malgré l'augmentation de plusieurs facteurs de risque de prématurité (obésité, diabète, HTA, âge maternel élevé...), le taux de prématurité recule à 6,7% en 2024 (vs 7,3% en 2012), avec une baisse importante entre 2019 et 2020. Cette évolution favorable est portée par la diminution de la prématurité modérée (32-36 SA). En revanche, l'extrême prématurité (22-27 SA), bien que rare, augmente (0,43% en 2024 vs 0,31% en 2012).

- **Mortalité infantile : une tendance inquiétante**

En France, la mortalité infantile (décès entre 0 et 364 jours) continue d'augmenter, classant désormais le pays au 21<sup>e</sup> rang européen sur 27 en 2024 (du plus faible au plus élevé) avec 4,08 décès pour 1000 naissances vivantes. Cette hausse est portée par l'augmentation de la mortalité néonatale, qu'elle soit précoce (0-6 jours) ou tardive (7-27 jours), alors que la mortalité post-néonatale (28-364 jours) reste stable. En 2023, environ la moitié des décès infantiles était attribuée à des affections d'origine périnatale, dont le taux de décès a significativement augmenté entre 2014 et 2017, en partie en raison des décès pour complications liées à la grossesse. L'analyse des causes de décès chez les nourrissons de moins d'un an est cependant limitée par la part croissante de certificats de décès incomplets depuis 2020, avec un déficit d'information plus marqué lorsque le décès est précoce.

- **Prévention et entretiens prénatal / postnatal : des marges de progression**

En 2021, seulement 27,2% des femmes prennent de l'acide folique avant la grossesse (recommandé pour prévenir les anomalies du tube neural), et 15,7% reçoivent des conseils sur la prévention de l'infection à cytomégalovirus (CMV). L'entretien prénatal précoce (62,1% en 2024 – mis en place en 2007 et rendu obligatoire en 2020) et l'entretien postnatal précoce (24,9 % en 2024 – mis en place et obligatoire en 2022) peinent à atteindre une couverture universelle.

## Caractéristiques socio-démographiques

**Tableau 1. Indicateurs des caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant accouché en France entière (Hexagone et DROM)**

Indicateurs	Source	France entière
<b>Natalité</b>		
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	<b>659 731</b>
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	<b>9,6</b>
<b>Caractéristiques démographiques des femmes</b>		
Age inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	<b>1,8</b>
Age supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	<b>25,8</b>
Niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	<b>58,0</b> [57,1 - 58,9]
Née à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	<b>26,2</b>
<b>Cadre de vie des femmes</b>		
Femme vivant en couple (%)	ENP (2021)	<b>90,6</b> [90,1 - 91,1]
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>68,1</b> [67,3 - 68,9]
Sentiment d'aisance financière <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	<b>57,7</b> [56,8 - 58,6]
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	<b>17,3</b>
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	<b>2,5</b>
Bénéficiaire C2S gratuite (%)	SNDS (2024)	<b>15,0</b>

1. Sentiment d'aisance financière = "ça va" ou "plutôt à l'aise" ou "vraiment à l'aise"

## Natalité

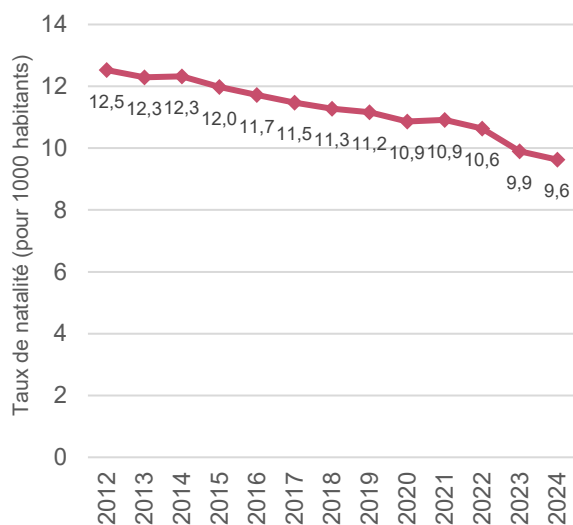
La France comptait près de 660 000 naissances en 2024, soit un taux de natalité de 9,6 naissances pour 1 000 habitants. En 2023, la France se situait en 3<sup>ème</sup> position sur les 27 états membres de l'Union Européenne en termes de taux de natalité (9,9), après Chypre (10,7) et Irlande (10,3) (source : Eurostat).

Sur la période de 2012 à 2024 en France, le taux de natalité a diminué de 12,5 ‰ à 9,6 ‰, ce qui représente environ 160 000 naissances en moins qu'en 2012 [Figure 1]. Entre 2012 et 2022, une baisse moyenne de 1,7% par an (APC « Annual Percent Change », plus de détails dans la partie « méthodologie ») a été observée, suivie d'un recul plus marqué depuis 2022, avec une diminution annuelle moyenne de 5,0%.

Au niveau régional, le taux de natalité variait entre 6,9 ‰ en Corse et 12,3 ‰ en Ile-de-France en 2024 dans l'Hexagone, et entre 8,1 ‰ en Martinique et 27,8 ‰ à Mayotte (près de 3 fois plus qu'en France entière) dans les DROM [Carte 1]. En termes d'effectifs, le nombre de naissances vivantes en 2024 variait d'environ 2 500 naissances en Corse à un peu plus de 150 000 naissances en Ile-de-France dans l'Hexagone, et d'un peu moins de 3 000 naissances en Martinique à près de 12 000 naissances à La Réunion. A noter que selon le SNDS, il y a eu un peu moins de 400 naissances domiciliées à Saint-Martin et un peu moins de 100 naissances domiciliées à Saint-Barthélemy dans un établissement hospitalier en 2024.

**Figure 1. Évolution du taux de natalité pour 1000 habitants**

France entière, 2012-2024

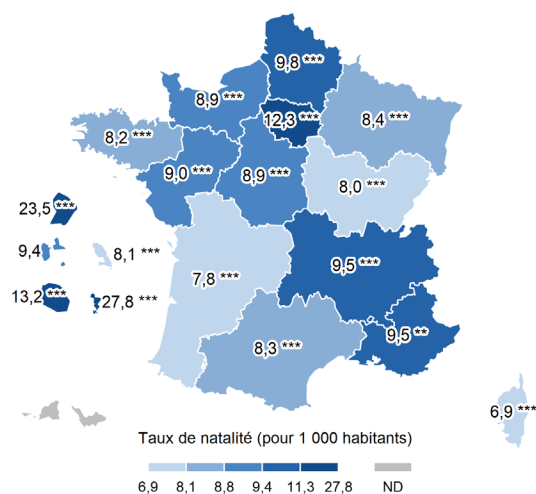


Source : état civil

Tendance : APC 2012 - 2022 : -1,7% / APC 2022 - 2024 : -5,0%

**Carte 1. Taux régionaux de natalité pour 1 000 habitants**

Par région de domicile, 2024



Source : état civil

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Caractéristiques démographiques des femmes

En 2024, la France se situait au 12<sup>ème</sup> rang sur 27 dans l'Union européenne concernant la moyenne d'âge à la maternité (31,1 ans), la Bulgarie figurant au 1<sup>er</sup> rang (28,2 ans) (source : Eurostat). Un peu plus d'un quart des femmes ayant accouché en 2024 en France (25,8%) étaient âgées de 35 ans et plus. Cette proportion est en progression depuis 2012 d'au moins 2% par an en moyenne [Figure 2]. Sur la même période, la part des femmes âgées de moins de 20 ans a diminué, passant de 2,6% à 1,8%.

Les disparités régionales sont importantes :

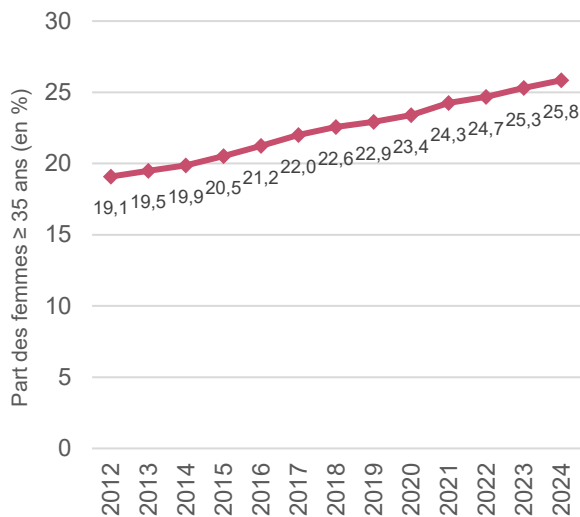
- Dans l'Hexagone, la part des femmes de 35 ans et plus était plus faible dans les régions situées dans la moitié nord (excepté l'Île-de-France) ; et dans les DROM, elle variait de 18,6% à Mayotte à 29,2% à la Martinique [Carte 2].
- Dans l'Hexagone, la part des femmes de 20 ans ou moins variait de 0,7% en Corse à 2,6% dans les Hauts-de-France en 2024 ; et dans les DROM, elle variait de 3,2% en Guadeloupe à 11,7% en Guyane.

### L'âge maternel est un facteur de risque de plusieurs complications de la grossesse

Des événements périnataux et des issues pour l'enfant défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de 35 ans ou plus avec un risque accru au-delà de 40 ans.

**Figure 2. Évolution de la part des femmes âgées de 35 ans ou plus à l'accouchement (en %)**

France entière, 2012-2024

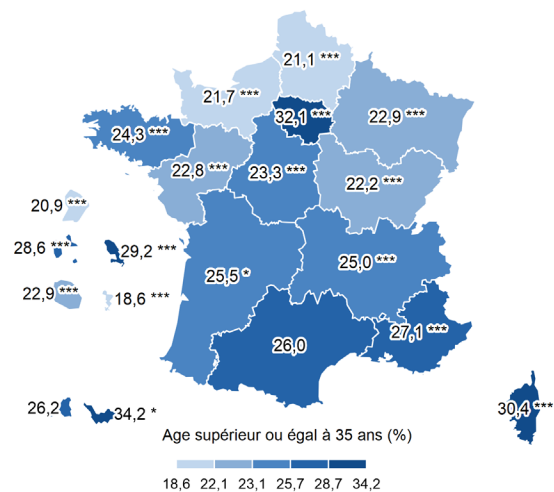


Source : SNDS

Tendance : APC 2012 - 2014 : +2,0% / APC 2014 - 2017 : +3,4%  
/ APC 2017 - 2024 : +2,4%

**Carte 2. Proportions régionales des femmes âgées de 35 ans ou plus à l'accouchement (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2021, 58,0% [57,1 - 58,9] des femmes avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat en France entière, et 59,4% [58,5 - 60,3] dans l'Hexagone [1]. Cette proportion était en augmentation par rapport aux précédentes éditions (51,8% et 55,4% respectivement en 2010 et 2016 dans l'Hexagone). En 2021, cette proportion variait de 48,1% [43,8 - 52,5] en Normandie à 67,3% [65,5 - 69,1] en Île-de-France pour l'Hexagone, et de 13,7% [11,6 - 16,1] à Mayotte à 53,9% [50,1 - 57,6] en Martinique.

Plus d'un quart des femmes (26,2%) qui ont accouché en 2024 sont nées à l'étranger. En 2023, la France se situait au 11<sup>ème</sup> rang sur 27 des états de l'Union Européenne ayant la plus importante proportion de naissances par une mère née à l'étranger (source : Eurostat). En 2018, elles étaient 23,7%. En 2024, ce taux variait de 6,9% en Corse à 43,9% en Île-de-France dans l'Hexagone, et de 8,0% à la Réunion à 68,8% à Mayotte dans les DROM.

## Cadre de vie des femmes

En France en 2021, 90,6% [90,1 - 91,1] des femmes qui ont accouché déclaraient vivre en couple (dans le même logement). Cette proportion variait de 90,1% [86,8 - 92,8] dans le Centre-Val de Loire (non significatif par rapport au reste de la France) à 93,9% [92,6 - 95,1] en Auvergne-Rhône-Alpes

pour l'Hexagone, et de 53,5% [49,3 - 57,7] en Guadeloupe à 84,6% [82,1 - 86,9] à Mayotte pour les DROM.

En France, 68,1% [67,3 - 68,9] des femmes qui ont accouché déclaraient exercer un emploi pendant la grossesse en 2021. Cette proportion variait de 62,6% [59,1 - 66,0] en PACA à 78,4% [75,1 - 81,5] en Pays de la Loire pour l'Hexagone, et de 22,0% [14,0 - 31,9] en Guyane à 57,7% [54,0 - 61,4] en Martinique pour les DROM.

En France, 57,7% [56,8 - 58,6] des femmes déclaraient un sentiment d'aisance financière (« ça va », « vous êtes plutôt à l'aise », « vous êtes très à l'aise ») en 2021. Cette proportion variait de 54,8% [51,5 - 58,1] en Occitanie (non significatif) à 63,4% [59,6 - 67,1] en Pays de la Loire pour l'Hexagone, et de 35,1% [31,1 - 39,2] en Guadeloupe à 46,3% [43,1 - 49,6] à la Réunion pour les DROM.

#### En France, deux dispositifs permettent l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité

- La Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite (CMU-C avant 2019) offre une prise en charge gratuite des soins de santé aux résidents légaux dont les revenus annuels sont inférieurs à 60 % du seuil de pauvreté.

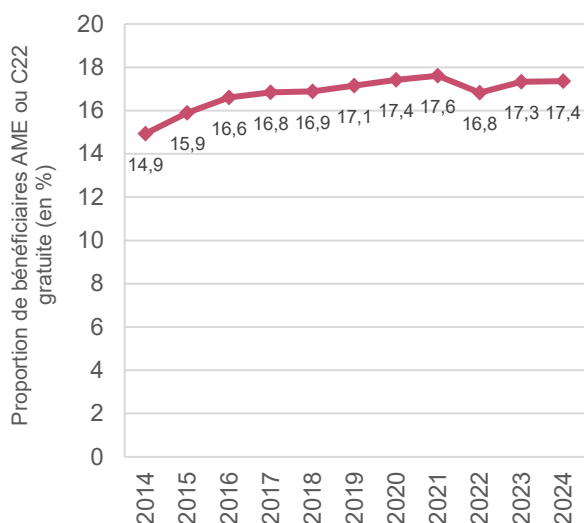
- L'Aide médicale de l'État (AME) permet de bénéficier d'une couverture médicale gratuite pour les personnes étrangères en situation irrégulière, notamment pour les soins urgents et essentiels.

Les indicateurs de santé issus du SNDS concernant l'AME et la C2S gratuite doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs tables sources existent, et leur combinaison peut varier selon les approches. Dans ce bulletin, nous avons retenu les femmes ayant bénéficié de ces dispositifs à tout moment entre le début de la grossesse et deux mois après l'accouchement. Une femme peut bénéficier successivement de l'AME, puis de la C2S gratuite sur cette période. Cependant, à un instant donné, ces deux dispositifs sont mutuellement exclusifs. Il est important de noter que l'accès effectif à ces dispositifs dépend de démarches administratives, ce qui peut influencer les disparités observées et leur évolution dans le temps.

En 2024, en France, 17,4% des femmes ayant accouché étaient en situation de faibles revenus, et étaient bénéficiaires soit de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite, soit de l'Aide médicale de l'État (AME) [Figure 3]. Dans l'Hexagone, cette proportion variait entre 7,2% en Corse (10,9% en Bretagne) et 21,3% en Hauts-de-France. Dans les DROM, la proportion de bénéficiaires de l'AME ou de la C2S variait de 5,1% à Mayotte à près de deux tiers en Guyane [Carte 3]. Les habitants de Mayotte ne pouvaient pas bénéficier de la C2S avant 2024 et ne peuvent toujours pas, à ce jour, bénéficier de l'AME.

**Figure 3. Évolution de la proportion des femmes bénéficiaires de l'AME ou C2S gratuite entre le début de grossesse et 2 mois post-partum (en %)**

France entière, 2014-2024

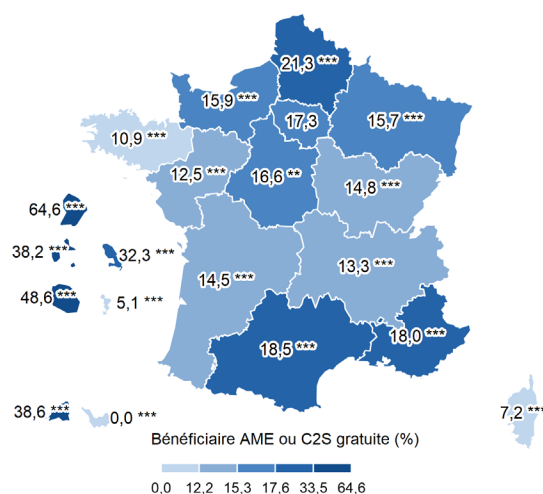


Source : SNDS

Évolution : non calculé en raison du repérage dans le SNDS de plus en plus multi-sources

**Carte 3. Proportions régionales des femmes bénéficiaires de l'AME ou C2S gratuite entre le début de grossesse et 2 mois post-partum (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

Selon les dispositifs,

- 2,5% des femmes étaient bénéficiaires de l'AME en 2024, versus 1,7% en 2014. Au niveau régional, la part des femmes bénéficiaires de l'AME variaient de 0,6% en Corse à 5,1% en Ile-de-France dans l'Hexagone, et de moins de 0,2% à Mayotte à 26,9% en Guyane dans les DROM.
- 14,8% des femmes étaient bénéficiaires de la C2S gratuite (ex CMU-C) en 2024 (plafond maximal de ressources annuelles à 10 166 € pour une personne seule dans l'Hexagone en 2024). En 2014, 13,4% des femmes qui accouchaient étaient bénéficiaires de la CMU-C (plafond maximal de ressources annuelles à 8 645 € pour une personne seule en 2014). Au niveau régional, la part des bénéficiaires de la C2S gratuite variait de 6,6% en Corse à 20,3% dans les Hauts-de-France dans l'Hexagone en 2024, et de 5,0% à Mayotte à 48,2% à La Réunion dans les DROM.

#### La précarité socio-économique aggrave les risques pour la mère et le nourrisson

Chez la mère, elle est associée à un accès limité aux soins prénatals, une alimentation déséquilibrée, un stress chronique et une exposition accrue aux facteurs de risque (tabagisme, obésité, diabète...), augmentant les complications (hypertension artérielle, dépression du post-partum). Pour le nourrisson, elle se traduit par un risque élevé de prématurité, de retard de croissance in utero et de mortalité infantile.

## Facteurs de risque et comportementaux

Tableau 2. Indicateurs des facteurs de risque et comportementaux des femmes ayant accouché en France entière (Hexagone et DROM)

Indicateurs	Source	France entière
<b>Traitement de l'infertilité</b>		
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	<b>6,5</b> [6,0 – 6,9]
<b>Facteur de risque</b>		
Situation de surpoids ou d'obésité en préconception ( $\geq 25\text{kg/m}^2$ ) (%)	ENP (2021)	<b>37,9</b> [37,0 – 38,7]
Diabète (type I ou II) préexistant (%)	SNDS (2024)	<b>0,92</b>
Hypertension artérielle (HTA) chronique (%)	SNDS (2024)	<b>1,63</b>
<b>Addictions</b>		
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>26,8</b> [26,0 – 27,6]
Fumeuses au 3 <sup>ème</sup> trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	<b>11,8</b> [11,3 – 12,4]
Fumeuses à 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	<b>15,1</b> [14,2 – 16,0]

## Traitement de l'infertilité

Selon les données ENP, 6,5% [6,0 – 6,9] des femmes qui ont accouché en 2021 déclaraient avoir suivi un traitement pour l'infertilité pour être enceinte (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle). Dans l'Hexagone, ce taux variait de 4,9% [3,1 – 7,4] en Bourgogne-Franche-Comté (non significatif par rapport au reste de la France) et 4,9% [3,5 – 6,6] en Grand Est (non significatif) à 7,7% [6,7 – 8,8] en Ile-de-France. Dans les DROM, ce recours était plus faible et variait de 0,7% [0,2 – 1,5] à Mayotte à 4,5% [3,2 – 6,0] à la Réunion. Ces disparités pourraient refléter une offre de soins inégale (absence de centre d'assistance médicale à la procréation (AMP) en Corse, Guyane et Mayotte (ABM 2021)), mais aussi des différences socio-démographiques, comme l'âge maternel au moment du désir de conception ou des barrières culturelles et économiques.

## Facteurs de risque

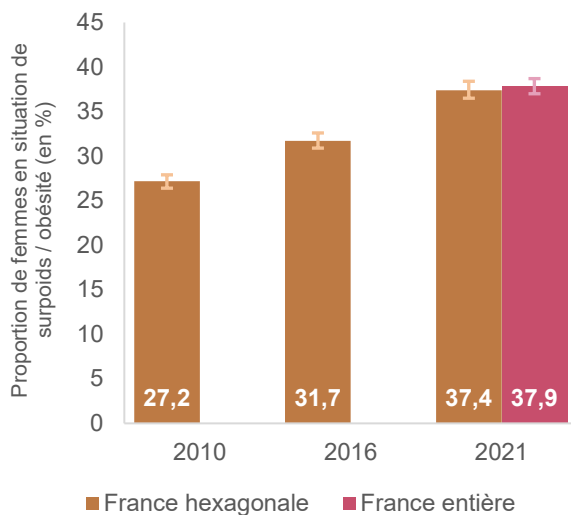
Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou d'obésité avant la grossesse a augmenté en France hexagonale, passant de 27,2% [26,4 - 27,9] à 37,4% [36,5 - 38,4], soit 10 points de plus. En 2021, cette prévalence était de 37,9% [37,0 - 38,7] en France entière [Figure 4]. Dans l'Hexagone, ce taux variait de 34,0% [30,6 - 37,4] en PACA à 41,3% [38,1 - 44,5] en Hauts-de-France, avec globalement un gradient nord-sud (plus élevée au nord). Dans les DROM, ce taux était plus élevé, et variait de 42,4% [30,3 - 55,2] en Guyane (non significatif par rapport au reste de la France) à 56,0% [49,6 - 62,3] à Mayotte [Carte 4].

### Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte est un facteur de risque de plusieurs complications de la grossesse

Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour le nourrisson, les risques incluent la prématurité, les anomalies congénitales, un poids de naissance élevé (macrosomie), un risque accru de mort fœtale in utero.

**Figure 4. Évolution de la proportion des femmes en situation de surpoids ou d'obésité en pré-conceptionnel (en %)**

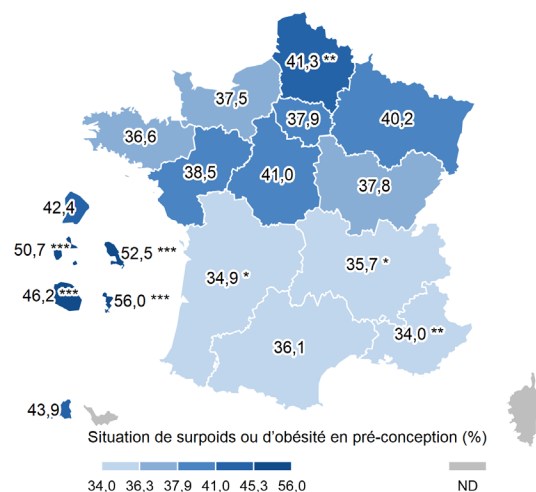
France entière et hexagonale, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

**Carte 4. Proportions régionales des femmes en situation de surpoids ou d'obésité en pré-conceptionnel (en %)**

Par région du lieu d'accouchement, 2021



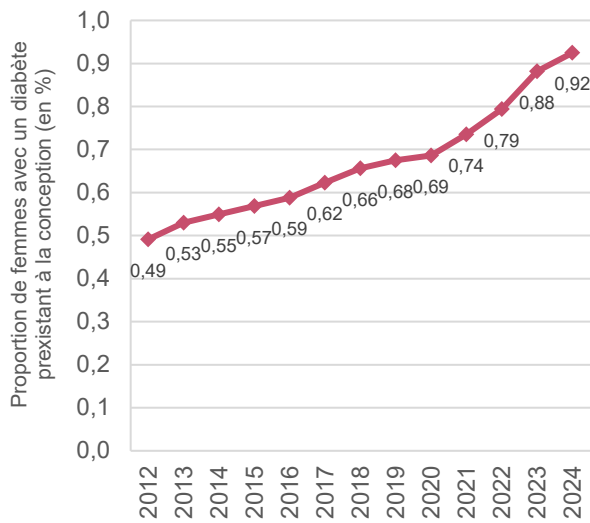
Source : ENP

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a presque doublé en 12 ans, passant de 0,49% en 2012 à 0,92% en 2024, avec une accélération marquée depuis 2020 (APC : +8,5% contre +4,3% entre 2012-2020) [Figure 5]. En 2024, ce taux variait de 0,64% en Bretagne à 1,15% en Ile-de-France. Dans les DROM, ce taux variait de 0,92% en Guyane (non significatif) à 2,07% à La Réunion [Carte 5].

**Figure 5. Évolution de la proportion des femmes ayant un diabète préexistant à la conception (en %)**

France entière, 2012-2024

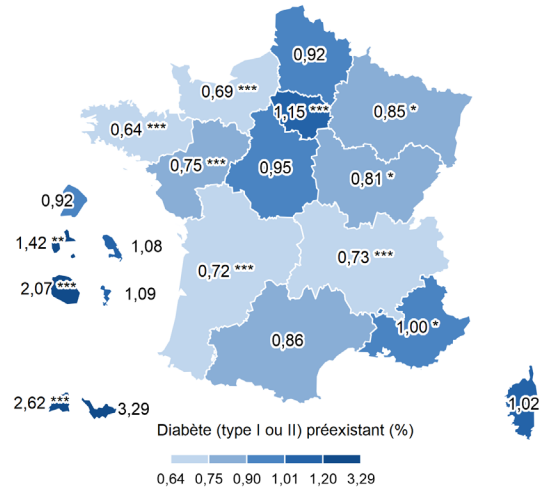


Source : SNDS

Tendance : APC 2012 - 2020 : +4,3% / APC 2020 - 2024 : +8,5%

**Carte 5. Proportions régionales des femmes ayant un diabète préexistant à la conception (en %)**

Par région de domicile, 2024



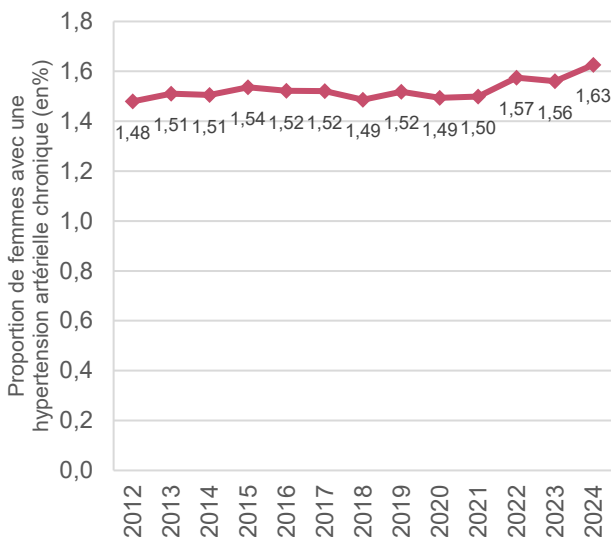
Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

Longtemps stable (2012–2021), la prévalence de l’hypertension artérielle (HTA) chronique chez les femmes enceintes a légèrement progressé depuis 2021 (de 1,50% à 1,63% en 2024, APC : +2,4%) [Figure 6]. En 2024, ce taux variait dans l’Hexagone de 1,08% en PACA à 2,11% dans les Hauts-De-France, avec globalement un gradient nord-sud (plus élevé au nord, excepté en Bretagne). Dans les DROM, ce taux variait de 1,75% à Mayotte (non significatif) à 3,41% en Guyane [Carte 6].

**Figure 6. Évolution de la proportion des femmes ayant une hypertension artérielle chronique (en %)**

France entière, 2012-2024

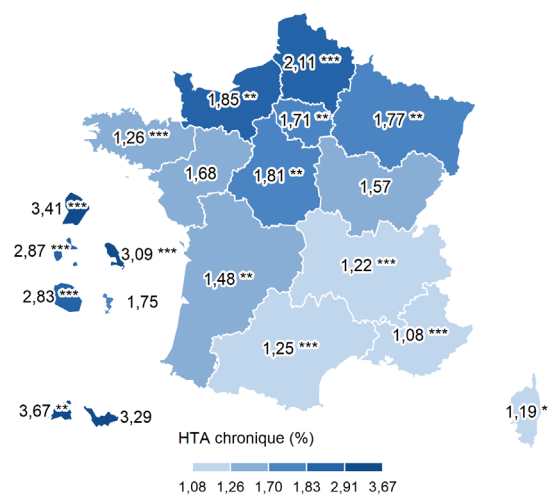


Source : SNDS

Tendance : APC 2021 - 2024 : +2,4%

**Carte 6. Proportions régionales des femmes ayant une hypertension artérielle chronique (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Addictions

Les indicateurs de santé présentés ici concernent la consommation de tabac (cigarettes industrielles et tabac à rouler), à l'exclusion des cigarettes électroniques et autres produits du vapotage.

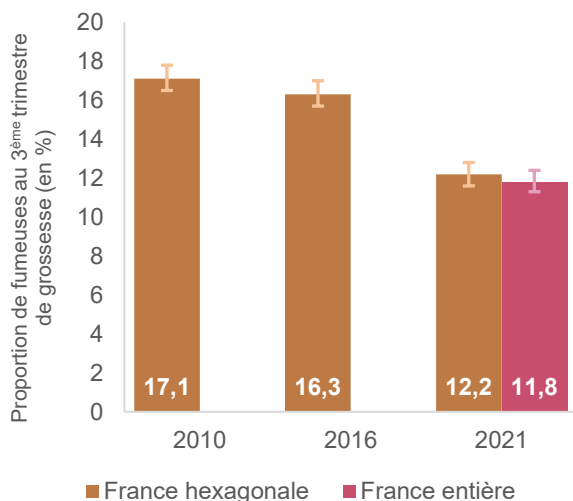
### La consommation de tabac durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité materno-fœtale

Les effets néfastes, tels que placenta prævia, grossesse extra-utérine, faible poids à la naissance, prématurité, sur la santé de la mère et de l'enfant sont bien documentés.

En 2021, 26,8% [26,0 - 27,6] des femmes déclaraient fumer un an avant leur grossesse, et cette proportion chutait à 11,8% [11,3 - 12,4] au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, grâce à une réduction drastique des consommations pendant la grossesse. Cependant, 15,1% [14,2 - 16,0] des femmes fumait à 2 mois du *post-partum*, soulignant la difficulté du sevrage sur le long terme.

**Figure 7. Évolution de la proportion des femmes fumeuses au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse (en %)**

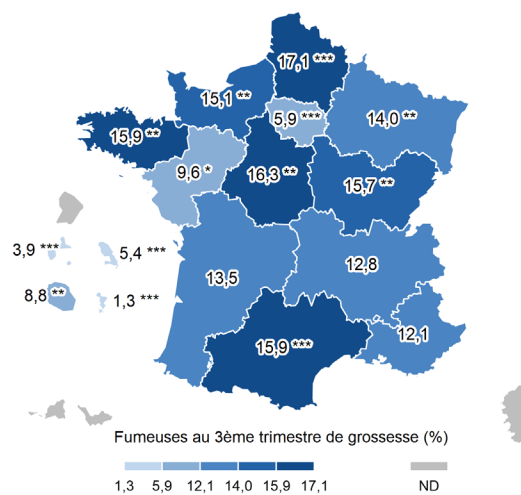
France entière et hexagonale, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

**Carte 7. Proportions régionales des femmes fumeuses au 3<sup>ème</sup> trimestre (en %)**

Par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP / \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

Dans l'Hexagone, la proportion des fumeuses au 3<sup>ème</sup> trimestre a diminué de près de 5 points entre 2010 (17,1%) et 2021 (12,2%), avec une accélération marquée entre 2016 et 2021 [Figure 7]. Dans l'Hexagone, la proportion des femmes se déclarant fumeuses au 3<sup>ème</sup> trimestre variait de 5,9% [5,1 - 6,9] en Ile-de-France à 17,1% [14,8 - 19,7] dans les Hauts-de-France, soit environ du simple au triple. Dans les DROM, cette proportion était plus faible et variait de 1,3% [0,7 - 2,3] à Mayotte à 8,8% [7,0 - 10,8] à La Réunion [Carte 7].

Par ailleurs, un travail en cours vise à estimer la prévalence des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) par région à partir des données médico-administratives du SNDS ; la publication d'une synthèse à l'automne à l'occasion du congrès international EUFASD est prévue.

## Grossesse et accouchement

**Tableau 3. Indicateurs de la grossesse et de l'accouchement des femmes ayant accouché en France entière (Hexagone et DROM)**

Indicateurs	Source	France entière
<b>Suivi de la grossesse</b>		
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	<b>62,1</b>
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	<b>79,5</b> [78,3 - 80,6]
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	<b>34,4</b> [33,3 - 35,6]
<b>Prévention</b>		
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>27,2</b> [26,4 - 28,1]
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalo­virus (CMV) (%)	ENP (2021)	<b>15,7</b> [15,1 - 16,4]
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	<b>56,4</b> [55,6 - 57,3]
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	<b>29,0</b> [28,2 - 29,8]
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	<b>66,7</b> [65,5 - 68,0]
<b>Pathologies de la grossesse</b>		
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	<b>64,1</b> [63,2 - 64,9]
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	<b>89,5</b>
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	<b>15,0</b>
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	<b>5,5</b>
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	<b>2,2</b>
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	<b>2,5</b>
<b>Santé mentale</b>		
Grossesse non souhaitée ou non planifiée <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	<b>17,1</b> [16,5 - 17,8]
Mauvais vécu de la grossesse <sup>2</sup> (%)	ENP (2021)	<b>12,5</b> [11,9 - 13,1]
Tristesse et/ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>31,9</b> [31,1 - 32,8]
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>8,8</b> [8,3 - 9,3]
<b>Lieu d'accouchement</b>		
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	<b>16,1</b>
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	<b>28,4</b>
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	<b>24,3</b>
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	<b>31,2</b>
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	<b>19,2</b>
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	<b>7,7</b> [7,2 - 8,2]
<b>Mode d'accouchement</b>		
	SNDS	
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	<b>22,0</b>
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	<b>7,0</b>
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	<b>78,0</b>
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	<b>66,9</b>
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	<b>2,8</b>
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	<b>5,5</b>
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	<b>1,1</b>
<b>Complications</b>		
Déchirure du périnée sévère (%)	SNDS (2024)	<b>1,36</b>
Hémorragie <i>post-partum</i> (HPP) (%)	SNDS (2024)	<b>7,3</b>
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	<b>0,92</b>

<sup>1</sup> Réaction à la découverte de la grossesse = "non souhaitée" ou "souhaitée plus tard"

<sup>2</sup> Vécu psychologique pendant la grossesse = "Assez mal" ou "Mal"

## Suivi de la grossesse

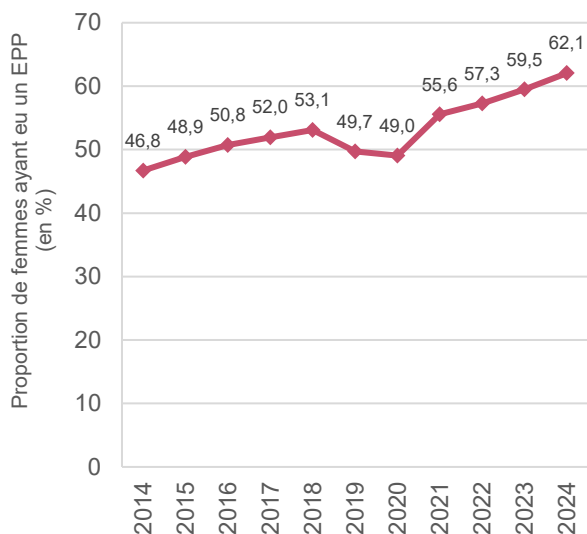
**Un suivi de grossesse régulier et de qualité**, incluant des temps dédiés comme l'**Entretien Prénatal Précoce (EPP)** et la préparation à la naissance, est un levier clé pour réduire les risques maternels et néonataux. Depuis 2023, les femmes enceintes peuvent désigner une **sage-femme référente** pour assurer le suivi de leur grossesse dans le cadre du parcours de soins coordonné. Cette désignation vise à améliorer la qualité et la fluidité du parcours de soins.

En 2024, 62,1% des femmes qui ont accouché en France (hors Mayotte) avaient bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP) selon les données du SNDS. En 2012, elles n'étaient que 46,8% à avoir eu cet entretien, soit une augmentation de +15 points et une augmentation moyenne annuelle de +2,4% [Figure 8]. Il est à noter l'écart important avec les données autodéclarées dans l'ENP, puisque 36,1% [35,2 - 37,0] des femmes ayant accouché en 2021 déclaraient avoir bénéficié d'un EPP, versus 55,6% selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'EPP par les femmes, qui ne l'identifient pas comme une consultation spécifique parmi leurs suivis prénatals, et un codage différent dans le SNDS, où des consultations standards pourraient être enregistrées à tort comme des EPP.

Dans l'hexagone, les taux de recours à l'EPP selon le SNDS étaient les plus importants dans l'ouest et le sud de la France et atteignait jusqu'à 74,0% en Bretagne, alors que le taux le plus faible était de 48,9% en Ile-de-France. Dans les DROM, les taux de recours variaient dans les extrêmes entre 38,9% en Guyane jusqu'à 75,8% en Martinique [Carte 8].

**Figure 8. Évolution de la proportion des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %)**

France entière (hors Mayotte), 2014-2024

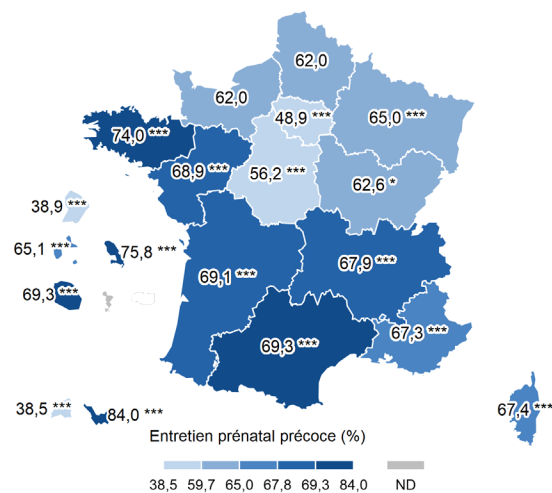


Source : SNDS

Tendance : APC 2014 - 2024 : +2,4%

**Carte 8. Proportions régionales des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

En 2021, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 79,5% [78,3 - 80,6] des cas contre seulement 34,4% [33,3 - 35,6] parmi les multipares. Les disparités régionales des taux de préparation à la naissance étaient plus importantes parmi les multipares : pour ces dernières, le taux variait de 26,4% [22,7 - 30,3] en Hauts-de-France à 51,2% [45,3 - 57,1] en Bretagne pour l'Hexagone, et de 1,7% [0,9 - 3,0] à Mayotte à 41,5% [36,5 - 46,5] en Martinique dans les DROM. Chez les primipares, le taux de recours était le plus faible dans le nord-est de la France (Hauts-de-France, Grand Est et Ile-de-France), et le plus élevé dans l'ouest (Bretagne, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire) pour l'Hexagone, et de 7,5% [4,2 - 12,0] à Mayotte à 87,8% [83,7 - 91,2] en Martinique pour les DROM. Les régions extrêmes (proportions les plus élevées ou les plus bas) présentaient une similitude entre les indicateurs d'EPP et ceux de la préparation à la naissance.

## Prévention

**Une prescription systématique de folates, par voie orale au moins 4 semaines avant la conception et jusqu'aux 3 semaines de grossesse, est recommandée en prévention des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) (HAS 2009).**

Seulement 27,2% [26,4 - 28,1] des femmes déclarent avoir pris de l'acide folique avant la grossesse en 2021, un chiffre faible au regard des recommandations. Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle. En France hexagonale, la prise d'acide folique a augmenté de 23,2% [22,5 - 24,0] en 2016 à 28,3% [27,4 - 29,1] en 2021. Dans l'Hexagone, cette proportion variait de 22,6% [19,9 - 25,5] dans les Hauts-de-France à 35,3% [31,6 - 39,2] en Pays de la Loire. Dans les DROM, cette proportion était plus faible et variait de 1,5% [0,8 - 2,5] à Mayotte à 12,0% [10,0 - 14,3] à la Réunion.

**La prévention de l'infection à cytomégalo virus (CMV), basée sur des mesures d'hygiène simples mais cruciales, devrait systématiquement être expliquée à toutes les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse (HCSP 2018 ; CNGOF 2019). Cette infection représente la première cause infectieuse de handicap non génétique chez l'enfant (surdité, retard psychomoteur).**

Seulement 15,7% [15,1 - 16,4] des femmes ont déclaré avoir reçu ces conseils en 2021. Dans l'Hexagone, cette proportion variait de 8,1% [6,5 - 10,1] dans les Hauts-de-France à 24,2% [22,6 - 25,9] en Ile-de-France. Dans les DROM, cette proportion était plus faible, sauf à Mayotte, et variait de 2,4% [1,4 - 3,8] à la Martinique à 28,4% à Mayotte [25,4 - 31,4].

**En 2026, quatre vaccins sont recommandés aux femmes enceintes (coqueluche, grippe, Covid-19 et bronchiolite) afin de protéger la mère, le fœtus et le nourrisson dès sa naissance des infections (HAS 2025).**

Au moment de l'ENP 2021, seules les vaccinations contre la coqueluche et la grippe étaient disponibles et recommandées. En 2021, la vaccination grippale a été proposée à 56,4% [55,6 - 57,3] des femmes enceintes, mais seulement 29,0% [28,2 - 29,8] ont été effectivement vaccinées, révélant un décalage entre la proposition et l'adhésion. Pourtant, la période de la pandémie de COVID-19 (2020–2021) a pu renforcer la sensibilisation à l'importance de la vaccination chez certaines femmes enceintes, notamment en raison de l'absence de vaccin COVID-19 disponible en début de pandémie. La proportion de femmes déclarant qu'on leur avait proposé la vaccination contre la grippe variait de 45,4% [41,9 - 49,0] en PACA à 73,0% [70,0 - 75,8] en Hauts-de-France dans l'Hexagone, et était bien plus faible dans les DROM variant de 3,2% [0,7 - 9,1] en Guyane à 16,3% [14,0 - 18,9] à la Réunion. La proportion de femmes déclarant être vaccinées variait de 20,2% [17,4 - 23,2] en PACA à 40,6% [36,3 - 45,0] en Bretagne dans l'Hexagone, et était inférieure à 5% quel que soit le DROM.

En revanche, 66,7% [65,5 - 68,0] des femmes étaient vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années, ce qui témoigne d'une meilleure adhésion à cette recommandation. Cette proportion variait de 54,4% [49,5 - 59,3] en Occitanie à 83,1% [78,0 - 87,4] en Normandie dans l'Hexagone, et de 44,6% [39,0 - 50,4] en Martinique à 56,0% [50,8 - 61,2] à La Réunion (pas de données pour Saint-Martin et Mayotte) pour les DROM.

## Pathologies de la grossesse

**En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur ou égal à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis 2010 (CNGOF).**

Selon les données de l'ENP 2021, 64,1% [63,2 - 64,9] des femmes qui ont accouché étaient dans ces critères de risque. Cependant, près de 9 femmes sur 10 cette année-là (89,9%) ont eu un dépistage au cours de la grossesse, soit un pourcentage proche d'un dépistage universel, et non

sur facteurs de risque. Les régions de l'Ouest de la France hexagonale avaient les taux plus faibles (<60%) de femmes à risque de diabète gestationnel, à l'inverse de l'Île-de-France qui avait le taux le plus élevé (69,1% [67,3 - 70,8]) [Carte 9].

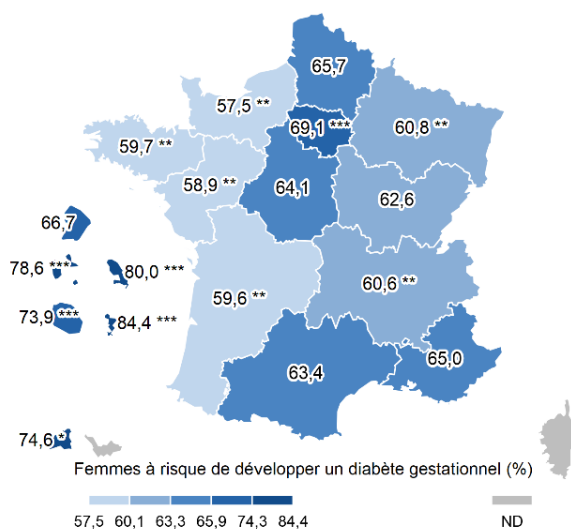
Près de 9 femmes sur 10 ont eu un dépistage du diabète gestationnel en 2024. Après une légère augmentation entre 2012 et 2016, cette proportion était stable depuis [Figure 9]. Au niveau régional, elle variait de 82,5% dans les Pays de la Loire à 94,0% en Corse en 2024 dans l'Hexagone et de 60,5% en Guyane à 98,0% à La Réunion dans les DROM (hors Mayotte). A noter, que sur le territoire de La Réunion, le dépistage universel est recommandé [Carte 10].

Entre 2012 et 2021, la prévalence du diabète gestationnel a plus que doublé, passant de 7,5% à 16,5%. Depuis 2022, cette prévalence reste stable et autour des 15% [Figure 10]. En 2024, cette prévalence variait de 12,2% en Bretagne à plus de 16% pour les régions de nord-est pour l'Hexagone et de 8,4% à Mayotte à 19,5% à la Réunion pour les DROM [Carte 11].

Environ la moitié de l'augmentation de la prévalence du diabète gestationnel entre 2012 et 2022 serait due à l'augmentation du surpoids et de l'obésité avant grossesse, un quart à l'augmentation de l'âge maternel et un autre quart à l'augmentation du dépistage précoce durant la grossesse [2].

### Carte 9. Proportions régionales de femmes enceintes à risque de développer un diabète gestationnel (en %)

Par région du lieu d'accouchement, 2021

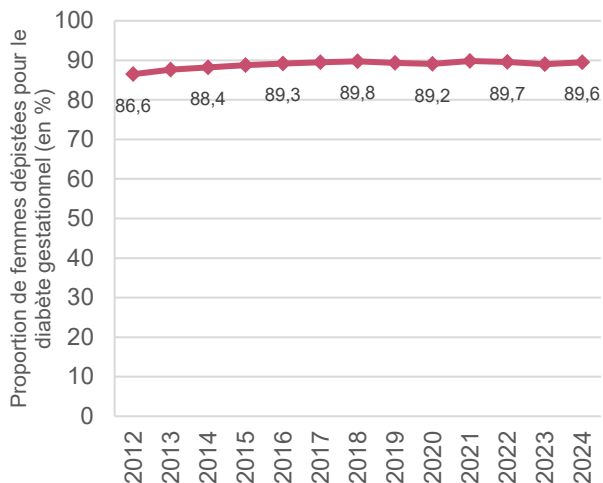


Source : ENP

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

**Figure 9. Évolution de la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel (en %)**

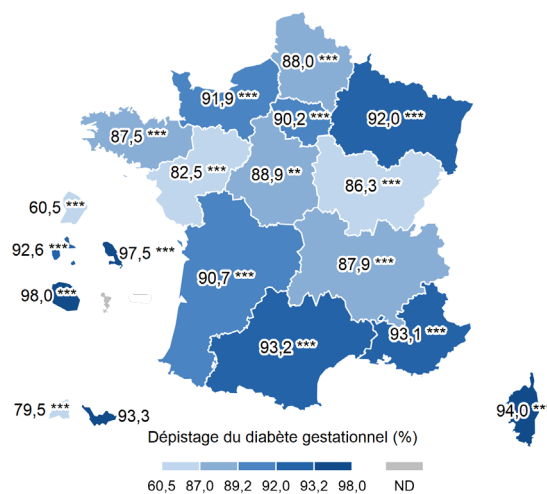
France entière, 2012-2024



Source : SNDS  
Tendance : APC 2012 - 2016 : +0,8%

**Carte 10. Proportions régionales du dépistage du diabète gestationnel (en %)**

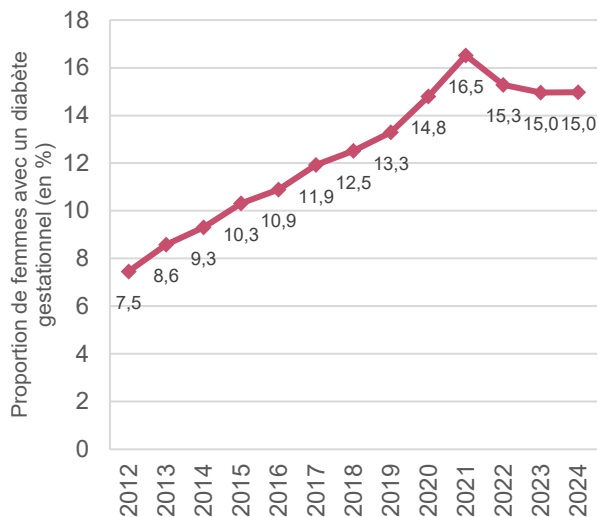
Par région de domicile, 2024



Source : SNDS  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

**Figure 10. Evolution de la proportion des femmes enceintes avec un diabète gestationnel (en %)**

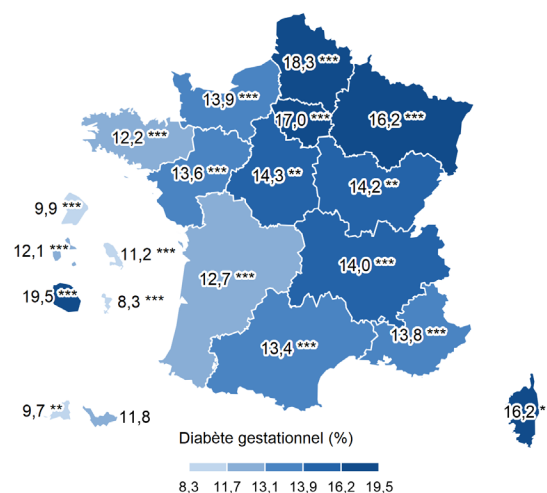
France entière, 2012-2024



Source : SNDS  
Tendance : APC 2012 - 2021 : +8,3%

**Carte 11. Proportions régionales des femmes enceintes avec un diabète gestationnel (en %)**

Par région de domicile, 2024

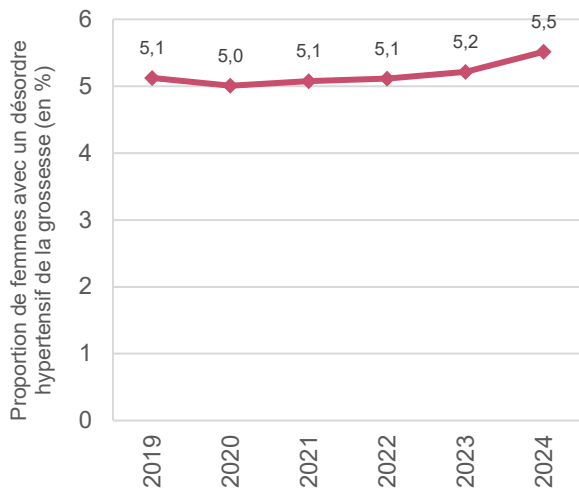


Source : SNDS  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

En 2024, 5,5 % des femmes ayant accouché en France présentaient un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou pré-éclampsie), versus 5,1% en 2019 [Figure 11]. Ces troubles présentaient une répartition géographique contrastée en 2024 : les régions du sud-est affichaient des taux inférieurs à la moyenne nationale (< 4,5 %), tandis que celles du nord-est enregistrent des taux plus élevés (> 5,9 %) dans l'Hexagone. Dans les DROM, la prévalence était significativement plus élevée, avec des taux allant de 6,7 % à Mayotte à 10,6% en Guyane [Carte 12].

**Figure 11. Évolution de la part des femmes avec un désordre hypertensif de la grossesse (en %)**

France entière, 2019-2024

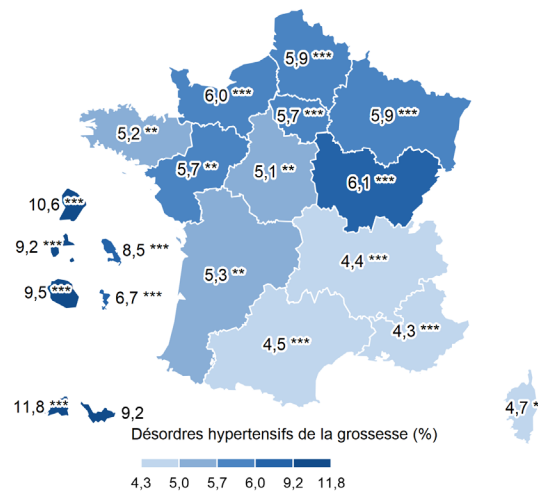


Source : SNDS

Tendance : APC 2019 - 2024 : +1,4%

**Carte 12. Proportion régionale des femmes avec un désordre hypertensif de la grossesse (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p&lt;0,10 ; \*\* : p&lt;0,05 ; \*\*\* : p&lt;0,001

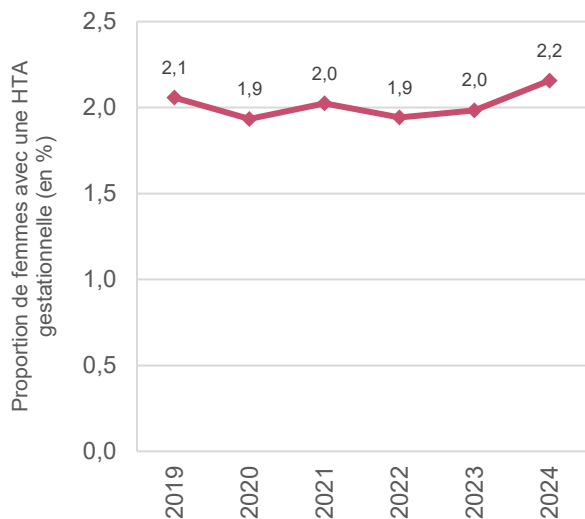
L'HTA gestationnelle (dite aussi gravidique), définie par une élévation de la pression artérielle ( $\geq 140/90$  mmHg) après la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, concernait 2,2 % des femmes en France en 2024 [Figure 12]. Les régions du sud-est de la France et le Centre-Val de Loire avaient également des taux moins élevés (<1,8%), alors que les régions du nord-est (Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté) avaient des taux plus élevés (>5,9%) dans l'Hexagone. Dans les DROM, les taux étaient plus élevés (>2,6%) [Carte 13].

La pré-éclampsie, définie par une HTA et une protéinurie après la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter entre 2012 (1,9 %) et 2024 (2,5 %), avec une accélération depuis 2022 [Figure 13]. A nouveau, les régions du sud-est de la France avaient les taux les plus faibles (<2,1%) et l'Île-de-France avait le taux le plus élevé (2,8%) dans l'Hexagone. Les DROM avaient des taux également plus élevés (excepté à Mayotte), variant de 2,6% à Mayotte à 5,2% en Guyane [Carte 14].

L'HTA chronique est présentée plus haut dans ce bulletin dans la partie « Facteurs de risque et comportementaux ».

**Figure 12. Évolution de la proportion des femmes avec une HTA gestationnelle (en %)**

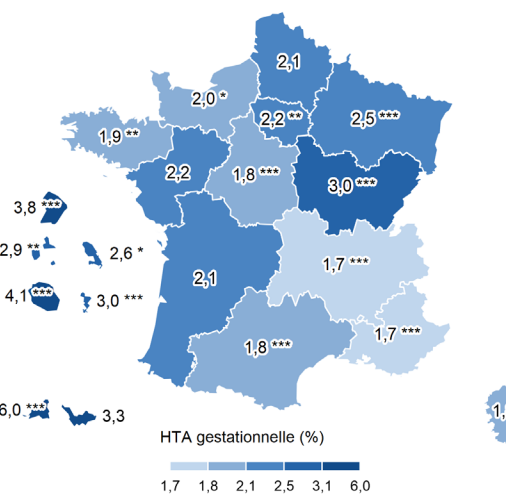
France entière, 2019-2024



Source : SNDS  
Pas de tendance significative sur la période

**Carte 13. Proportions régionales des femmes avec une HTA gestationnelle (en %)**

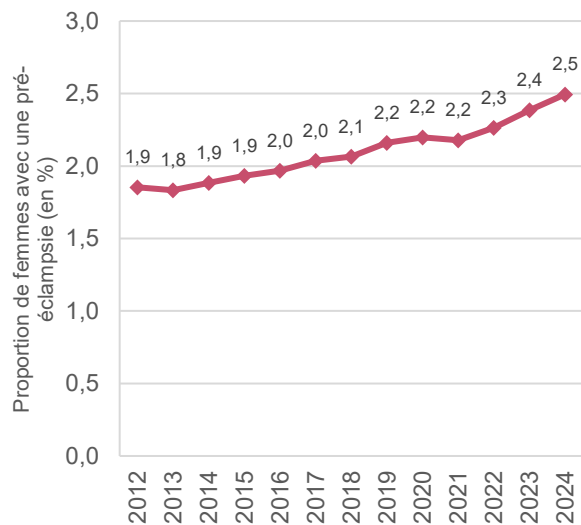
Par région de domicile, 2024



Source : SNDS  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

**Figure 13. Évolution de la part des femmes avec une pré-éclampsie (en %)**

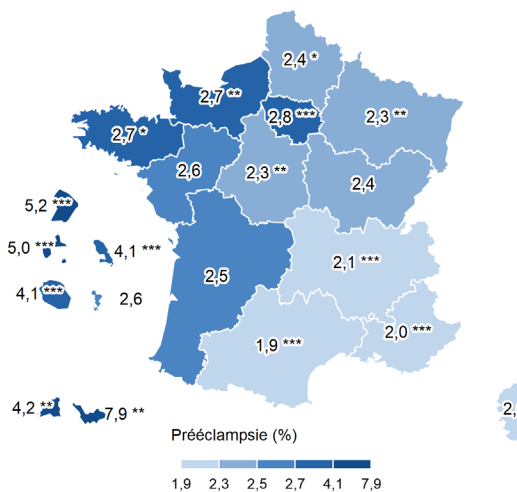
France entière, 2012-2024



Source : SNDS  
Tendance : APC 2012 - 2022 : +2,2% / APC 2022 - 2024 : +5,0%

**Carte 14. Proportion régionale des femmes avec une pré-éclampsie (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

**Les femmes ayant un diabète gestationnel ou une HTA gestationnelle ont plus de risque de ne pas avoir recours à des soins anténatals en santé mentale lorsqu'elles déclarent des difficultés psychologiques pendant la grossesse [3].**

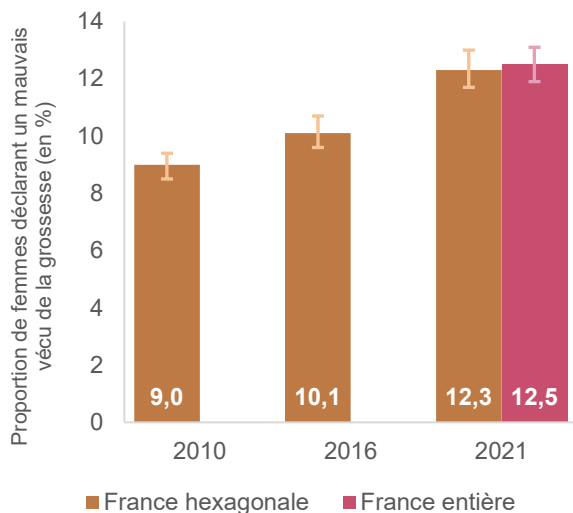
## Santé mentale

En 2021, 17,1% [16,5 - 17,8] des femmes qui venaient d'accoucher en France déclaraient que leur grossesse était non souhaitée ou non planifiée. Dans l'Hexagone, cette proportion était de 16,6 [15,9 - 17,3] en 2021, et stable depuis 2016. En 2021, cette proportion variait de 12,9% [10,4 - 15,7] en Pays de la Loire à 21,9% [18,0 - 26,2] dans le Centre-Val de Loire pour l'Hexagone. Elle était plus élevée dans les DROM et variait de 23,6% [20,9 - 26,5] à La Réunion à 32,8% [29,4 - 36,4] à la Martinique.

Toujours en 2021, 12,5% [11,9 - 13,1] des femmes en France déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse (assez mal ou mal). Dans l'Hexagone, cette proportion a augmenté depuis 2016 (10,1% versus 12,3% en 2021) [Figure 14]. Dans l'Hexagone, la part de mauvais vécu psychologique de la grossesse était plutôt homogène selon les régions (entre 10,3% et 13,6%). Dans les DROM, elle variait de 14,6% [12,4 - 17,0] à La Réunion (non significatif par rapport au reste de la France) à 19,4% [11,9 - 28,9] en Guyane [Carte 15].

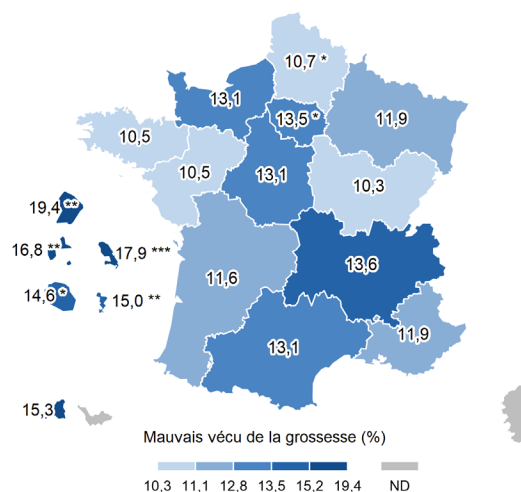
**Figure 14. Évolution de la proportion des femmes déclarant un mauvais vécu de la grossesse (en %)** **Carte 15. Proportions régionales des femmes déclarant un mauvais vécu de leur grossesse (en %)**

France entière et hexagonale, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

Par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

En 2021, près d'une femme sur 3 en France (31,9% [31,1 - 32,8]) déclaraient un sentiment de tristesse et/ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse. La tristesse et l'anhédonie sont les deux marqueurs cardinaux d'une possible dépression. Dans l'Hexagone, cette proportion variait de 28,9% [25,0 - 33,1] en Bretagne (non significatif) à 34,8% [33,0 - 36,6] en Ile-de-France dans l'Hexagone, et de 17,9% [15,5 - 20,6] à Mayotte à 46,4% [42,7 - 50,2] en Martinique dans les DROM [Carte 16].

A noter qu'en 2021, ces femmes étaient enceintes pendant la pandémie de COVID-19, et que cela a pu impacter leur vécu psychologique.

En parallèle, 8,8% [8,3 - 9,3] des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques en 2021. Dans l'Hexagone, on relevait une hausse de ce recours avec 5,4% en 2010, 6,6% en 2016, et 9,0% en 2021. Cette augmentation pourrait refléter l'augmentation des besoins en soutien psychologique, une amélioration du repérage ou encore une moindre réticence à recourir à des soins en santé mentale. En 2021, le recours aux soins anténatals en santé mentale variait significativement de 4,9 % [3,6 - 6,5] dans les Hauts-de-



principalement par l'offre de soins disponible sur chaque territoire. En 2024, la Corse (ainsi que Saint-Martin et Saint-Barthélemy) ne disposait d'aucune maternité de type 3. À Mayotte, en revanche, l'unique maternité existante est de type 3 (bien que certains centres périphériques y soient rattachés sans pour autant offrir de service de néonatalogie ni de présence de gynécologues-obstétriciens).

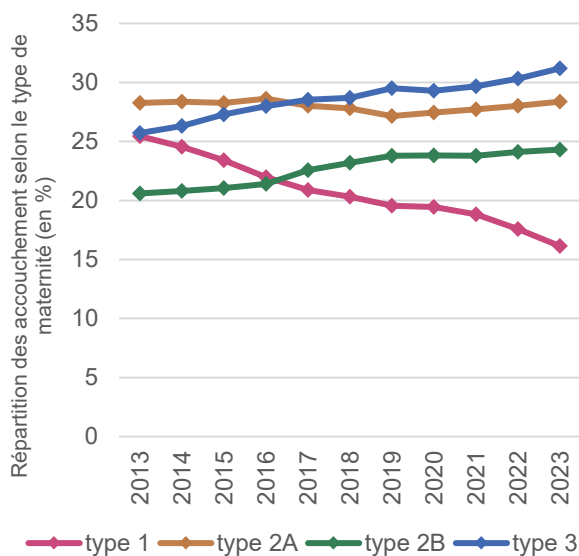
**Réduction du nombre de maternités**

Entre 2013 et 2023, le nombre de maternités dans l'Hexagone a diminué passant de 514 à 443 établissements [4]. Plusieurs indicateurs issus du PMSI-MCO présents dans ce bulletin sont déclinés par lieu de prise en charge (ici par lieu de domicile) sur le site de ScanSanté grâce au travail collaboratif entre l'ATIH, la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) et la DREES : <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>

En 2024, près d'un accouchement sur cinq (19,2 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an, un chiffre stable depuis 2012. Malgré la fermeture de nombreuses petites structures, cette proportion reste inchangée, suggérant que la baisse de la natalité entraîne le passage progressif de maternités de taille moyenne sous le seuil des 1 000 accouchements annuels. Dans l'Hexagone, cette proportion variait de 11,4% en Ile-de-France à 45,4% en Corse, et de 0,3% à Mayotte à 40,4% en Guadeloupe dans les DROM [Carte 19].

**Figure 15. Évolution de la répartition des accouchements selon le type de maternité (en %)**

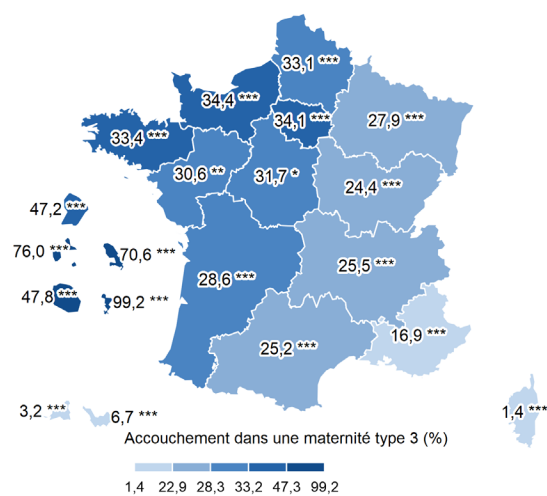
France entière, 2013-2023



Source : SNDS

**Carte 18. Proportions régionales des accouchements en maternité de type 3 (en %)**

Par région de domicile, 2023

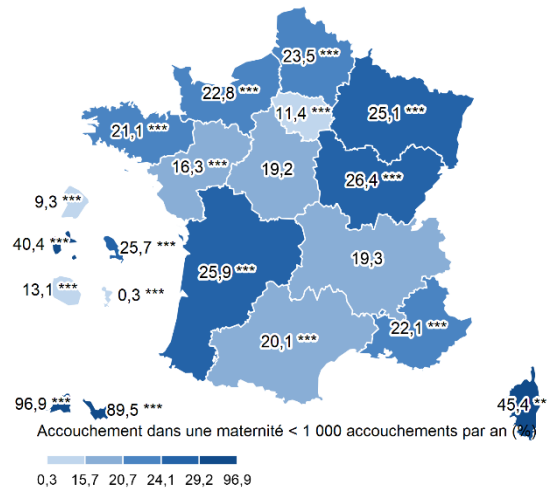


Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Carte 19. Proportions régionales d'accouchements réalisés dans une maternité < 1000 accouchements par an (en %)

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

### Maternité éloignée : hébergement et transport

Depuis 2022, les femmes enceintes qui habitent à plus de 45 minutes d'une maternité peuvent bénéficier d'un dispositif appelé « Engagement maternité » permettant la prise en charge d'un hébergement temporaire à proximité de la maternité à l'approche du terme de l'accouchement et la prise en charge des transports correspondants.

En 2021, 1 femme sur 13 (7,7% [7,2 – 8,2]) déclarait avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité, parmi les accouchements à terme ( $\geq 37$  SA). Dans l'Hexagone (hors Corse), cette proportion variait significativement de 4,5% [3,3 – 6,1] en Hauts-de-France à 14,3% [11,0 – 18,1] en Bourgogne-Franche-Comté. Dans les DROM, elle variait de 8,7% [6,9 - 10,8] à La Réunion (non significatif) à 12,9% [10,1 – 16,2] en Guadeloupe.

## Mode d'accouchement

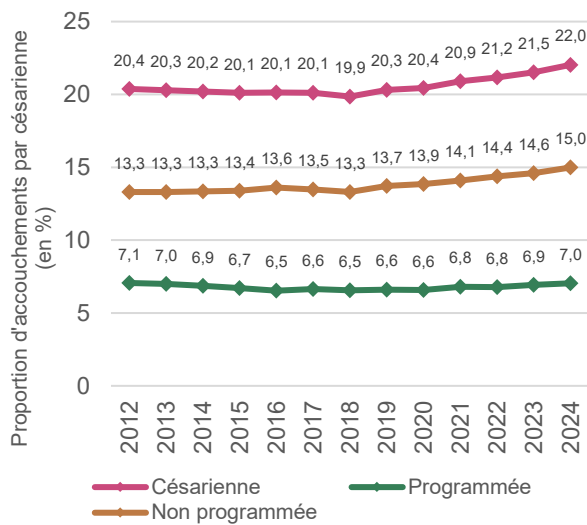
Entre 2012 et 2018, la part des césariennes a légèrement diminué (passant de 20,4% à 19,9%), avant d'augmenter jusqu'en 2024, atteignant 22,0%. Cette hausse récente résulte de la progression à la fois des césariennes programmées et non programmées, avec une augmentation plus marquée pour ces dernières :

- Césariennes programmées : après une baisse entre 2012 et 2016 (de 7,1% à 6,5%), leur part a de nouveau augmenté entre 2020 et 2024 (de 6,6% à 7,0%) ;
- Césariennes non programmées (en urgence, pendant le travail) : stables pendant plusieurs années, elles ont progressé entre 2018 et 2024 (de 13,3% à 15,0%) [Figure 16].

La part des césariennes variait de 17,2% en Bourgogne-France-Comté à 30,2% en Corse dans l'Hexagone, et de 17,2% à Mayotte à 21,4% à La Réunion (non significatif) dans les DROM [Carte 20]. Ces écarts reflètent en partie l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements, comme le soulignait déjà le précédent rapport de surveillance de la santé périnatale 2010-2019 [5].

**Figure 16. Évolution de la proportion des césariennes parmi les accouchements (en %)**

France entière, 2012-2024

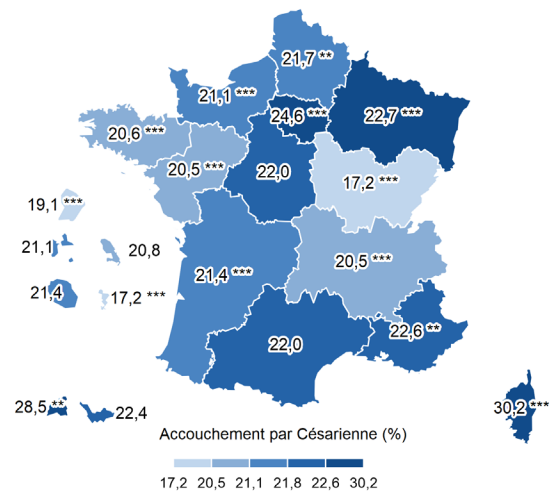


Source : SNDS

Tendances : césarienne APC 2012-2018 : -0,4% APC 2018-2024 : +1,6% / programmée APC 2012-2016 : -1,9% APC 2020-2024 : +1,6% / non programmée APC 2018-2024 : +1,7%

**Carte 20. Proportions régionales des césariennes parmi les accouchements (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

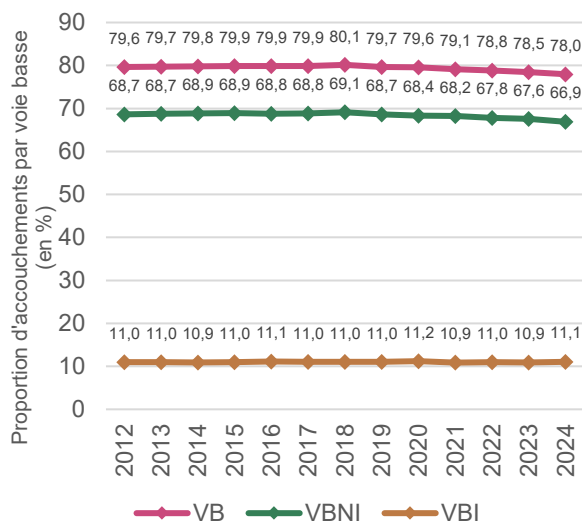
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

En 2024, le taux d'accouchements par voie basse en maternité s'élevait à 78,0 %, en baisse depuis 2018 (80,1%). Cette diminution s'explique principalement par l'augmentation des césariennes, tandis que le taux de voies basses instrumentales (VBI) était stable sur la période 2012–2024, autour de 11 %. Par ailleurs, le taux de voies basses non instrumentales (VBNI) est passé de 69,1 % en 2018 à 66,9 % en 2024 [Figure 17].

Les disparités régionales étaient très importantes : la Corse et l'Île-de-France avaient des taux plus faibles de voie basse non instrumentale (56,3% et 64,2% en 2024 respectivement). Les taux plus élevés étaient constatés en Guyane (79,4%) et à Mayotte (78,6%) [Carte 21].

**Figure 17. Evolution de la proportion des accouchements par voie basse (VB) (en %)**

France entière, 2012-2024

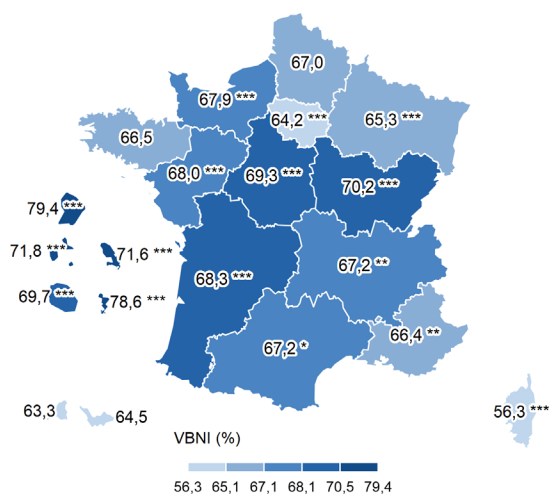


Source : SNDS

Tendances : VB APC 2018-2024 : +0,1% APC 2018-2024 : -0,4% / VBNI APC 2018-2024 : -0,5%

**Carte 21. Proportions régionales des accouchements par voie basse non instrumentale (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

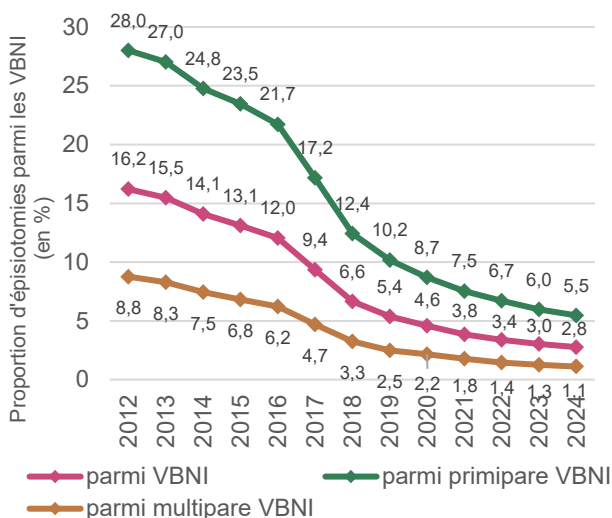
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

La pratique de l'épisiotomie (section de la muqueuse vaginale et des muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter le passage de l'enfant lors de l'accouchement) a beaucoup diminué depuis 2012. En effet, 16,2% (n≈90 000) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 2,8% (n≈12 000) en 2024. C'était entre 2016 et 2019 que la diminution a été la plus rapide (APC : -25,6% / an). L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 5,5% des primipares avec un accouchement VBNI avaient eu une épisiotomie, versus 1,1% chez les multipares avec un accouchement VBNI [Figure 19]. La proportion d'épisiotomie parmi les accouchements VBNI était plus faible dans les régions de l'est de la France, en particulier en Bourgogne-Franche-Comté (1,0%) et elle était plus élevée (autour de 3,5%) dans les régions du nord-ouest (excepté la Bretagne et les Hauts-de-France). Dans les DROM, elle variait de 0,6% à Mayotte à 2,7% en Guyane (non significatif) [Carte 23]. La proportion d'épisiotomies lors des voies basses instrumentales (VBI) n'est pas incluse dans ce bulletin en raison de doutes sur la fiabilité de cet indicateur. Une évaluation approfondie sera menée dans le cadre du projet PérinatAlgoVal (<https://www.health-data-hub.fr/partenariats/perinatalgoval>).

Cette diminution de la pratique des épisiotomies interroge sur un impact possible sur la fréquence des déchirures périnéales sévères de grade 3 ou 4.

**Figure 19. Evolution de la proportion des épisiotomies parmi les accouchements VBNI (en %)**

France entière, 2012-2024

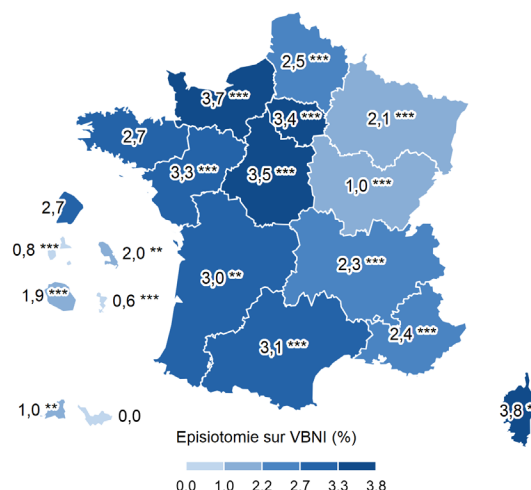


Source : SNDS

Tendance parmi VBNI : APC 2012-2016 : -7,2%, APC 2016-2019 : -25,6%, APC 2019-2024 : -12,6%

**Carte 23. Proportions régionales des épisiotomies parmi les accouchements VBNI (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

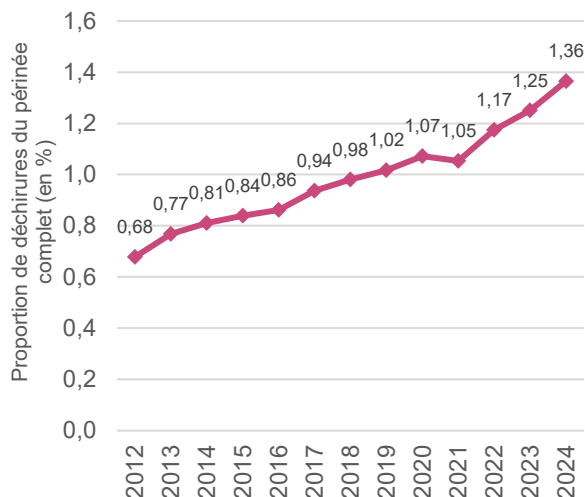
## Complications de l'accouchement

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicé (3ème et 4ème degrés) était de 0,68% en 2012 et de 1,36% en 2024, avec une forte augmentation annuelle moyenne de +5,3% [Figure 20]. Cette proportion variait de 0,91% dans le Centre-Val de Loire à 2,91% en PACA dans l'Hexagone. Dans les DROM, le taux de déchirure du périnée (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés) était faible dans plusieurs territoires : Guyane, Martinique, Guadeloupe et Mayotte [Carte 24]. La région Bourgogne-Franche-Comté qui réalisait le moins d'épisiotomie sur VBNI dans l'Hexagone avait un taux de déchirure sévère similaire au reste de la France. Dans plusieurs DROM avec une proportion réduite d'épisiotomies, les taux de déchirure étaient également très faibles. Cependant la région Centre-Val de Loire, avec la proportion de déchirure sévère la plus faible dans l'Hexagone, avait un taux significativement plus élevé d'épisiotomies sur VBNI. Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie sur VBNI et sur VBI (non présenté ici) et taux de déchirure sévère à partir des données régionales. Les pratiques de repérage et de codage des

déchirures sévères pourraient varier selon les établissements de santé, entraînant une hétérogénéité importante entre eux.

**Figure 20. Évolution de la proportion des déchirures du périnée complet et complet-complicqué (en %)**

France entière, 2012-2024

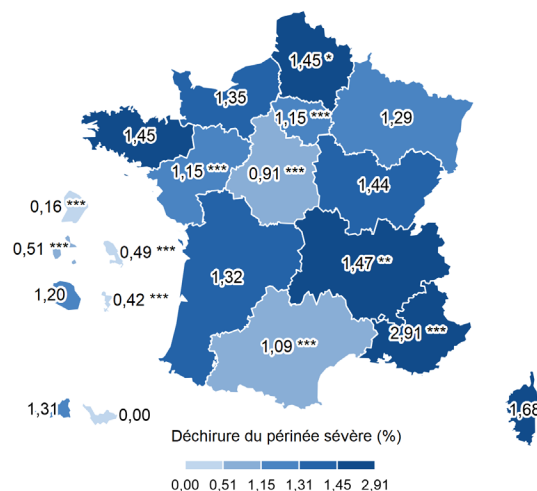


Source : SNDS

Tendance : APC 2012-2024 : +5,3%

**Carte 24. Proportions régionales des déchirures du périnée complet et complet-complicqué (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

En France, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du *post-partum* (HPP) a augmenté de 4,3 % en 2012 à 7,3 % en 2024, avec une accélération depuis 2022 (APC 2014-2022 : +4,4%, APC 2022-2024 : +9,8%). Cette hausse doit cependant être interprétée avec prudence, car elle pourrait refléter une amélioration de la détection et du codage des séjours dans les établissements de santé plutôt qu'une augmentation réelle de l'incidence. À titre de comparaison, l'ENP de 2021 rapportait un taux de 11,6% de pertes sanguines supérieures à 500 mL, bien que cette estimation soit limitée par un taux de données manquantes de 15,5 %. Dans le SNDS, les taux d'HPP codés en 2024 révèlent une hétérogénéité marquée selon les territoires, avec des écarts allant de 5,8% en Occitanie à 9,4% en Centre-Val de Loire dans l'Hexagone, et de 3,6% en Martinique à 11,5% à La Réunion dans les DROM.

#### Perte sanguine > 500 mL et hémorragie du postpartum (HPP)

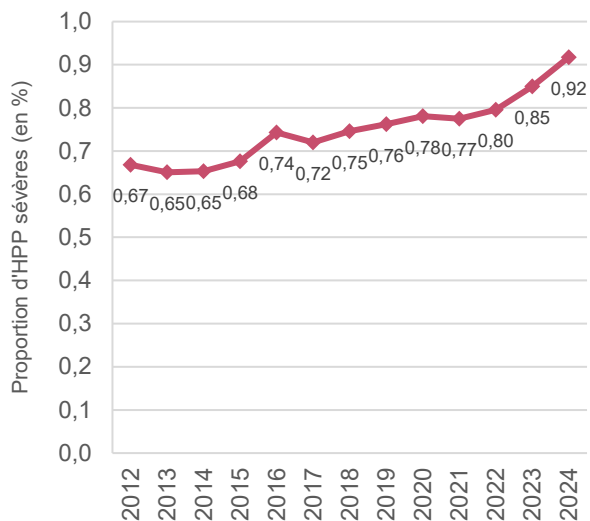
L'HPP correspond à des pertes sanguines égales ou supérieures à 500 mL, survenant lors de l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent, indépendamment de la voie d'accouchement (voie basse ou césarienne). Cette complication, fréquente en obstétrique, présente une incidence estimée à environ 5 % des accouchements lorsque les pertes sanguines sont évaluées de manière approximative. Cependant, ce taux atteint 10 % lorsque la quantification est réalisée par des méthodes plus précises, telles que l'utilisation d'un sac collecteur, la pesée des compresses ou le recours à des marqueurs biologiques.

En France, les HPP étaient responsables de 7,4% des décès maternels (parmi les décès pendant la grossesse, l'accouchement ou les 365 jours suivant la fin de la grossesse), soit 20 décès entre 2016 et 2018 (source : ENCM). Les critères retenus de l'HPP sévère dans le PMSI-MCO sont : transfusion > ½ masse sanguine, chirurgie (ligature, hystérectomie), embolisation artérielle ou passage en unité médicale de soins critiques associé à un codage d'HPP.

En France, l'HPP sévère (voir les critères retenus dans l'encadré ci-dessus) a également augmenté de 0,67% en 2012 à 0,92% en 2024, avec une augmentation annuelle moyenne de +6,7% sur la période récente 2022 à 2024 [Figure 18]. Ce taux variait de 0,59% en Bretagne à 1,45% dans le Centre-Val de Loire dans l'Hexagone, et de 0,55% en Guyane à 1,89% à Mayotte pour les DROM [Carte 22].

**Figure 18. Évolution de la proportion des hémorragies du post-partum sévères (en %)**

France entière, 2012-2024

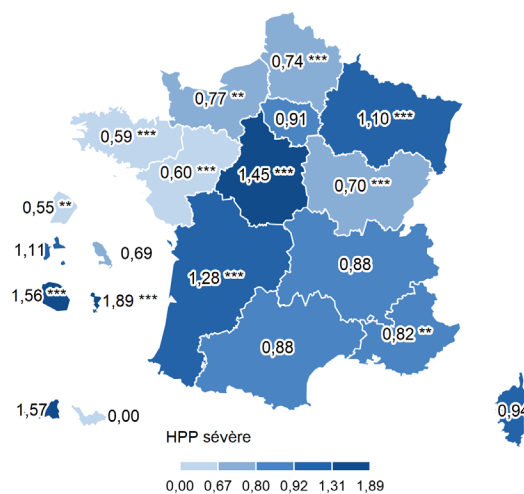


Source : SNDS

Tendance : APC 2022-2024 : +6,7%

**Carte 22. Proportions régionales des hémorragies du post-partum sévères (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Naissances vivantes

**Tableau 4. Indicateurs des naissances vivantes**

Indicateurs	Source	France entière
<b>Prématurité selon l'âge gestationnel</b>		
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	<b>6,7</b>
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	<b>0,43</b>
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>0,70</b>
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>5,6</b>
<b>Autres marqueurs de risque</b>		
Issue d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	<b>3,0</b>
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	<b>7,4</b>
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	<b>9,6</b>
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	<b>8,8</b>
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	<b>11,5</b> [11,0 - 12,0]

## Prématurité selon l'âge gestationnel

### La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile.

De plus, les enfants nés avant 32 SA nécessitent une surveillance médicale renforcée (Réseaux de suivi d'enfant vulnérables (RSEV), etc.), en raison d'un risque accru de troubles du neurodéveloppement et de handicap.

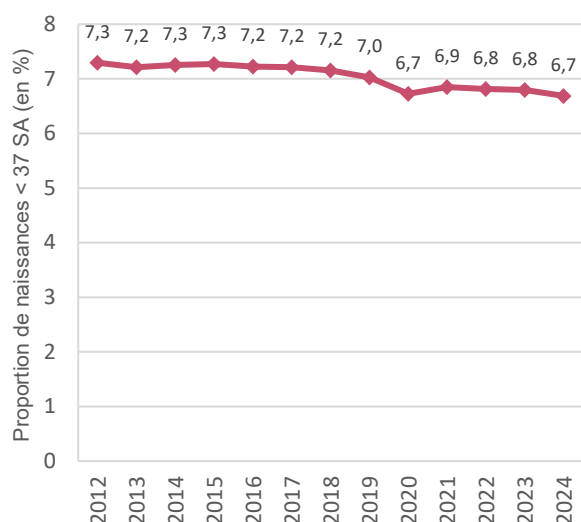
Un certain nombre de facteurs de risques maternels favorisent la prématurité : l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, le tabagisme, les infections, l'âge maternel (<18 ans ou > 40 ans), l'assistance médicale à la procréation (AMP), les grossesses multiples, ainsi que les grossesses rapprochées.

En 2024, 6,7 % des naissances vivantes en France étaient prématurées (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 7,3 % en 2012. Cette baisse s'inscrit dans une tendance significative observée entre 2017 et 2020, avec une diminution moyenne annuelle de 1,9 % (taux annuel moyen de variation, APC) [Figure 21]. Deux périodes distinctes ressortent graphiquement : 2012–2019 avec des taux de prématurité autour de 7,2 % et 2020–2024 avec des taux inférieurs, aux alentours de 6,8 %. Malgré l'augmentation de plusieurs facteurs de risque de prématurité (obésité, diabète, HTA, âge maternel élevé...), le taux de prématurité est en baisse. Des études complémentaires seraient nécessaires pour comprendre les facteurs à l'origine du changement observé à partir de 2020.

Dans l'Hexagone, le taux de prématurité était globalement plus faible dans les régions situées au sud et à l'ouest, en particulier en Bretagne (5,8%), et il était plus élevé dans le Grand Est (7,4%). Les DROM enregistraient des taux plus élevés, allant de 8,5% à la Martinique à 11,3 % en Guyane [Figure 25].

**Figure 21. Évolution de la proportion des naissances prématurées (<37 SA) (en %)**

France entière, 2012-2024

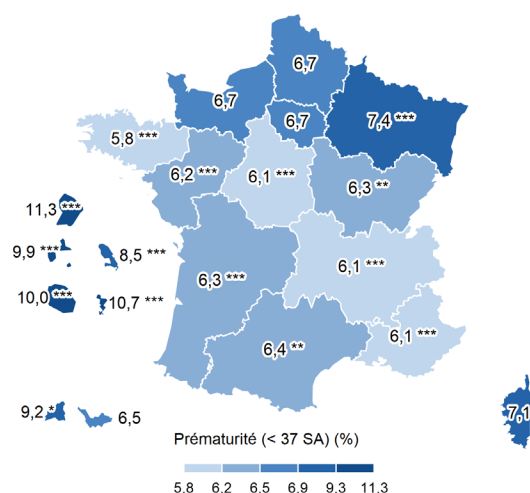


Source : SNDS

Tendance : APC 2017 - 2020 : -2,0%

**Carte 25. Proportions régionales des naissances prématurées (<37 SA) (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

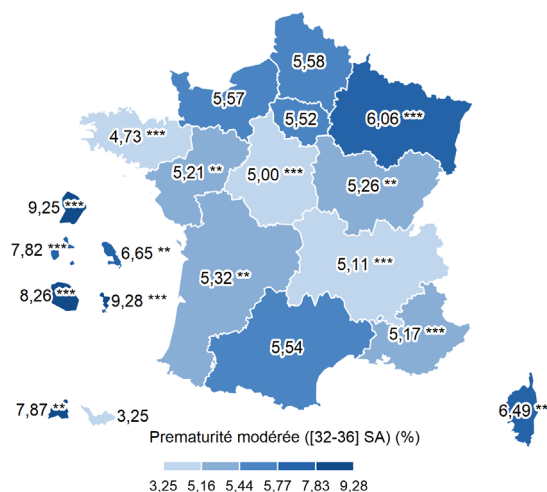
La réduction globale de la prématurité s'explique principalement par la diminution de la prématurité modérée (32-36 SA), passée de 6,3 % en 2012 à 5,6 % en 2024 (APC = -2,3 % entre 2017 et 2020). Dans l'Hexagone, le taux variait de 4,7 % en Bretagne à 6,1 % dans le Grand Est en 2024. Dans les DROM, le taux variait de 6,7% à la Martinique à 9,3% à Mayotte [Carte 26].

La grande prématurité (28-31 SA) restait stable à l'échelle nationale, représentant 0,70 % des naissances en 2024. Les régions du Sud (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine) affichent des taux significativement inférieurs à la moyenne. Dans les DROM, la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion avaient des taux significativement plus élevés (> 1%) que le reste de la France [Carte 27].

À l'inverse, la prématurité extrême (22-27 SA) a augmenté entre 2012 et 2024, passant de 0,31 % à 0,43 % (hausse moyenne annuelle de 2,6 %). Cette augmentation pourrait s'expliquer par une meilleure classification des naissances à la limite de la viabilité : les nouveau-nés avec des signes de vie à la naissance, même brièvement, seraient désormais plus souvent déclarés comme naissances vivantes plutôt que comme mort-nés. A nouveau, les régions du sud de l'Hexagone présentaient les taux plus faibles, à l'inverse de l'Île-de-France et du Grand Est avec des taux significativement plus élevés (respectivement 0,48% et 0,51%). Ce taux variait de 0,59% à Mayotte à 1,00% en Guyane dans les DROM [Carte 28].

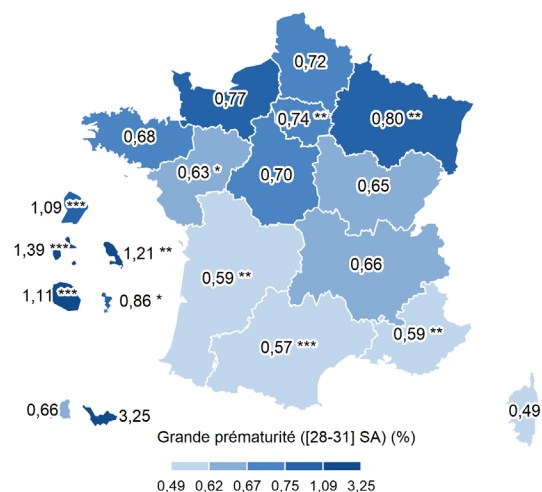
**Carte 26. Proportions régionales des naissances entre 32-36 SA (prématurité modérée) (en %)**

Par région de domicile, 2024



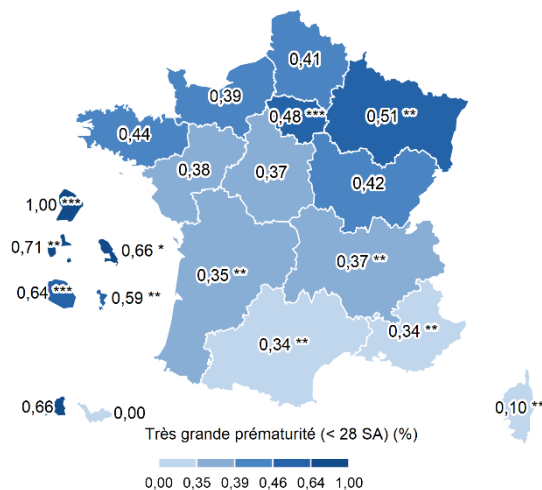
**Carte 27. Proportions régionales des naissances entre 28-31 SA (grande prématurité) (en %)**

Par région de domicile, 2024



**Carte 28. Proportions régionales des naissances entre 22-27 SA (prématurité extrême) (en %)**

Par région de domicile, 2024



## Autres marqueurs de risque

Les nouveau-nés issus d'une grossesse multiple représentaient 3,0% des naissances vivantes en 2024, avec une diminution significative depuis 2015 (3,5% ; APC = -1,7%). Dans l'Hexagone, le taux variait de 2,7% dans les Pays de la Loire à 3,2% en Ile-de-France. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Martinique avaient des taux plus élevés (3,9%) que le reste de la France.

Les naissances vivantes < 2500 grammes représentaient 7,4% des naissances vivantes. L'évolution de ce taux a connu trois phases distinctes : une augmentation entre 2012 et 2017 (APC = +1,0 %), suivie d'une diminution entre 2017 et 2020 (APC = -1,4 %), suivie d'une relative stabilité depuis 2020. Ce taux de naissances < 2500g variait de 6,3% en Corse (non significatif par rapport au reste

de la France) à 8,0% dans le Grand Est dans l'Hexagone, et était plus élevé dans les DROM (>11%). Cet indicateur est très corrélé à l'indicateur des naissances prématurées.

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) inférieurs au 10<sup>ème</sup> percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [6] représentaient 9,6% des naissances vivantes en 2024, sans évolution significative depuis 2012. En revanche, les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) supérieurs au 90<sup>ème</sup> percentile ont diminué entre 2012 et 2014 passant de 9,7% à 9,1%, puis sont restés plutôt stable jusqu'en 2024 (8,8%). En 2024, le taux de GAG variait de 8,0% en Corse (non significatif) à 10,3% en Bretagne et Hauts-de-France dans l'Hexagone, et était plus faible dans les DROM (< 6,5%).

Selon l'ENP 2021, 11,5% [11,0 - 12,0] des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en France. En France Hexagonale, ce taux a augmenté progressivement passant de 8,5% [8,1 – 9,0] en 2010 à 10,9% [10,4 – 11,5] en 2021. En 2021, ce taux variait de 8,8% [7,1 - 10,8] en Nouvelle-Aquitaine à 16,4% en Bourgogne-France-Comté [13,2 - 20,1] dans l'Hexagone, et de 8,5% [6,6 - 10,8] en Martinique à 42,7% [39,5 - 45,8] à Mayotte dans les DROM. Ce taux élevé à Mayotte s'explique par un dispositif de transfert précoce dans les 24 heures, du CHU de Mamoudzou vers les maternités périphériques du couple mère/enfant en cas d'accouchement physiologique qui a concerné 36,0% des mères sur ce territoire.

## Post-partum

Tableau 5. Indicateurs du post-partum

Indicateurs	Source	France entière
<b>Dépistage biologique néonatal</b>		
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2024)	<b>9,5</b>
<b>Incidence des maladies dépistées</b>		
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2024)	<b>0,67</b>
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2024)	<b>3,91</b>
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2024)	<b>0,29</b>
Drépanocytose (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2024)	<b>15,24</b>
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2024)	<b>1,61</b>
Déficit en MCAD (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2024)	<b>0,45</b>
Sept maladies issues d'erreurs innées du métabolisme (EIM) (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2024)	<b>0,59</b>
<b>Durée de séjour en suite de couche</b>		
Durée moyenne de séjour à la maternité en suite de couche (en nuits)	SNDS (2024)	<b>3,8</b>
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	<b>4,8</b>
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	<b>3,6</b>
<b>Alimentation du nourrisson et allaitement</b>		
Initiation d'allaitement (%)	ENP (2021)	<b>77,1</b> [76,3 - 77,9]
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	<b>70,5</b> [69,7 - 71,3]
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	<b>54,6</b> [53,4 - 55,9]
<b>Couchage</b>		
Position de couchage à 2 mois - toujours sur le dos (%)	ENP (2021)	<b>79,2</b> [78,1 - 80,3]
<b>Lieu de couchage à 2 mois</b>		
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	<b>70,5</b> [69,3 - 71,6]
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	<b>15,2</b> [14,3 - 16,0]
Lit des parents (%)	ENP (2021)	<b>13,0</b> [12,1 - 13,9]

<b>Suivi post-natal jusqu'à 2 mois après la naissance</b>			
Visite à domicile par une sage-femme ou puéricultrice (%)	ENP (2021)	<b>84,2</b>	[83,1 - 85,1]
Sage-femme (%)	ENP (2021)	<b>79,3</b>	[78,2 - 80,4]
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	<b>19,2</b>	[18,2 - 20,3]
<b>Suivi médical du nourrisson</b>			
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	<b>43,2</b>	[41,9 - 44,4]
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	<b>42,1</b>	[40,8 - 43,3]
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	<b>12,3</b>	[11,4 - 13,3]
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	<b>24,9</b>	
<b>Santé mentale à 2 mois post-partum</b>			
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	<b>16,8</b>	[15,9 - 17,8]
Anxiété (%)	ENP (2021)	<b>27,5</b>	[26,4 - 28,7]
<b>Engagement du partenaire / co-parent</b>			
Congés pris par le partenaire entre la naissance et les 2 mois (%)	ENP (2021)	<b>59,8</b>	[58,6 - 61,1]
<b>Prévalence des anomalies congénitales</b>			
Cas atteints parmi les naissances totales (pour 10000 naissances totales)	Registres (2022)	<b>342,0</b>	
Cas atteints parmi les naissances vivantes (pour 10000 naissances vivantes)	Registres (2022)	<b>256,2</b>	
Cas atteints parmi les IMG (pour 10000 naissances totales)	Registres (2022)	<b>80,9</b>	
Cas atteints parmi les mort-nés spontanés (pour 10000 naissances totales)	Registres (2022)	<b>7,4</b>	

## Dépistage biologique néonatal

### Repérer des maladies rares et graves chez le nourrisson avant même l'apparition des premiers signes

A la naissance, le dépistage biologique néonatal est proposé aux parents de chaque nouveau-né. Ce dépistage, couramment appelé « test de Guthrie », repose sur le prélèvement de quelques gouttes de sang et permettait en 2024 de rechercher la présence de 13 maladies dans le but de mettre en place une prise en charge adaptée et précoce.

Le taux de refus du dépistage a augmenté de manière importante passant de 1,4 refus pour 10000 enfants en 2012 à 9,5 refus p.10000 en 2024. Les augmentations étaient significatives entre 2012 et 2014 (APC : +42,9% / an), puis entre 2020 et 2024 (APC : +21,9% / an). Le taux de refus cumulé 2020-2024 variait de 4,1 pour 10000 enfants en PACA à 9,4 p.10000 en Occitanie dans l'Hexagone, et de 0,4 p.10000 à Mayotte à 17,5 p.10000 en Martinique pour les DROM.

Les évolutions et l'incidence 2024 des maladies dépistées étaient les suivantes :

- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : 0,67 cas pour 10000 enfants testés en 2024, sans évolution significative depuis 2012.
- Hypothyroïdie congénitale : 3,91 cas pour 10000 enfants testés en 2024, avec une augmentation significative entre 2012 et 2017 de +4,1% / an, puis stable depuis 2017.
- Hyperplasie congénitale des surrénales : 0,29 cas pour 10 000 enfants testés en 2024, sans évolution significative depuis 2012 malgré un taux bien plus faible en 2024 (0,29 cas en 2024 versus 0,58 cas en 2023). Les données 2025 permettront de vérifier si cette baisse est conjoncturelle ou s'inscrit dans une tendance durable.
- Drépanocytose : 15,24 cas pour 10000 enfants testés en 2024, avec une augmentation significative entre 2012 et 2022 de +4,1% / an pour atteindre 19,87 cas en 2022, puis relativement stable depuis 2022. A noter que jusqu'en novembre 2024, le dépistage de cette maladie était basé sur des critères de facteurs de risque en Hexagone, alors qu'il était universel dans les DROM. La proportion de nouveau-nés testés pour la drépanocytose a augmenté passant de 37% à 63% des enfants entre 2012 et 2024, suggérant une anticipation de ce

changement de recommandation et de variations des pratiques de dépistage (inter-établissements et temporelles).

- Mucoviscidose : 1,80 cas pour 10000 enfants testés en 2024, sans évolution significative depuis 2012.

Depuis 2020, le dépistage de maladies supplémentaires a été ajouté dans le test de Guthrie, dont voici les incidences en 2024 :

- Déficit en MCAD (déficit en acyl-CoA-déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne) : 0,45 cas pour 10000 enfants testés
- Sept maladies issues d'erreurs innées du métabolisme (EIM) : 0,59 cas pour 10000 enfants testés.

Concernant les variations régionales, les régions suivantes avaient des incidences significativement différentes du reste de la France pour les années cumulées de 2020 à 2024 :

- L'Occitanie, la Bourgogne-Franche-Comté et les Hauts-de-France avaient une incidence plus élevée d'hyperphénylalaninémie avec un peu plus de 1 cas p.10000 (versus 0,72 en France sur la même période) ;
- Les Hauts-de-France et les Pays de la Loire avaient des incidences plus élevées d'hypothyroïdie congénitale avec un peu plus de 5 cas p.10000 (versus 3,95 en France) ;
- Le Grand Est avait une incidence significativement plus faible d'hyperplasie congénitale des surrénales (0,12 cas p.10000 versus 0,48 en France) ;
- Les variations étaient très importantes concernant les taux de drépanocytose (dépistage sur facteurs de risque avant novembre 2024) allant de 5,29 cas p.10000 en PACA à 26,90 cas p.10000 en Pays de la Loire dans l'Hexagone et de 3,06 cas à La Réunion à 66,38 cas en Guyane dans les DROM ;
- La Bourgogne-Franche-Comté, la Bretagne, le Grand Est et la Normandie avaient des incidences élevées de mucoviscidose (>2,4 cas p.10000), alors que l'Ile-de-France, l'Occitanie, la Guyane et la Guadeloupe avaient des incidences plus faibles (<1,2 cas) ;
- Les dépistages du déficit en MCAD et les EIM étant récents, les comparaisons régionales n'ont pas été faites.

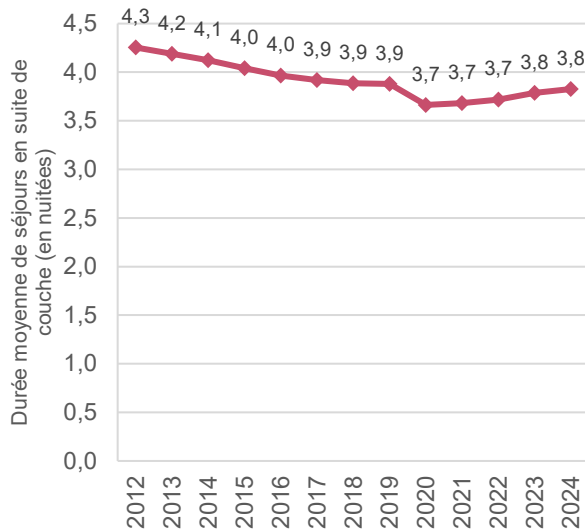
## Durée de séjour en suite de couche

En 2024, la durée moyenne de séjour en suites de couches s'établissait à 3,8 nuitées pour les femmes après leur accouchement, contre 4,3 nuitées en 2012. Cette tendance à la baisse, déjà observée avant 2020, s'est accentuée durant la pandémie de COVID-19 en 2020, période au cours de laquelle les recommandations sanitaires encourageaient une réduction des durées d'hospitalisation afin de limiter les risques de transmission et les contacts en milieu hospitalier, puis en légère augmentation avec une durée moyenne en 2024 proche de celle de 2019 [Figure 22]. La durée moyenne de séjour variait de 3,7 à 4,0 nuitées selon les régions de l'Hexagone, et de 3,3 à 4,3 nuitées selon les DROM [Carte 29].

La durée moyenne de séjour était de 4,8 nuitées après une césarienne et 3,6 nuitées après un accouchement par voie basse en 2024.

**Figure 22. Evolution de la durée moyenne de séjours en suite de couche (en nuits)**

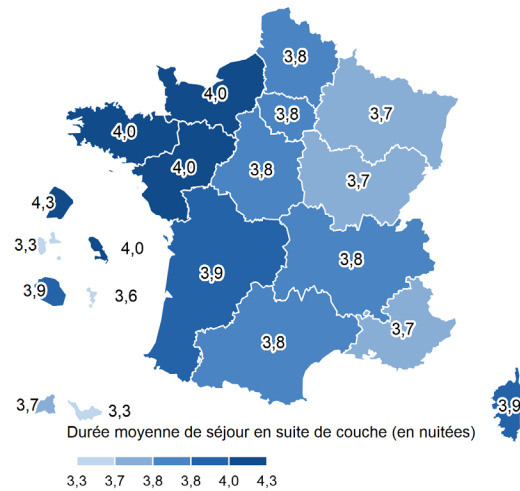
France entière, 2012-2024



Source : SNDS

**Carte 29. Durée moyenne de séjours en suite de couche par région (en nuits)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p&lt;0,10 ; \*\* : p&lt;0,05 ; \*\*\* : p&lt;0,001

## Alimentation du nourrisson et allaitement

Selon l'ENP 2021, 77,1% [76,3 - 77,9] des mères ont initié un allaitement maternel. Au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice en suite de couche, 70,5% [69,7 - 71,3] des femmes allaitaient (avec ou sans préparation pour nourrisson). Au questionnaire du 2 mois post-partum, 54,6% [53,4 - 55,9] déclaraient encore allaiter.

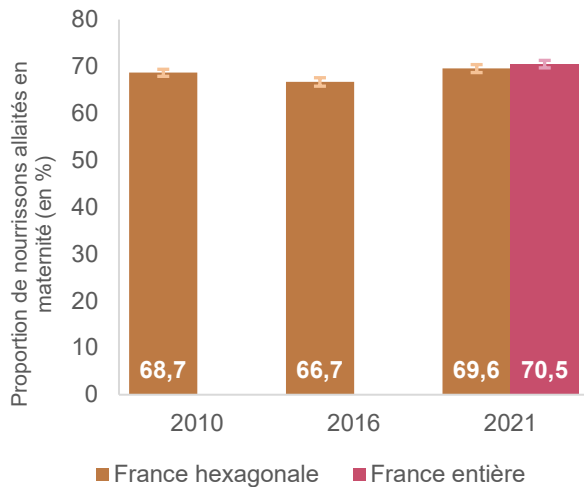
Entre 2010 et 2021, environ 2 nourrissons sur 3 étaient allaités en maternité [Figure 23]. En France Hexagonale, la proportion des nouveau-nés dont la mère a essayé d'allaiter variait de 66,1% [61,8 - 70,2] en Normandie à 85,1% [83,7 - 86,5] en Ile-de-France [Carte 31]. Au moment de l'entretien en suite de couche, 57,3% [54,1 - 60,5] des nourrissons étaient allaités en Hauts-de-France versus 80,4% [78,8 - 81,9] en Ile-de-France. A l'exception de l'Ile-de-France, les régions du nord de l'Hexagone avaient des taux significativement plus faibles d'allaitement en maternité que le reste de la France [Carte 30]. Au moment du questionnaire à 2 mois-partum, 38,2% [33,5 - 43,1] des nourrissons étaient allaités en Hauts-de-France versus 64,7% en Ile-de-France [62,1 - 67,1] [Carte 32]. L'initiation et la durée d'allaitement étaient plus élevées dans les DROM qu'en France hexagonale. En effet, la proportion de tentative d'allaitement variait de 87,0% [84,7 - 89,1] à La Réunion à 95,5% [93,7 - 96,9] en Martinique. En suite de couche, la proportion de nourrissons allaités variait de 81,4% [78,8 - 83,9] à La Réunion et 94,6% [93,0 - 96,0] à Mayotte.

### Enquête EPIFANE

En France hexagonale, la durée médiane de l'allaitement global (avec ou sans préparation pour nourrisson) a progressé de 15 à 20 semaines entre l'édition 2012 et l'édition 2021 d'Epifane [7]. Le rapport publié en 2024 sur les résultats observés dans EPIFANE décrit l'âge médian au début de la diversification alimentaire et la proportion d'enfants pour lesquels la diversification a débuté dans la fenêtre recommandée, située entre 4 et 6 mois de vie.

**Figure 23. Evolution de la proportion des nourrissons allaités en maternité (en %)**

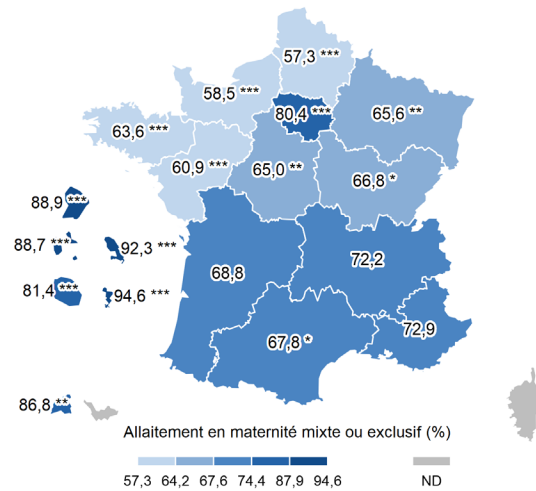
France entière et hexagonale, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

**Carte 30. Proportions régionales des nourrissons allaités en maternité (en %)**

Par région du lieu d'accouchement, 2021

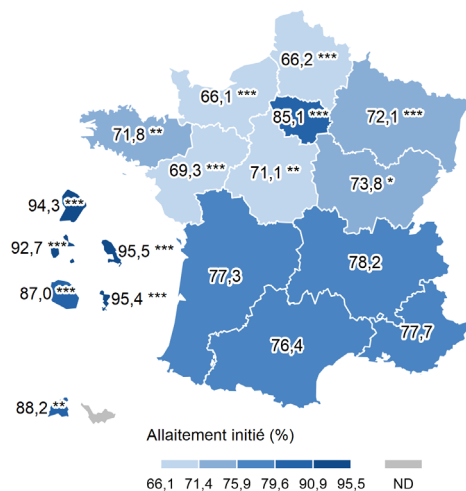


Source : ENP

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

**Carte 31. Proportions régionales des nourrissons dont la mère a initié l'allaitement (en %)**

Par région du lieu d'accouchement 2021

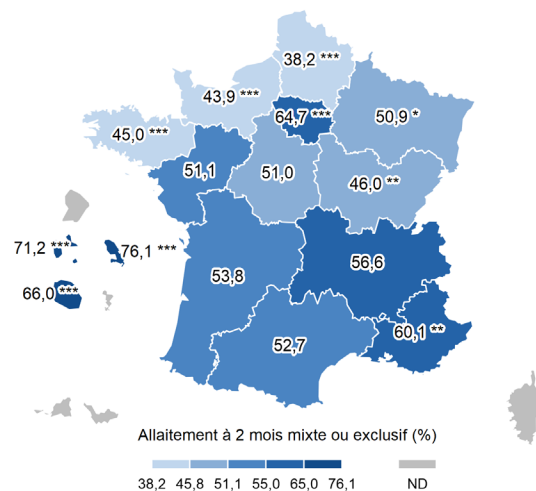


Source : ENP

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

**Carte 32. Proportions régionales des enfants allaités à 2 mois-partum (en %)**

Par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Couchage

**Les principales recommandations de couchage des nourrissons pour réduire le risque de mort inattendue du nourrisson (MIN) sont de :**

- Coucher systématiquement les bébés sur le dos ;
- Dans un lit séparé dans la chambre parentale jusqu'à ses 6 premiers mois ;
- Sans objets dans le lit qui risquent de couvrir sa tête (pas d'oreiller, couverture, couette, doudou, tour de lit, jouet...).

Pourtant, environ 60 % des décès par MIN surviennent dans des circonstances non conformes aux recommandations ci-dessus, soulignant l'importance de ces mesures préventives (source : OMIN – <https://www.omin.fr/chiffres-cles/>).

En 2021, à 2 mois post-partum, 79,2% [78,1 - 80,3] des mères déclaraient coucher toujours leur enfant sur le dos et 70,5% [69,3 - 71,6] déclaraient coucher le nourrisson dans un lit séparé dans la chambre parentale. A l'inverse, près de 2 enfants sur 10 n'étaient pas couchés sur le dos systématiquement et 13,0% [12,1 - 13,9] des nourrissons étaient couchés principalement dans le lit des parents, des situations à risque qui rappellent l'importance de renforcer la diffusion des messages de prévention.

En France hexagonale, la proportion de nourrisson couché systématiquement sur le dos variait de 73,5% [69,1 - 77,6] en Occitanie à 85,3% en Bretagne [81,0 - 88,9]. Dans les DROM (exclusion de Saint-Martin, Guyane et Mayotte), cette proportion était similaire à celle observée en hexagone à La Réunion (75,8% [71,3 - 79,9]), et la proportion la plus faible était observée en Martinique (41,3% [35,8 - 46,9]). Concernant le lieu de couchage, la proportion de nourrisson couché dans un lit séparé dans la chambre parentale variait de 59,9% [54,8 - 64,8] dans les Pays de la Loire à 74,5% [72,1 - 76,7] en Ile-de-France dans l'Hexagone. Dans les DROM, cette proportion variait de 63,7% [57,9 - 69,2] en Martinique à 67,0% [60,1 - 73,4] en Guadeloupe (non significatif par rapport au reste de la France). Quant au couchage dans le lit des parents, cette pratique variait de 8,2% [5,3 - 11,9] en Normandie à 16,1% [12,5 - 20,2] en PACA (non significatif) dans l'Hexagone, et était plus élevée dans les DROM (>28%).

## Suivi post-natal jusqu'à 2 mois après la naissance

### Organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

La HAS recommande deux à trois visites de sage-femme, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h de la sortie. Ces visites sont entièrement remboursées par l'Assurance maladie, si elles ont lieu dans les 12 jours qui suivent la naissance.

Depuis juillet 2022, l'entretien postnatal précoce (EPNP) a été rendu obligatoire. L'EPNP est un temps d'échange réalisé entre les 4<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaines du post-partum, ayant pour objectif une approche globale de prévention en post partum. Il permet notamment le repérage des premiers signes de la dépression du postpartum ou des facteurs de risques qui y exposent.

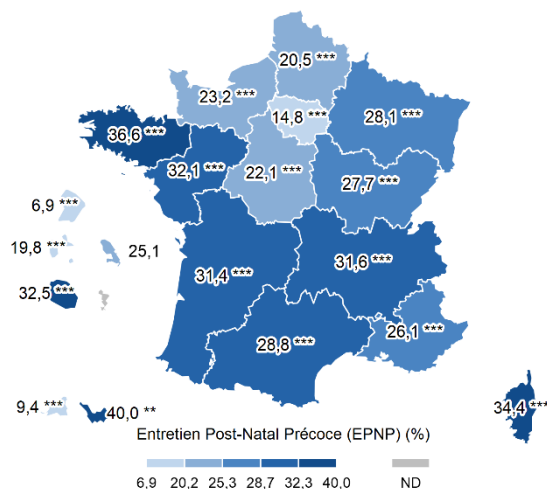
A la sortie de la maternité, 84,2% [83,1 - 85,1] des femmes et/ou de leur(s) nourrisson(s) avaient eu au moins une visite à domicile, soit par une sage-femme (79,3% [78,2 - 80,4]), soit par une infirmière puéricultrice (19,2% [18,2 - 20,3]), certaines ayant pu bénéficier des deux types de visite.

Au niveau régional, le taux de recours à une sage-femme ou une puéricultrice à domicile variait de 60,2% [54,5 - 65,7] en Normandie à 92,9% [90,1 - 95,1] dans le Grand Est pour l'Hexagone. Dans les DROM, ce recours était élevé, dépassant 80 % dans les trois territoires (Guadeloupe, Martinique et Réunion) pour lesquels des données étaient disponibles. Dans le détail, le taux de recours à une sage-femme à domicile variait de 52,7% [47,1 - 58,2] en Normandie à 89,2% [85,8 - 92,1] dans le Grand Est pour l'Hexagone, et dépassait 80% dans les trois DROM. Le taux de recours à une puéricultrice à domicile variait de 9,5% [6,9 - 12,6] en PACA à 35,8% [31,2 - 40,7] dans les Hauts-de-France pour l'Hexagone, et autour des 10% dans les trois DROM.

Deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), près d'un quart des femmes (24,9%) qui ont accouché en avaient bénéficié en 2024, versus 19,4% en 2023. En 2024, le taux de recours variait de 14,8% en Ile-de-France à 36,6% en Bretagne pour l'Hexagone et de 6,9% en Guyane à 32,5% à La Réunion pour les DROM (non disponible pour Mayotte) [**Carte 33**].

**Carte 33. Proportions régionales du recours à l'entretien postnatal précoce (EPNP) (en %)**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS

\* : p&lt;0,10 ; \*\* : p&lt;0,05 ; \*\*\* : p&lt;0,001

**20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent**

De la naissance à 16 ans, chaque enfant bénéficie gratuitement de 20 examens de santé : la moitié de ces examens ont lieu avant un an.

A 2 mois, au moment où les femmes sont interrogées dans l'ENP, l'enfant a eu un examen dans les 8 jours suivant la naissance (en maternité généralement), au cours de la 2<sup>ème</sup> semaine, à 1 mois et à 2 mois.

En 2021, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un pédiatre (43,2% [41,9 - 44,4]) et un médecin généraliste (42,1% [40,8 - 43,3]). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 12,3% [11,4 - 13,3] des nourrissons.

Le suivi par un pédiatre variait de 25,3% [21,1 - 29,9] en Pays de la Loire à 62,6% [57,4 - 67,5] en PACA pour l'Hexagone, et de 43,8% [38,3 - 49,5] en Martinique (non significatif) à 71,3% [64,8 - 77,2] en Guadeloupe. Le suivi par la PMI variait de 6,1% [3,6 - 9,7] en Bretagne à 18,0% [15,8 - 20,3] en Ile-de-France pour l'Hexagone, et de 4,6% [2,8 - 7,2] à la Réunion à 17,4% [12,6 - 23,2] en Guadeloupe. Ces disparités territoriales pourraient s'expliquer par : l'offre de soins (disponibilité et accessibilité des pédiatres, des médecins généralistes ou de la PMI), et à des spécificités locales, comme le recours à un suivi gratuit en PMI, répondant à des besoins sociaux ou économiques de la population.

**Santé mentale post-partum****1<sup>re</sup> cause de mortalité maternelle (grossesse et jusqu'à 1 an post-partum) : le suicide**

Entre 2016 et 2018, 45 suicides durant la grossesse et jusqu'à 1 an post-partum étaient recensés. Le risque de suicide maternel est particulièrement élevé dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM).

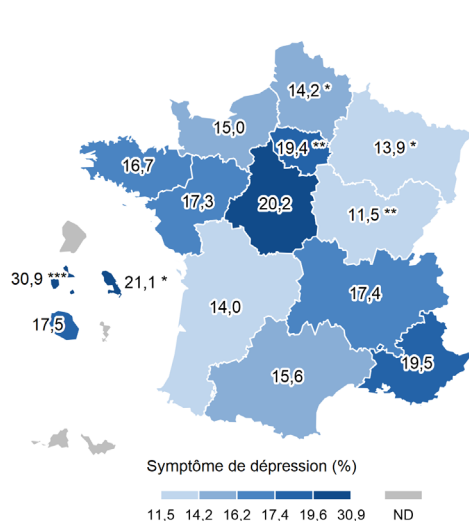
Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson.

En 2021, selon l'échelle *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), à deux mois post-partum, 16,8% [15,9 - 17,8] des femmes présentaient des symptômes de dépression et 27,5% [26,4 - 28,7] de l'anxiété selon l'ENP. A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, ce qui a pu impacter leur santé mentale.

La proportion de femmes avec des symptômes de dépression à 2 mois post-partum variait de 11,5% [7,9 - 15,9] en Bourgogne-Franche-Comté à 20,2% [15,1 - 26,2] en Centre-Val de Loire (non significatif) pour l'Hexagone, et de 17,5% [13,9 - 21,5] à la Réunion (non significatif) à 30,9% [24,4 - 37,9] en Guadeloupe pour les 3 DROM étudiés [Carte 34]. La proportion de femmes anxieuses à 2 mois *post-partum* variait de 22,5% [18,2 - 27,4] en Normandie à 31,8% [26,1 - 37,9] en Centre-Val de Loire (non significatif) pour l'Hexagone, et autour de 25-30% pour les 3 territoires DROM (non significatifs) [Carte 35].

**Carte 34. Proportions régionales de femmes avec symptômes de dépression à 2 mois post-partum (en %)**

Par région du lieu d'accouchement 2021

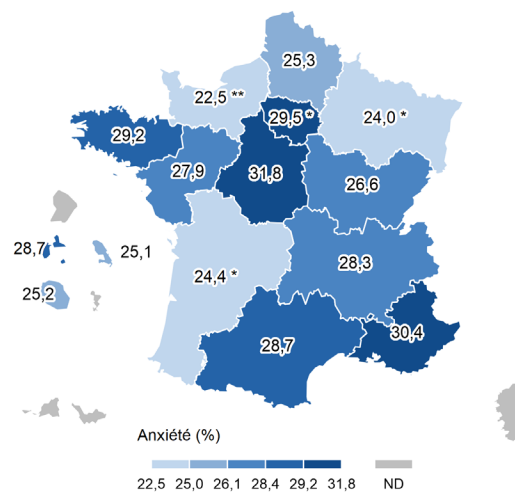


Source : ENP

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

**Carte 35. Proportions régionales de femmes anxieuses à 2 mois post-partum (en %)**

Par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Engagement du partenaire / co-parent

Pour 59,8% [58,6 - 61,1] des femmes, leur partenaire avait pris un congé dans les 2 mois suivants la naissance en 2021. Cette proportion variait de 53,7% [51,0 - 56,4] en Ile-de-France à 73,7% [68,4 - 78,6] en Pays de la Loire pour l'Hexagone. Dans les DROM, les femmes avaient moins souvent leur partenaire qui prenait un congé durant les 2 premiers mois avec une proportion variant de 41,3% [35,2 - 47,6] en Martinique à 49,6% [43,9 - 55,2] à La Réunion.

## Anomalies congénitales

### Rapport de surveillance épidémiologique des anomalies congénitales à partir des registres populationnels : Période 2019-2021 [8]

Ce rapport constitue la première analyse commune des données de 5 registres, permettant de dresser un panorama des anomalies congénitales dans les zones géographiques couvertes par ces registres, considérées de manière agrégée.

D'après les données issues de cinq registres populationnels d'anomalies congénitales en France (Antilles, Auvergne, Bretagne, Paris et La Réunion) couvrant environ 16% du territoire français, la prévalence des cas atteints d'au moins une anomalie congénitale majeure — définies selon la classification du réseau Européen EUROCAT — s'élevait à 342,0 cas pour 10000 naissances totales en 2022. L'analyse de tendance révèle une légère augmentation significative depuis 2012, avec une progression moyenne de 0,6 % par an. Deux périodes distinctes se dégagent visuellement : entre 2012 et 2017, la prévalence se maintenait autour de 335 cas pour 10000 naissances totales, tandis

qu'entre 2018 et 2021, elle atteignait une prévalence plus élevée, avec en moyenne 352 cas pour 10000 naissances totales [Figure 24].

En 2022, selon l'issue de grossesse, on observait sur les zones couvertes par ces registres :

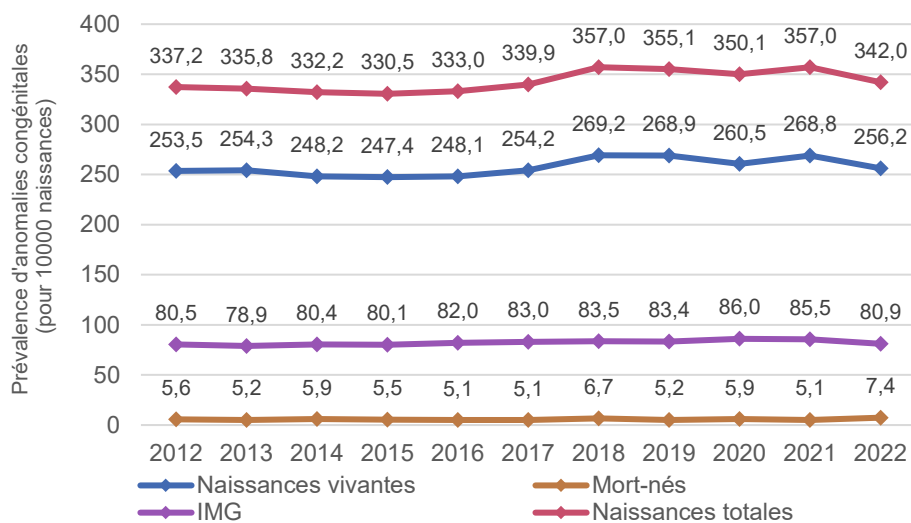
- 256,2 cas p.10000 d'anomalies parmi les naissances vivantes (stable statistiquement), soit environ  $\frac{3}{4}$  des cas recensés atteints d'anomalies congénitales ;
- 80,9 cas p.10000 qui ont fait l'objet d'une interruption médicale de grossesse (IMG) pour cause d'anomalies congénitales parmi les naissances totales, en hausse moyenne de 1,0 % par an entre 2012 et 2020 ;
- 7,4 cas p.10000 décédés spontanément in utero (mort-nés) pour 10 000 naissances totales, soit une prévalence globalement stable. Cependant, une augmentation ponctuelle a été constatée en 2022, les données de 2023 permettront de confirmer si cette hausse se maintient.

**La loi de bioéthique de 2021 autorise la conservation de ses gamètes pour soi-même, sans raison médicale.**

À long terme, cette mesure - si elle s'accompagne d'une augmentation du recours à l'AMP - pourrait contribuer à réduire la prévalence des anomalies congénitales, dont le risque augmente avec l'âge maternel. Cependant, d'autres risques liés à un âge maternel avancé, comme une incidence accrue de complications métaboliques ou obstétricales, subsisteraient.

**Figure 24. Evolution de la prévalence des cas atteints d'anomalies congénitales selon l'issue de grossesse (pour 10 000 naissances totales\*)**

Cinq registres : Antilles, Auvergne, Bretagne, Paris et la Réunion, 2012-2022



Source : Registres populationnels des anomalies congénitales

Tendance : naissances totales APC 2012-2022 : +0,6% / IMG APC 2012-2020 : +1,0%

\* excepté la prévalence des enfants nés vivants porteurs d'au moins une anomalie congénitale majeure calculée pour 10000 naissances vivantes

Pour tous les groupes d'anomalies, les évolutions de prévalence étaient soit à l'augmentation soit stable, excepté pour les malformations congénitales cardiaques où une diminution temporaire a été observée entre 2012 et 2014. En détail, les évolutions et la prévalence en 2022 des anomalies congénitales majeures par groupe étaient les suivantes, par ordre décroissant de prévalence pour cette dernière année :

- Malformations congénitales cardiaques : 89,9 cas pour 10 000 naissances totales (diminution entre 2012 et 2014, puis stable)
- Anomalies génétiques (incluant les anomalies chromosomiques et les syndromes monogéniques) : 83,6 cas pour 10 000 (augmentation de 2012 à 2022 de +1,7% en moyenne par an). Concernant la prévalence de la trisomie 21, celle-ci était de 33,5 cas pour 10 000 en 2022 (stable, tout comme la prévalence des IMG pour trisomie 21) [Figure 28].

- Anomalies des membres (incluant les anomalies réductionnelles, les polydactylies, syndactylies, pieds bots et luxation congénitale) : 72,5 cas pour 10 000 (augmentation de 2012 à 2022 de +1,6% en moyenne par an, principalement due à une augmentation des polydactylies de 2012 à 2019 de +8,6% en moyenne par an tandis qu'une diminution des anomalies réductionnelles des membres est observée de 2012 à 2022 de -2,2% bien que non significative statistiquement)
- Anomalies du rein et du tractus urinaire : 53,3 cas pour 10 000 (augmentation de 2012 à 2022 de +1,7% en moyenne par an) [**Figure 25**]
- Anomalies du système nerveux central : 42,7 cas pour 10 000 (stable). Concernant les anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) - incluant les anencéphalies, les encéphalocèles et les spina bifida - la prévalence était de 12,6 cas pour 10 000 (stable).
- Variations du développement génitales : 26,3 cas pour 10 000 (stable). Concernant la prévalence des hypospadias (variation du développement génital masculin qui correspond à un abouchement ectopique du méat urétral), celle-ci était de 20,3 cas pour 10 000 (stable), et de 18,1 cas pour les hypospadias isolés (diminution de 2012 à 2022 de -1,0% en moyenne par an) [**Figure 28**]
- Anomalies gastro-intestinales : 22,2 cas pour 10 000 (augmentation de 2012 à 2016, puis stable depuis 2016)
- Anomalies des fentes oro-faciales : 15,8 cas pour 10 000 (stable) [**Figure 26**]
- Anomalies respiratoires : 6,7 cas pour 10 000 (augmentation de 2012 à 2022 de +4,0% en moyenne par an)
- Anomalies de fermeture de la paroi abdominale : 6,4 cas pour 10 000 (stable)
- Anomalies oculaires : 6,1 cas pour 10 000 (augmentation de 2012 à 2018, puis stable)
- Anomalies de l'oreille, du visage et du cou : 2,2 cas pour 1000 (stable) [**Figure 27**].

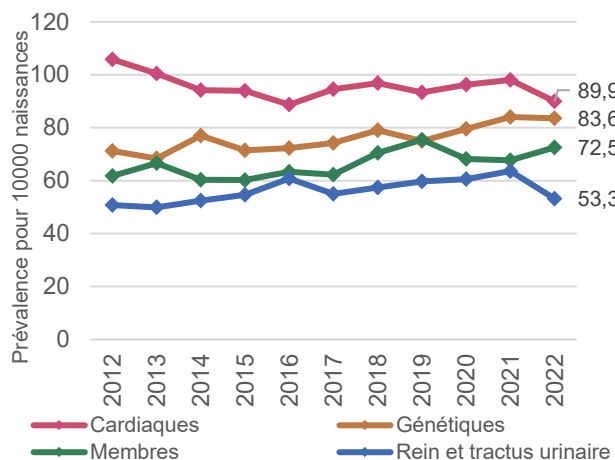
A noter, qu'un même fœtus, nouveau-né ou enfants atteints de plusieurs groupes d'anomalies peut être compté dans plusieurs groupes. Par exemple, un fœtus présentant une malformation cardiaque congénitale, une anomalie des membres et une anomalie génétique, serait compté dans les trois groupes d'anomalies concernées.

**Une prescription systématique de folates, par voie orale au moins 4 semaines avant la conception et jusqu'aux 3 semaines de grossesse, est recommandée en prévention des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) (HAS 2009).**

Malgré une légère progression de femmes déclarant avoir pris de l'acide folique avant la grossesse entre 2016 et 2021 (voir chapitre « grossesse et accouchement) - mais qui reste tout de même insuffisante - et une évolution plutôt défavorable du statut en folates parmi les femmes en âge de procréer [9], la prévalence des AFTN est restée stable (tout comme la prévalence des interruptions médicales de grossesse pour AFTN) [**Figure 28**].

**Figure 25. Évolution de la prévalence des cas atteints des 4 anomalies congénitales les plus fréquentes (pour 10 000 naissances totales)**

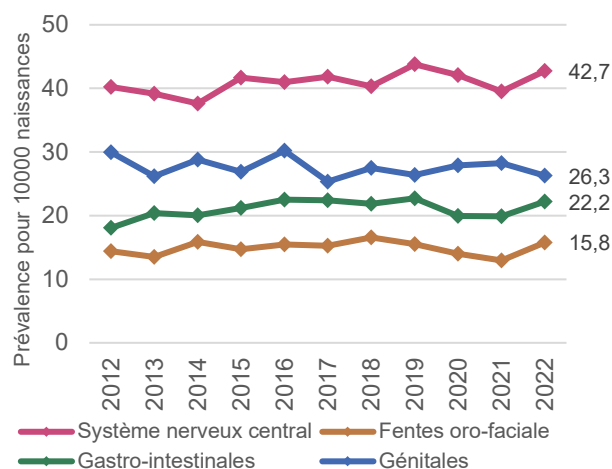
Cinq registres, 2012-2022



Source : Registres populationnels des anomalies congénitales  
Tendances : cardiaques APC 2012-2014 : -6,1% / génétiques APC 2012-2022 : +1,7% / membres APC 2012-2022 : +1,6% / Reins et tractus urinaire APC 2012-2022 : +1,7%

**Figure 26. Evolution de la prévalence des cas atteints d'anomalies congénitales moyennement fréquentes (pour 10 000 naissances totales)**

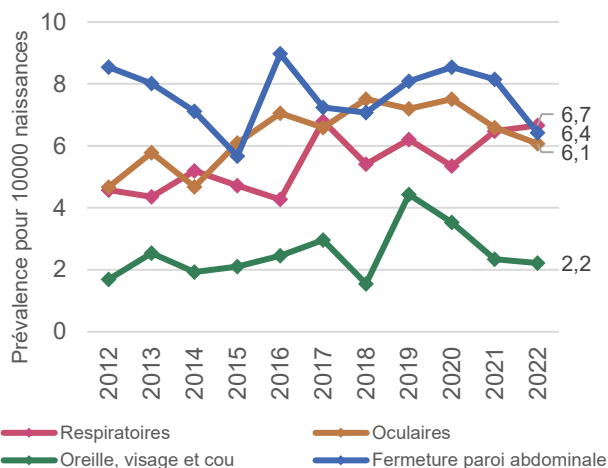
Cinq registres, 2012-2022



Source : Registres populationnels des anomalies congénitales  
Tendances : gastro-intestinales APC 2012-2016 : +4,9%

**Figure 27. Evolution de la prévalence des cas atteints d'anomalies congénitales les moins fréquentes (pour 10 000 naissances totales)**

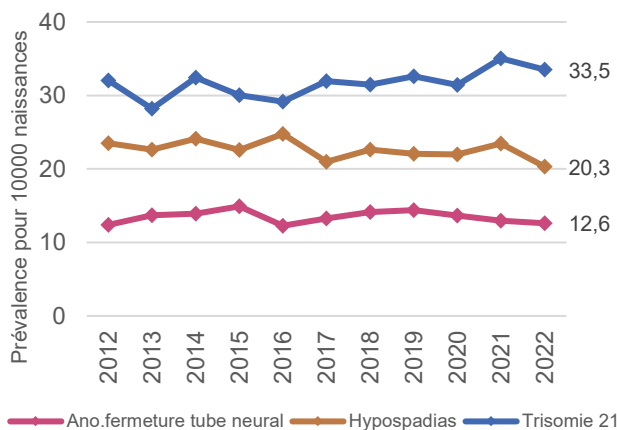
Cinq registres, 2012-2022



Source : Registres populationnels des anomalies congénitales  
Tendances : respiratoires APC 2012-2022 : +4,0% / oculaires APC 2012-2018 : +8,0%

**Figure 28. Evolution de la prévalence des cas atteints de trisomie 21, d'anomalies de fermeture du tube neural, et d'hypospadias (pour 10 000 naissances totales)**

Cinq registres, 2012-2022



Source : Registres populationnels des anomalies congénitales  
Tendances : pas d'évolution

## Mortalité

Tableau 6. Indicateurs de mortalité

Indicateurs	Source	France
<b>Mortalité maternelle</b> (décès de la mère, de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)		
Taux de décès (pour 100000 naissances vivantes)	ENCMM (2013-2018)	<b>11,1</b> [10,2 - 12,1]
<b>Mortalité infantile</b> (décès de l'enfant entre 0 jour et 1 an)		
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>2 690</b>
Taux de décès (pour 1000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>4,08</b>
<b>Causes de décès (entre 0 jour et 1 an)</b>		
Cause manquante (pour 1000 naissances vivantes)	CépiDc (2023)	<b>0,41</b>
Anomalies congénitales (pour 1000 naissances vivantes)	CépiDc (2023)	<b>0,78</b>
Affections d'origine périnatale (pour 1000 naissances vivantes)	CépiDc (2023)	<b>2,08</b>
Autres causes (pour 1000 naissances vivantes)	CépiDc (2023)	<b>0,74</b>
<b>Mortalité néonatale précoce</b> (décès de l'enfant entre 0 et 6 jours)		
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>1 310</b>
Taux de décès (pour 1000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>1,99</b>
<b>Mortalité néonatale tardive</b> (décès de l'enfant entre 7 et 27 jours)		
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>618</b>
Taux de décès (pour 1000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>0,94</b>
<b>Mortalité post-néonatale</b> (décès de l'enfant entre 28 jours et 1 an)		
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>762</b>
Taux de décès (pour 1000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>1,16</b>
<b>Mortinatalité (enfants mort-nés)</b>		
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	<b>6 094</b>
Taux de mort-nés (pour 1000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>9,2</b>
- dont mortinatalité induite (pour 1000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>3,6</b>
- dont mortinatalité spontanée (pour 1000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>5,6</b>
<b>Mortalité périnatale (décès de l'enfant entre 22SA et 6 jours)</b>		
Nombre de décès	SNDS (2024)	<b>7 398</b>
Taux de décès (pour 1000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>11,2</b>

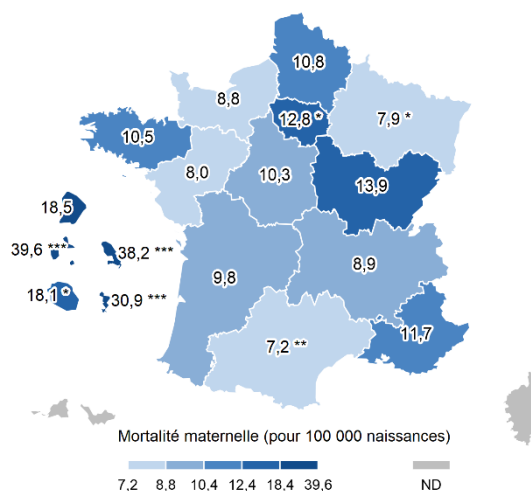
## Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle en France durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement s'élevait en moyenne à 11,1 décès pour 100000 naissances vivantes. Cependant, des disparités régionales marquées ont été observées :

- En Hexagone, les taux variaient de 7,2 en Occitanie (soit 35% en dessous de la moyenne nationale) à 13,9 décès pour 100000 naissances vivantes en Bourgogne-Franche-Comté (non significatif par rapport au reste de la France).
- Dans les DOM, les taux étaient 1,5 à 3,5 fois supérieurs à la moyenne nationale, oscillant entre 18,1 à La Réunion et 39,6 à la Guadeloupe, dépassant le seuil des 30 décès pour 100000 (tout comme à la Martinique et à Mayotte) [Carte 36].

**Carte 36. Taux régionaux de mortalité maternelle pour 100000 naissances**

Par région de domicile, 2013-2018



Source : ENCMM

\* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$ 

Dans l'édition 2016-2018 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [10], le suicide devenait la première cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à un an après la fin de la grossesse ( $n=45$ ), et les maladies cardiovasculaires étaient la première cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à quarante-deux jours.

A noter également, le risque de mortalité maternelle chez les femmes immigrées étant multiplié par 2 jusqu'à 42 jours, et par 1,6 jusqu'à 1 an par rapport aux femmes natives sur la période 2016-2018.

## Mortalité infantile

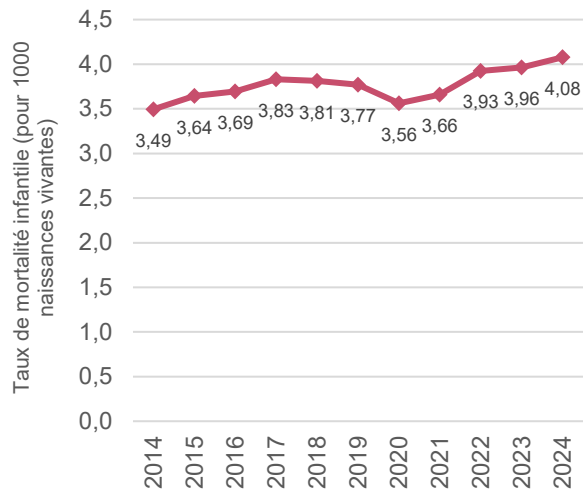
En France, le taux de mortalité infantile (décès survenus entre 0 et 364 jours de vie) a augmenté en moyenne de 1,0% par an entre 2014 et 2024, pour atteindre 4,08 décès pour 1000 naissances vivantes en 2024 [Figure 29]. Cette progression, statistiquement significative, représente 384 décès supplémentaires par rapport à ce qui aurait été observé si le taux était resté stable depuis 2014, portant le total à 2 690 décès observés en 2024. La France occupait le 21<sup>e</sup> rang sur 27 pays européens en 2024 devant, par exemple, la Bulgarie (4,5 p.1000), la Roumanie (6,6 p.1000), se situant ainsi parmi les pays où la mortalité infantile était la plus élevée en Europe (source : Eurostat). Les 5 pays ayant les taux de mortalité les plus faibles en 2024 étaient l'Estonie (1,4 p.1000), la Lettonie (1,5 p.1000), la Slovénie (1,7 p.1000), la Suède (2,0 p.1000) et la Finlande (2,1 p.1000), soit environ 2 fois moins qu'en France.

En 2024, des disparités régionales marquées de mortalité infantile ont été observées :

- Dans l'Hexagone, les taux variaient de 2,83 à 4,90 décès pour 1000 naissances vivantes. Le Grand Est présentait un taux significativement plus élevé (4,90), dépassant de 20% la moyenne nationale (4,08). Les taux plus élevés de prématurité, dont prématurité extrême, dans cette région pourraient expliquer cette surmortalité observée. À l'inverse, l'Occitanie (3,33), la Nouvelle-Aquitaine (3,29), l'Auvergne-Rhône-Alpes (3,42) affichaient un taux significativement inférieur au reste de la France. Ces régions figuraient également parmi celles affichant les plus faibles taux de prématurité extrême.
- Dans les DROM, les taux étaient 1,4 à 2,6 fois supérieurs à la moyenne nationale, oscillant entre 5,75 à La Réunion et 10,55 p.1000 à Mayotte [Carte 37].

**Figure 29. Évolution du taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes**

France entière, 2014-2024

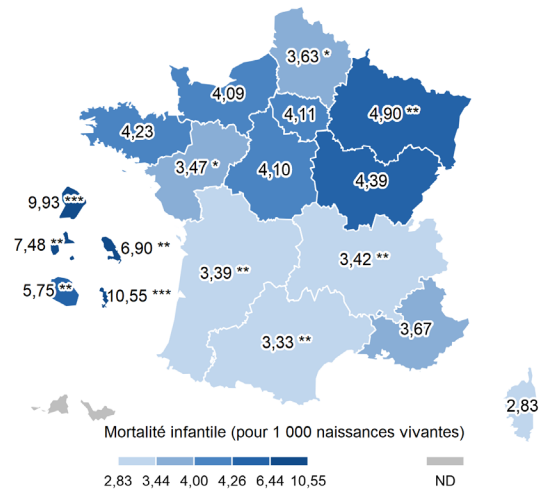


Source : état civil

Tendance : APC 2014 - 2024 : +1,0%

**Carte 37. Taux régionaux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes**

Par région de domicile, 2024



Source : état civil / St Martin et St Barthélémy inclus dans la Guadeloupe

\* : p&lt;0,10 ; \*\* : p&lt;0,05 ; \*\*\* : p&lt;0,001

Les causes initiales de décès des enfants de moins de 1 an se répartissaient comme suit en 2023 :

- 10,2% n'avaient pas de causes connues (0,41 décès pour 1000 naissances vivantes), le certificat de décès étant manquant ou incomplet. A noter que les causes étaient plus souvent manquantes pour les âges au décès les plus précoces (13,4% parmi les décès survenus entre 0 et 6 jours versus 4,5% parmi les décès entre 28 et 364 jours) ;
- 51,8% étaient liées à des affections d'origine périnatale (2,08 décès p.1000) ;
- 19,5% à des anomalies congénitales (0,78 décès p.1000) ;
- 18,5% à d'autres causes (0,74 décès p.1000), dont les morts inattendus du nourrisson (MIN) (0,26 décès p.1000) [Tableau 7].

L'analyse des causes initiales de décès chez les nourrissons de moins d'un an met en évidence des tendances contrastées. Cependant, l'interprétation de ces évolutions doit être nuancée : depuis 2020, la proportion de décès attribués à des causes non précisées a augmenté, passant de 0,31 à 0,41 pour 1000 naissances.

Parmi les trois grands groupes de causes de décès, seules les affections d'origine périnatale ont présenté une évolution significative : le taux a augmenté de 1,86 pour 1000 naissances vivantes en 2014 à 2,20 en 2017, avant de se stabiliser jusqu'en 2023. Cette hausse s'explique principalement par l'augmentation des décès pour complications liées à la grossesse (APC : +12,1 %) et, dans une moindre mesure, des décès pour complications du travail et de l'accouchement, bien que ces dernières restent rares (0,04 pour 1000 en 2023). À l'inverse, les infections de période périnatale ont connu une réduction significative (APC : -2,3 %). Les taux de décès classés dans la catégorie « autres affections » ont quant à eux augmenté entre 2014 et 2017, avant de diminuer jusqu'en 2023.

Le taux global de mortalité par anomalies congénitales était stable sur la période, mais cette stabilité masquait des disparités selon le type d'anomalie. Le taux de décès liés aux malformations urinaires, bien que rares (0,05 pour 1000 en 2023), ont augmenté de manière continue, tandis que ceux associés aux anomalies chromosomiques ont progressé plus récemment. Ces évolutions pourraient être liées à l'augmentation des prévalences des anomalies du rein et du tractus urinaire et celles des anomalies génétiques, telles qu'observées dans les registres des anomalies congénitales.

Enfin, à l'instar des « autres causes » de décès, les MIN et les décès classés dans la rubrique « autres » n'ont pas montré de variation significative.

Ces résultats soulignent l'importance de la qualité du remplissage des bulletins de décès, afin d'affiner notre compréhension sur l'augmentation de la mortalité infantile.

**Tableau 7. Taux de mortalité infantile par cause pour 1 000 naissances vivantes**

Par groupe et sous-groupe de cause initiale de décès, France entière, 2014-2023

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution - APC (%)
<b>Causes manquantes</b>	<b>0,23</b>	<b>0,21</b>	<b>0,22</b>	<b>0,21</b>	<b>0,25</b>	<b>0,25</b>	<b>0,25</b>	<b>0,31</b>	<b>0,39</b>	<b>0,41</b>	<b>APC 20-23 : +19,2</b>
<b>Anomalies congénitales</b>	<b>0,73</b>	<b>0,74</b>	<b>0,72</b>	<b>0,70</b>	<b>0,72</b>	<b>0,80</b>	<b>0,70</b>	<b>0,69</b>	<b>0,77</b>	<b>0,78</b>	<b>NS</b>
Système nerveux	0,07	0,07	0,08	0,10	0,06	0,09	0,07	0,07	0,07	0,06	NS
Appareil circulatoire	0,31	0,30	0,28	0,28	0,31	0,29	0,25	0,28	0,29	0,28	NS
Appareil respiratoire	0,03	0,05	0,04	0,03	0,02	0,04	0,01	0,03	0,02	0,03	NS
Système ostéomusculaire	0,08	0,09	0,06	0,08	0,09	0,11	0,08	0,07	0,08	0,09	NS
Appareil urinaire	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,06	0,05	APC 14-23 : +3,5
Anomalie chromosomique	0,08	0,09	0,10	0,08	0,10	0,10	0,11	0,09	0,12	0,14	APC 21-23 : +18,8
Autres anomalies	0,12	0,11	0,11	0,09	0,09	0,13	0,12	0,10	0,12	0,13	NS
<b>Affections d'origine périnatale</b>	<b>1,86</b>	<b>1,97</b>	<b>1,93</b>	<b>2,20</b>	<b>2,13</b>	<b>2,08</b>	<b>1,97</b>	<b>2,04</b>	<b>1,99</b>	<b>2,08</b>	<b>APC 14-17 : +4,6</b>
Affections maternelles	0,06	0,05	0,04	0,03	0,04	0,09	0,04	0,05	0,04	0,08	NS
Complication de la grossesse	0,13	0,15	0,14	0,20	0,17	0,18	0,18	0,19	0,17	0,20	APC 14-17 : +12,1
Anomalies : placenta, cordon, membranes	0,21	0,22	0,17	0,19	0,22	0,27	0,22	0,24	0,18	0,27	NS
Complications travail et accouchement	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,05	0,03	0,04	0,04	0,04	APC 14-23 : +6,6
Prématurité ou faible poids	0,31	0,25	0,22	0,29	0,22	0,25	0,24	0,26	0,28	0,25	NS
Hypoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance	0,05	0,16	0,14	0,19	0,18	0,14	0,13	0,15	0,15	0,12	NS
Syndrome de détresse respiratoire	0,05	0,05	0,04	0,07	0,05	0,06	0,06	0,04	0,05	0,05	NS
Autres affections respiratoires	0,16	0,18	0,16	0,20	0,20	0,15	0,19	0,17	0,15	0,15	NS
Infections de période périnatale	0,22	0,19	0,17	0,20	0,20	0,19	0,18	0,18	0,16	0,17	APC 14-23 : -2,3
Hémorragie néonatale	0,25	0,23	0,27	0,23	0,24	0,20	0,24	0,23	0,24	0,25	NS
Autres affections	0,41	0,46	0,54	0,59	0,58	0,50	0,46	0,50	0,53	0,50	APC 14-17 : +11,4 / APC 17-23 : -2,9
<b>Autres causes totales</b>	<b>0,70</b>	<b>0,77</b>	<b>0,87</b>	<b>0,77</b>	<b>0,76</b>	<b>0,70</b>	<b>0,67</b>	<b>0,64</b>	<b>0,83</b>	<b>0,74</b>	<b>NS</b>
Mort inattendue du nourrisson	0,27	0,29	0,31	0,26	0,31	0,23	0,21	0,21	0,28	0,26	NS
Autres	0,43	0,48	0,56	0,51	0,45	0,47	0,46	0,43	0,55	0,48	NS

Source : CépiDc

Légende : APC (Annual percent change) différent de 0 à un seuil de 5%. NS : non significatif.

La mortalité infantile est composée d'environ 50% de décès survenus entre 0 et 6 jours, d'environ 20% de décès survenus entre 7 et 27 jours et d'environ 30% de décès survenus entre 28 et 364 jours de vie. Les trois paragraphes suivants décomposent la mortalité infantile selon ces trois périodes.

## Mortalité néonatale précoce

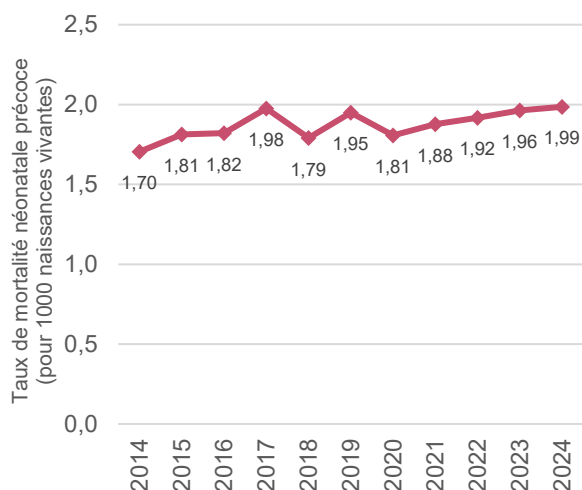
En France, le taux de mortalité néonatale précoce (décès survenant entre 0 et 6 jours de vie) a augmenté en moyenne de 1,0% par an entre 2014 et 2024 (APC), atteignant 1,99 décès pour 1000 naissances vivantes en 2024 [Figure 30].

En 2024, tous les DROM affichaient des taux significativement plus élevés que ceux observés dans l'Hexagone, avec des valeurs allant de 2,88 à La Réunion à 4,67 p.1000 en Guyane, avec des taux

allant de 1,5 à près de 2,5 fois plus que la moyenne nationale. La Bretagne avait également un taux supérieur au reste de la France avec 2,50 p.1000. À l'inverse, l'Occitanie (1,39) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (1,52) enregistraient des taux significativement inférieurs à ceux des autres régions [Carte 38].

**Figure 30. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce pour 1000 naissances vivantes**

France entière, 2014-2024

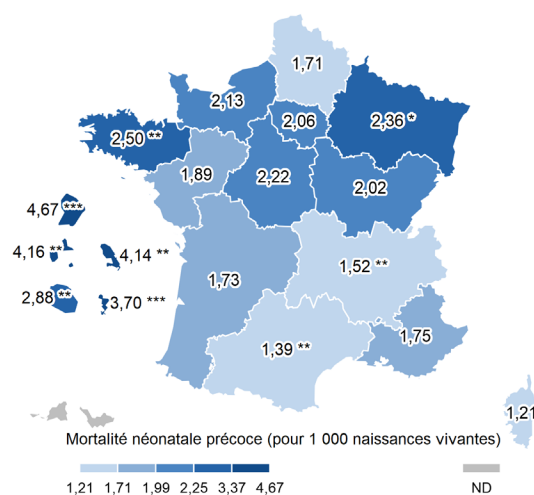


Source : état civil

Tendance : APC 2014 – 2024 : +1,0%

**Carte 38. Taux régionaux de mortalité néonatale précoce pour 1000 naissances vivantes**

Par région de domicile, 2024



Source : état civil / St Martin et St Barthélémy inclus dans la Guadeloupe

\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

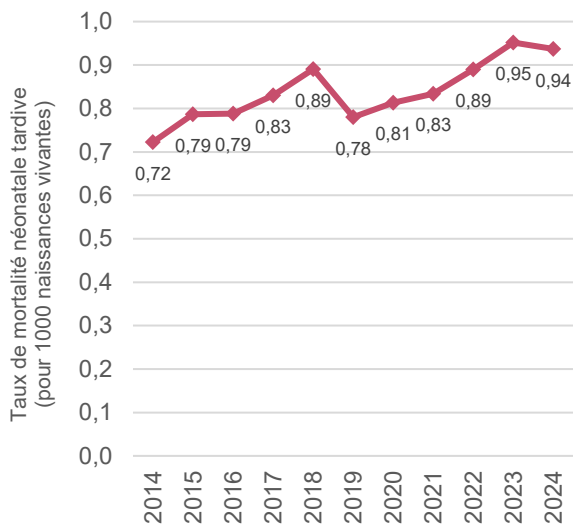
## Mortalité néonatale tardive

En France, le taux de mortalité néonatale tardive (décès survenant entre 7 et 27 jours de vie) a augmenté en moyenne de 2,1% par an entre 2014 et 2024, atteignant 0,94 décès pour 1000 naissances vivantes en 2024 [Figure 31]

En 2024, la région Hauts-de-France avait un taux significativement plus faible de mortalité néonatale tardive (0,70 décès p.1000). La Guadeloupe avait un taux faible de mortalité (0,55 p.1000), mais non significatif par rapport au reste de la France. À l'inverse, la région du Grand Est dans l'Hexagone avait un taux significativement plus élevé (1,28 p.1000). Dans les DROM, La Réunion (1,61) et Mayotte (2,25) avaient des taux significativement plus élevés en 2024 que le reste de la France [Carte 39].

**Figure 31. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive pour 1000 naissances vivantes**

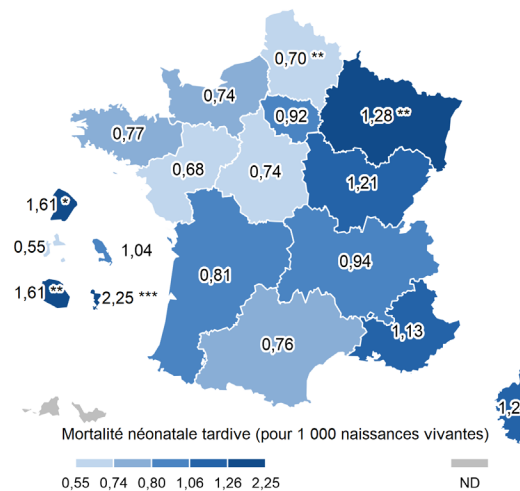
France entière, 2014-2024



Source : état civil  
Tendance : APC 2014 – 2024 : +2,1%

**Carte 39. Taux régionaux de mortalité néonatale tardive pour 1000 naissances vivantes**

Par région de domicile, 2024



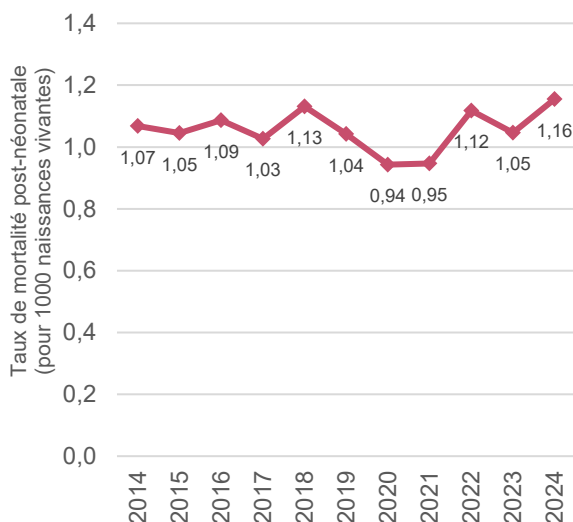
Source : état civil / St Martin et St Barthélemy inclus dans la Guadeloupe  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Mortalité post-néonatale

En France, le taux de mortalité post-néonatale (décès survenant entre 28 et 364 jours de vie) restait stable entre 2014 et 2024, et était de 1,16 décès pour 1000 naissances vivantes en 2024 [Figure 32].

**Figure 32. Evolution du taux de mortalité post-néonatale pour 1000 naissances vivantes**

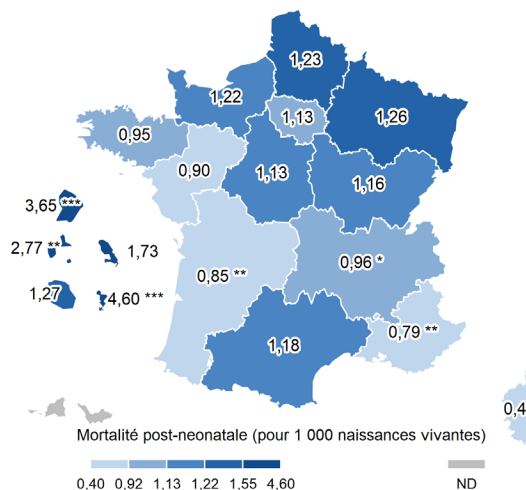
France entière, 2014-2024



Source : état civil  
Pas de tendance significative sur la période

**Carte 40. Taux régionaux de mortalité post-néonatale pour 1000 naissances vivantes**

Par région de domicile, 2024



Source : état civil / St Martin et St Barthélemy incluent dans Guadeloupe  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

Au niveau régional, les taux de mortalité post-néonatale étaient plus faibles en PACA (0,79 p.1000) et en Nouvelle-Aquitaine (0,85 p.1000) que le reste de la France. A l'inverse, ces taux de mortalités étaient significativement plus élevés en Guadeloupe (2,77), en Guyane (3,65) et à Mayotte (4,60 p.1000), avec des taux 2,5 à 4 fois supérieurs à la moyenne nationale.

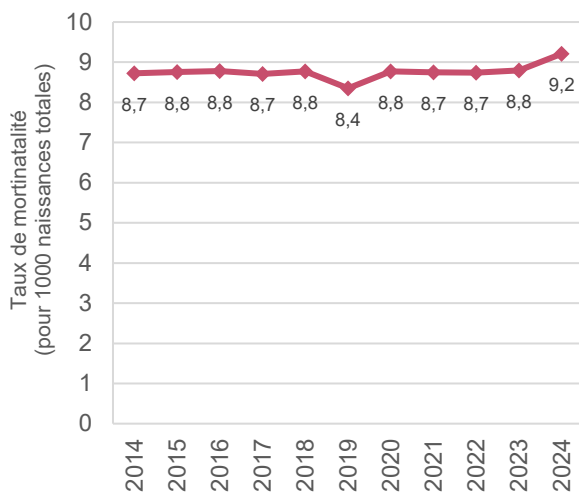
## Mortinatalité

En France, le taux de mortinatalité (naissance d'un enfant sans signe de vie ( $\geq 22$  SA ou  $\geq 500$  gr) était relativement stable entre 8,7 et 8,8 pour 1000 naissances totales sur la période 2012–2024. Deux exceptions étaient observées : 2019 avec 8,4 p.1000 et 2024 avec 9,2 p.1000 [Figure 33].

En France Hexagonale, le taux de mortinatalité en 2024 variait de 7,9 en Auvergne-Rhône-Alpes à 9,7 p.1000 en Ile-de-France. Dans les DROM, ce taux était plus élevé et variait de 11,8 à La Réunion à 17,7 p.1000 en Guadeloupe, avec des taux 30 à 90% plus élevés que la moyenne nationale [Carte 41].

**Figure 33. Evolution du taux de mortinatalité pour 1000 naissances totales**

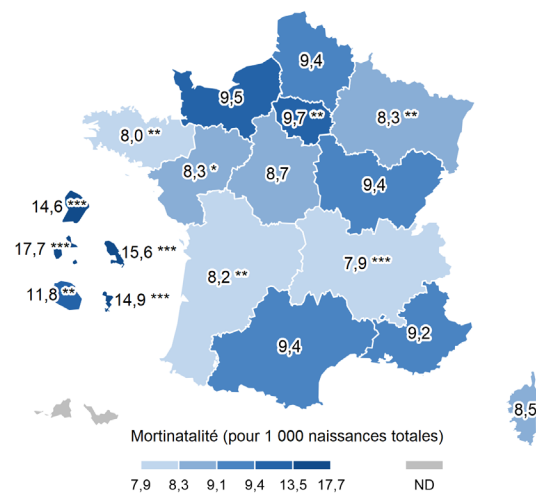
France entière, 2014-2024



Source : SNDS - indicateurs calculés et fournis par la DREES  
Pas de tendance significative sur la période

**Carte 41. Taux régionaux de mortinatalité pour 1000 naissances totales**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS - indicateurs calculés et fournis par la DREES  
\* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

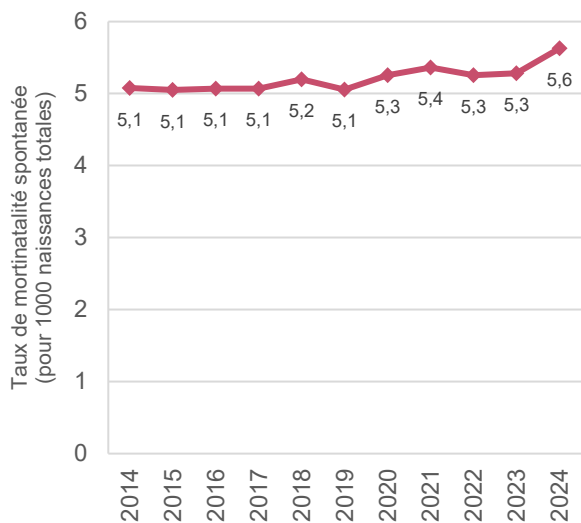
La mortinatalité est composée de la mortinatalité induite par IMG ( $\geq 22$  SA) et de la mortinatalité spontanée. En France, environ 60% de la mortinatalité est spontanée et 40% est induite.

Le taux de mortinatalité spontanée restait globalement stable en France depuis 2014, avec des taux variant de 5,1 à 5,6 mort-nés spontanés pour 1000 naissances totales selon les années [Figure 34]. Le taux de mortinatalité induite par IMG variait, quant à lui, de 3,3 à 3,7 mort-nés p.1000 selon les années. Les analyses de tendance révélèrent une diminution moyenne de 1,3% par an entre 2012 et 2021, suivie d'une stagnation du taux de mortinatalité induite [Figure 35].

Au niveau régional, le taux de mortinatalité spontanée était plus faible en Nouvelle-Aquitaine (3,9 p.1000), Bretagne (4,2), Auvergne-Rhône-Alpes (4,4) et Pays de la Loire (4,8). Il était plus élevé en Ile-de-France (6,1 p.1000) dans l'Hexagone, et dans l'ensemble des DROM avec des taux variant de 8,2 à La Réunion à 13,4 p.1000 à Mayotte [Carte 42].

**Figure 34. Evolution du taux de mortinatalité spontanée pour 1000 naissances totales**

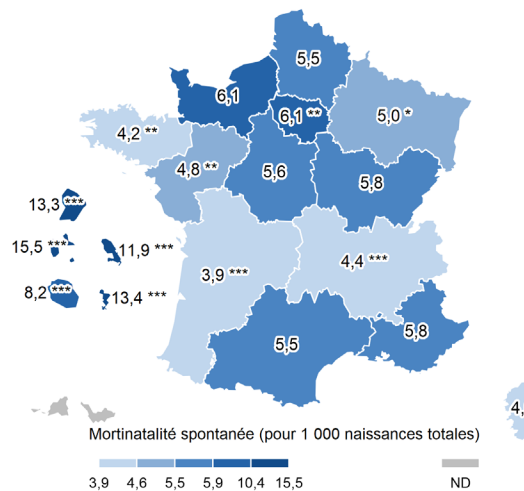
France entière, 2014-2024



Source : SNDS - indicateurs calculés et fournis par la DREES  
Pas de tendance significative sur la période

**Carte 42. Taux régionaux de mortinatalité spontanée pour 1000 naissances totales**

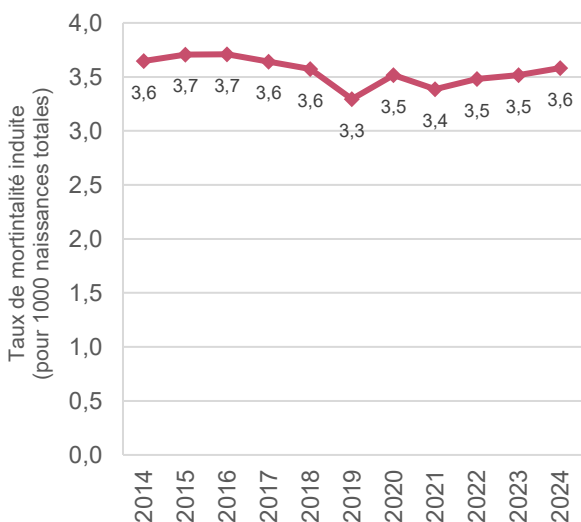
Par région de domicile, 2024



Source : SNDS - indicateurs calculés et fournis par la DREES  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

**Figure 35. Evolution du taux de mortinatalité induite par IMG pour 1000 naissances totales**

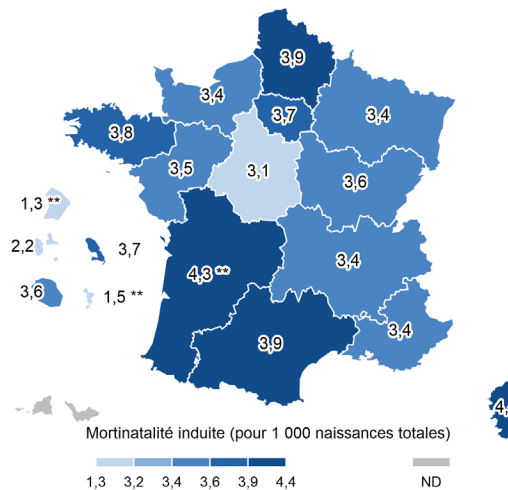
France entière, 2014-2024



Source : SNDS - indicateurs calculés et fournis par la DREES  
Tendance : APC 2012-2021 : -1,3%

**Carte 43. Taux régionaux de mortinatalité induite par IMG pour 1000 naissances totales**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS - indicateurs calculés et fournis par la DREES  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

Le taux de mortinatalité induite par IMG était significativement plus élevé en Nouvelle-Aquitaine avec 4,3 mort-nés induits p.1000, malgré un taux de mortinatalité totale significativement plus faible que le reste de la France. Les taux de la Guyane (1,3) et de Mayotte (1,5) était significativement plus faibles d'environ 60% par rapport à la moyenne nationale [Carte 43]. Ces écarts importants pourraient refléter une inégalité d'accès aux soins (sous-diagnostic des malformations en anténatale ou difficulté de prise en charge pour une IMG) ou des barrières culturelles à l'IMG.

## Mortalité périnatale

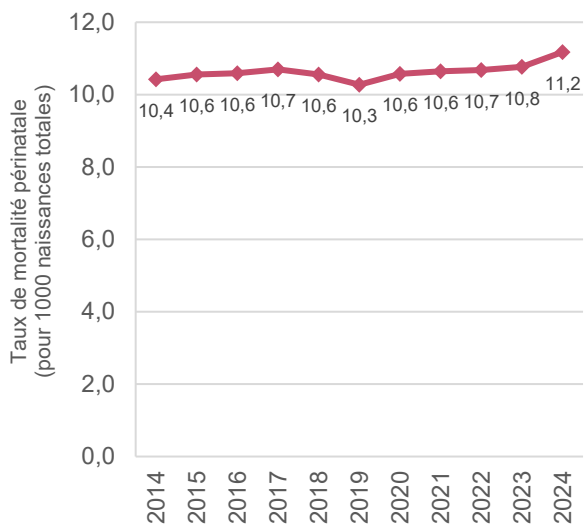
La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes : les enfants mort-nés (décès in utero à partir de 22 SA ou 500 g), qui représentent 85% des cas en France, et les décès néonataux précoces (enfants nés vivants mais décédés dans les 7 premiers jours de vie), comptant pour les 15% restants. Pour éviter certains cas d'enfants comptabilisés à la fois comme mort-né dans la PMSI-MCO et à la fois né vivant et décédé à 0 jour dans le CépiDc, la base corrigée QUALI-N a été utilisée pour calculer cet indicateur (cf. méthodologie – Sources de données - Hospitalisations et consommations de soins à partir du SNDS).

En France, les analyses de tendance révèlent une stabilité de la mortalité périnatale entre 2012 et 2022 avec des taux variant de 10,3 à 10,7 décès périnataux p.1000, suivie d'une augmentation jusqu'en 2024 pour atteindre 11,2 p.1000 [Figure 36].

Au niveau régional, l'Auvergne-Rhône-Alpes et la Nouvelle-Aquitaine présentaient des taux plus faibles de mortalité périnatale en 2024, avec 9,3 et 9,8 p.1000 respectivement. A l'inverse, les taux étaient élevés en Ile-de-France (11,6) et dans l'ensemble des DROM avec des taux variant de 13,8 à La Réunion à 20,5 p.1000 en Guadeloupe [Carte 44].

**Figure 36. Evolution du taux de mortalité périnatale pour 1000 naissances totales**

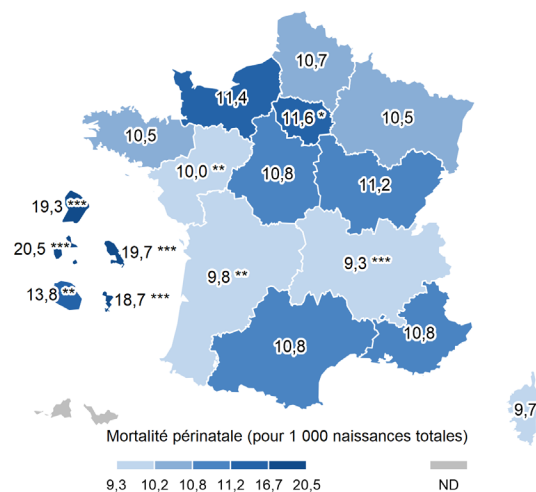
France entière, 2014-2024



Source : SNDS – indicateurs calculés et fournis par la DREES  
Tendance : APC 2022-2024 : +2,5%

**Carte 44. Taux régionaux de mortalité périnatale pour 1000 naissances totales**

Par région de domicile, 2024



Source : SNDS - indicateurs calculés et fournis par la DREES  
\* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Prévention et promotion de la santé périnatale

La période de la conception aux deux premières années de la vie après la naissance est déterminante pour le développement de l'enfant et la santé de l'adulte qu'il deviendra. Il est donc nécessaire de s'engager en faveur de la santé du jeune enfant avant même sa naissance.

### Le site ressources pour les (futurs) parents sur la période des 1000 premiers jours



Le site [1000-premiers-jours.fr](https://www.1000-premiers-jours.fr) informe les (futurs) parents sur l'impact de l'environnement physico-chimique et de l'environnement affectif et relationnel sur le développement de l'enfant, et la santé tout au long de sa vie. Il propose des pistes d'actions concrètes pour agir en faveur de la santé des parents et de celle de leur enfant. Basé sur les recommandations institutionnelles nationales et internationales, il aborde avec une approche bienveillante, une grande variété de thèmes comme la santé mentale des parents, la sobriété d'exposition à des substances chimiques dans la vie quotidienne et la qualité des interactions précoces parent-bébé.

### Observation et promotion des interactions parents-bébé de qualité

#### Étude EVANE

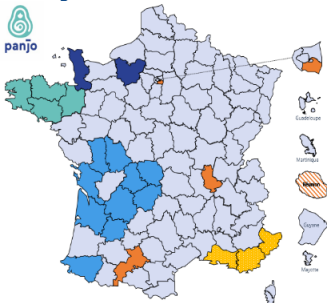


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression ressentie et sentiment de compétence parental) et certaines pratiques parentales (lecture, petits jeux, activités etc.). 5 235 pères et 5 050 mères d'enfants de 0-2 ans vivant en France hexagonale ont participé. Des premiers résultats sont attendus prochainement.

#### Dispositif digital d'information : « Interactions parent-bébé »

Afin de faire connaître les bénéfices des interactions parent-bébé de qualité pour la santé de leur enfant, un dispositif d'information destiné aux jeunes parents et futurs parents a été mis en place fin 2025 en partenariat avec WeMoms et Explore Média. La vidéo présentée par le pédiatre Jules Fougère est toujours disponible.

#### Panjo : l'intervention de prévention précoce à domicile



Santé publique France a conçu l'intervention Panjo pour promouvoir la santé et l'attachement des jeunes enfants. Cette intervention à domicile est proposée par les PMI aux futurs parents vivant dans un contexte psychosocial à risques. 6 à 12 visites programmées de la grossesse à douze mois de l'enfant permettent de réduire les interactions parent-bébé dysfonctionnelles, de réduire les réactions hostiles du parent et d'améliorer le recours aux soins. Depuis 2022, les PMI de 23 départements dans 8 régions se sont impliquées dans le déploiement de PANJO.

Pour plus d'informations, contactez [eval.panjo@santepubliquefrance.fr](mailto:eval.panjo@santepubliquefrance.fr)

## Promotion des comportements favorables à la santé

Les ressources de Santé publique France pour les (futurs) parents et les professionnels de la périnatalité traitant des sujets de la santé des femmes enceintes, des parents et du bébé :

### La vaccination



Le site [Vaccination-info-service.fr](https://vaccination-info-service.fr) propose des informations factuelles, pratiques et scientifiquement validées sur la vaccination aux différents âges de la vie. Futurs et jeunes parents peuvent y trouver les recommandations vaccinales pour les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse et celles pour les nourrissons et jeunes enfants, ainsi que des informations très pratiques du type « Où se faire vacciner ? », « que faire si mon bébé est enrhumé le jour de la vaccination ? » ou « comment préparer mon enfant qui doit être vacciné », etc.

### Calendrier vaccinal des femmes enceintes



Ce document, format carte postale, présente de façon visuelle et synthétique, l'ensemble des vaccinations recommandées avant, pendant et après la grossesse. N'hésitez pas à le [commander](#).

## Soutien à l'arrêt de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites

### Aide à distance



Tabac info service est un dispositif multicanal d'aide à l'arrêt du tabac qui comprend :

- **une ligne téléphonique, le 39 89** : accompagnement personnalisé et gratuit avec un tabacologue, par téléphone.
- **une application mobile Tabac info service** : programme d'e-coaching 100% personnalisé pour préparer son arrêt et suivre quotidiennement ses progrès.
- **un site internet, [tabac-info-service.fr](https://tabac-info-service.fr)** : conseils et informations sur les stratégies d'arrêt.



Les sites [alcool-info-service.fr](https://alcool-info-service.fr) et [drogues-info-service.fr](https://drogues-info-service.fr) proposent des informations sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse et l'allaitement, incluant : la consommation involontaire en début de grossesse, les difficultés à l'arrêt et les risques associés. Ils offrent aussi des services d'aide à distance : annuaire des structures spécialisées, forums, chat, FAQ, contenus informationnels et ligne téléphonique gratuite et anonyme avec des professionnels pour aider, informer et orienter.

### Dépliants Grossesse sans tabac et sans alcool



Dépliants d'information destinés aux femmes enceintes et à leur entourage qui traitent respectivement des questions liées à la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse. Y sont abordés les conséquences possibles de leur consommation sur la grossesse, les traitements d'aide à l'arrêt ainsi que, pour l'alcool, des conseils à l'entourage pour la soutenir dans son arrêt temporaire de consommation. N'hésitez pas à les [commander](#).

## Nutrition et promotion de l'activité physique

### Le guide « De la grossesse à l'arrivée de bébé, avec sérénité – Alimentation, activité physique et bien-être »



Ce guide destiné aux femmes enceintes contient une information fiable et claire sur la nutrition pendant leur grossesse et des conseils pour avoir une alimentation équilibrée tout en se faisant plaisir, continuer de bouger et vivre une grossesse sereine en prenant soin de leur santé et de celle de leur futur enfant. N'hésitez pas à le [commander](#).

### Le Guide de l'allaitement maternel



Ce guide sur la pratique et l'accompagnement à l'allaitement maternel contient des informations simples et illustrées, des réponses aux questions les plus fréquentes, des conseils et des informations pratiques, tant pour le démarrage de l'allaitement que pour sa poursuite au fil des semaines suivant l'accouchement. N'hésitez pas à le [commander](#).

### Le site MangerBouger.fr

MANGERBOUGER

[Mangerbouger.fr](#) est le site de référence institutionnel sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité. Le site, qui répond aux enjeux du Programme national nutrition santé, met à disposition des conseils et services en ligne qui aident à aller pas à pas vers une alimentation équilibrée et un mode de vie actif, tout en se faisant plaisir. Son service phare, La Fabrique à menus, femmes enceintes et parents de jeunes enfants peuvent générer en un clic des menus hebdomadaires équilibrés, de saison et personnalisés.

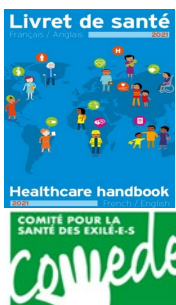
## Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

QuestionSexualité\_

Le site [Questionsexualite.fr](#) est le site d'information sur la santé sexuelle pour toutes et tous à partir de 18 ans. Différentes thématiques y sont abordées : IST, contraception, dysfonctions ou encore discriminations et violences. Les femmes enceintes et les jeunes mères pourront tirer profit des articles sur le sexe pendant la grossesse et après l'arrivée d'un enfant, sur la contraception après un accouchement ou encore sur la fausse couche, etc.

## Promouvoir la santé périnatale des personnes migrantes

### Les livrets de santé bilingues



Support de communication et de dialogue pour les personnes migrantes et les professionnels de la santé ou du social, les livrets de santé bilingues sont conçus pour aider chacun à mieux comprendre le système de protection maladie français, les droits et démarches. Ils sont disponibles en 17 langues. Un chapitre est dédié à la grossesse et au parcours 1000 premiers jours. N'hésitez pas à les commander.

A destination des professionnels : un guide pratique sur l'accès aux droits et aux soins en partenariat avec le Comité pour la santé des exilés (Comede).

Pour commander nos supports imprimés : <https://selfservice.santepubliquefrance.fr/>

## Méthodologie

### Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

- Les femmes ayant accouché d'au moins un enfant (né vivant ou mort-né), selon la définition française : naissance à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou poids de l'enfant  $\geq$  500 grammes.
- Les enfants issus de naissances vivantes ou mort-nées, selon les mêmes seuils.

Quand cela a été possible, les indicateurs ont été déclinés annuellement entre 2012 et 2024, et pour la France entière incluant l'Hexagone, les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte, et deux des collectivités d'Outre-mer (COM) : Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Carte 45. Noms des régions françaises et des deux collectivités d'Outre-mer incluses dans ce bulletin



Pour la majorité des indicateurs (ceux issus du SNDS, état civil, CépiDC, ENCMM, registres des anomalies congénitales), la déclinaison territoriale est réalisée selon le domicile de la femme ou de l'enfant. Pour les indicateurs issus de l'ENP, la déclinaison est réalisée selon le lieu d'accouchement / de naissance et pour les indicateurs issus du CNCDN, la déclinaison est réalisée selon le lieu du dépistage, donc principalement le lieu de naissance.

## Sources de données

### État civil

Les données d'état civil sont fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). En France, chaque naissance vivante et chaque décès fait l'objet d'un acte d'état civil enregistré en mairie. Ces enregistrements permettent à l'Insee de constituer une base annuelle exhaustive des naissances et des décès.

#### Limites de ces données

Des divergences peuvent exister entre les données de l'état civil et celles du Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). En effet, certaines naissances sont ainsi enregistrées comme mort-nées dans le PMSI, alors qu'elles apparaissent comme des naissances vivantes suivies d'un décès le jour même dans les registres d'état civil.

Les données de l'état civil de Mayotte sont disponibles à partir de 2014. A noter qu'afin de faciliter l'analyse de l'évolution sur un même périmètre, les données de mortalité des nouveau-nés commencent à partir de 2014 dans ce bulletin.

Les données des collectivités d'outre-mer (telles que Saint-Martin et Saint-Barthélemy) ne sont pas incluses dans les statistiques de l'état civil.

#### Plus d'informations sur les bases des naissances vivantes

#### Plus d'informations sur les bases des décès

### Enquête nationale périnatale (ENP) et ENP-DROM

L'Enquête nationale périnatale (ENP) est une enquête transversale répétée environ tous les six ans depuis 1995 sous la responsabilité de l'Inserm. Le recueil est réalisé dans toutes les maternités (publiques et privées) et les maisons de naissance sur l'équivalent d'une semaine. Toutes les naissances vivantes et mort-nées (âgées d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 g à la naissance) sont incluses [1].

L'ENP permet de surveiller dans le temps la santé périnatale en suivant les pratiques médicales, les facteurs de risque ainsi que les caractéristiques sociodémographiques des parents et les antécédents obstétricaux.

Les données sont collectées :

- Auprès des établissements de santé (caractéristiques et organisation des soins) ;
- Via le dossier médical (antécédents obstétricaux, déroulement de l'accouchement, état de santé de la mère avant, pendant et après accouchement et état de santé de l'enfant) ;
- Auprès des mères via
  - (1) un entretien en face-à-face par une sage-femme enquêtrice en suite de couche (incluant les caractéristiques sociodémographiques, les comportements avant et pendant la grossesse et leur surveillance prénatale)
  - (2) un auto-questionnaire web (ou via un télé-enquêteur) à 2 mois *post-partum* (seulement depuis l'édition 2021 de l'ENP). Il inclut des informations sur le retour à domicile, les habitudes de vie et la santé depuis l'accouchement. Pour tenir compte de l'attrition, les données issues du questionnaires 2 mois *post-partum* ont été pondérés pour être représentatives des inclusions en maternité.

En 2021, quatre DROM (Guadeloupe / Saint-Martin, Martinique, La Réunion et Mayotte) ont étendu la durée d'enquête (allant de 3 à 13 semaines) pour constituer un échantillon d'au moins 800 naissances par territoire (ENP-DROM), afin de produire des indicateurs de qualité pour chacun de ces territoires [11-14]. Les données sont pondérées pour tenir compte de ce plan de sondage.

## Limites de ces données

L'enquête n'est pas conçue pour produire des indicateurs régionaux robustes pour toutes les régions. En effet, celles avec le moins de naissances présentent des estimations moins précises en raison de la taille réduite des échantillons. Aucun indicateur de l'ENP n'est donc fourni à l'échelle départementale (ni pour la Corse). De plus, pour garantir la fiabilité des résultats, nous nous sommes restreints aux indicateurs dont la prévalence nationale était d'au moins 8%. Nous ne disposons pas des données des DROM pour les éditions 2010 et 2016 de l'ENP, par conséquent, les indicateurs ne peuvent être calculés qu'à l'échelle de la France hexagonale et de ses régions pour ces années. De plus, les données à 2 mois post-partum de l'ENP 2021 ne sont pas disponibles pour les territoires de Saint-Martin, Guyane et Mayotte.

Les résultats de ces enquêtes sont présentés selon la région du lieu d'accouchement, et non selon le lieu de domicile des femmes. Parmi celles dont la commune de résidence est connue, la grande majorité accouchait dans leur région de résidence, avec des proportions allant de 92% en Centre-Val de Loire à plus de 99% dans les régions insulaires (Corse et DROM).

Concernant les données recueillies via l'entretien, il s'agit de données autodéclarées qui peuvent être sujettes à un biais de mémoire (notamment la réalisation de l'entretien du 4e mois) ou de désirabilité sociale (notamment les consommations de substances psychoactives). Les résultats de l'enquête peuvent être sujets à un biais de sélection, dans la mesure où certaines femmes n'ont pas pu être interrogées (difficultés de compréhension de la langue française, sortie précoce de la maternité, complications de l'état de santé maternelle en suites de couches ne permettant pas la réalisation de l'entretien, etc.) ou ont refusé de participer. Malgré ces contraintes, les taux de participation à l'ENP et à l'ENP-DROM restent élevés :

- Participation globale : 99,2% des femmes ayant eu une naissance vivante ont pris part à au moins une composante de l'enquête, réparties comme suit : 86,6% ont participé à l'entretien en maternité couplé au recueil du dossier médical ; 9,0% ont été incluses uniquement via le recueil du dossier médical (sans entretien) ; 3,4% ont répondu à un questionnaire minimal ; 0,4% ont uniquement été interrogées lors de l'entretien (sans recueil du dossier médical).
- Suivi post-partum : 53,8% des femmes ont participé au suivi à deux mois après l'accouchement.

## Plus d'informations sur l'ENP et l'ENP-DROM

## Hospitalisations et consommations de soins à partir du SNDS

Le Système national des données de santé (SNDS) [15-16], géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), constitue une base de données médico-administratives individuelles exhaustive couvrant la quasi-exhaustivité de la population française. Il permet le suivi longitudinal des parcours de soins des patients, en ville comme à l'hôpital, grâce à un identifiant pseudonymisé unique.

Le SNDS comprend entre autres :

- Les données de l'Assurance maladie (Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie - Sniiram) comportant les données de remboursements de soins (telles que la délivrance de médicaments, les consultations médicales, les actes paramédicaux ou les examens biologiques remboursés) ;
- Les données des séjours hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) comportant notamment les données d'hospitalisations pour accouchement et pour naissance. Cette base recueille les données médico-administratives exhaustives relatives aux séjours dans tous les établissements de santé publics et privés de courte durée de la France entière.

La plupart des algorithmes de repérage SNDS utilisés pour produire les indicateurs de santé présentés ici ont déjà été publiés dans une annexe du « Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019 » [5].

La majorité des indicateurs de santé issus du SNDS de ce bulletin sont issues d'une base corrigée produite par Santé publique France des naissances et des accouchements. Les corrections portent sur le traitement des éventuelles incohérences entre les séjours des mères et les séjours de leur(s) nouveau-né(s), mais également le traitement d'incohérences entre des séjours de transferts d'un même individu (mère ou nouveau-né), afin d'améliorer la cohérence des épisodes de soins.

La base corrigée, élaborée par l'Inserm (équipe OPPaLE - <https://cress-umr1153.fr/fr/teams/oppale/>) dans le cadre de QUALI-N et utilisée par la DREES, a servi de référence pour les indicateurs de mortalité et de morbidité périnatale présentés dans ce bulletin. Cette base a fait l'objet d'améliorations spécifiques afin d'assurer la cohérence entre les décès enregistrés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) / état civil et les données hospitalières de décès (PMSI). Ces ajustements visent notamment à corriger les doublons observés : certains cas, enregistrés comme naissances vivantes suivies d'un décès à J0 dans l'état civil, peuvent être codés comme mort-nés dans le PMSI-MCO — source officielle des statistiques de mortalité depuis 2012.

### Limites de ces données

Le PMSI-MCO, conçu à l'origine pour la tarification hospitalière, présente des limites méthodologiques majeures pour son utilisation en surveillance et épidémiologie :

- Qualité et exhaustivité variables du codage, dépendantes de la rigueur des cliniciens, du respect des règles de codage et des contrôles des départements d'information médicale (DIM), ce qui peut entraîner des biais de mesure ;
- Absence quasi totale de données cliniques fines (notamment résultats biologiques) - hormis le motif des soins justifiant une hospitalisation - et de variables socio-économiques individuelles (hors couverture sociale et complémentaire santé), limitant ainsi l'analyse des déterminants de santé et des inégalités sociales.

Ces contraintes imposent une interprétation prudente des résultats et une connaissance approfondie de ses spécificités pour éviter les erreurs d'analyse. Dans ce sens, depuis octobre 2025, le projet PérinatAlgoVal, financé dans le cadre de l'AMI BOAS du HDH, a été lancé. Il vise à évaluer la validité nationale et infranationale (régionale, voire départementale) d'une trentaine d'indicateurs construits à partir du SNDS dans le champ de la périnatalité, grâce à l'appariement des bases ENP et ENP-DROM 2021 avec le SNDS. Grâce à ces travaux, la mesure de la validité de plusieurs algorithmes utilisés pour la surveillance périnatale permettra de confirmer ou d'infirmer la pertinence de leur utilisation pour surveiller l'état de santé des mères et des nouveau-nés et des facteurs de risque à partir de la base principale du SNDS, ainsi que leur granularité territoriale en vue d'une éventuelle mise à disposition. Les résultats sont attendus pour février 2027.

[Plus d'informations sur les données du SNDS](#)

[Plus d'informations sur le projet PérinatAlgoVal](#)

## Causes de décès à partir du CépiDc

Les causes initiales de décès des enfants âgés de 0 à 364 jours (variable DCD\_NEO\_AGE renseignée) sont extraites de la base du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), intégrée au SNDS. En raison du faible nombre de cas par cause, leur analyse est limitée au niveau national.

Ces causes sont classées selon la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10), en s'appuyant sur la typologie proposée par Blondel et al [17] et la définition des morts inattendues du nourrisson (MIN) proposée par Goldstein et al [18].

### Limites de ces données

Les codes CIM-10 des causes de décès disponibles dans le SNDS reposent sur une codification des certificats médicaux de décès, remplis par les médecins certifiant le décès. Cette codification peut présenter des variations, liées à la qualité et à l'exhaustivité des informations reportées par les médecins, ainsi qu'à l'interprétation des experts-codeurs du CépiDc. Chaque année, environ 5 et 10% des certificats de décès d'enfants de moins de 1 an n'ont pas d'information de cause de décès et sont codés comme cause inconnue, soit parce que seule la partie administrative du bulletin de décès est renseignée, soit parce que l'ensemble du certificat est manquant (par comparaison avec les données d'état civil). Dans ce dernier cas, le CépiDc produit un certificat pour que les caractéristiques de lieu, de sexe et d'âge au décès soit similaires à l'état civil.

En 2016, une hausse ponctuelle et atypique des causes dans le sous-groupe « autres affections respiratoires » a été observée parmi les causes initiales de décès. Cette augmentation s'est faite au détriment d'autres sous-groupes (affections maternelles, complications de la grossesse, anomalies du placenta, prématurité, hypoxie/asphyxie). Nous avons donc appliqué une correction des données 2016.

[Plus d'informations sur les causes médicales de décès du CépiDc](#)

## Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM)

L'ENCMM est un dispositif d'enquête spécifique pour l'étude de la mortalité maternelle en France, conduite par le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (placé sous l'égide de Santé Publique France depuis 2014). Bien que le décès de femmes durant la grossesse, pendant et après l'accouchement soit un phénomène actuellement peu fréquent en France, les mesures de la mortalité maternelle, en particulier le ratio de mortalité maternelle (RMM), restent des indicateurs de la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes pendant la grossesse. La mort maternelle est en effet considérée comme un événement sentinelle. Sa survenue excessive signale un dysfonctionnement du système de soins, que ce soit dans la prévention, l'organisation des soins et/ou la qualité des soins dispensés.

Les décès survenus pendant la grossesse et jusqu'à un an suivant l'accouchement ont été étudiés et proviennent principalement de 4 sources : les signalements des réseaux de santé périnatale (RSP), les certificats de décès du CépiDc, les bulletins de naissance de l'Insee des enfants (chainés à des bulletins de décès de la mère dans l'année suivant la naissance) et les bases de données du PMSI-MCO (les décès de femmes survenus dans un établissement hospitalier).

Les données de l'ENCMM, revues et classées par le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) permettent :

- De porter un jugement consensuel sur les causes de décès maternelles, leur lien avec la grossesse (direct, indirect ou non déterminé) ;
- D'évaluer l'adéquation des soins prodigués en les classant en optimaux ou non optimaux et étudie le caractère évitable des décès (non évitable, possiblement évitable ou probablement évitable) dans le but de faire des recommandations et de proposer des mesures de prévention.

Leur synthèse fait l'objet d'un rapport tous les trois ans.

### Limites de ces données

Ce dispositif présente un décalage temporel dans la disponibilité des données, limitant ainsi leur actualisation pour des analyses en temps réel ou des prises de décision réactives.

Malgré la multiplicité des sources mobilisées, certains décès maternels pourraient échapper à l'identification, en particulier ceux survenant à distance de la grossesse ou de l'accouchement (par exemple, au-delà des premières semaines du post-partum).

[Plus d'informations sur l'ENCMM](#)

## Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)

Le dépistage néonatal est une stratégie de santé publique qui consiste à repérer de manière systématique et universelle chez le nouveau-né certaines maladies graves, rares et le plus souvent d'origine génétique, avant même l'apparition des premiers signes et symptômes ; ceci dans le but de proposer à chaque enfant une prise en charge précoce adaptée. Ce dépistage s'appuie sur des centres régionaux du dépistage néonatal (CRDN) qui collectent et traitent les résultats des tests de dépistage au niveau régional et est coordonné au niveau national par le Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN) depuis 2018.

En 2024, le dépistage biologique concernait 13 maladies : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la drépanocytose, la mucoviscidose, le déficit en Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase (MCAD) et les sept erreurs innées du métabolisme (EIM) qui sont : la leucinose, l'homocystinurie, la tyrosinémie de type 1, l'acidurie glutarique de type 1, l'acidurie isovalérique, le déficit en déshydrogénase des hydroxyacyl-CoA de chaîne longue, et le déficit en captation de carnitine.

### Limites de ces données

Les données du CNCDN peuvent présenter des biais (faux positifs, faux négatifs non corrigés) par rapport à celles de la Banque Nationale de Données Maladies Rares.

[Plus d'informations sur le CNCDN](#)

## Registres populationnels des anomalies congénitales

En France, la surveillance des anomalies congénitales repose actuellement sur 7 registres populationnels couvrant actuellement 16,4% des naissances. Avec le 7ème registre mis en place en Nouvelle-Aquitaine en 2022, cette couverture nationale des naissances passera à près de 23,6% à la fin de 2026. Ces registres se situent dans 7 zones distinctes du territoire national, possédant chacune leurs propres caractéristiques territoriales, urbaines, rurales, maritimes et couvrant un nombre de naissances très variable. Cinq d'entre eux se situent dans l'Hexagone (Bretagne, Auvergne, Nouvelle-Aquitaine, Rhône-Alpes et Paris) et deux registres se situent dans les DROM (La Réunion, Guadeloupe / Martinique (sans Saint-Martin et Saint-Barthélemy)).

Les registres populationnels des anomalies congénitales réalisent un recensement - et une validation - le plus exhaustif possible de tous les cas atteints d'anomalies congénitales domiciliés sur un territoire donné, qu'ils soient un enfant né vivant, un fœtus mort-né à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA), ou dans le cadre d'une interruption médicale de grossesse (IMG), quel que soit le terme. Ce recensement inclut les cas pour lesquels le diagnostic d'anomalie congénitale a été posé pendant la grossesse ou au cours de la première année de vie.

Afin de tendre vers l'exhaustivité du recensement, les registres adoptent une stratégie multi-sources, mobilisant l'ensemble des structures publiques ou privées impliquées dans le diagnostic ou la prise en charge des fœtus, nouveau-nés ou enfants atteints d'anomalies congénitales. Ces sources incluent notamment les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), les maternités, les services de pédiatrie, de génétique, d'imagerie, de chirurgie, de cardiopédiatrie et de fœtopathologie, ainsi que les certificats de santé. Les données d'hospitalisation issues du PMSI-MCO sont également exploitées.

### Limites de ces données

Le registre de Paris n'inclut que les cas diagnostiqués ou suspectés avant la sortie de maternité ou d'une hospitalisation néonatale. Il n'inclut donc pas les diagnostics posés après cette période jusqu'au un an de l'enfant.

Malgré la multiplicité des sources, certains cas peuvent échapper au recensement, en particulier :

- Les enfants domiciliés dans une zone couverte par un registre mais hospitalisés ou suivis en dehors de celle-ci risquent de ne pas être capturés (les registres des Antilles, de La Réunion et

de Paris n'enregistrent que les naissances pour lesquelles la mère réside et accouche dans la zone géographique concernée.)

- Les différences d'accès aux examens, de sensibilisation des professionnels ou d'organisation des filières de soins entre les zones peuvent générer des inégalités de détection et de déclaration, affectant la comparabilité des données.

Plus d'informations sur les données des registres des anomalies congénitales [8].

## Analyses statistiques

### Comparaisons entre territoires

Pour identifier d'éventuelles différences significatives entre un territoire spécifique et le reste de la France, des tests statistiques adaptés ont été appliqués avec des tests du  $\chi^2$  pour comparer les proportions ou les distributions catégorielles. Excepté pour les données de mortalité maternelle, caractérisées par de faibles effectifs, où un test exact basé sur la loi de Poisson a été privilégié afin d'assurer une comparaison robuste.

La significativité statistique des résultats a été classée en trois niveaux :  $p < 0,001$  (symbolisé par \*\*\*),  $p < 0,05$  (\*\*) et  $p < 0,10$  (\*). Dans les commentaires, nous avons considérés que la différence était significative au seuil de 0,05 (\*\*). Les disparités territoriales mentionnées sont, sauf indication contraire, significatives à ce seuil ; lorsque ce n'est pas le cas, le terme « non significatif » est explicitement précisé.

Les représentations cartographiques utilisent la discrétisation par quantiles en 5 classes pour les choroplèthes.

### Analyse des tendances temporelles

L'évolution des indicateurs a été analysée à l'aide du logiciel JoinPoint Regression Program (Joinpoint Regression Program, Version 5.4.0.0. April, 2025; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute). Cet outil permet d'identifier les points de rupture significatifs (ou « joinpoints ») dans les tendances et d'estimer les variations annuelles moyennes (Annual Percent Change, APC) entre ces points. Les modèles de régression ont été segmentés selon une approche par maximum de vraisemblance. Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des analyses est  $p < 0,05$ .

### Gestion des petits effectifs

En raison d'un risque potentiel de réidentification, les effectifs strictement inférieurs à 5 et différents de zéro ont été floutés, ainsi que les taux, proportions et totaux correspondants. Ce floutage explique que certains effectifs soient approximés. Cette mesure ne s'applique pas aux indicateurs issus de l'état civil, l'Insee les publiant sans floutage.

### Précision des estimations des indicateurs issus de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) et l'ENP-DROM

Les intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés pour l'ensemble des indicateurs issus de l'ENP et ENP-DROM, en utilisant une approximation par la loi normale. Cette méthode a été retenue en raison du caractère échantillonnal de l'enquête (contrairement aux autres sources de données utilisées), permettant ainsi d'estimer la précision des résultats obtenus.

## Références

- [1] Cinelli H, Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm, Octobre 2022. Disponible sur le site <https://enp.inserm.fr>
- [2] Lebreton É, Tang L, Fosse-Edorh S, Vambergue A, Cosson E, Regnault N. Factors impacting the recent doubling of French hyperglycaemia prevalence in pregnancy. *Diabetes Metab.* 2026 Mar;52(2):101724. doi: 10.1016/j.diabet.2026.101724. Epub 2026 Jan 8. PMID: 41519294.
- [3] Doncarli A, Moulin A, Tebeka S, Regnault N. Santé mentale des femmes en période périnatale en France en 2021 : données issues des études nationales ENP, ENP-DROM et Epifane. Saint-Maurice : Santé publique France, 2025. [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [4] Groupe de travail « Indicateurs ScanSanté » de la FFRSP. Indicateurs de santé périnatale France hexagonale et DROM PMSI 2023 - [https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2026/04/FFRSP\\_Bilan\\_perinatal\\_ScanSante\\_2023\\_V1\\_20260213.pdf](https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2026/04/FFRSP_Bilan_perinatal_ScanSante_2023_V1_20260213.pdf)
- [5] Gomes E, Menguy C, Cahour L, Lebreton E, Regnault N et le groupe de travail sur les indicateurs en périnatalité. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019. Santé publique France. Saint-Maurice : 2024. 165 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [6] Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. *Biol Neonate* 2001 ; 80:277-285. Courbes mises à jour en 2006.
- [7] Salanave B, Lebreton E, Demiguel V, Regnault N et « Epifane2021 Study Group ». Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épifane 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 43 p. [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [8] El Rafei-Julia R, Chabaneix Thomas J, Bruneau L, Nathalie Lelong N, Monier I, Omarjee A, et al. Surveillance épidémiologique des anomalies congénitales en France dans les territoires couverts par un registre : données 2019-2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2026. 52 p. [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [9] Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Dosages biologiques : vitamines et minéraux. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 61 p
- [10] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7erapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 232 p. Disponible à partir de l'URL : [www.encmm.inserm.fr](http://www.encmm.inserm.fr) et [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [11] Pioche C-V, Lebreton E, Farouil M, Gustave J, Yacou C, Ayhan-Kancel G, Nadessin F-L, Demiguel V, Regnault N. Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021). Saint-Maurice : Santé publique France, 2023. 200 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [12] Rosine J, Lebreton E, Daudens-Vaysse E, Ruster L, Demiguel V, Regnault N. Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021). Saint-Maurice : Santé publique France, 2023. 142 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [13] Caliez F, Dr Nguyen A-D, Ali Oicheih L, Demiguel V, Lebreton E , Regnault N. Santé périnatale à La Réunion – Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021). Saint-Denis (La Réunion) : Agence Régionale de Santé, Juin 2023. 177 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/>
- [14] Toibibou Z, Demiguel V, Lebreton E, Regnault N, Balicchi J. Santé périnatale à Mayotte. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021). Mayotte : Agence régionale de santé et Saint-Maurice : Santé publique France, 2023. 107 p. Disponible à partir de l'URL : [www.mayotte.ars.sante.fr](http://www.mayotte.ars.sante.fr) et sur [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [15] Tuppin P et al. Value of a national administrative database to guide public decisions: From the système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the système national des données de santé (SNDS) in France. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2017 Oct;65 Suppl 4:S149-S167. doi: 10.1016/j.respe.2017.05.004. Epub 2017 Jul 27. PMID: 28756037
- [16] Supplément. Le Système national des données de santé (SNDS). *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(HS):117-23. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/HS/2025\\_HS\\_9.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/HS/2025_HS_9.html)
- [17] Blondel B, Eb M, Matet N, Breart G, Jouglu E (2005) La mortalité néonatale en France : bilan et apport du certificat de décès néonatal. *Arch Pediatr* 12(10): 1448-1455. 10.1016/j.arcped.2005.05.009
- [18] Goldstein R, Blair P, Sens M, Shapiro-Mendoza C, Krous H, Rognum T, Moon R & The 3rd International Congress on Sudden Infant and Child Death (2019). Inconsistent classification of unexplained sudden deaths in infants and children hinders surveillance, prevention and research: recommendations from The 3rd International Congress on Sudden Infant and Child Death.

## Glossaire

AFTN : Anomalies de fermeture du tube neural

AME : Aide Médicale d'Etat

C2S : Complémentaire santé solidaire

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CMV : Cytomégalovirus

CNAF : Caisse nationale des allocations familiales

Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNCND : Centre national de coordination du dépistage néonatal

DROM : Département et région d'outre-mer

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles

ENP : Enquête nationale Périnatale

FFRSP : Fédération française des réseaux de Santé périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut conseil de Santé publique

HPP : Hémorragie post-partum

HTA : Hypertension artérielle

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MIN : Mort inattendue du nourrisson

MCAD : *Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase*

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RSEV : Réseaux de suivi d'enfant vulnérables

SA : Semaine d'aménorrhée

SNDS : Système national des données de Santé

SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

VBI : Voie basse instrumentale

VBNI : Voie basse non instrumentale

## Remerciements

Santé publique France tient à remercier Nathalie Lelong (Inserm, équipe OPPaLE) et le GT Indicateurs de la FFRSP qui ont contribué à sélectionner les indicateurs à diffuser dans ce bulletin.

Les auteurs remercient leurs partenaires qui ont fait une relecture complète de ce bulletin : Nathalie Lelong (Inserm, équipe OPPaLE), Camille Le Ray (Inserm, équipe OPPaLE), Emilie Marrer (Réseau Périnatal Lorrain, FFRSP), Hélène Tillaut (réseau Périnatalité Bretagne, FFRSP) et Annick Vilain (DREES), ainsi que leurs partenaires qui ont fait une relecture partielle : aux membres de la cellule de coordination et opérationnelle de l'OMIN et aux membres du CNCDN et de sa commission « Epidémiologie ».

En interne, nous remercions : Yaya Barry, Julie Boudet-Berquier, Virginie Demiguel, Alexandra Doncarli, Rym El Rafei-Julia et Grégory Lailier pour leurs relectures partielles.

## Equipe de rédaction

### Auteurs

Elodie Lebreton et Nicolas Vincent

### Fourniture des données & Conception de la maquette :

- Elodie Lebreton, Daniel Bejarano-Quisoboni (Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes)
- Lisa Cahour, Oumayma Zougagh (Santé publique France, Direction Appui, Traitements et Analyses de données)
- Maud Gorza, Sandie Sempé (Santé publique France, Direction Prévention et Promotion de la Santé)
- François Clinard, Amandine Cochet, Sandrine Coquet, Jamel Daoudi, Noémie Fortin, Valérie Henry, Mélanie Martel, Mathilde Melin, Hélène Prouvost, Mathieu Rivière, Emmanuelle Vaissière, Nicolas Vincent (Santé publique France, Direction des Régions) ;
- Garance Doudeau (CNCDN)
- Annick Vilain (DREES)

**Pour nous citer** : Surveillance de la santé périnatale. Période 2012-2024. Édition Nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 61 pages, juillet 2026

**Directrice de publication** : Aude de Viviés

**Date de publication** : 8 juillet 2026

**Contact** : [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)