



Bulletin

Santé périnatale et petite enfance

Date de publication : 8.07.2026

ÉDITION ÎLE-DE-FRANCE

Surveillance de la santé périnatale

La santé périnatale constitue un enjeu prioritaire de santé publique. Mieux connaître les situations territoriales est indispensable pour orienter les politiques publiques et adapter les réponses aux besoins des populations. La surveillance de la santé périnatale s'inscrit pleinement dans l'un des axes stratégiques de Santé publique France, visant à innover et à faire progresser les connaissances afin de renforcer l'efficacité des interventions en santé publique. La mise à disposition, d'indicateurs de périnatalité décrivant l'état de santé de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né, de la grossesse au postpartum aux échelles régionale et départementale, constitue une avancée majeure. Ce rapport présentant des indicateurs issus de différentes sources de données (SNDS, ENP, état civil...) permet d'enrichir les connaissances au niveau local, de mieux appréhender les disparités territoriales et d'identifier les enjeux spécifiques à chaque territoire.

L'Île-de-France, à l'instar du reste de la France, connaît une situation périnatale marquée par des enjeux majeurs, tels que la baisse de la natalité, la hausse du diabète gestationnel et les défis liés à la santé mentale des femmes en période périnatale, avec des indicateurs de mortalité et de morbidité moins favorables que les moyennes nationales, comme une surmortalité infantile, périnatale et maternelle ou encore une plus grande fréquence des naissances prématurées. Ces disparités, exacerbées par des déterminants individuels, sociaux et environnementaux, ainsi que par la prévalence de comorbidités (obésité, diabète, etc.), se reflètent également dans une offre de soins inégalement répartie, concentrée sur Paris et certaines zones de la petite couronne, tandis que la grande couronne (77, 91, 95) fait face à des difficultés d'accès aux soins, notamment pour les populations en situation de complexité médicale ou sociale. Le repérage précoce des situations de vulnérabilité, la consultation préconceptionnelle, ainsi que la prise en compte des déterminants sociaux, comme la précarité ou les besoins en médiation et interprétariat, restent insuffisamment développés, tandis qu'une part importante des femmes exprime une demande pour des accouchements plus physiologiques.

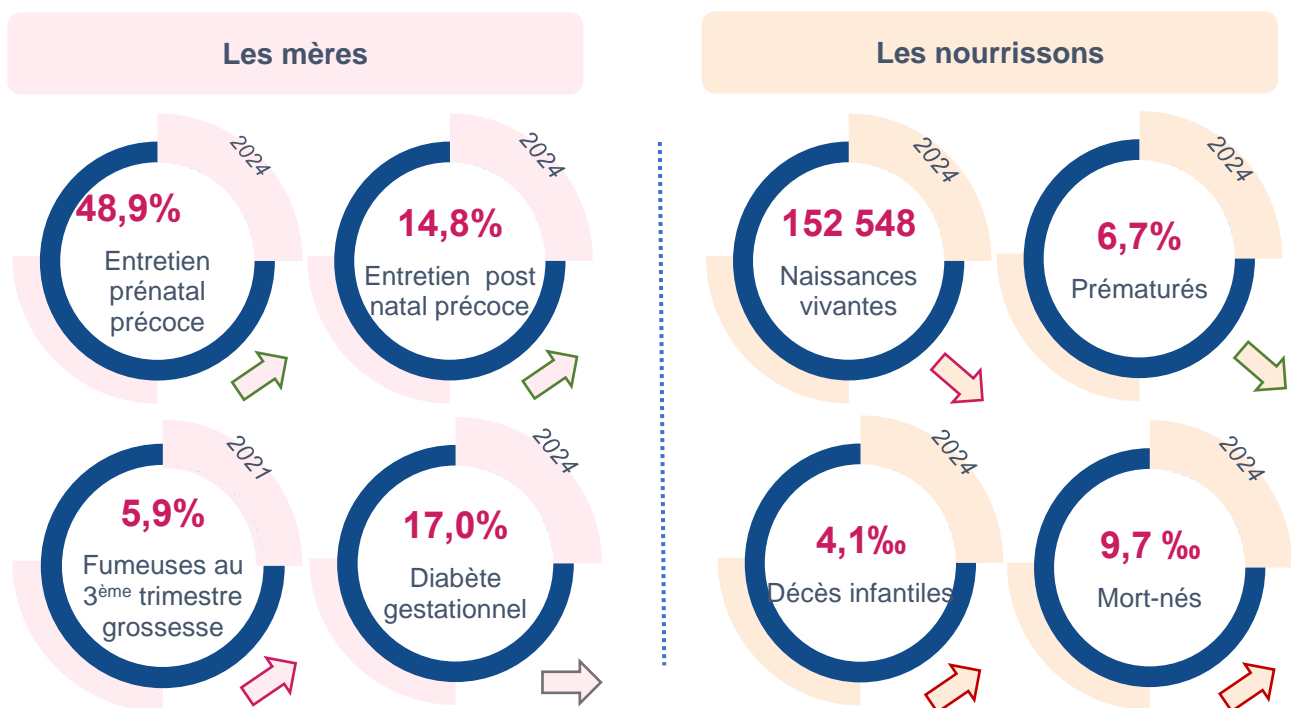
Dans ce contexte, l'Île-de-France présente également des défis spécifiques en santé périnatale et petite enfance, avec des disparités territoriales marquées, notamment en matière de pratiques de couchage des nourrissons, tout en se distinguant par une mise en œuvre progressive des entretiens prénatal et postnatal précoces, bien que leur couverture reste inégale selon les départements. Ces constats, combinés à des indicateurs positifs comme un taux d'allaitement supérieur à la moyenne nationale, offrent des leviers concrets pour les décideurs publics, les institutions et les professionnels de santé afin d'adapter les stratégies territoriales, renforcer la prévention et réduire les inégalités d'accès aux soins, dans l'objectif d'améliorer durablement la santé des femmes et des nouveau-nés à l'échelle régionale.

SOMMAIRE

8 chiffres-clés en Île-de-France en 2024.....	2
Autres points-clés en Île-de-France.....	3
Caractéristiques socio-démographiques.....	4
Facteurs de risque comportementaux.....	7
Grossesse et accouchement.....	11
Naissances vivantes.....	22
Post-partum.....	24
Mortalité.....	30
Prévention et promotion de la santé périnatale.....	39
Méthodologie.....	47

L'ensemble de ces données, accompagnées de leurs métadonnées incluant une description des requêtes utilisées, est accessible en open data sur la plateforme [ODISSE](#) de Santé publique France. Cette mise à disposition permet à chacun de consulter, réutiliser et analyser librement ces informations. Les sources de données et les analyses statistiques sont décrites à la fin de ce document.

8 chiffres-clés en Île-de-France en 2024



Autres points-clés en Île-de-France

- La tendance de la natalité en Île-de-France montre une **baisse de la natalité depuis plusieurs années**, avec un taux de natalité francilien qui reste néanmoins supérieur à la moyenne nationale. La proportion de femmes de plus de 35 ans y est significativement plus élevée qu'au niveau national, avec une tendance à la hausse depuis 2012.
- Une **majorité des femmes ayant accouché** en Île-de-France ont un niveau **d'études supérieur ou égal au bac**, ce qui est supérieur à la moyenne nationale. Près de 70 % des femmes travaillent pendant leur grossesse, une proportion en augmentation constante depuis 2010. On observe également une augmentation des femmes nées à l'étranger, ce qui souligne l'importance d'un accès équitable à l'information, aux soins et à la littératie en santé pour toutes les femmes.
- Une légère augmentation est notée chez les femmes bénéficiant d'une Couverture Complémentaire Santé (C2S) ou de l'Aide Médicale d'État (AME), bien que l'AME ne soit pas toujours bien délivrée aux femmes éligibles.
- Depuis 2010, on constate **une augmentation des femmes en situation de surpoids ou d'obésité avant la conception**. Le taux de **diabète préexistant est plus élevé en Île-de-France qu'au niveau national** avec notamment un des taux de dépistage des plus élevés du niveau national. Le tabagisme au 3ème trimestre de grossesse est en diminution, et l'Île-de-France reste la région avec la part de fumeuses la plus faible de l'Hexagone (incluant la Corse). Cependant, il n'existe pas de données sur l'utilisation des cigarettes électroniques et des produits de vapotage.
- La **mortalité maternelle en Île-de-France reste l'une des plus élevées de l'Hexagone**, avec des facteurs associés tels que l'âge maternel avancé et des comorbidités fréquentes comme le diabète, l'hypertension ou l'obésité.
- **Tendance à la hausse de la mortalité infantile : la mortinatalité et la mortalité périnatale figurent parmi les plus élevées de France**, avec des disparités territoriales très marquées, notamment en Seine-Saint-Denis.
- On note une **diminution de l'épisiotomie**, mais son taux reste supérieur à la moyenne nationale, avec **une hétérogénéité des pratiques entre départements** et un besoin d'évaluer l'impact sur les déchirures périnéales sévères.
- Le taux de refus de dépistage néonatal est plus élevé qu'au niveau national. Un sous-dépistage relatif est observé pour certaines maladies, comme la mucoviscidose, nécessitant une vigilance accrue.
- Un des signaux le plus préoccupant de cette édition concerne la santé mentale périnatale. Plus d'**un tiers des femmes (34,8 %) rapportent un vécu de tristesse ou d'anhédonie prolongée pendant la grossesse**, et près **d'une femme sur cinq présente des symptômes dépressifs deux mois après l'accouchement**, des taux constamment supérieurs à la moyenne nationale. En parallèle, seulement 10,0 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques.
- La région recourt davantage aux soins spécialisés qu'ailleurs, mais reste très **en retard sur l'Entretien Postnatal Précoce (14,8 % contre 24,9 % au niveau national)**, avec des écarts départementaux d'accès notamment entre le Val-d'Oise et Paris, où l'écart dépasse 7 points. Ce différentiel plaide pour un renforcement ciblé du repérage et de l'orientation, en particulier dans les territoires les moins couverts par l'offre de soins.
- **La recomposition du paysage obstétrical se poursuit** : un recul des maternités de type 1, montée en charge des types 2B et 3, en cohérence avec la sur-représentation francilienne de la grande et très grande prématurité. Cette gradation des soins, nécessaire sur le plan clinique, doit s'accompagner d'une vigilance sur l'accessibilité et sur le lien avec les structures de proximité, notamment pour le suivi post-partum où le taux de visites à domicile reste inférieur à la moyenne nationale.

Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques - Île-de-France

Indicateurs	Source	Île-de-France	France entière	p
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	152 548	659 731	-
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	12,3	9,6	***
Caractéristiques démographiques des mères				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	0,8	1,8	***
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	32,1	25,8	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	67,3 [65,5 - 69,1]	58,0 [57,1 - 58,9]	***
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	43,9	26,2	***
Cadre de vie				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	91,3 [90,2 - 92,4]	90,6 [90,1 - 91,1]	-
Exercice d'un emploi de la mère pdt la grossesse (%)	ENP (2021)	69,5 [67,7 - 71,2]	68,1 [67,3 - 68,9]	*
Bon sentiment d'aisance financière ¹ (%)	ENP (2021)	58,4 [56,4 - 60,2]	57,7 [56,8 - 58,6]	-
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	17,3	17,4	-
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	5,1	2,5	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	12,3	14,9	***

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

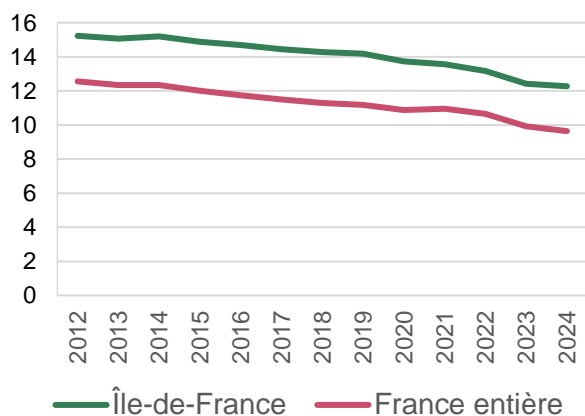
* : p < 0,1 ; ** : p < 0,05 ; *** : p < 0,001 Les statistiques permettent de comparer les taux observés sur la région à celui de la France (entière)

Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, près de 152 548 naissances ont été enregistrées en 2024 en Île-de-France, soit un taux de natalité de 12,3 naissances pour 1 000 habitants. Ce taux était significativement supérieur au taux de natalité en France (9,6 ‰) mais suivait la même évolution à la baisse. Sur la période de 2012 à 2024, le taux de natalité régional est passé de 15,2 ‰ à 12,3 ‰, soit une diminution d'environ 28 681 naissances annuelles par rapport à 2012 (**Figure 1**).

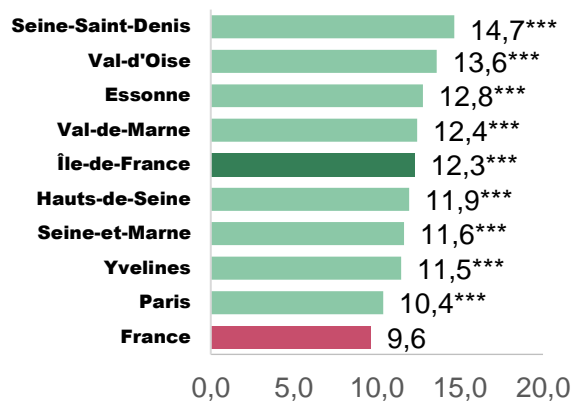
Au niveau départemental, en 2024, les taux de natalité variaient entre 10,4 ‰ à Paris et 14,7 ‰ en Seine-Saint-Denis. Tous les départements de la région avaient un taux de natalité significativement supérieur au taux de natalité national (**Figure 2**).

Figure 1. Evolution du taux de natalité (pour 1 000 habitants) en France entière et en Île-de-France, par lieu de domicile, période 2012-2024



Source : Etat civil

Figure 2. Taux de natalité (pour 1 000 habitants) en France entière et en Île-de-France (région et départements), par lieu de domicile, 2024



Source : Etat civil ; * : p < 0,10 ; ** : p < 0,05 ; *** : p < 0,001 Les statistiques permettent de comparer les taux observés sur la région à celui de la France (entière)

Caractéristiques démographiques

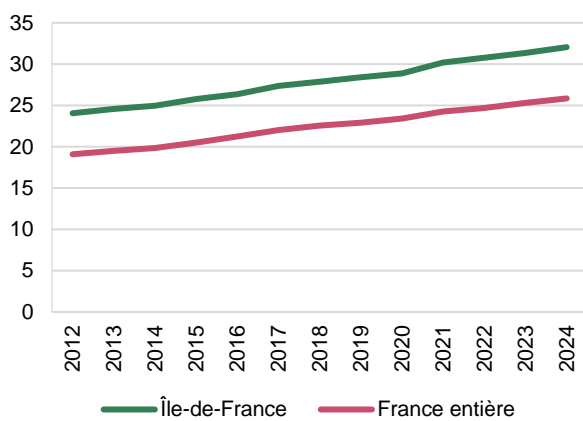
Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), près d'un tiers des femmes ayant accouché en 2024 en Île-de-France (32,1%) étaient âgées de 35 ans ou plus. Cette proportion était supérieure à celle du niveau national (25,8%) et en constante progression depuis 2012 (**Figure 3**). Au niveau départemental, la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus variait de 27,1 % en Seine-et-Marne à 41,0 % à Paris (**Figure 4**).

Sur la même période (2012-2024), la part des femmes âgées de moins de 20 ans était en diminution, passant de 1,5 % à 0,8 % (**Tableau 1**).

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

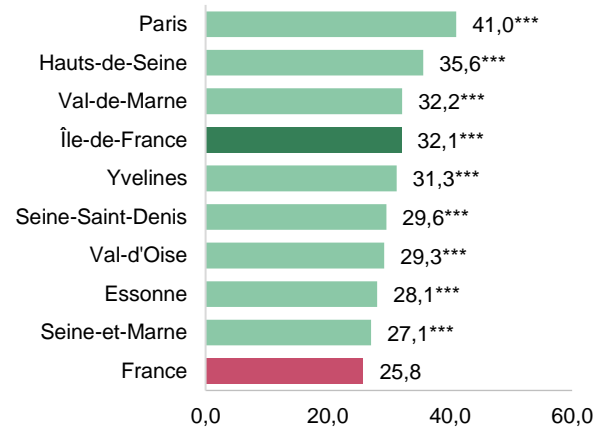
Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

Figure 3. Evolution de la part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 4. Part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



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

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), 67,3 % des femmes ayant accouché en Île-de-France avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national) (**Tableau 1**). Cette proportion était en augmentation par rapport aux précédentes éditions de l'ENP : 58,3% en 2010 et 63,8% en 2016.

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 43,9 % des femmes accouchant en Île-de-France étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (**Tableau 1**). En 2018, elles étaient 40,0 %, cette diversité souligne l'importance pour le système de santé de garantir un accès équitable à l'information, aux soins et aux besoins en littératie en santé de toutes les femmes.

Cadre de vie

D'après les données de la dernière ENP de 2021, la situation conjugale des femmes ayant accouché en Île-de-France n'était pas différente de celle observée au niveau national.

Une large majorité d'entre elles (91,3 %) déclarait vivre en couple (France = 90,6 %, **Tableau 1**). Cette proportion a légèrement augmenté par rapport à la précédente enquête de 2016 (90,0 %).

L'exercice d'un emploi des femmes durant la grossesse en Île-de-France en 2021 était comparable au niveau national : 69,5 % d'entre elles déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse ; au niveau national elles étaient 68,1 %. En 2021, le sentiment d'aisance financière des mères en Île-de-France (58,4 %) était équivalent au niveau national (57,7 %).

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

- La Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite (ex CMU-C) 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 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 jusqu'à deux mois après l'accouchement.

Il est important de noter que l'accès effectif à ces dispositifs dépend de démarches administratives entamées par les personnes, ce qui peut influencer les disparités observées et leur évolution dans le temps. En effet l'ensemble des personnes satisfaisant les critères d'accès à l'AME n'en font pas la demande, que ce soit par ignorance de l'existence de l'AME ou par difficulté à produire les documents demandés pour en bénéficier. En 2019, l'IRDES montrait avec L'enquête Premiers pas que près de 50% des personnes éligibles à l'AME en France n'y avaient pas recours (**Questions d'économie de la santé n°245 – Novembre 2019 -IRDES**)

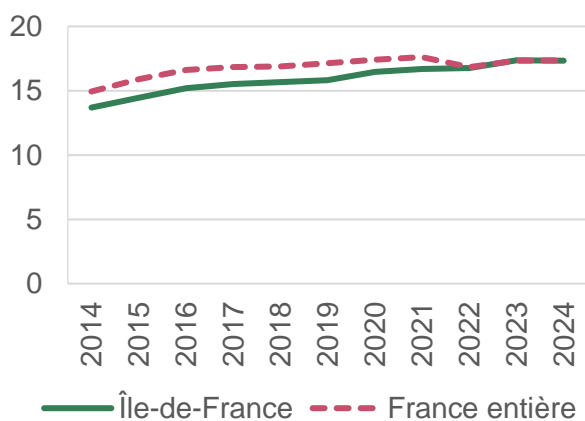
Par ailleurs il faut noter que des discriminations envers les bénéficiaires de l'AME sont souvent explicites : 4 % des demandes de rendez-vous des patients bénéficiaires de l'AME chez un généraliste se soldent par un refus discriminatoire explicite, 7 % des appels pour prendre rendez-vous chez un pédiatre et 9 % des appels chez un ophtalmologue (**Dossier Drees 2023**).

En 2024, en Île-de-France, 17,3 % 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). Cette proportion était de 13,7 % en 2014.

Par ailleurs cette proportion des femmes ayant accouché en Île-de-France et en situation de précarité est désormais identique au niveau national depuis 2022 (17,4 % au niveau national en 2024) (**Figure 5**).

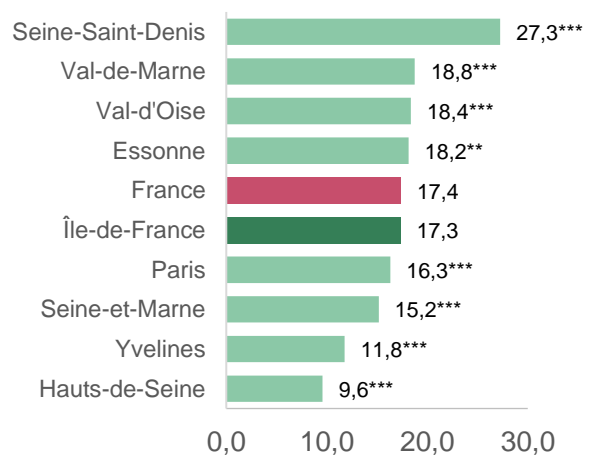
En 2024, la part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement variait de 9,6 % en Hauts-de-Seine à 27,3 % en Seine-Saint-Denis (**Figure 6**). Quatre départements Franciliens sur huit présentaient une part de femmes en situation de précarité significativement supérieure à celle du niveau national.

Figure 5. Evolution de la part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), France entière et en Île-de-France, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 6. Part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



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

L'analyse des indicateurs de santé périnatale met souvent en lumière des disparités attribuées à des facteurs individuels. Cependant, **la précarité socio-économique aggrave les risques pour la mère et le nourrisson** ainsi une approche systémique permet de souligner le rôle des déterminants sociaux et environnementaux.

Chez la mère, la précarité est fortement associée à un accès limité aux soins prénatals, une alimentation déséquilibrée, un stress chronique et une exposition accrue aux facteurs de risque (tabagisme, environnement défavorable), augmentant les complications (hypertension, dépression post-partum).

Pour le nourrisson, elle se traduit par un risque élevé de prématurité, de retard de croissance in utero et de mortalité infantile.

Ces éléments soulignent l'importance d'une approche collective, impliquant le système de santé et les politiques publiques, pour répondre à ces enjeux.

Concernant l'AME, 5,1 % des femmes qui accouchaient en Île-de-France étaient en situation irrégulière sur le territoire français et en étaient bénéficiaires en 2024 (2,5 % au niveau national). La part des femmes bénéficiaires de l'AME en Île-de-France a évolué à la hausse ces dernières années : Elle était de 3,7% en 2014 (soit +1,4 point, n=1 024 par rapport à 2024) (**Tableau 1**).

Concernant la C2S gratuite (ex CMU-C), la proportion de femmes bénéficiaires en Île-de-France était de 12,3 % en 2024, significativement inférieure à celle du niveau national (14,9 %) avec une tendance à la stabilisation sur ces trois dernières années (+2,2 points par rapport à 2014). A noter que le plafond maximal de ressources annuelles pour bénéficier de la C2S a également augmenté sur la même période, passant de 8 645 € annuels pour une personne seule en 2014 à 10 166 € pour une personne seule en 2024 (**Tableau 1**).

Facteurs de risque comportementaux

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque comportementaux - Île-de-France

Indicateurs	Source	Île-de-France	France	p-value
Traitement de l'infertilité				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	7,7 [6,7 - 8,8]	6,5 [6,0 - 6,9]	**
Facteur de risque				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	37,9 [36,0 - 39,8]	37,9 [37,0 - 38,7]	
Femme présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	1,15	-	***
Femme présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique (%)	SNDS (2024)	1,71	-	**
Tabagisme				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	18,0 [16,5 - 19,5]	26,8 [26,0 - 27,6]	***
Fumeuses au 3 ^{ème} trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	5,9 [5,1 - 6,9]	11,8 [11,3 - 12,4]	***
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	9,0 [7,4 - 10,9]	15,1 [14,2 - 16,0]	***

* : p < 0.1 ; ** : p < 0.05 ; *** : p < 0.001

Traitement de l'infertilité

Selon les données de l'ENP 2021, 7,7 % des femmes venant d'accoucher en Île-de-France déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation *in vitro*, insémination artificielle), taux significativement supérieur à celui observé en France entière (6,5 %) (

Tableau 2).

Facteurs de risque

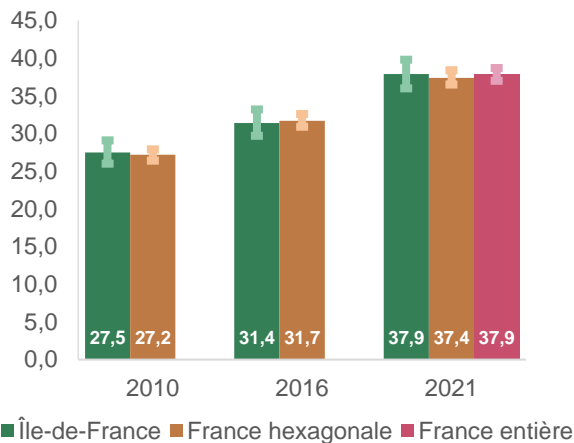
Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse a augmenté en Île-de-France, passant de 27,5 % à 37,9 % ; la même tendance à la hausse était observée en France hexagonale (**Figure 7, Carte 1**).

Le surpoids chez la femme enceinte est un facteur de risque de plusieurs complications de la grossesse

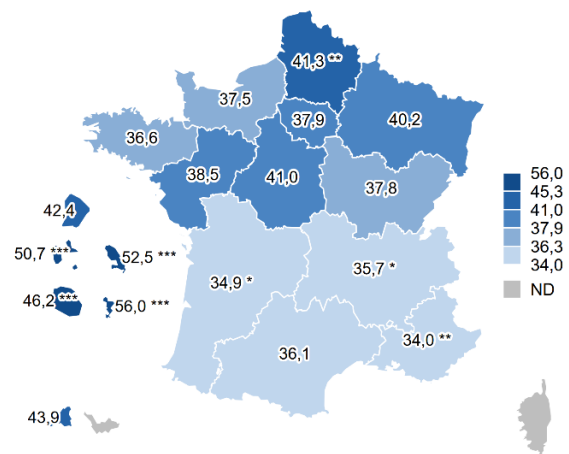
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour 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 7. Evolution de la part des femmes en situation de surpoids ou obésité avant la grossesse (en %) par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Île-de-France, 2010, 2016 et 2021

Source : ENP



Carte 1. Part des femmes en situation de surpoids ou obésité avant la grossesse (en %) par région du lieu d'accouchement, 2021

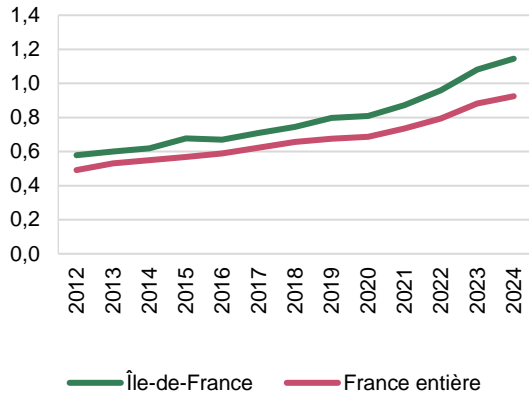


Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ND = non disponible

La prévalence du diabète (type I ou II) préexistant a augmenté en 12 ans en Île-de-France, passant de 0,58 % (n= 1 028) en 2012 à 1,15 % (n=1 721) en 2024 soit une hausse de 67%. Cette tendance à l'augmentation s'est accélérée depuis 2021 (**Figure 8**). Cette même tendance était observée en France entière (0,50% en 2012 vs 0,92 % en 2024), avec une hausse accélérée depuis 2020.

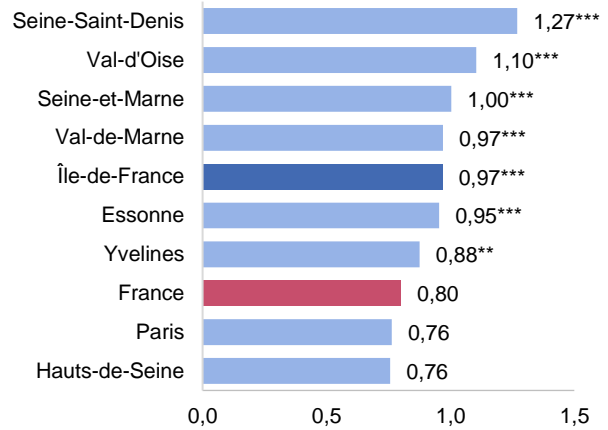
Au niveau départemental, entre 2020-2024, la part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception était de 0,76% dans les Hauts-de-Seine et de 1,27 % en Seine-Saint-Denis (**Figure 9**).

Figure 8. Evolution de la part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 9. Part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024

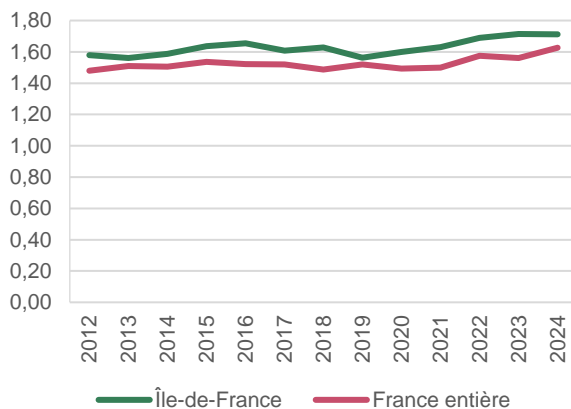


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ;

Après plusieurs années de stabilité, la prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique a légèrement progressé depuis 2012 (de 1,58 % à 1,71 % en 2024). En 2024, la prévalence en Île-de-France était significativement supérieure à celle de la France entière (1,63 %) (**Figure 10**).

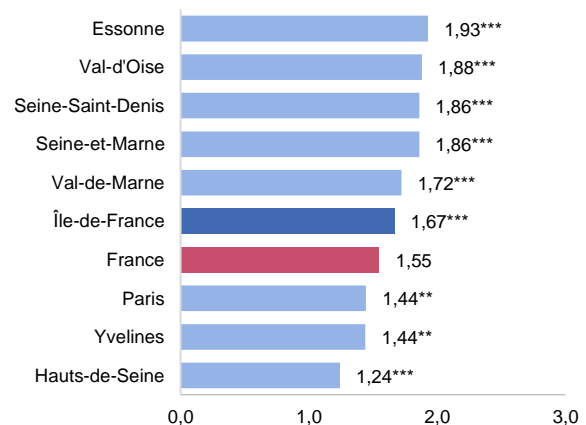
Au niveau départemental, la part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique allait de 1,24% dans les Hauts-de-Seine à 1,93% en Essonne sur la période 2020-2024 (**Figure 11**).

Figure 10. Evolution de la part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 11. Part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



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

Grossesse et accouchement

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement en Île-de-France

Indicateurs	Source	Île-de-France	France entière	p-value
Suivi de la grossesse				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	75,0 [72,3 - 77,5]	79,5 [78,3 - 80,6]	***
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	27,2 [25,0 - 29,5]	34,4 [33,3 - 35,6]	***
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	48,9 -	62,1 -	***
Prévention				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	28,0 [26,3 - 29,8]	27,2 [26,4 - 28,1]	
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalovirus (CMV) (%)	ENP (2021)	24,2 [22,6 - 25,9]	15,7 [15,1 - 16,4]	***
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	56,9 [55,0 - 58,8]	56,4 [55,6 - 57,3]	
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	30,6 [28,9 - 32,5]	29,0 [28,2 - 29,8]	**
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	63,7 [60,9 - 66,4]	66,7 [65,5 - 68,0]	**
Pathologies de la grossesse				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	69,1 [67,3 - 70,8]	64,1 [63,2 - 64,9]	***
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	90,2 -	89,5 -	***
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	17,0 -	15,0 -	***
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	5,7 -	5,5 -	***
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	2,2 -	2,2 -	**
Prééclampsie (%)	SNDS (2024)	2,8 -	2,5 -	***
Santé mentale				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée ¹ (%)	ENP (2021)	16,4 [15,0 - 17,9]	17,1 [16,5 - 17,8]	
Mauvais vécu de la grossesse ² (%)	ENP (2021)	13,5 [12,2 - 14,8]	12,5 [11,9 - 13,1]	*
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	34,8 [33,0 - 36,6]	31,9 [31,1 - 32,8]	***
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	10,0 [8,9 - 11,2]	8,8 [8,3 - 9,3]	**
Lieu d'accouchement				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	9,8 -	16,1 -	***
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	28,6 -	28,4 -	*
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	27,5 -	24,3 -	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	34,1 -	31,2 -	***
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1000 accouchements par an	SNDS (2024)	11,4 -	19,2 -	***
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	4,9 [4,1 - 5,8]	7,7 [7,2 - 8,2]	***
Mode d'accouchement				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	24,6 -	22,0 -	***
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	7,8 -	7,0 -	***
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	75,4 -	78,0 -	***
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	64,2 -	66,9 -	***
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	3,4 -	2,8 -	***
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	6,8 -	5,5 -	***
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	1,4 -	1,1 -	***
Complications				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	7,4 -	7,3 -	
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	0,91 -	0,92 -	**
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	1,15 -	1,36 -	***

¹ Réaction à la découverte de la grossesse = "non souhaitée" ou "souhaitée plus tard"

² Vécu psychologique pendant la grossesse = "Assez mal" ou "Mal" * : p < 0.1 ; ** : p < 0.05 ; *** : p < 0.001

Suivi de la grossesse

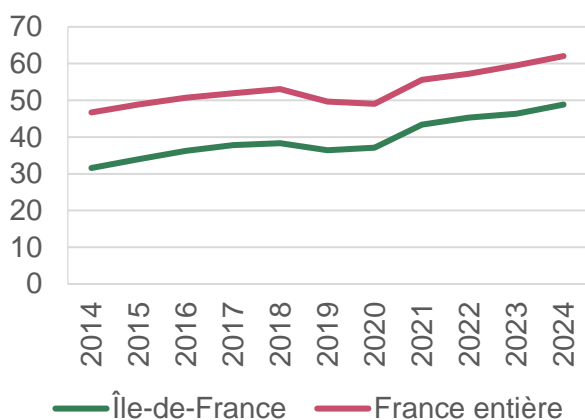
Un suivi de grossesse régulier et de qualité, incluant des temps dédiés comme l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et la préparation à la naissance, est un levier clé pour réduire les risques maternels et néonataux.

En 2024, selon les données du SNDS, 48,9 % des femmes ayant accouché en Île-de-France ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP), ce qui plaçait l'Île-de-France significativement en deçà du taux du niveau national (62,1 %). La réalisation de l'EPP a augmenté de 17 points depuis 2014 (31,6 % en 2014) (**Figure 13**).

En 2024, les données révèlent des disparités territoriales dans la couverture de l'examen prénatal précoce (EPP) en Île-de-France, avec des taux variant de 33,5 % en Seine-Saint-Denis à 56,9 % dans les Hauts-de-Seine (Figure 14). Ces variations pourraient être associées à la répartition inégale des sages femmes qui sont les professionnelles de santé les plus impliquées dans cette prise en charge. En effet 98% des EPP sont assurés par des sage-femmes, qu'elles exercent en libéral ou en Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ces caractéristiques structurelles de l'offre de soins pourraient contribuer à expliquer, au moins en partie, les écarts observés dans l'accès à l'EPP.

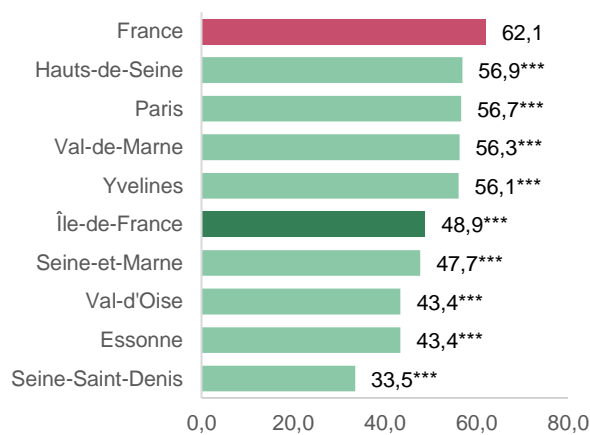
Il est à noter l'écart entre les données autodéclarées dans l'ENP 2021, puisque 28,7 % des femmes ayant accouché en Île-de-France déclaraient avoir bénéficié d'un EPP (données non présentées), *versus* 43,4 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'EPP par les femmes, qui ne l'identifient pas comme une consultation spécifique parmi leurs suivis prénataux, et également un codage différent dans le SNDS, où des consultations standards pourraient être enregistrées à tort comme des EPP.

Figure 13. Evolution de la part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Île-de-France, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 14. Part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



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

En 2021, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 75,0 % des cas contre 27,2 % parmi les multipares. Les cours de préparation étaient moins suivis en Île-de-France qu'au niveau national où ces proportions atteignaient 79,5 % pour les primipares et 34,4 % pour les multipares (**Tableau 3**).

Prévention

Une prescription systématique de folates par voie orale au moins 4 semaines avant la conception est recommandée en prévention des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) (HAS 2009).

En 2021, 28,0 % des femmes en Île-de-France déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Si cette statistique a progressé par rapport à 2016 (23,3 %), elle demeurerait néanmoins faible au regard des recommandations actuelles, comme dans le reste de la France. Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle (**Tableau 3**).

La prévention du cytomégalovirus (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) ; CNGOF 2025 . Cette infection représente la première cause infectieuse de handicap non génétique chez l'enfant (surdité, retard psychomoteur).

En 2021, seulement 24,2 % des femmes en Île-de-France déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, ce qui reste une proportion significativement supérieure à la moyenne nationale (15,7 %) (**Tableau 3**).

En 2026, quatre vaccins sont recommandés aux femmes enceintes (coqueluche, grippe, Covid-19 et bronchiolite) afin de protéger la mère, le f etus et le nourrisson 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, en Île-de-France, la vaccination grippale était proposée à 56,9 % des femmes enceintes, mais seulement 30,6 % ont effectivement été vaccinées, révélant un décalage entre la proposition et l'adhésion à la vaccination antigrippale pendant la grossesse (**Tableau 3**).

La proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années était plus élevée (63,7 %), témoignant d'une meilleure intégration de cette recommandation. (**Tableau 3**).

Pathologies de la grossesse

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

En 2021, selon les données de l'ENP, 69,1 % des femmes ayant accouché en Île-de-France répondaient à ces critères de risque.

Selon les données du SNDS, en 2024, plus de 9 femmes sur 10 (90,2 %) ont néanmoins bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel au cours de la grossesse, soit un pourcentage proche d'un dépistage universel et non sur facteurs de risque (**Tableau 3**). Ce taux figurait parmi les plus élevés de l'Hexagone, après la Corse (94,0 %) et s'est un peu amélioré au cours du temps (87,8 % en 2012).

Entre 2012 et 2024, la prévalence du diabète gestationnel en Île-de-France est passée de 8,6 % à 17,0 % (**Figure 15**). Cette même tendance à la hausse a été observée au niveau national avec un pic en 2021 et une tendance à la stabilisation depuis 2022.

En 2024, la prévalence du diabète gestationnel en Île-de-France (17,0 %)  tait significativement supérieure au niveau national (15,0 %). Il existe des contrastes importants entre départements, avec une prévalence du diabète gestationnel variant de 12,9 % à Paris   20,3 % en Seine-Saint-Denis (**Figure 16**).

Figure 15. Evolution de la part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024

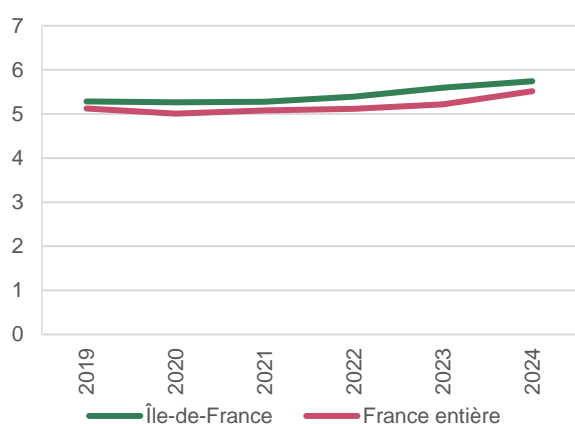


Source : SNDS

En 2024, 5,7 % des accouchements en Île-de-France étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), versus 5,3 % en 2019. Une évolution similaire était observée au niveau national (**Figure 17**).

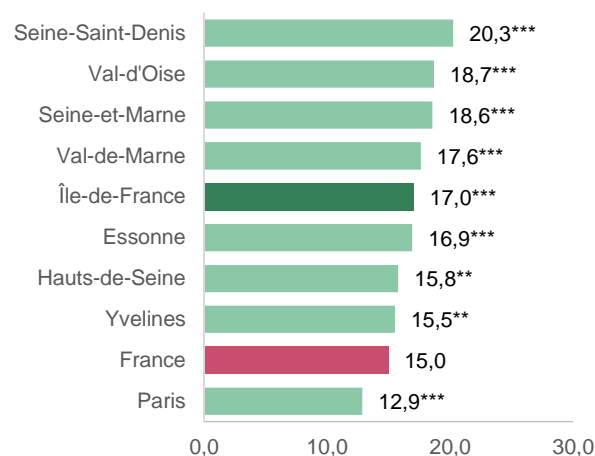
Ces troubles présentaient une répartition géographique départementale contrastée en 2024, le département des Hauts-de-Seine présentant le taux le plus bas (5,0 %) *versus* le Val-d'Oise avec le taux le plus élevé, à 6,7 % (**Figure 18**).

Figure 17. Evolution de la part des femmes enceintes avec un désordre hypertensif (en %), France entière et Île-de-France, période 2019-2024



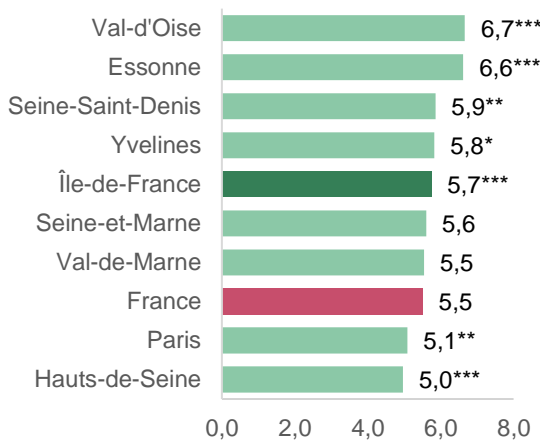
Source : SNDS

Figure 16. Part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



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

Figure 18. Part des femmes enceintes avec un désordre hypertensif (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



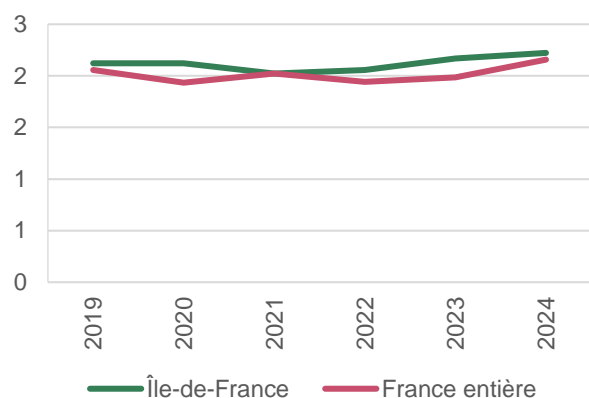
Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

L'HTA gestationnelle (dite aussi « gravidique ») se définit par une élévation de la pression artérielle (> 140/90 mmHg au repos) après la 20^e semaine d'aménorrhée.

En 2024, la part des femmes en Île-de-France présentant une HTA gestationnelle (2,2 %) demeurait similaire au niveau national (2,2 %) (**Figure 19**).

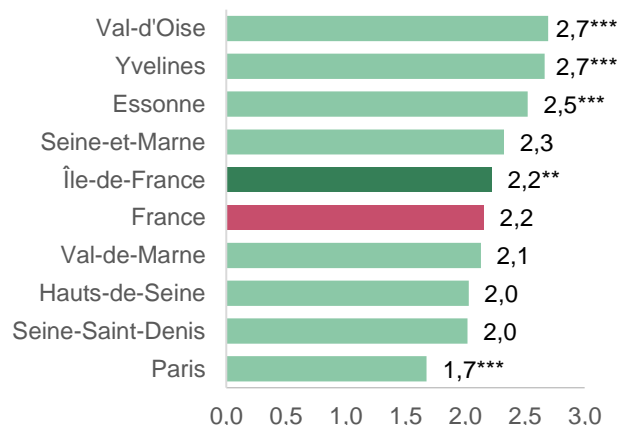
A l'échelle départementale, le Val-d'Oise présentait la prévalence d'une HTA gestationnelle la plus élevée (2,7 %) (**Figure 20**).

Figure 19. Evolution de la part des femmes avec un HTA gestationnelle (en %), France entière et Île-de-France, période 2019-2024



Source : SNDS

Figure 20. Part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024

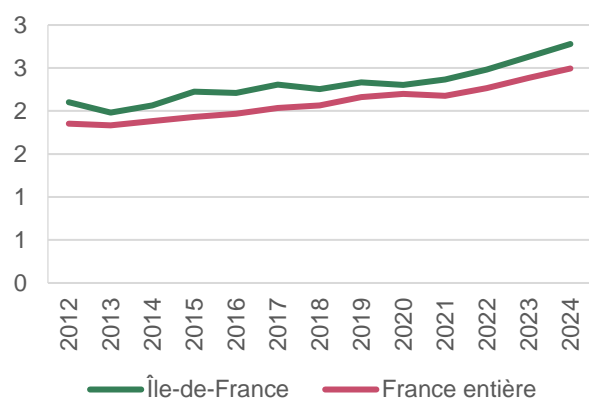


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

La prééclampsie (grossesse associée à une HTA et une protéinurie après la 20^e semaine d'aménorrhée) a vu sa prévalence augmenter entre 2012 (2,1 %) et 2024 (2,8 %) (**Figure 21**).

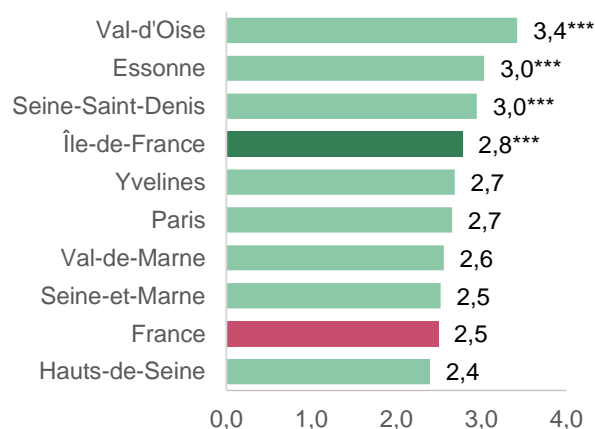
Le département du Val d'Oise présentait une prévalence de pré-éclampsie plus élevée (3,4 %) que la prévalence régionale (2,8%) ainsi que la nationale (2,5 %) (**Figure 22**).

Figure 21. Evolution de la part des femmes avec une prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 22. Part des femmes avec prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière et en Île-de-France (région et départements), 2024



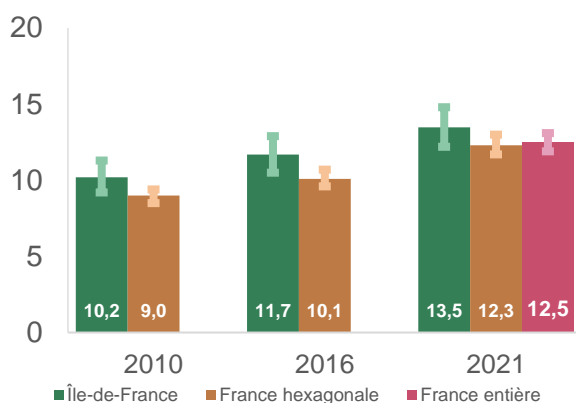
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Santé mentale

En 2021, 16,4 % des femmes en Île-de-France déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes. Ce résultat est non significativement inférieur à de celui de la France entière (17,1 %). Cette part est restée relativement stable depuis 2010 (15,2% en 2010, 17,6% en 2016 et 16,4% en 2021) (**Tableau 3**).

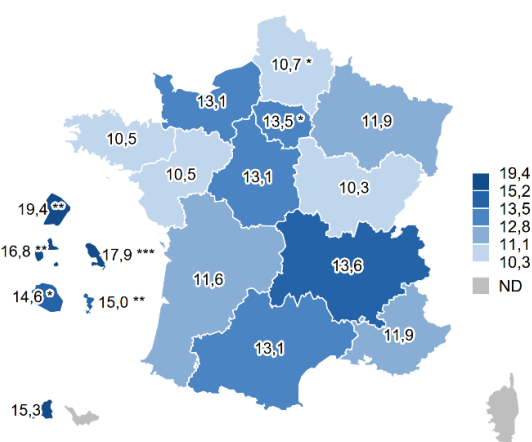
Toujours en 2021, 13,5% des femmes en Île-de-France déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse. Depuis 2010, ce sentiment d'un mauvais vécu psychologique de la grossesse a progressé de 3 points en Île-de-France pour passer de 10,2 % en 2010 à 13,5 % en 2021 soit, une dynamique similaire à celle de la France hexagonale (**Figure 23, Carte 3**). En France Hexagonale, la région Île-de-France était la deuxième région avec le taux le plus élevé.

Figure 23. Evolution de la part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Île-de-France, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

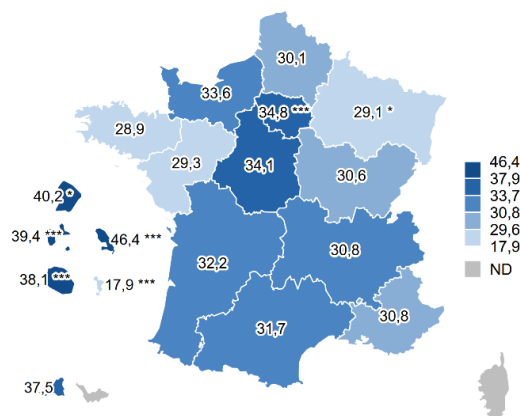
Carte 3. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

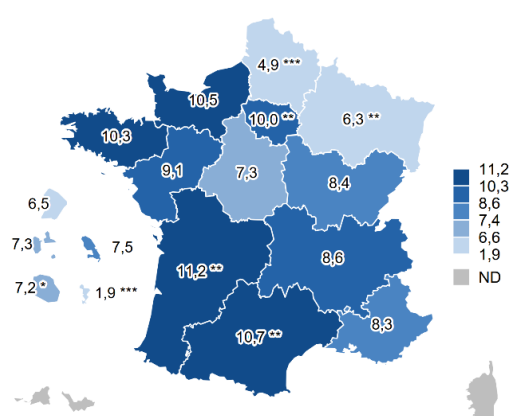
En 2021, plus d'une femme sur 3 en Île-de-France (34,8 %) déclaraient un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse soit un résultat significativement supérieur au niveau national (31,9 %) (**Carte 4**). En parallèle, uniquement 10,0 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques, un recours plus important en comparaison au niveau national (8,8%) (**Carte 5**).

Carte 4. Part des femmes ayant déclaré un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant la grossesse (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

Carte 5. Part des femmes ayant consulté un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

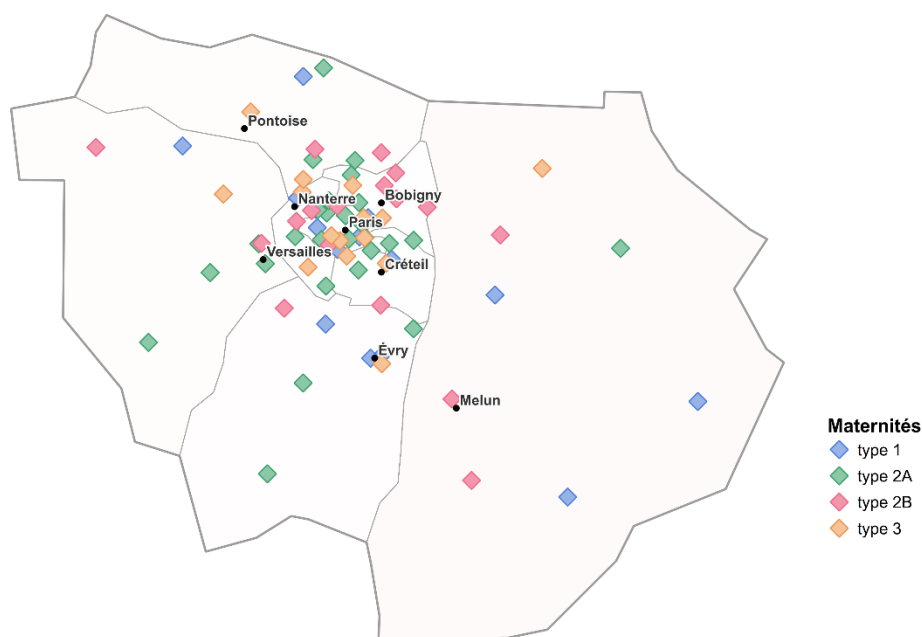
Lieu d'accouchement

Type de maternités

Depuis des décrets de 1998, les maternités sont définies en 4 types de maternités selon le niveau de soins néonataux (**Carte 6**).

- Type 1 : obstétrique seule
- Type 2A : obstétrique et néonatalogie
- Type 2B : obstétrique, néonatalogie et soins intensifs de néonatalogie
- Type 3 : obstétrique, néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie et réanimation néonatale.

Carte 6. Répartition des maternités en Île-de-France, selon leur type, au 31 décembre 2024



Source : DREES

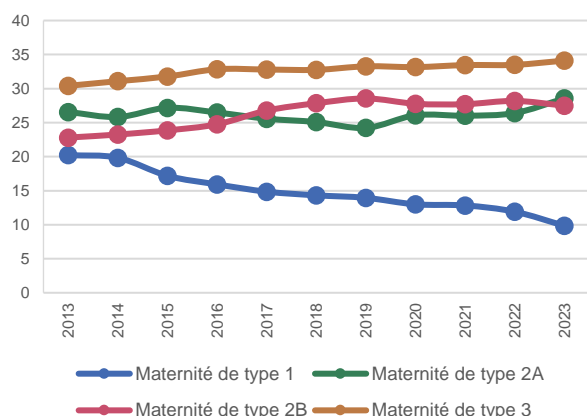
Réduction du nombre de maternités

Entre 2013 et 2023, le nombre de maternités dans l'Hexagone a diminué passant de 514 à 443 établissements [2]

En 2023, la répartition des accouchements selon le type de maternité était la suivante en Île-de-France : 9,8 % en type 1, 28,6 % en type 2A, 27,5 % en type 2B et 34,1 % en type 3. La part des accouchements en maternités de type 1 a diminué (-10 pts depuis 2013), tandis que les maternités de type 3 (+4 pts) et de type 2B (+5 pts) ont vu leur part augmenter (**Figure 24**).

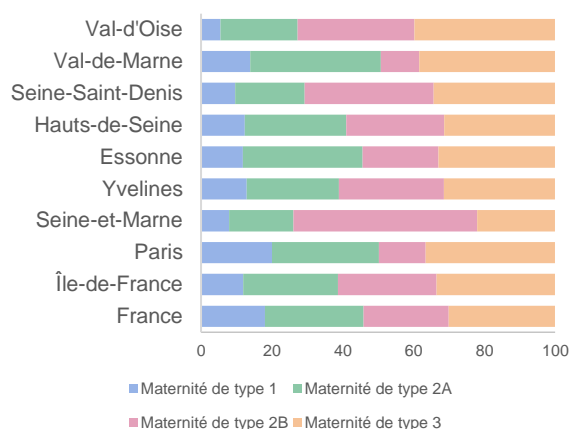
La région Île-de-France affichait des proportions d'accouchement en maternité de type 3 supérieures à la moyenne nationale (34,1 % vs 31,2% au niveau national) (**Figure 25**).

Figure 24. Evolution de la répartition des accouchements selon le type de maternité en Île-de-France (en %), période 2013-2023



Source : SNDS

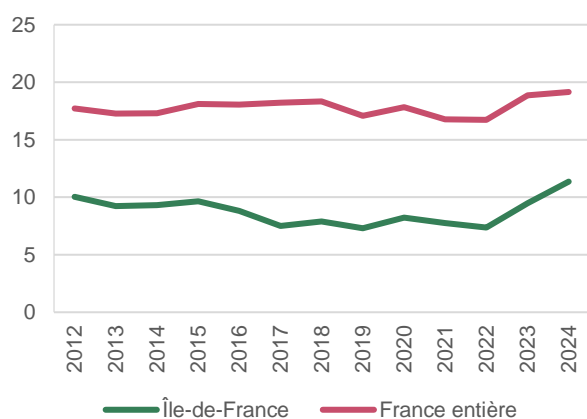
Figure 25. Part d'accouchements domiciliés par type de maternité (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2023



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

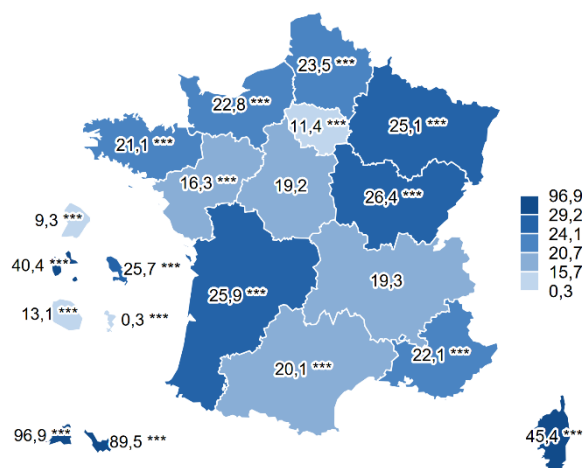
En 2024, 11,4 % des accouchements en Île-de-France ont eu lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an (**Figure 26**). A noter une tendance marquée à l'augmentation entre 2022 et 2024 en Île-de-France de la proportion des accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements. (**Figure 26**) En France cette proportion était de 19,2% (**Carte 7**). En 2024, la région Île-de-France restait toutefois celle de l'hexagone ayant la part la plus basse d'accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1000 accouchements sur l'année.

Figure 26. Evolution de la part des accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 7. Part d'accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), par région de domicile, 2024



Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

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 » : 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.

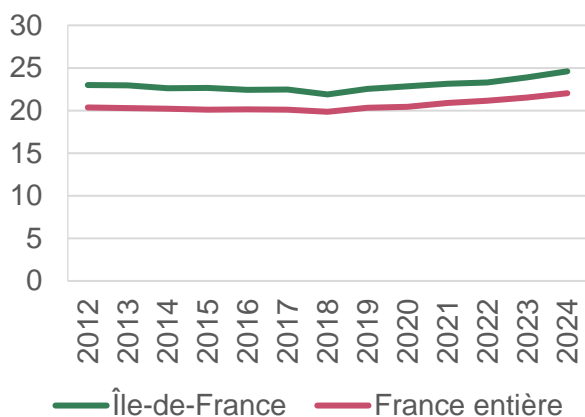
En 2021, pour la région Île-de-France, 1 femme sur 20 (4,9 %) déclarait avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité (**Tableau 3**). Dans l'Hexagone (hors Corse), cette proportion variait significativement de 4,5 % [3,3 - 6,1] en Hauts-de-France à 14,3 % [11,0 - 18,1] en Bourgogne-Franche-Comté. Dans les DROM, elle variait de 8,7 % à la Réunion [6,9 - 10,8] à 12,9 % [10,1 - 16,2] en Guadeloupe.

Mode d'accouchement

La part des césariennes a augmenté en Île-de-France entre 2012 et 2024, passant de 23,0 % à 24,6% (**Figure 27**). En 2024, la part d'accouchements par césarienne en Île-de-France était supérieure à celui observé en France entière (22,0 %).

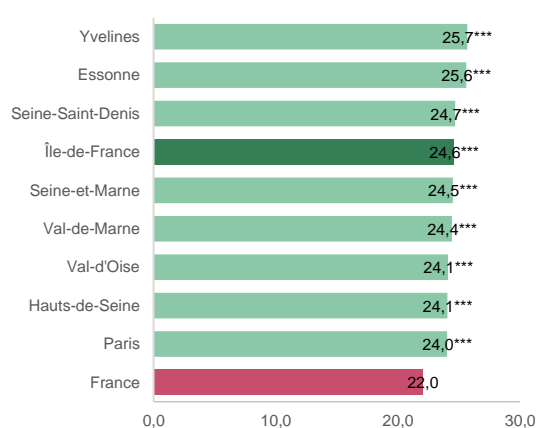
En 2024, tous les départements de la région Île-de-France avaient une part des accouchements par césarienne significativement supérieures à celle du niveau national (**Figure 28**), Paris était le département où la part des césariennes était la plus faible avec 24,0% et les Yvelines était le département le plus concerné avec 25,7% des accouchements par césarienne.

Figure 27. Evolution de la part des accouchements par césarienne (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 28. Part des accouchements par césarienne (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



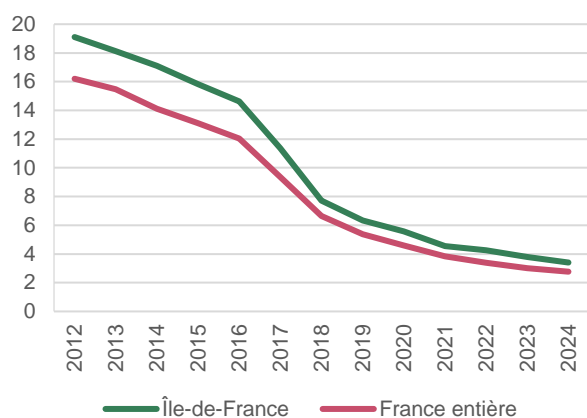
Source : SNDS . * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

La pratique de l'épisiotomie (section de la muqueuse vaginale et des muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et faciliter le passage de l'enfant lors de l'accouchement) a beaucoup diminué depuis 2012 en Île-de-France, suivant la même dynamique à la baisse qu'au niveau national mais restant tout de même supérieur à celui-ci (3,4% en Île-de-France vs 2,8% au niveau national).

En effet, 19,1 % (n ≈ 21 891) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient subi une épisiotomie en 2012, versus seulement 3,4 % (n ≈ 3 267) en 2024 (**Figure 29**). Cette diminution était particulièrement marquée entre 2016 et 2020.

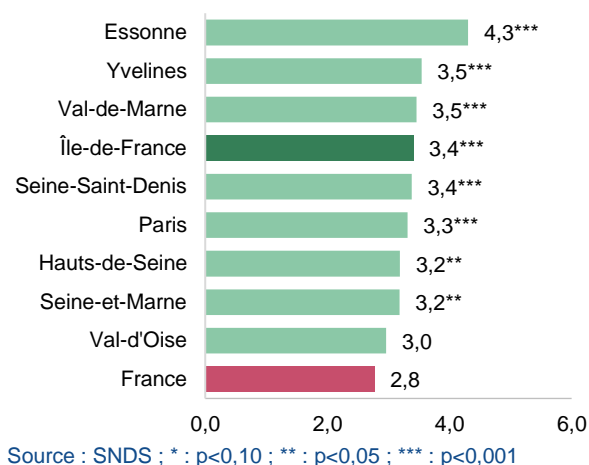
En 2024, la proportion d'épisiotomie parmi les accouchements VBNI était la plus faible dans le département du Val-d'Oise (3,0 %) et elle était la plus élevée (4,3 %) dans le département de l'Essonne (**Figure 30**). Cette diminution de la pratique des épisiotomies interroge sur un impact possible sur la fréquence des déchirures périnéales sévères de grade 3 ou 4. 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 29. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 30. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



Cette diminution a été observée aussi bien chez les femmes primipares que multipares avec respectivement une diminution de 26,1 points chez les primipares (n=2 195) et de 9,6 points chez les multipares (n=713).

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 6,8 % des primipares avec un accouchement VBNI avaient subi une épisiotomie, versus 1,4 % chez les multipares avec un accouchement VBNI (**Tableau 3**).

Complications de l'accouchement

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) (source : ENCMM 2016-2018).

Les critères de l'HPP sévère sont :

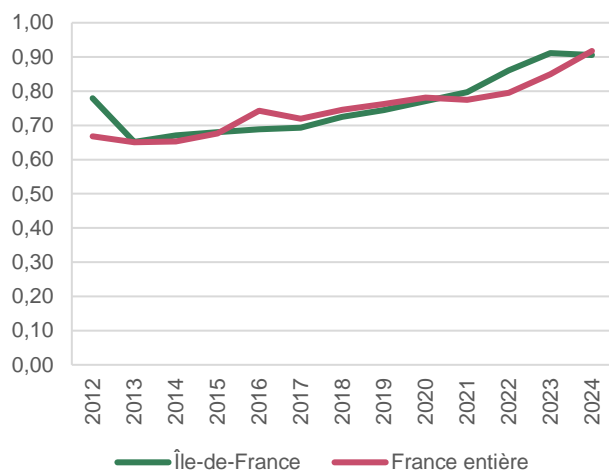
- transfusion > ½ masse sanguine,
- chirurgie (ligature, hystérectomie),
- embolisation artérielle,
- passage en unité médicale de soins critiques.

En Île-de-France, la proportion de séjours pour accouchement codés en lien avec une hémorragie du post-partum (HPP) était estimée à 7,4 %, équivalent au niveau national (7,3 %) en 2024.

En Île-de-France, l'HPP sévère (HPP associé à un acte d'embolisation, de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomie totale ou subtotalaire, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs, ou de soins continus), a également augmenté, passant de 0,78% en 2012 à 0,91 % en 2024 (**Figure 31**).

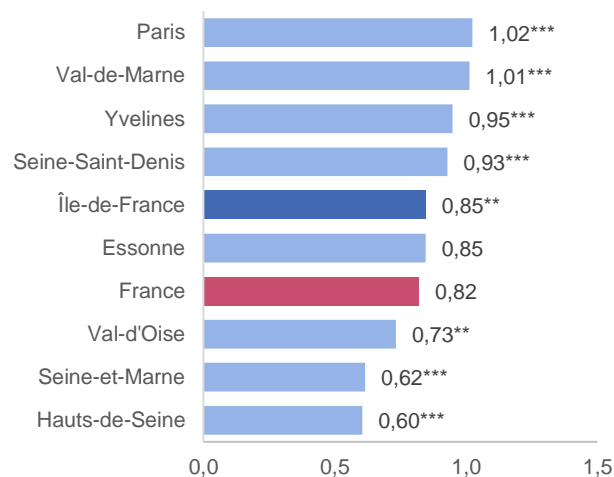
Sur la période 2020-2024, ce taux variait à l'échelle départementale de 0,69 % en Seine-et-Marne à 1,28 % dans les Yvelines. Quatre départements dépassaient significativement la moyenne nationale : Les Yvelines, Paris, Le Val-de-Marne, La Seine-Saint-Denis (**Figure 32**).

Figure 31. Evolution de la part des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 32. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



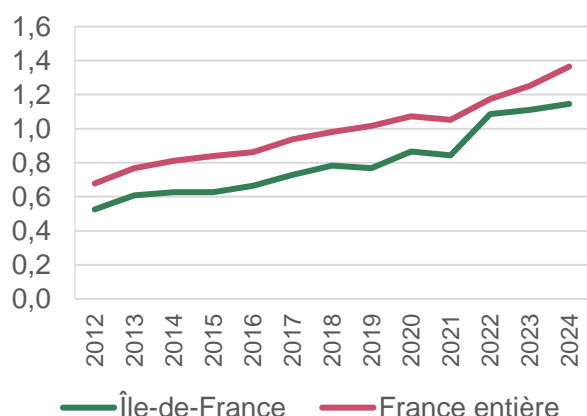
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicqué (3^e et 4^e degrés) était de 0,50 % en 2012 et de 1,15 % en 2024 (**Figure 33**).

Sur la période 2020-2024, cette proportion variait selon les départements de 0,59 % en Essonne à 1,56 % en Seine-et-Marne (**Figure 34**). En Seine-et-Marne, cette part était la plus importante de la région Île-de-France et elle était significativement supérieure au niveau national.

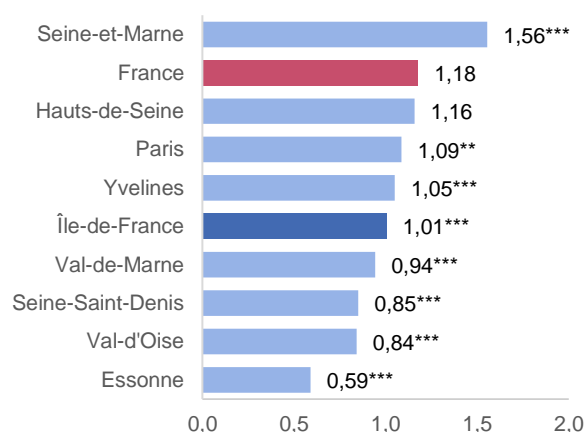
Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie et taux de déchirure sévère à partir des données régionales.

Figure 33. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 34. Part des déchirures sévères (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



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

Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes - Île-de-France

Indicateurs	Source	Île-de-France	France entière	p-value
Prématurité selon l'âge gestationnel				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	6,7	6,7	-
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	0,48	0,43	***
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	0,74	0,70	**
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	5,52	5,56	-
Autres marqueurs de risque				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	3,2	3,0	***
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	7,3	7,4	**
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	9,1	9,6	***
Grand poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	9,2	8,8	***
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	11,3 [10,2 - 12,5]	11,5 [11,0 - 12,0]	-

* : p<0.1 ; ** : p<0.05 ; *** : p<0.001

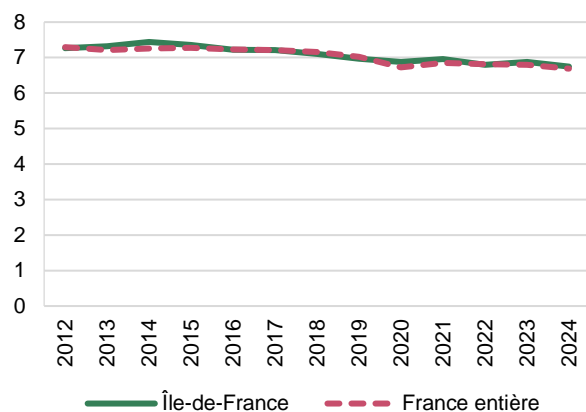
Prématurité selon l'âge gestationnel

La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

De plus, les enfants nés avant 32 semaines d'aménorrhée (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 risque maternels augmentent le risque de prématurité : la précarité, les violences faites aux femmes, l'accès limité aux soins prénatals, 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 trop rapprochées.

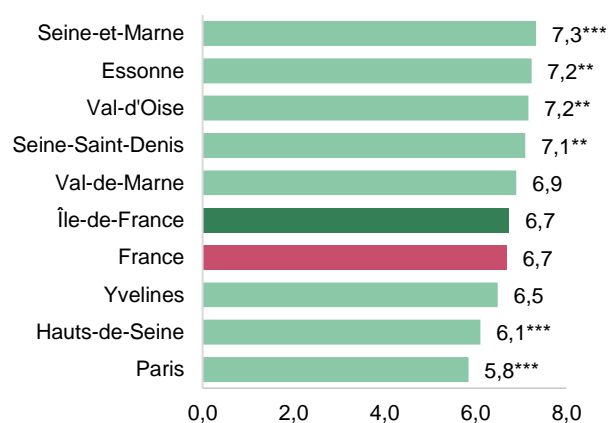
En Île-de-France, 6,7 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 7,3 % en 2012 (**Figure 35**). Cette tendance à la baisse était aussi observée en France entière qui présentait un taux de 6,7 % en 2024. Au niveau départemental, le taux de prématurité variait de 5,8 % à Paris à 7,3 % en Seine-et-Marne en 2024 (**Figure 36**).

Figure 35. Evolution de la part des naissances prématurées (en %), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 36. Part des naissances prématurées (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



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

En 2024, la région Île-de-France affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) et de grande prématurité ([28-31] SA) de 0,48% et 0,74 %, respectivement. Ces taux étaient significativement supérieurs aux taux nationaux (respectivement 0,43 % et 0,70 %), tandis que le taux de prématurité modérée ([32-36] SA) (5,52 %) restait proche du taux national (5,56 %) (**Tableau 4**).

Autres marqueurs de risque

En Île-de-France, 3,2 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une grossesse multiple en 2024, taux proche de celui observé en France entière (3,0 %) (**Tableau 4**).

En 2024, les naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes représentaient 7,3 % des naissances vivantes (taux de 7,4 % en France entière).

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10e percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] représentaient 9,1 % des naissances vivantes. Les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90e percentile concernaient 9,2 % des naissances vivantes (Tableau 4).

Selon les données de l'ENP 2021, 11,3 % des nouveau-nés en Île-de-France ont été hospitalisés ou transférés dans un autre hôpital à la naissance (taux de 11,5 % en France entière) (Tableau 4).

Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum - Île-de-France

Indicateurs	Source	Île-de-France	France entière	p-value
Dépistage biologique néonatal				
Refus de dépistage néonatal (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	7,3 -	6,3 -	***
Incidence des maladies dépistées				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,52 -	0,72 -	**
Hypothyroïdie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	3,70 -	3,95 -	
Hyperplasie des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,51 -	0,48 -	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	22,74 -	17,44 -	***
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	1,13 -	1,73 -	***
Séjour à la maternité post-accouchement				
Durée moyenne de séjour à la maternité en suite de couche (en jours)	SNDS (2024)	3,8 -	3,8 -	-
Suite de césarienne (en jours)	SNDS (2024)	4,7 -	4,8 -	-
Suite d'accouchement par voie basse (en jours)	SNDS (2024)	3,6 -	3,6 -	-
Alimentation et allaitement				
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	85,1 [83,7 - 86,5]	77,1 [76,3 - 77,9]	***
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	80,4 [78,8 - 81,9]	70,5 [69,7 - 71,3]	***
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	64,7 [62,1 - 67,1]	54,6 [53,4 - 55,9]	***
Couchage (à 2 mois)				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	76,3 [73,7 - 78,7]	79,2 [78,1 - 80,3]	**
Lieu de couchage				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	74,5 [72,1 - 76,7]	70,5 [69,3 - 71,6]	***
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	9,7 [8,3 - 11,3]	15,2 [14,3 - 16,0]	***
Lit des parents (%)	ENP (2021)	13,9 [12,1 - 15,8]	13,0 [12,1 - 13,9]	
Suivi post-natal (2 mois après la naissance)				
Suivi médical				
Visite à domicile (sage-femme ou puéricultrice) (%)	ENP (2021)	75,5 [73,0 - 77,8]	84,2 [83,1 - 85,1]	***
Sage-femme (%)	ENP (2021)	71,8 [69,3 - 74,3]	79,3 [78,2 - 80,4]	***
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	12,2 [10,4 - 14,1]	19,2 [18,2 - 20,3]	***
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	14,8 -	24,9 -	***
Suivi du nourrisson				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	54,4 [51,7 - 57,0]	43,2 [41,9 - 44,4]	***
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	26,2 [23,9 - 28,6]	42,1 [40,8 - 43,3]	***
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	18,0 [15,8 - 20,3]	12,3 [11,4 - 13,3]	***
Engagement du partenaire				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	53,7 [51,0 - 56,4]	59,8 [58,6 - 61,1]	***
Santé mentale post-partum				
Score EPDS ¹ indiquant une dépression [>13] (%)	ENP (2021)	19,4 [17,3 - 21,7]	16,8 [15,9 - 17,8]	**
Score EPDS indiquant un niveau d'anxiété (%)	ENP (2021)	29,5 [27,0 - 32,0]	27,5 [26,4 - 28,7]	*

* : p< 0.1 ; ** : p <0.05 ; *** : p <0.001

Dépistage biologique néonatal

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

A la naissance, le dépistage néonatal est proposé aux parents de chaque nouveau-né. Ce dépistage précoce, 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.

Les chiffres du dépistage du Centre National de Coordination de Dépistage Néonatal (CNCDN) de certaines maladies rares ou de refus de dépistage sont très faibles à l'échelle de chaque région. De ce fait, il a été décidé de présenter les taux annuels cumulés sur la période 2020-2024.

Sur cette période 2020-2024, en Île-de-France, le taux de refus du dépistage néonatal était de 7,3 pour 10 000 enfants nés, statistique significativement plus élevée que celle enregistrée en France (6,3). Les taux d'incidence de 5 maladies dépistées en 2020-2024 sont les suivants (**Tableau 5**) :

- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : 0,52 enfants dépistés positifs pour 10 000 enfants testés, ce qui est significativement inférieur aux données France entière (0,72).
- Hypothyroïdie : 3,70 enfants dépistés positifs pour 10 000 enfants testés (France = 3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 0,51 enfants dépistés positifs pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 22,74 enfants dépistés positifs pour 10 000 enfants testés, significativement supérieur aux données France entière (17,44).
- Mucoviscidose : 1,13 enfants dépistés positifs pour 10 000 enfants testés, significativement inférieur aux données France entière (1,73).

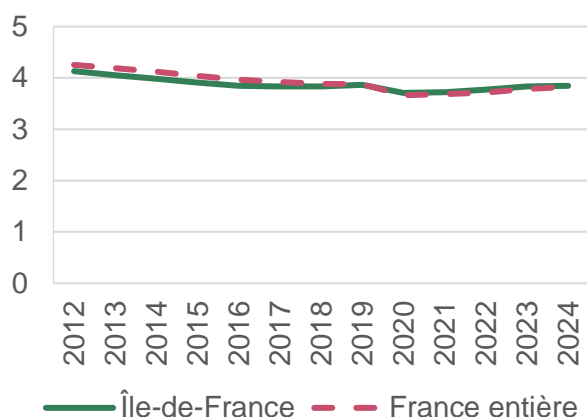
Depuis 2022, deux maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie mais elles ne sont pas présentées à l'échelle régionale du fait d'effectifs faibles: le déficit en déshydrogénase des acylCoA des acides gras à chaîne moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme (EIM).

Durée de séjour en suites de couches

En 2024, la durée de séjour à la maternité en suites de couches était de 3,8 nuitées en moyenne, en Île-de-France comme au niveau national. Au niveau départemental, la durée la plus courte était observée en Seine-et Marne (3,4 nuitées en moyenne) et la plus longue à Paris (4,2 nuitées) (**Figure 38**).

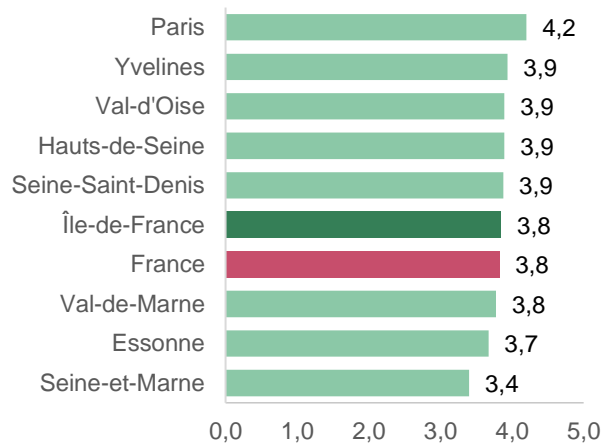
Entre 2012 et 2019, une tendance à la diminution de la durée de séjour en suites de couches était observée, tant au niveau national que régional. Cette tendance à la baisse s'est accentuée durant la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle les recommandations sanitaires encourageaient une réduction des durées d'hospitalisation afin de limiter les risques de transmission et les contacts en milieu hospitalier. Depuis 2021, on note un léger allongement de cette durée pour atteindre en 2024 une durée moyenne proche de celle de 2019 (**Figure 37**).

Figure 37. Evolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 38. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



Source : SNDS

Une différence selon le mode d'accouchement était observée avec une durée régionale moyenne de 4,7 nuitées après césarienne et de 3,8 nuitées pour un accouchement par voie basse en Île-de-France.

Alimentation du nourrisson et allaitement

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. Le rapport publié en 2024 [5] 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.

Selon l'ENP 2021, en Île-de-France, 85,1 % des femmes avaient tenté d'allaiter leur enfant (**Carte 9**) et 80,4 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice (**Figure 39, Carte 8**).

A deux mois *post-partum*, 64,7 % déclaraient encore allaiter (**Carte 10**). Ces proportions étaient supérieures aux données nationales, la pratique de l'allaitement étant plus fréquente dans les DROM et en Île-de-France.

Suivi post-natal jusqu'aux 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 sages-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, après la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h. Ces visites sont remboursées à 100 % 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 en France. L'EPNP est un temps d'échanges réalisé entre les 4^e et 8^e semaines du post-partum, ayant pour objectif une approche globale de prévention. Il permet notamment le repérage des premiers signes de la dépression du *post partum* ou des facteurs de risques qui y exposent.

Selon l'ENP 2021, en Île-de-France, 75,5 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile, par une sage-femme (71,8 %) et/ou par une puéricultrice (12,2 %), après leur sortie de la maternité. A l'échelle nationale, 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi (**Tableau 5**).

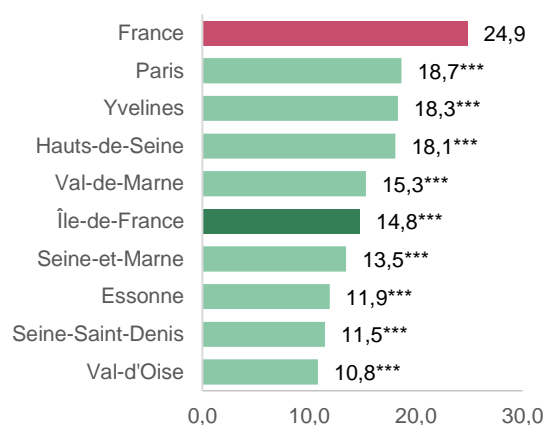
En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 14,8 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Île-de-France (24,9 % au niveau national). Cette proportion marque une progression par rapport à 2023, où 11,4 % des femmes en Île-de-France en avaient bénéficié (**Figure 40**). En 2024, le taux d'EPNP variait de 10,8% dans le Val-d'Oise à 18,7 % à Paris (**Figure 41**).

Figure 40. Evolution de la part de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Île-de-France, période 2023-2024



Source : SNDS

Figure 41. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Île-de-France (région et départements), 2024



Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<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 l'âge d'un an. À 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^e semaine, à 1 mois et à 2 mois.

En 2021, en Île-de-France, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un pédiatre (54,4 %) ou par un médecin généraliste (26,2 %). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 18,0 % des nourrissons (**Tableau 5**).

Engagement du partenaire / co-parent

Selon l'ENP 2021, en Île-de-France, 53,7 % des partenaires avaient pris un congé dans les deux mois suivant la naissance (59,8 % à l'échelle nationale) (**Tableau 5**).

Santé mentale *post-partum*

Première cause de mortalité maternelle (jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse) : le suicide

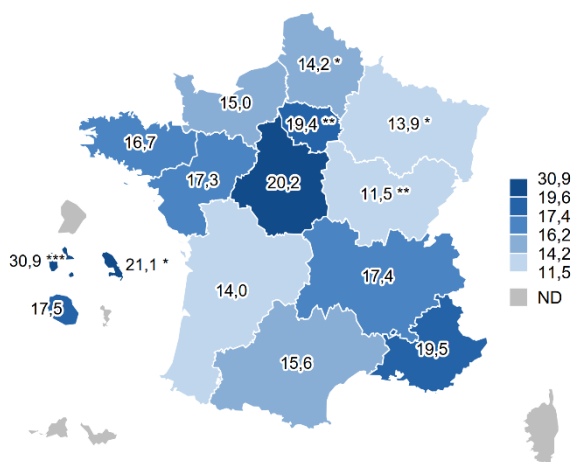
Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM). Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson.

L'échelle d'Édimbourg pour la dépression postnatale (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, **EPDS**) est un outil validé permettant d'évaluer le risque de dépression *post-partum* en calculant un score de 0 à 30 à partir de 10 items. Pour la première fois en France, cette échelle a été intégrée dans l'ENP 2021 afin d'évaluer ce risque à l'échelle nationale.

En 2021, en Île-de-France, deux mois après l'accouchement, 19,4 % des femmes présentaient des symptômes de dépression et 29,5 % de l'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale) (**Carte 11** ; **Carte 12**). L'Île-de-France figurait en 2021 parmi les 3 premières régions ayant la part des femmes ayant un score EPDS, indiquant une dépression et une anxiété, les plus élevés de l'hexagone.

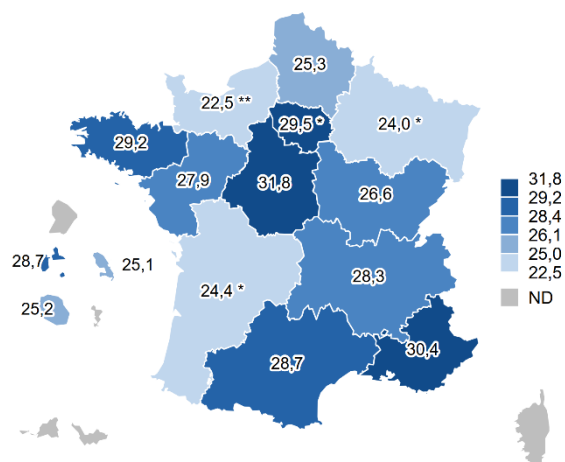
A noter qu'en 2021 ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19 et que cela a pu impacter leur santé mentale.

Carte 11. Part des femmes ayant un score EPDS indiquant une dépression (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

Carte 12. Part des femmes ayant un score EPDS indiquant une anxiété (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

Mortalité

La **mortalité maternelle** est suivie par le dispositif permanent de l'**Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM)** dont l'objectif est d'identifier et d'analyser les causes de décès des femmes pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement.

La **mortalité foeto-infantile** se compose de plusieurs indicateurs, comme présenté sur le schéma ci-dessous :

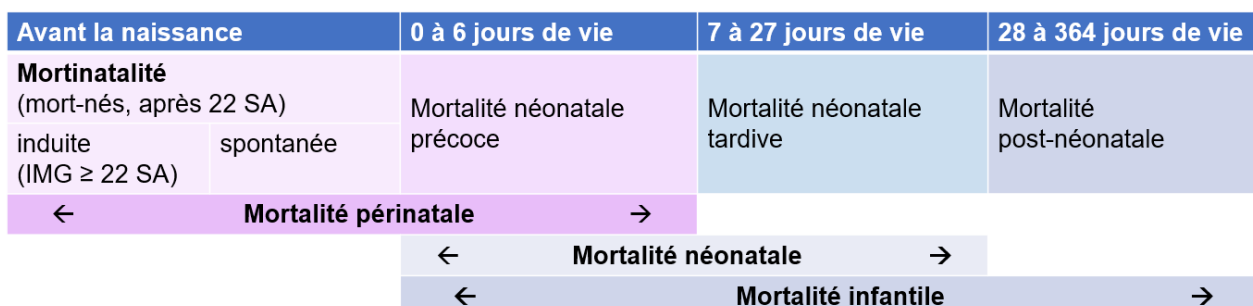


Tableau 6. Mortalité maternelle et/ou infantile - Île-de-France

Indicateurs	Source	Île-de-France	France	p-value
Mortalité maternelle (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	12,8 [10,7 - 15,1]	11,1 [10,2 - 12,1]	*
Mortinatalité (enfants morts-nés)				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	1 486 -	6 094 -	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	9,7 -	9,2 -	**
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	3,7 -	3,6 -	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	6,1 -	5,6 -	**
Mortalité périnatale (décès de l'enfant entre 22SA et 6 jours)				
Nombre de décès	SNDS (2024)	1 775 -	7 398 -	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	11,6 -	11,2 -	*
Mortalité infantile (décès de l'enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	627 -	2 690 -	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	4,11 -	4,08 -	
Mortalité néonatale précoce (décès de l'enfant entre 0 et 6 jours)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	315 -	1 310 -	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	2,06 -	1,99 -	
Mortalité néonatale tardive (décès de l'enfant entre 7 et 28 jours)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	140 -	618 -	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	0,92 -	0,94 -	
Mortalité post-néonatale (décès de l'enfant entre 29 jours et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	172 -	762 -	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	1,13 -	1,16 -	

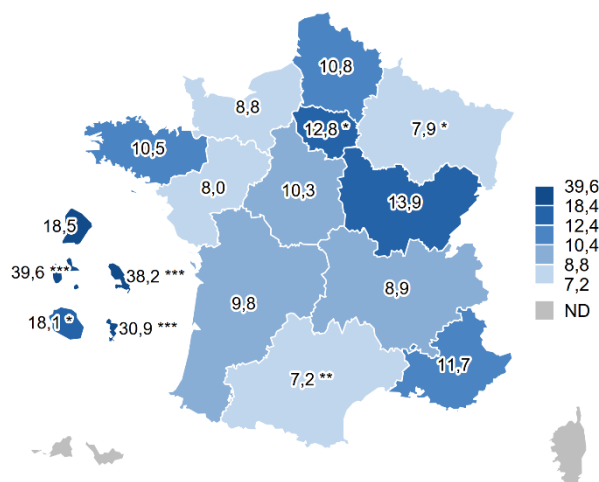
* : p < 0.1 ; ** : p < 0.05 ; *** : p < 0.001

1. Les indicateurs ont été fournis à partir d'une base corrigée par la DREES et l'Inserm.

Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement en Île-de-France s'élevait en moyenne à 12,8 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux régional était le deuxième plus important de l'hexagone, significativement supérieur au taux national (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes) (**Carte 13**).

Carte 13. Taux régional de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances totales), par région de domicile, 2013-2018



Source : ENCMM ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$; ND = non disponible

Dans l'édition 2016-2018 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [6], le suicide devenait la 1^{ère} cause de mortalité maternelle (jusqu'à un an après la fin de la grossesse) et les maladies cardiovasculaires étaient la 1^{ère} cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à 42 jours *post-partum*. Les causes de mortalité maternelle ne peuvent pas être décrites au niveau régional.

Mortinatalité

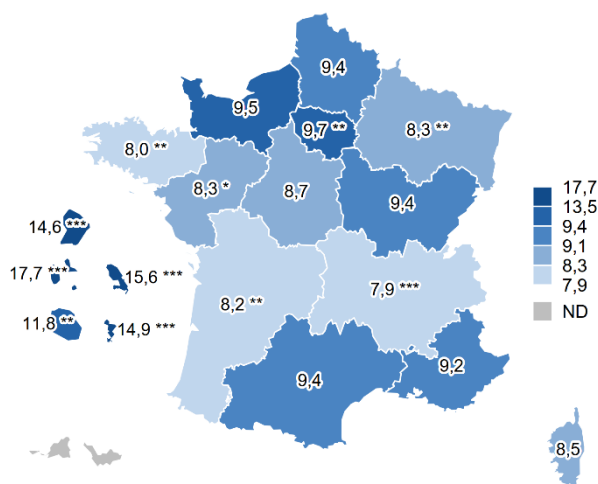
La mortinatalité correspond au décès des enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 grammes. Elle est composée de la mortinatalité induite par IMG (≥ 22 SA) et de la mortinatalité spontanée.

En France, environ 60 % de la mortinatalité était spontanée et 40 % était induite (données SNDS 2012-2024).

En Île-de-France, 1 486 mort-nés (enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 9,7 pour 1 000 naissances, supérieur à celui enregistré en France (9,2) (

Carte 14). Il s'agit du taux le plus élevé observé dans l'hexagone (Carte 14).

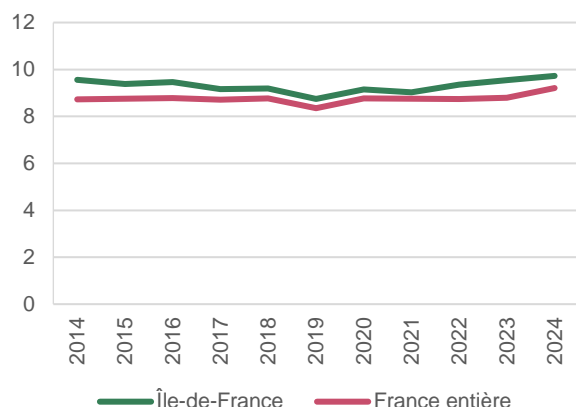
Carte 14. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024



Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$; ND = non disponible

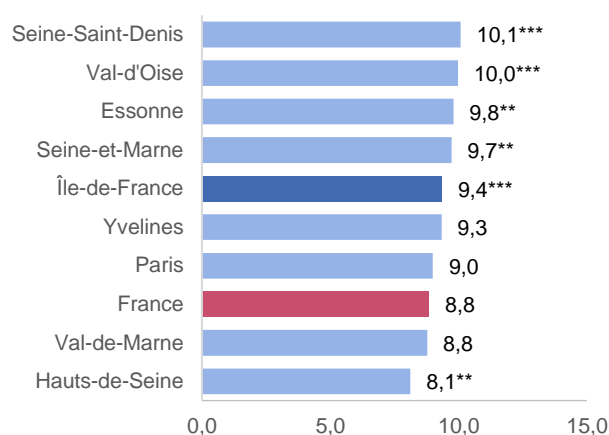
A l'échelle nationale cette fois, une hausse est observée en 2024 (9,2 pour 1 000) et les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 % par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 [1] (**Figure 42**). A l'échelle départementale sur la période 2020-2024, le taux de mortinatalité global variait de 8,1 ‰ dans les Hauts-de-Seine à 10,1 ‰ en Seine-Saint-Denis (**Figure 43**).

Figure 42. Evolution du taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Île-de-France, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 43. Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



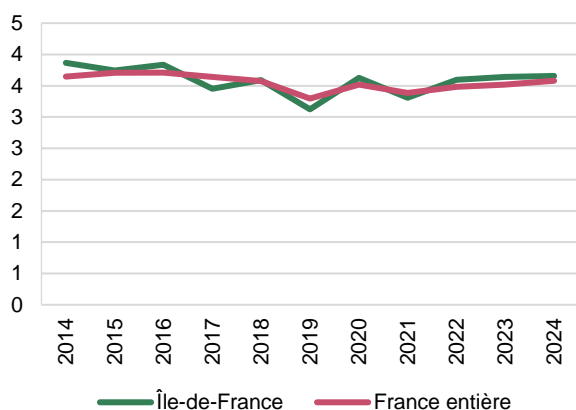
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite (interruption médicale de grossesse après 22 SA) variait, lui, de 3,9 (2014) à 3,7 (2024) mort-nés pour 1 000 naissances totales selon les années en Île-de-France (**Figure 44**).

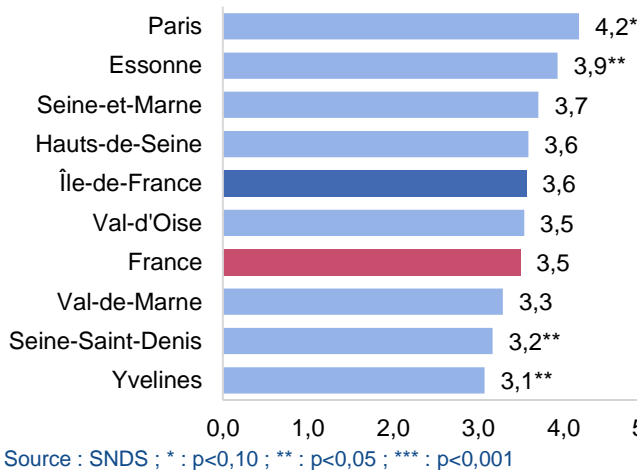
Au niveau départemental sur la période 2020-2024, ce taux global variait de 3,1 (Yvelines) à 4,2 (Paris) pour 1 000 naissances (**Figure 45**).

Figure 44. Evolution du taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Île-de-France, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 45. Taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



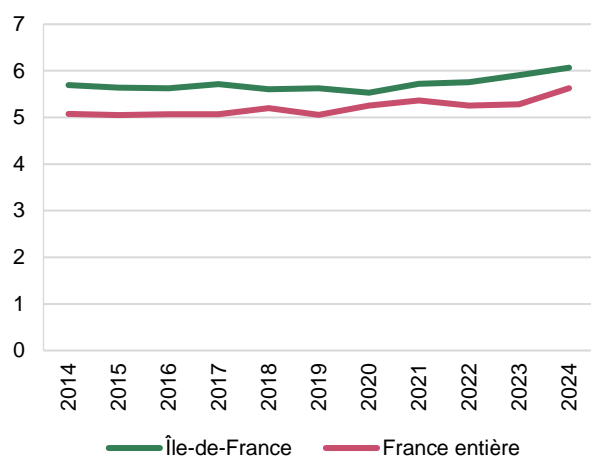
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortinatalité spontanée

Le taux de mortinatalité spontanée est resté globalement stable en Île-de-France depuis 2014, avec des taux variant de 5,7 (2014) à 6,1 (2024) mort-nés spontanés pour 1 000 naissances totales selon les années (**Figure 46**).

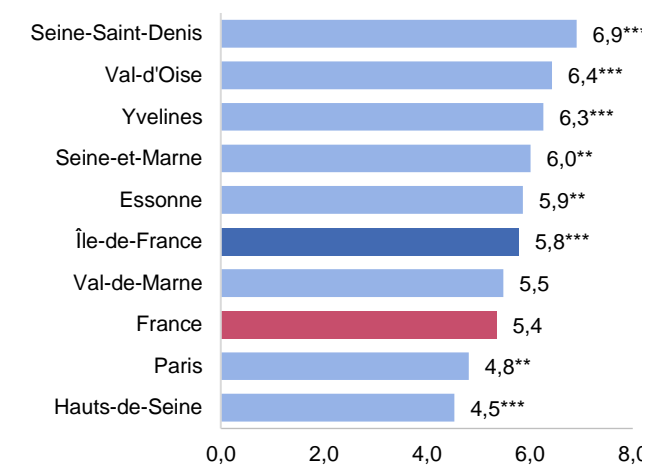
Au niveau départemental sur la période 2020-2024, le taux global variait de 4,5 dans les Hauts-de-Seine à 6,9 en Seine-Saint-Denis pour 1 000 naissances (**Figure 47**).

Figure 46. Evolution du taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Île-de-France, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 47. Taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



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

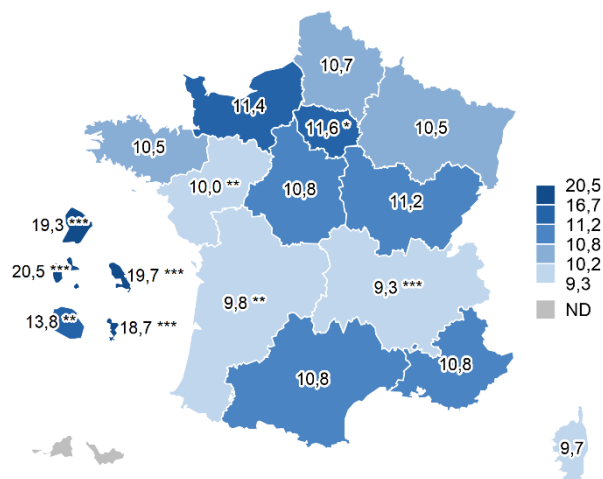
Mortalité périnatale

La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

- La mortinatalité (cf. partie dédiée) : les enfants mort-nés (décès *in utero* à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou 500 gr), qui représentent 85 % des cas en France,
- La mortalité néonatale précoce (cf. partie dédiée) : décès néonataux précoces (enfants nés vivants mais décédés dans les 7 premiers jours de vie (J0 à J6)), comptant pour les 15 % restants.

En Île-de-France, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 11,6 décès pour 1 000 naissances (contre 11,2 en France) (**Carte 15**).

Carte 15. Taux régional de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024

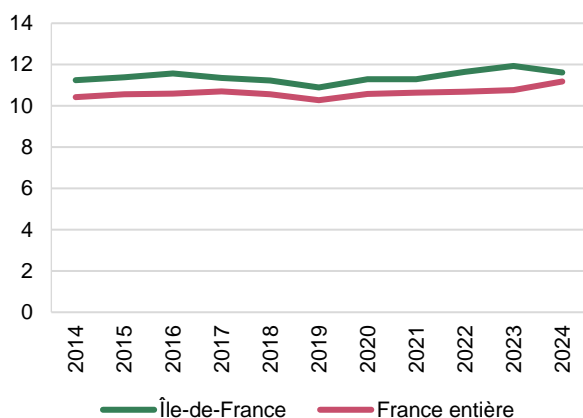


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

Le taux de mortalité périnatale restait supérieur ou proche de 10 décès pour 1 000 naissances sur la période 2014-2022 en Île-de-France, suivant la tendance à la hausse observée ces dernières années au niveau national (**Figure 48**).

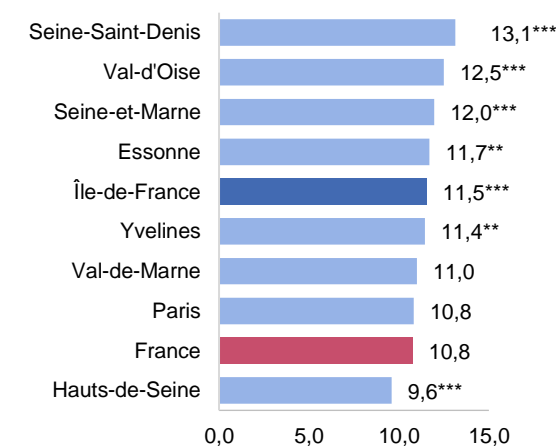
Au niveau départemental, le taux de mortalité périnatale sur la période 2020-2024 variait de 9,6 dans les Hauts-de-Seine à 13,1 en Seine-Saint-Denis pour 1 000 naissances (**Figure 49**).

Figure 48. Evolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), en France entière et en Île-de-France, 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 49. Taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales) en France entière et en Île-de-France (région et départements), 2020-2024



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

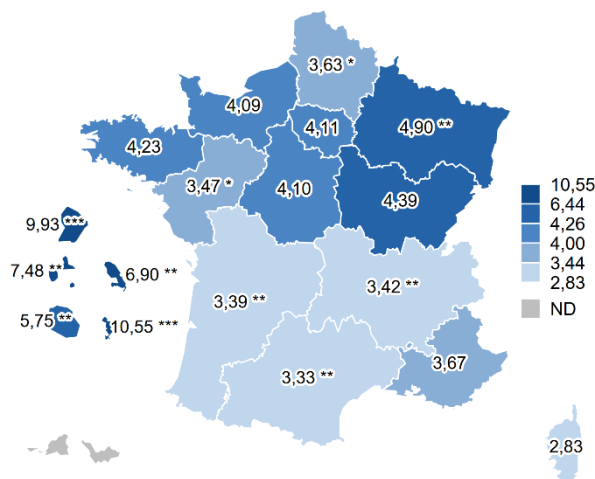
Mortalité infantile

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.

En Île-de-France, 627 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 4,1 décès pour 1 000 naissances vivantes (4,11 ‰), similaire à celui observé en France (4,08 ‰) (**Carte 16**).

Carte 16. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024

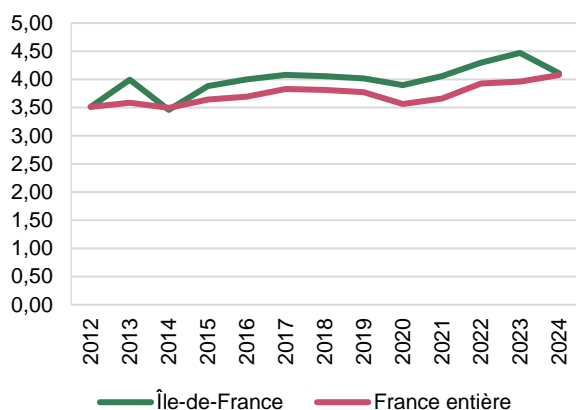


Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

Le taux de mortalité infantile présentait une tendance à la hausse entre 2012 et 2024, qui s'avérait significative à l'échelle nationale (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [1] (Figure 50).

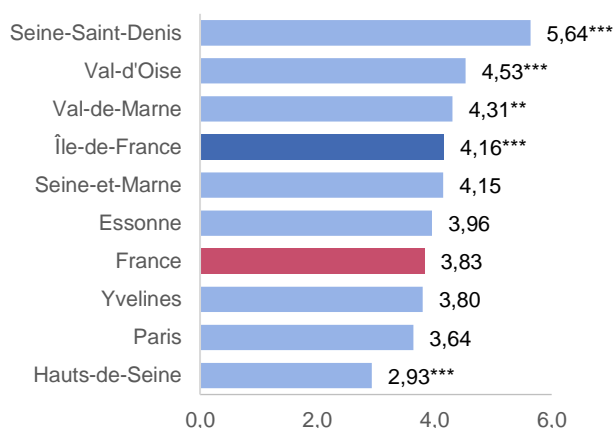
À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile sur la période 2020-2024 présentait des disparités, variant du simple au double selon les territoires : de 2,9 ‰ dans les Hauts-de-Seine à 5,64 ‰ en Seine-Saint-Denis (Figure 51).

Figure 50. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : Etat Civil

Figure 51. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



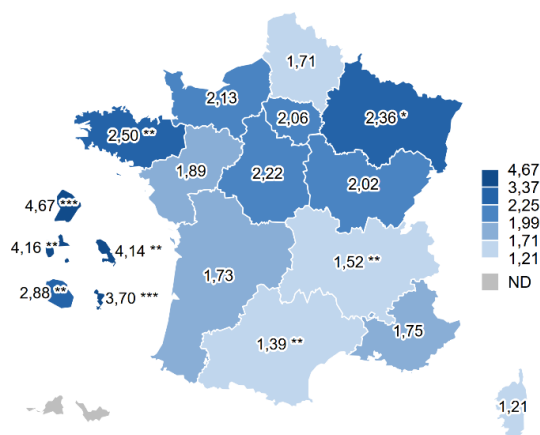
Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Mortalité néonatale précoce

La mortalité néonatale précoce est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 0 et 6 jours.

En Île-de-France, 315 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 2,06 décès pour 1 000 naissances vivantes, proche du taux observé en France (1,99 ‰) (Carte 17).

Carte 17. Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024

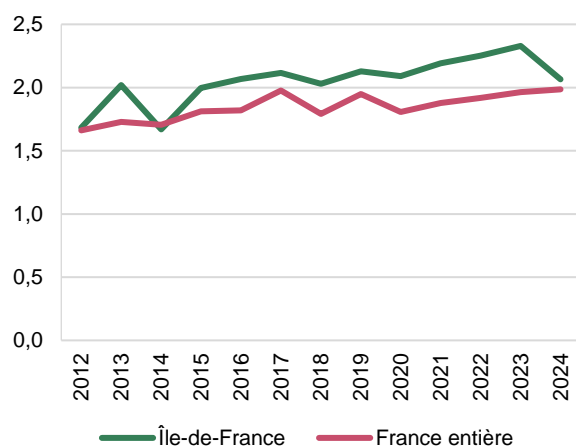


Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

La mortalité néonatale précoce est restée globalement stable entre 2012 et 2024 en Île-de-France, tandis qu'une tendance à la hausse pouvait être observée au niveau national (+0,4 point de hausse entre 2014 et 2024) [1] (Figure 52).

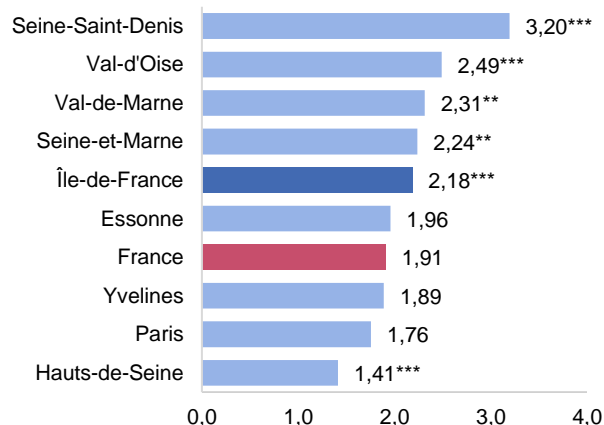
A l'échelle départementale, en 2020-2024, le taux de mortalité néonatale précoce variait de 1,41 décès pour 1 000 naissances dans les Hauts-de-Seine à 3,20 décès pour 1 000 naissances en Seine-Saint-Denis (Figure 53).

Figure 52. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Île-de-France, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 53. Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



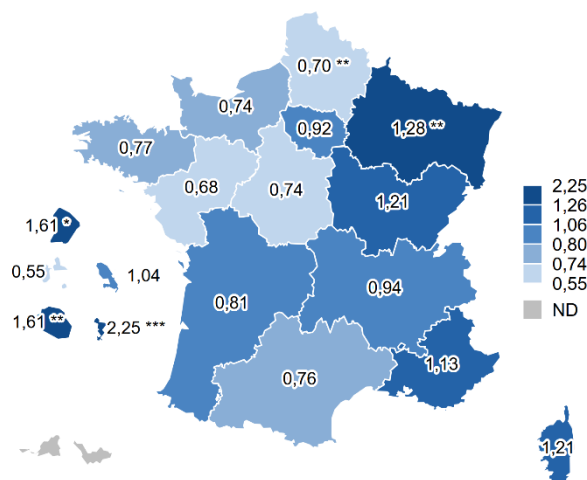
Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Mortalité néonatale tardive

La mortalité néonatale tardive est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 7 et 27 jours.

En Île-de-France, 39 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 0,76 décès pour 1 000 naissances vivantes, légèrement plus faible que celui observé en France (0,94 ‰) (Carte 18).

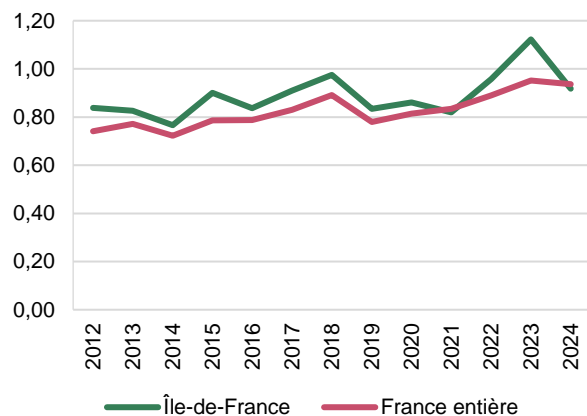
Carte 18. Taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024



Dans la région, la mortalité néonatale tardive a globalement évolué à la hausse entre 2012 (0,84 ‰) et 2024 (0,94 ‰), avec un pic en 2023 (1,12 ‰). Une tendance à la hausse était par ailleurs observée au niveau national (2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [1] (Figure 54).

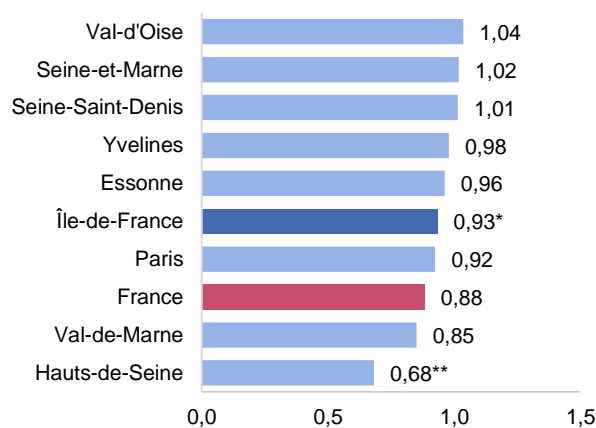
A l'échelle départementale, le taux de mortalité néonatale tardive sur la période 2020-2024 variait de 0,68 ‰ dans le Hauts-de-Seine à 1,04 ‰ dans le Val d'Oise (Figure 55).

Figure 54. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Île-de-France, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 55. Taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



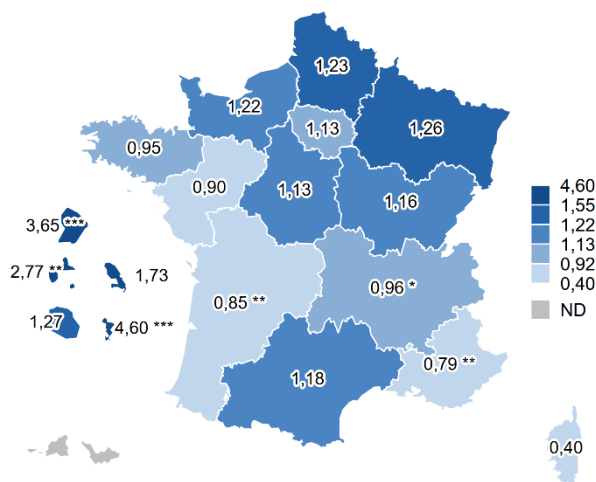
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité post-néonatale

La mortalité post-néonatale est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 28 jours et 1 an.

En Île-de-France, 172 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 1,13 décès pour 1 000 naissances vivantes, très proche de celui observé en France (1,16 ‰) (Carte 19).

Carte 19. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024

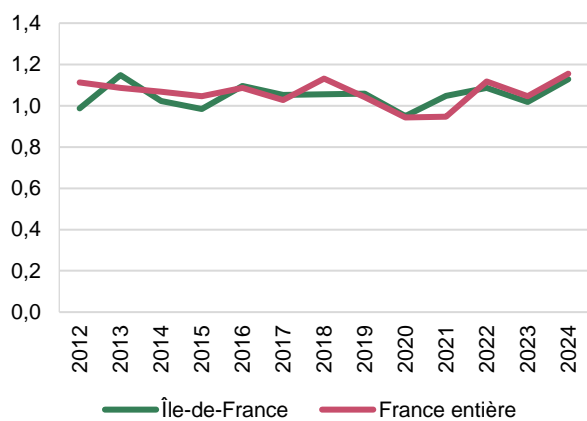


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
 ND = non disponible

En Île-de-France, la mortalité post-néonatale restait stable entre 2021 (0,99 ‰) et 2024 (1,16 ‰). Une tendance stable était également observée en France entre 2014 et 2024 [1] (Figure 56).

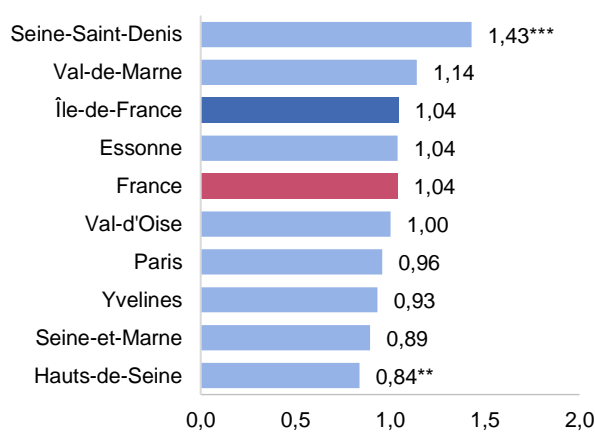
A l'échelle départementale, le taux de mortalité post-néonatale sur la période 2020-2024 montrait des disparités. Il variait de 0,84 ‰ dans les Hauts-de-Seine à 1,43 ‰ en Seine-Saint-Denis (Figure 57).

Figure 56. Evolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Île-de-France, période 2012-2024



Source : Etat Civil

Figure 57. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Île-de-France (région et départements), 2020-2024



Source : Etat Civil ; * : 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 des thèmes comme la santé mentale, la sobriété d'exposition à des substances chimiques et la qualité des interactions précoces parent-bébé, avec une approche bienveillante.

Promotion des interactions parents-bébé de qualité

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

Afin de faire connaître les bénéfices des interactions parent-bébé de qualité aux jeunes parents et futurs parents, un dispositif d'information a été mené fin 2025. Les 3 partenariats digitaux (application WeMoms, [Explore média](#) et influenceurs) avaient également pour objectif de faire prendre conscience aux parents de tout-petits qu'ils peuvent augmenter la quantité et la qualité des interactions qu'ils ont avec leur enfant. Ce dispositif sera rediffusé en grande partie à l'été 2026.

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 synthèses thématiques de résultats seront diffusées d'ici fin 2026, début 2027.

Intervention de prévention précoce PANJO



Santé publique France a élaboré PANJO (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents) pour promouvoir les liens d'attachements sécurisants bébé-parent. 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 dysfonctionnelles et les réactions hostiles envers le bébé. Depuis 2022, les PMI de 23 départements dans 8 régions se sont impliqués dans le déploiement de PANJO.

Les programmes portés par l'Agence régionale de Santé (ARS) de la région Île-de-France autour de la périnatalité et de la santé du jeune enfant

Programme régional de réduction de la mortalité infantile (RéMI)

L'ARS a lancé depuis 2012 un [programme régional autour de la réduction de la mortalité infantile](#), plus spécifiquement concentré sur le territoire de la Seine-Saint-Denis. Il vise à mieux suivre les données autour de la mortalité, leurs déterminants et réduire les facteurs de risque.

Programmes autour de la santé en périnatalité

Retrouvez l'ensemble des applications et données en périnatalité mis à disposition par un travail conjoint entre SESAN et l'ARS IDF

SOS Allaitement en Île-de-France

Soutenus par l'ARS, les sept dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DRSp, ex réseaux de santé en périnatalité), ont mis en place un numéro vert (0 800 800 315) à destination des jeunes parents en cas de difficultés avec l'allaitement.

Ces familles peuvent joindre des professionnels de santé formés en cas d'indisponibilité du professionnel de santé qui les suit pour bénéficier d'un appui (conseils et orientations) adaptés à leurs besoins.

Généralisation de l'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce proposé au 4^{ème} mois est une étape cruciale dans le parcours de grossesse et un outil de prévention en matière de santé mentale. Il permet de recueillir les besoins d'accompagnement et de soutien des parents, détecter les risques médico-psycho-sociaux.

Rendu obligatoire en mai 2020 dans le parcours de grossesse et faisant partie des priorités nationales dans le cadre des 1 000 premiers jours, l'objectif national est d'atteindre 70% de taux de réalisation fin 2022. L'ARS a engagé des actions pour renforcer et assurer sa généralisation via les DSRP et avec les conseils départementaux au titre de la PMI. Des outils de communication et des actions de formation des professionnels sont ainsi réalisés.

Santé mentale en périnatalité

Repérage des difficultés et orientation des parents lors des séjours à la maternité

Pour renforcer le repérage et la prise en charge des risques psycho-pathologiques en périnatalité, l'ARS a défini des actions prioritaires dont :

Le repérage chez la femme enceinte, la mère et co-parent ou le bébé, en lien notamment avec

- la promotion de l'entretien prénatal précoce ;
- la promotion de l'entretien post-natal précoce (à partir de juillet 2022) ;
- le repérage de la dépression du post-partum par l'utilisation de l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS).

Le renforcement des staffs médico-psycho-sociaux

L'ARS a lancé en début d'année 2026 une campagne de financement au sein des maternités franciliennes pour **renforcer l'appui aux staffs médico-psycho sociaux** et développer un cadre de travail pluri-professionnel, pluri-partenarial et coordonné en région autour d'une charte régionale. Les staffs médico-psycho-sociaux ont vocation à organiser une prise en charge pluridisciplinaire autour des situations de vulnérabilités dès la grossesse. Ils visent à évaluer et mettre en œuvre un accompagnement adapté dans le champs médical, psychologique et social pendant la durée de la grossesse et de la période post-natale notamment en organisant le relai avec les acteurs de ville et notamment les services de protection maternelle et infantile (PMI)

Renforcement de l'offre par territoire

L'ARS a acté le principe de la **généralisation des unités de psychopathologie périnatale** pour 100% des maternités franciliennes. Chaque maternité francilienne devra contractualiser avec une unité de psychopathologie périnatale.

Dans le cadre des projet territoriaux de santé mentale, le diagnostic sur les besoins et l'offre de soins en santé dans le champ de la périnatalité ont pu être exposés et ont conduit à élaborer des actions spécifiques dans le champ de périnatalité et d'autres plus transversales qui pourront appuyer les équipes.

Plusieurs appels à projets sur les dernières années ont permis de renforcer l'offre de psychiatrie périnatale.

Programmes autour de la santé du jeune enfant

Programme de détection de la surdité totale infantile

L'ARS, en lien avec la Coordination Francilienne du Dépistage Néonatal de l'Audition (CFDNA) et les réseaux de santé en périnatalité, mène un programme régional pour renforcer la détection de la surdité permanente néonatale via un parcours composé d'examens et d'information aux jeunes parents.

[En savoir plus sur le programme de dépistage de la surdité néonatale](#)

Programme de suivi des enfants vulnérables

Le programme régional de suivi des enfants vulnérables (SEV) est généralisé à l'ensemble de la région depuis 2015.

Il est mis en œuvre par les DSRP, et piloté par l'ARS Île-de-France. Il s'adresse à un public de nouveau-nés très prématurés, grands hypotrophes ou atteints de pathologies périnatales sévères (asphyxie périnatale et autres pathologies susceptibles d'altérer le développement).

Il propose un suivi de l'enfant pendant les 7 premières années de vie et un accompagnement des familles.

[En savoir plus sur le programme de suivi des enfants vulnérables](#)

Programme d'accès aux soins des publics fragiles

L'ARS mène un programme de travail pour développer une offre territoriale permettant une gradation des réponses proposées au regard des besoins identifiés. Ce programme s'inscrit notamment au travers de la [mesure 27 du Ségur de la Santé](#), avec le financement et le déploiement d'équipes mobiles médico-sociales en Île-de-France dont certaines interviennent spécifiquement sur le champ de la périnatalité

La mise en œuvre d'un dispositif innovant d'hébergement et de **soins résidentiels (HSR) Confluence** porté par l'**association Aurore**, à vocation régionale, et implanté à Athis Mons (91) offre une prise en charge des cas les plus complexes.

Ce dispositif comprend des places de LHSS pour des femmes enceintes, des places de LHSS pour des couples mères-bébés, des places d'ACT et des places d'hébergement d'urgence pour des accompagnants (conjoint ou enfants).

L'ensemble de ces dispositifs médico-sociaux viennent compléter la stratégie de renforcement du nombre **de places d'hébergement d'urgence (HU)** pour les femmes enceintes et sortant de maternité sur le territoire francilien, ainsi que pour leurs accompagnants porté par la DRHIL en Île-de-France.

Les acteurs et structures présentes en Île-de-France dans le champ de la périnatalité

L'ARS travaille en lien étroit avec les acteurs engagés dans le champ de la périnatalité. Elle peut notamment s'appuyer sur les réseaux de santé en périnatalité qui regroupent des institutions (hôpitaux, centres de santé, centres de PMI, centres sociaux, centres médico-psychologiques, centres d'action médico-sociale précoce, associations d'usagers...) et des professionnels de santé ou du champ médico-social impliqués en périnatalité en Île-de-France.

La Commission régionale périnatalité

Animée par les directions métiers de l'ARS, cette instance réunit les représentants de la communauté périnatale francilienne.

Les dispositifs spécifiques régionaux en en périnatalité

Les réseaux de santé en périnatalité deviennent dispositif spécifique régional (DSR) en périnatalité. La région Île-de-France est couverte par sept réseaux de santé en périnatalité territoriaux, un réseau de suivi des enfants vulnérables territorial (RPSOF) et trois réseaux régionaux thématiques.

Promotion des comportements favorables à la santé

Les ressources 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 présente de façon visuelle et synthétique, l'ensemble des vaccinations recommandées avant, pendant et après la grossesse.

Consultation prénatale de prévention à destination des (futurs) pères / coparents

À Montreuil, une consultation prénatale de prévention est proposée à tous les (futurs) pères (ou coparents). Réalisée par un médecin généraliste, elle est gratuite et strictement confidentielle, quelle que soit votre situation. Vous pouvez avoir accès à cette consultation dès la déclaration de grossesse et jusqu'aux 2 mois de l'enfant, que vous soyez le père / coparent biologique, adoptif, en couple ou séparé.

Partage : une consultation prénatale proposée à tous les pères d'enfants à naître à Montreuil, Seine-Saint-Denis, 2021-2022

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

Aide à distance



[Tabac info service](https://tabac-info-service.fr) 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** : conseils et informations sur les stratégies d'arrêt.



Les sites Alcool-info-service.fr et 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 Alcool & grossesse



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.

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.

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.

MANGER BOUGER

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 aide 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, permet de 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.



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/>

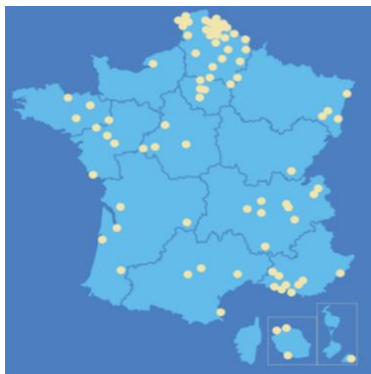
Intervention des partenaires de Santé publique France

FEES



Le projet Femmes enceintes environnement et santé (FEES) est porté par l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA) et certaines unions régionales de la Mutualité française. Il consiste à former les professionnels de santé et sensibilise les futurs et jeunes parents aux expositions domestiques aux polluants. Il vise à créer un environnement favorable à la santé des femmes enceintes et des nourrissons, en transmettant des conseils validés scientifiquement, simples à appliquer. Créé à l'origine en Nord-Pas-de-Calais puis déployé en Hauts-de-France, le projet se développe actuellement dans les régions Ile-de-France, Centre-Val de Loire, Provence-Alpes Côte d'Azur, Grand-Est, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec les acteurs locaux.

IHAB



L'initiative Hôpital ami des Bébé (IHAB), est un programme de l'OMS et de l'UNICEF déployé dans les services de maternité et de néonatalogie. L'IHAB contribue à créer un environnement favorable à l'allaitement et à développer des pratiques de soins centrés sur les rythmes et besoins des mères et des nouveau nés. La France compte aujourd'hui 83 établissements labellisés et la démarche continue à se déployer dans toutes les régions- une naissance sur 4 a lieu en France dans une maternité IHAB (labellisée ou en cours de labellisation). Santé publique France, au travers de son programme 1000 premiers jours, soutient le label IHAB. Pour en savoir plus et faire connaître IHAB dans vos réseaux : [plaquette institutionnelle](#).

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 (SNDS, Etat-Civil), 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.

Pour la majorité des indicateurs (SNDS, Etat civil, CépIDC, ENCMM), 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

Enquête nationale périnatale (ENP) et ENP-DROM

L'Enquête nationale périnatale (ENP) est une enquête transversale répétée environ tous les six ans depuis 1995 (données 2010, 2016 et 2021 dans ce bulletin). Le recueil est réalisé dans toutes les maternités (publiques et privées) et les maisons de naissance pendant une semaine. Toutes les naissances vivantes et mort-nées (âgées d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 gr à la naissance) sont incluses. Les données portent sur les pratiques médicales, les facteurs de risque, les caractéristiques des parents et la santé de la mère et de l'enfant. Elles sont collectées :

- auprès des établissements (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 en suite de couche ;
 - (2) un auto-questionnaire web (ou via un télé-enquêteur) à 2 mois post-partum (depuis l'édition 2021 de l'ENP). Les données issues du questionnaire 2 mois post-partum ont été pondérées pour être représentative des inclusions en maternité.

En 2021, les DROM, hormis la Guyane, ont étendu la durée de l'enquête pour obtenir un échantillon représentatif (ENP-DROM).

Limites :

- L'enquête n'est pas conçue pour produire des indicateurs régionaux robustes pour toutes les régions notamment celle enregistrant moins de 400 naissances (Île-de-France = 2 627 en maternité ; 1 778 à deux mois).
- En raison de faibles effectifs, les données sont non exploitables pour les DROM et la Corse sur les enquêtes 2010 et 2016 et pour la Corse et Saint-Barthélemy en 2021.
- En raison de perte dans le suivi à deux mois dans l'ENP 2021, certains indicateurs ne sont pas disponibles pour la Guyane, Mayotte et Saint-Martin.
- Les données autodéclarées peuvent être biaisées (mémoire, désirabilité sociale).

Hospitalisations et consommations de soins (SNDS)

Le Système National des Données de Santé (SNDS), géré par la Cnam, inclut notamment :

- 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 (PMSI) comportant les données d'hospitalisations pour accouchement et pour naissance du PMSI-MCO. Cette base recueille les données médico-administratives exhaustives relatives aux séjours dans tous les établissements publics et privés de santé de courte durée de la France entière.

Les données 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 d'incohérences entre les séjours des mères et les séjours de leur(s) nouveau-né(s) et le traitement d'incohérences entre des séjours de transferts d'un même individu (mère ou nouveau-né).

Limites :

- La qualité du codage peut varier selon les établissements - rigueur des cliniciens, respect des règles de codage et des contrôles des DIM – pouvant entraîner des biais de mesure.
- Peu d'informations socio-économiques sont disponibles (hors couverture sociale et complémentaire santé), limitant l'analyse des inégalités sociales de santé.
- L'affiliation à la sécurité sociale est insuffisante sur Mayotte pour permettre de disposer de certaines données sur ce territoire.
- Ces contraintes imposent une interprétation prudente des résultats et une connaissance approfondie de ses spécificités pour éviter les erreurs d'analyse.

Plus d'informations sur les données du SNDS

État civil (Insee)

Les données d'état civil, fournies par l'Insee, recensent chaque naissance vivante et chaque décès enregistrés en mairie. Elles couvrent l'ensemble du territoire, avec des données exhaustives et annuelles.

Limites :

- Certaines naissances peuvent être classées différemment entre l'état civil et le PMSI (exemple : certaines naissances enregistrées comme mort-nées dans le PMSI apparaissent comme naissances vivantes suivies d'un décès le jour même dans les registres d'état civil)
- Mayotte est inclus depuis 2014.
- Saint-Martin et Saint-Barthélemy sont regroupés avec la Guadeloupe.

Plus d'informations sur les bases des naissances vivantes

Plus d'informations sur les bases des décès

Enquête nationale confidentielle sur les morts maternels (ENCMM)

L'ENCMM est un dispositif dédié à l'étude de la mortalité maternelle en France, un phénomène rare mais révélateur de la qualité des soins périnataux. Il s'appuie sur quatre sources principales : les signalements des réseaux de santé périnatale, les certificats de décès du CépîDc, les données de l'Insee (liant naissances et décès maternels dans l'année suivant l'accouchement), et les bases du PMSI (décès survenus en établissement hospitalier). L'enquête permet d'analyser les causes des décès maternels, d'évaluer leur lien avec la grossesse, et d'apprécier la qualité des soins prodigués (optimaux ou non). Elle identifie également l'évitabilité des décès pour formuler des recommandations de prévention.

Limites :

- Délai dans la disponibilité des données.
- Certains décès peuvent ne pas être identifiés, surtout s'ils surviennent après le post-partum immédiat.

Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)

Le dépistage néonatal est une stratégie de santé publique qui consiste à repérer 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 est coordonné au niveau national par le Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN) depuis 2018. Le dépistage biologique concerne 6 maladies : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la drépanocytose, la mucoviscidose et le déficit en Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase.

Limites :

- Avant 2024, le dépistage de la drépanocytose était systématique dans les DROM mais ciblé en Hexagone.
- Le déficit en MCAD a été ajouté dans le test de Guthrie depuis 2022 et, en raison d'effectifs faibles, les données ne sont pas présentées à l'échelle régionale.

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 χ^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 ***)
- $p < 0,05$ (**)
- $p < 0,10$ (*).

Dans les commentaires, il est considéré que la différence était significative au seuil de 0,05 (**). Les représentations cartographiques utilisent la discrétisation par quantiles en 5 classes pour les choroplèthes.

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.

Références

- [1] Santé publique France. Surveillance de la Santé Périnatale. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 51 pages, 8 juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/anomalies-congenitales/bulletinnational/sante-perinatale-et-petite-enfance-en-france-entre-2012-2024>
- [2] Groupe de travail « Indicateurs ScanSanté » de la FFRSP. Indicateurs de santé périnatale, France hexagonale et DROM. Février 2026. 53 pages. Disponible à partir de l'URL : <https://ffrsp.fr>
- [3] Gomes E, Menguy C, Cahour L, Lebreton É, 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
- [4] 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.
- [5] 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. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- [6] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport 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 et www.santepubliquefrance.fr

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 : Conservatoire national des arts et métiers
CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNCDN : Centre national de coordination du dépistage néonatal
DIM : Département de l'information médicale
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
FEES : Femmes Enceintes Environnement et Santé

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
IHAB : initiative Hôpital ami des Bébé
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST : Infection sexuellement transmissible
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

VBNI : Voie basse non instrumentale

Remerciements

Santé publique France tient à remercier

- Nathalie Lelong et Camille Le Ray (Inserm, équipe Oppale),
- Emilie Marrer (Réseau Périnatal Lorrain) et Hélène Tillaut (Réseau Périnatalité Bretagne) pour le GT Indicateurs de la FFRSP

qui ont contribué à sélectionner les indicateurs à diffuser dans ce bulletin.

Nous remercions également l'ensemble des partenaires en région qui ont contribué à la rédaction et l'interprétation des résultats de ce bulletin : **Cécile Caze de l'Agence régional de santé de la région Île de France.**

Équipe de rédaction

Auteurs : Laetitia Ali Oicheih, Gabriela Modenesi, Arnaud Tarantola (délégué régional de SpF Île-de-France),

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 (Centre National de Coordination du Dépistage Néonatal)
- Annick Vilain (DREES)

Pour nous citer : Surveillance de la Santé Périnatale. Bulletin. Édition Île-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France, 51 pages, 8 juillet 2026

Directrice de publication : Aude De Viviès

Date de publication : 8 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr