



Bulletin

Santé périnatale
et petite enfance

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION CENTRE-VAL DE LOIRE

Surveillance de la santé périnatale

Profil des mères

1/4 a 35 ans ou +

1/6 bénéficiaire
C2S ou AME

Prévention grossesse



Vaccination
grippe



Conseils
prévention CMV



Acide
Folique

Facteurs de risque

4/10

surpoids/obésité
avant la grossesse



Diabète en
pré-grossesse

x2 en 12 ans

1/6

fume au 3^e
trimestre



symptômes de dépression
à 2 mois post-partum

Santé
mentale



anxiété périnatale
à 2 mois post-partum

Allaitement

7/10



Naissance



1 mois

5/10



2 mois

56% entretiens pré-natal



22% entretiens post-natal précoce



8,7/1 000

décès à la naissance

Mortalité
infantile

4,1/1 000

décès infantiles (0 jour - 1 an)

Édito

La santé périnatale constitue un enjeu majeur de santé publique en raison de ses effets durables sur la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi des disparités sociales et territoriales qu'elle révèle. La surveillance de la santé périnatale s'inscrit pleinement dans l'un des axes stratégiques de Santé publique France. Elle vise à innover et à faire progresser les connaissances afin de mieux orienter les investissements vers des interventions dont l'efficacité a été démontrée. La mise à disposition, pour la première fois, d'indicateurs de périnatalité décrivant l'état de santé de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né, de la grossesse au post-partum, aux échelles régionale et départementale, constitue une avancée majeure.

Ce rapport présente des indicateurs issus de différentes sources de données (SNDS, ENP, état civil...). Il permet d'enrichir les connaissances au niveau local, de mieux appréhender les disparités territoriales et d'identifier les enjeux propres à chaque territoire.

En Centre-Val de Loire, comme dans le reste de la France, la situation périnatale s'inscrit dans un contexte de baisse marquée de la natalité, avec près de 23 000 naissances en 2024 et un taux de natalité inférieur à la moyenne nationale. La région présente plusieurs indicateurs favorables, notamment une prématurité plus faible qu'au niveau national, des taux de mortinatalité et la mortalité périnatale comparables, ainsi qu'une progression des entretiens prénatal et postnatal précoces, malgré des taux encore inférieurs à ceux observés en France.

Certains indicateurs appellent toutefois une vigilance particulière : la fréquence élevée du surpoids ou de l'obésité avant la grossesse, du tabagisme pendant la grossesse, de l'hypertension chronique, ainsi que la dégradation des indicateurs de santé mentale périnatale et l'augmentation de la précarité socio-économique. Les complications de l'accouchement, en particulier les hémorragies du post-partum, y compris les formes sévères, apparaissent également plus fréquentes qu'au niveau national. Ces constats soulignent l'importance de renforcer les actions de prévention, de suivi et d'accompagnement des femmes, des parents et des nouveau-nés, en tenant compte des spécificités de chaque territoire.

Ces travaux constituent ainsi un appui pour les décideurs publics, les institutions et les professionnels de santé. Ils apportent des éléments d'aide à la décision pour la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies territoriales adaptées. Ce panorama de la santé périnatale vise à accompagner la mise en œuvre d'actions ciblées et adaptées, au service de l'amélioration durable de la santé des femmes et des nouveau-nés à l'échelle régionale.

Esra Morvan

Délégue régionale Centre-Val de Loire

SOMMAIRE

Édito.....	2
Points-clés en Centre-Val de Loire.....	3
Caractéristiques socio-démographiques.....	4
Facteurs de risque et comportementaux.....	8
Grossesse et accouchement.....	12
Naissances vivantes.....	25
Post-partum.....	28
Mortalité.....	35
Prévention et promotion de la santé périnatale.....	45
Méthodologie.....	50

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.

Points-clés en Centre-Val de Loire

- La part des femmes âgées de 35 ans ou plus à l'accouchement a progressé pour atteindre 23,3 % en 2024. À l'inverse, les grossesses « adolescentes » (< 20 ans) ont reculé (1,8 % en 2024).
- Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) ou de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite représentaient en 2024 respectivement 1,4 % et 15,3 % des femmes ayant accouché en Centre-Val de Loire (16,6 % au total), une proportion légèrement inférieure à la moyenne nationale (17,4 %).
- La prévalence du surpoids ou de l'obésité avant la grossesse (41,0 % en 2021) ainsi que celle du diabète préexistant (0,95 % en 2024) sont en hausse dans la région, comme en France entière. Le Centre-Val de Loire figure parmi les régions de France hexagonale présentant les taux les plus élevés.
- Les proportions de femmes fumeuses un an avant leur grossesse (30,3 %), au 3^e trimestre de grossesse (16,3 %) sont plus élevées en Centre-Val de Loire que celles observées en France entière en 2021.
- En 2021, 71,1 % des femmes ont tenté d'allaiter leur bébé, 65,0 % avaient mis en place un allaitement mixte ou exclusif en maternité, et à 2 mois, 51,0 % des enfants avaient un allaitement mixte ou exclusif.
- Les indicateurs de santé mentale périnatale sont défavorables dans la région avec en 2021 des taux supérieurs à la moyenne nationale pour les grossesses non souhaitées ou non planifiées (21,9 % vs 17,1 %), ainsi que des symptômes de dépression (20,2 % vs 16,8 %) et d'anxiété (31,8 % vs 27,5 %) deux mois après l'accouchement.
- 82,6 % des nourrissons sont systématiquement couchés sur le dos deux mois après la naissance, mais 11,6 % sont principalement couchés dans le lit des parents (pratique à risque).
- Les complications de l'accouchement sont plus fréquentes dans la région, avec des taux d'hémorragie du post-partum (9,4 %) et d'hémorragie sévère du post-partum (HPP) (1,45 %) significativement plus élevés qu'en France (7,3 % et 0,92 % respectivement).

Caractéristiques socio-démographiques

NATALITÉ



23 000 naissances en 2024



7 000 naissance en moins en 12 ans



taux de natalité de 8,9 pour 1 000 habitants

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES MERES

23% ont 35 ans ou +
26% en France

1,8% ont 20 ans ou -
1,8% en France

22% étaient nées à l'étranger
26% au niveau national

6/10 niveau d'étude > au Bac

CADRE DE VIE



70 %
emploi pendant la grossesse

68% au national 68%

90%
vivant en couple dans le même logement



17 %
bénéficiaires de la C2S ou A.M.E

17% en France

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques – Centre-Val de Loire

Indicateurs	Source	Centre-Val de Loire	France	p-value
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	22 951	659 731	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	8,9	9,6	***
Caractéristiques démographiques des mères				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	1,8	1,8	
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	23,3	25,8	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	55,6 [50,6 - 60,4]	58,0 [57,1 - 58,9]	
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	22,1	26,2	***
Cadre de vie				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	90,1 [86,8 - 92,8]	90,6 [90,1 - 91,1]	
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	70,4 [65,7 - 74,8]	68,1 [67,3 - 68,9]	
Bon sentiment d'aisance financière ¹ (%)	ENP (2021)	60,0 [55,1 - 64,8]	57,7 [56,8 - 58,6]	
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	16,6	17,4	**
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	1,4	2,5	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	15,3	14,9	

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

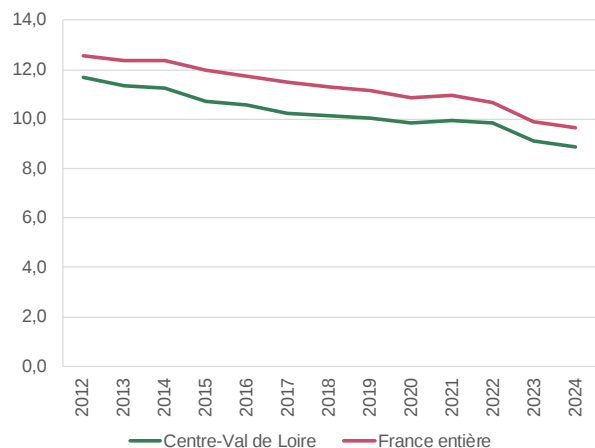
* : p< 0.1 ; ** : p <0.05 ; *** : p <0.001

Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, près de 23 000 naissances ont été enregistrées en 2024 en Centre-Val de Loire, soit un taux de natalité de 8,9 naissances pour 1 000 habitants (8,9 ‰). Ce taux était significativement inférieur au taux de natalité en France (9,6 ‰) et suivait la même évolution à la baisse. Sur la période de 2012 à 2024, le taux de natalité régional est passé de 11,7 ‰ à 8,9 ‰, soit environ 7 000 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 (**Figure 1**).

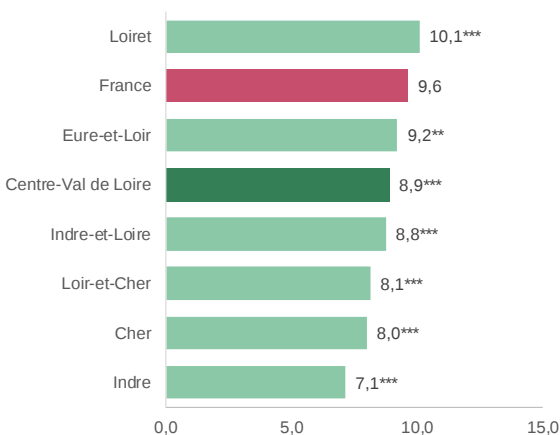
Au niveau départemental, en 2024, les taux de natalité variaient entre 7,1 ‰ dans l'Indre et 10,1 ‰ dans le Loiret, seul département de la région qui se démarquait avec un taux de natalité au-dessus de la moyenne nationale (**Figure 2**).

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



Source : Etat civil

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



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

Caractéristiques démographiques

Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), un peu moins d'un quart des femmes résidant en Centre-Val de Loire et ayant accouché en 2024 (23,3 %) étaient âgées de 35 ans ou plus. Cette proportion est inférieure au niveau national et en constante progression depuis 2012 (**Figure 3**).

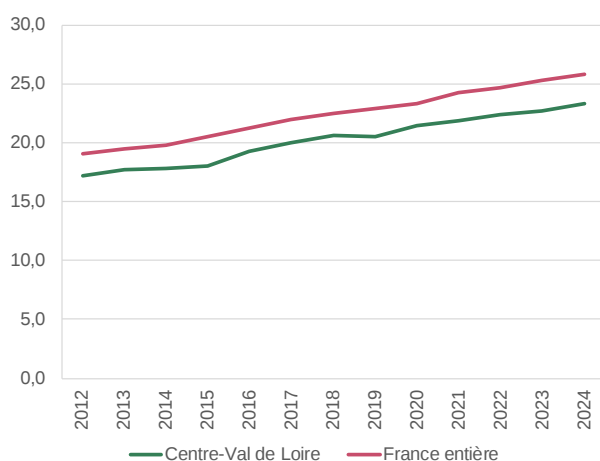
Au niveau départemental, la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus variait entre 20,6 % dans le Loir-et-Cher et 24,5 % en Indre-et-Loire. L'ensemble des départements de la région présentait un taux inférieur à la moyenne nationale (**Figure 4**).

Sur la même période (2012-2024), la part des mères âgées de moins de 20 ans était en diminution, passant de 2,5 % à 1,8 % (**Tableau 1**).

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

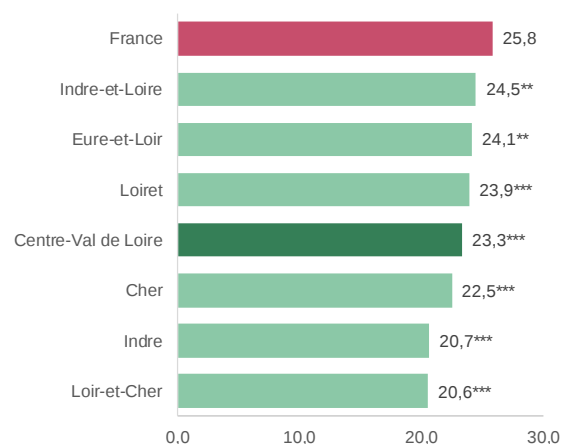
Les événements périnataux défavorables tels que le faible poids à la naissance, la naissance prématurée, les anomalies congénitales et la mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

Figure 3. Evolution de la part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 4. Part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire (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), 55,6 % des femmes ayant accouché en Centre-Val de Loire avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national) (**Tableau 1**). Cette proportion est stable par rapport aux précédentes éditions de l'ENP.

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 22,1 % des femmes accouchant en Centre-Val de Loire étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (**Tableau 1**). En 2018, elles étaient 18,7 %.

Cadre de vie

D'après les données de la dernière ENP de 2021, la situation conjugale des femmes ayant accouché en Centre-Val de Loire était comparable au niveau national.

Une large majorité d'entre elles, 90,1 %, se déclarait en couple, dans le même logement (France = 90,6 %, **Tableau 1**). Cette proportion était stable par rapport à la précédente enquête de 2016 (91,3 %). De plus, la proportion de femmes exerçant une activité professionnelle pendant la grossesse était comparable au niveau national : 70,4 % d'entre elles déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse contre 68,1 % au niveau national.

En 2021, bien que la différence avec le niveau national ne soit pas statistiquement significative, le sentiment d'aisance financière déclaré par les mères en Centre-Val de Loire (60,0 %) était légèrement supérieur à celui observé au niveau national (57,7 %) et figurait parmi les plus élevés des régions françaises.

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.

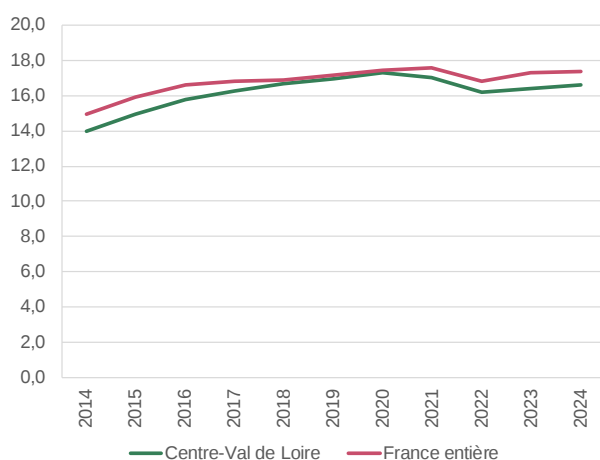
Les indicateurs issus du SNDS concernant l'AME et la C2S gratuite doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs tables sources étant disponibles, leur mobilisation peut varier selon les méthodes de construction des indicateurs. Dans ce bulletin, nous avons retenu les femmes ayant bénéficié de ces dispositifs à tout moment entre le début de la grossesse et deux mois après l'accouchement.

Il est important de noter que l'accès effectif à ces dispositifs dépend de démarches administratives, ce qui peut influencer les disparités observées et leur évolution dans le temps.

En 2024, en Centre-Val de Loire, 16,6 % des femmes ayant accouché étaient en situation de faibles revenus, bénéficiaires soit de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite, soit de l'Aide médicale de l'État (AME). Cette proportion était de 14,0 % en 2014 et est restée chaque année légèrement inférieure au niveau national, y compris en 2024 (France = 17,4 %) (**Figure 5**).

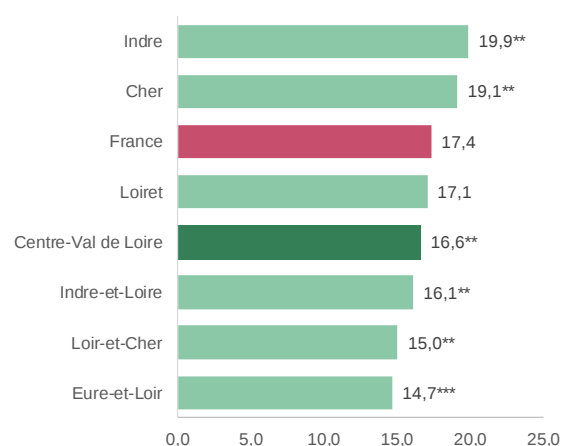
En 2024, elle variait de 14,7 % en Eure-et-Loir à 19,9 % dans l'Indre (**Figure 6**). Après l'Indre, le Cher (19,1 %) présentait le taux le plus élevé de la région.

Figure 5. Evolution de la part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 6. Part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2024



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

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

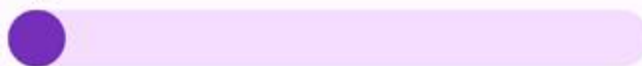
Chez la mère, elle est associée à un accès limité aux soins prénatals, à une alimentation déséquilibrée, à un stress chronique et à une exposition accrue aux facteurs de risque (tabagisme, environnement défavorable), augmentant les complications (hypertension, dépression post-partum). Pour le nourrisson,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

En 2024, 1,4 % des femmes ayant accouché en Centre-Val de Loire bénéficiaient de l'AME, reflétant une situation administrative irrégulière sur le territoire français (2,5 % au niveau national). Cette part a légèrement évolué ces dernières années, elle était de 0,9 % en 2014. Concernant la C2S gratuite (ex-CMU-C), la proportion de femmes bénéficiaires en Centre-Val de Loire était de 15,3 % en 2024, comparable au niveau national (14,9 %) et en augmentation ces dernières années (13,1 % en 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 € pour une personne seule en 2014 à 10 166 € pour une personne seule en 2024 (**Tableau 1**).

Facteurs de risque et comportementaux

TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ

6,8% avaient suivi un traitement contre l'infertilité.



FACTEUR DE RISQUE



4/10

**surpoids -
obésité avant
la grossesse**



+12 pts en 11 ans



1%

**diabète en
pré-grossesse**

tendance similaire au niveau
national



x 2 en 12 ans



2%

**prévalence HTA
pendant la
grossesse**

plus élevée
en Centre-Val de Loire qu'en France
entière



TABAGISME



30%

Fumeuses 1 an
avant la
grossesse



16%

Au 3^{ème} trimestre
de grossesse



19%

A 2 mois post-
partum

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux – Centre-Val de Loire

Indicateurs	Source	Centre-Val de Loire	France	p-value
Traitement de l'infertilité				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	6,8 [4,6 - 9,7]	6,5 [6,0 - 6,9]	
Facteur de risque				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	41,0 [36,2 - 46,0]	37,9 [37,0 - 38,7]	
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	0,95	0,92	
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	1,81	1,63	**
Tabagisme				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	30,3 [25,9 - 35,0]	26,8 [26,0 - 27,6]	*
Fumeuses au 3 ^e trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	16,3 [12,8 - 20,2]	11,8 [11,3 - 12,4]	**
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	18,8 [13,9 - 24,5]	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, 6,8 % des femmes ayant accouché dans la région déclaraient avoir eu recours à un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), taux proche de celui observé en France entière (6,5 %) (**Tableau 2**).

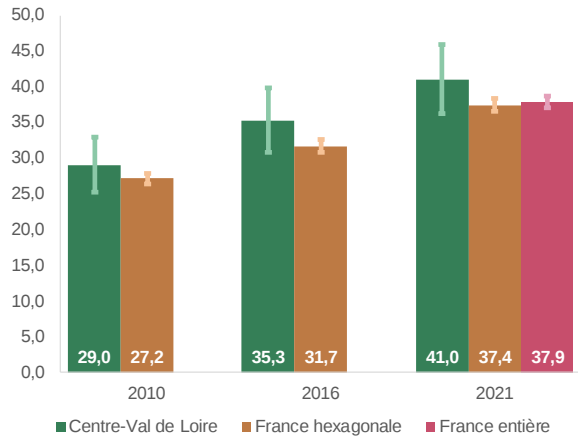
Facteurs de risque

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 Centre-Val de Loire, passant de 29,0 % à 41,0 %, la même tendance était observée en France hexagonale. En 2021, la région Centre-Val de Loire présentait l'un des taux les plus élevés de France hexagonale (**Figure 7, Carte 1**).

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

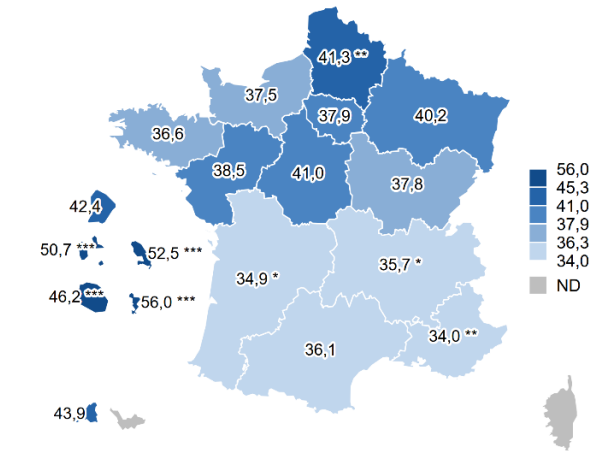
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour le 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 Centre-Val de Loire, 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



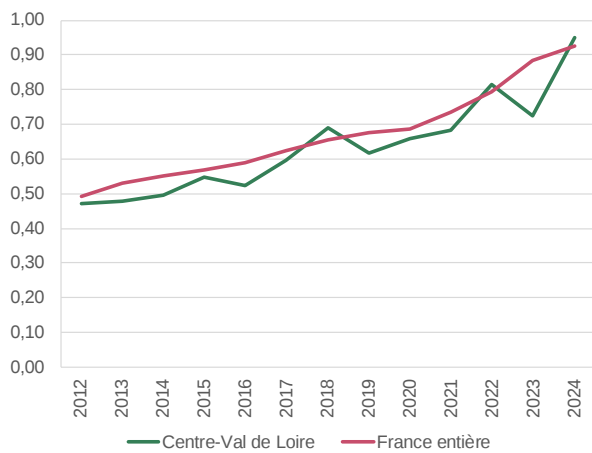
Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ND = non disponible

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a doublé en 12 ans en Centre-Val de Loire, passant de 0,47 % en 2012 à 0,95 % en 2024, avec une augmentation plus importante observée

entre 2023 et 2024. Cette même tendance était observée en France entière (0,92 % en 2024), avec une hausse accélérée depuis 2020 (**Figure 8**).

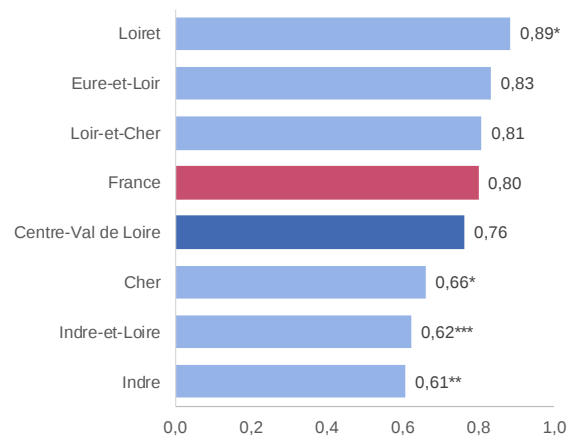
Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 0,61 % dans l'Indre et 0,89 % dans le Loiret (**Figure 9**).

Figure 8. Evolution de la part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 9. Part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



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

Après une diminution observée entre 2015 et 2017, la prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique a légèrement progressé depuis (de 1,46 % en 2015 à 1,81 % en 2024). En 2024, la prévalence était significativement plus élevée en Centre-Val de Loire qu'en France entière (1,63 %) (**Figure 10**).

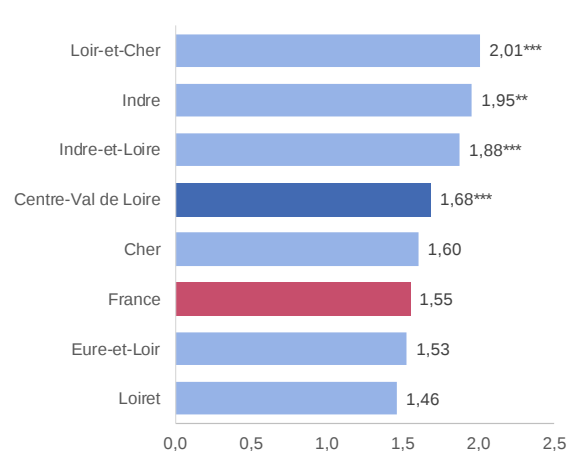
Au niveau départemental sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 1,46 % dans le Loiret et 2,01 % dans le Loir-et-Cher (**Figure 11**).

Figure 10. Evolution de la part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 11. Part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



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

Grossesse et accouchement

SUIVI DE LA GROSSESSE

56,2% ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE

62,1% en France

PRÉVENTION

Vaccination



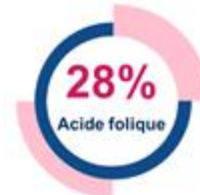
En 2026, quatre vaccins recommandés : coqueluche, grippe, Covid-19 et bronchiolite

Hygiène



en prévention de l'infection Cytomégalovirus

Prévention anomalies du tube neural



prise **avant la grossesse**.
une prescription systématique est recommandée

PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE

Diabète gestationnel

14%



x 2 en 12 ans



2,2% au niveau national



plus faible que taux national

Prééclampsie

2,3%

plus faible que prévalence France (2,5%)

SANTÉ MENTALE

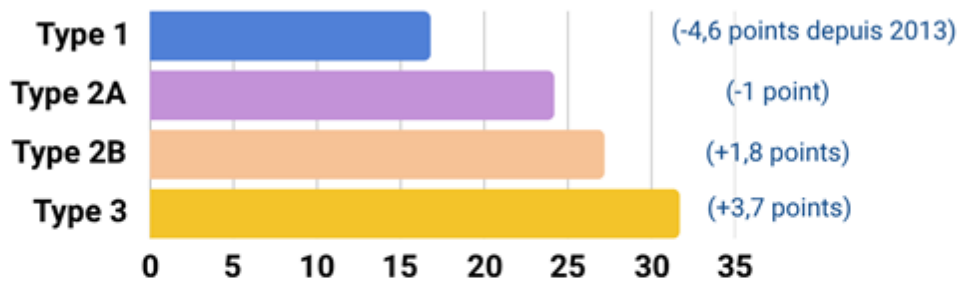
22%

déclaraient **qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas l'être**

13%

déclaraient **mal vivre psychologiquement leur grossesse**

LIEU D'ACCOUCHEMENT



1/5 dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements/an



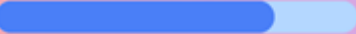
En 2021, en Centre-Val de Loire 1/10 femmes a un temps de trajet >45 minutes pour atteindre la maternité

MODES ET PRATIQUES D'ACCOUCHEMENT

22% CÉSARIENNE



78% VOIE BASSE



69,3% VBNI (voie basse non instrumentale)

3,5% ÷ 6 en 12 ans



**Episiotomie
sur VBNI**

+ fréquente chez primipares (7,7%)
vs multipares (1,3%)

COMPLICATIONS

Hémorragies du post-partum (HPP)



national : 7,3%



en augmentation mais peut refléter
de meilleur codage et détection



**Déchirures
sévères**

0,9% x 2 en 12 ans

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement – Centre-Val de Loire

Indicateurs	Source	Centre-Val de Loire	France	p-value
Suivi de la grossesse				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	81,8 [74,9 - 87,4]	79,5 [78,3 - 80,6]	
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	33,2 [27,4 - 39,4]	34,4 [33,3 - 35,6]	
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	56,2	62,1	***
Prévention				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	27,8 [23,5 - 32,4]	27,2 [26,4 - 28,1]	
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalo virus (CMV) (%)	ENP (2021)	12,4 [9,4 - 16,0]	15,7 [15,1 - 16,4]	*
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	46,4 [41,5 - 51,3]	56,4 [55,6 - 57,3]	***
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	27,4 [23,2 - 32,0]	29,0 [28,2 - 29,8]	
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	64,4 [57,8 - 70,7]	66,7 [65,5 - 68,0]	
Pathologies de la grossesse				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	64,1 [59,2 - 68,7]	64,1 [63,2 - 64,9]	
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	88,9	89,6	**
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	14,3	15,0	**
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	5,1	5,5	**
HTA gestationnelle (%)	SNDS (2024)	1,8	2,2	***
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	2,3	2,5	**
Santé mentale				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée ¹ (%)	ENP (2021)	21,9 [18,0 - 26,2]	17,1 [16,5 - 17,8]	**
Mauvais vécu de la grossesse ² (%)	ENP (2021)	13,1 [10,0 - 16,7]	12,5 [11,9 - 13,1]	
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	34,1 [29,5 - 38,9]	31,9 [31,1 - 32,8]	
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	7,3 [5,0 - 10,3]	8,8 [8,3 - 9,3]	
Lieu d'accouchement				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	16,8	16,1	**
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	24,2	28,4	***
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	27,2	24,3	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	31,7	31,2	*
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	19,2	19,2	
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	9,1 [6,4 - 12,5]	7,7 [7,2 - 8,2]	
Mode d'accouchement				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	22,0	22,0	
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	7,5	7,0	**
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	78,0	78,0	
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	69,3	66,9	***
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	3,5	2,8	***
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	7,7	5,5	***
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	1,3	1,1	**
Complications				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	9,4	7,3	***
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	1,45	0,92	***
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	0,91	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

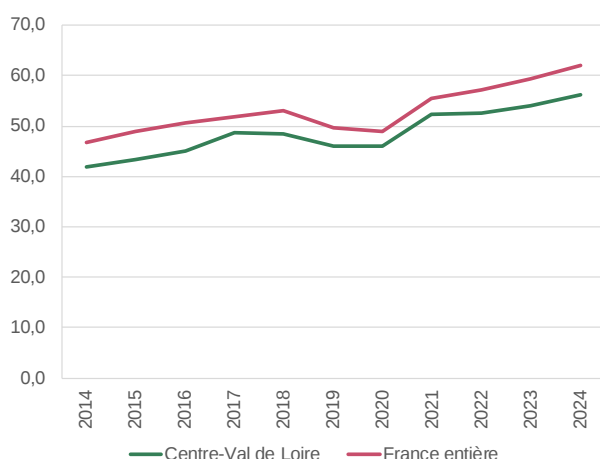
Un suivi de grossesse régulier et de qualité, incluant des temps dédiés comme l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et la préparation à la naissance, constitue un levier important pour réduire les risques maternels et néonataux.

En 2024, selon les données du SNDS, 56,2 % des femmes ayant accouché en Centre-Val de Loire ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP). Ce niveau plaçait la région parmi celles présentant des taux significativement inférieurs à la moyenne nationale (62,1 %). Ces faibles taux observés dans la région et dans certains de ses départements pourraient s'expliquer, au moins en partie, par une offre de soins moins dense, notamment en raison d'une moindre disponibilité des sages-femmes. Cependant, la réalisation de l'EPP a augmenté de plus de 14 points depuis 2014 (41,8 %) (**Figure 13**).

Au niveau départemental en 2024, l'écart entre les départements était important, variant de 39,4 % dans le Cher à 67,8 % dans l'Indre-et-Loire (**Figure 14**).

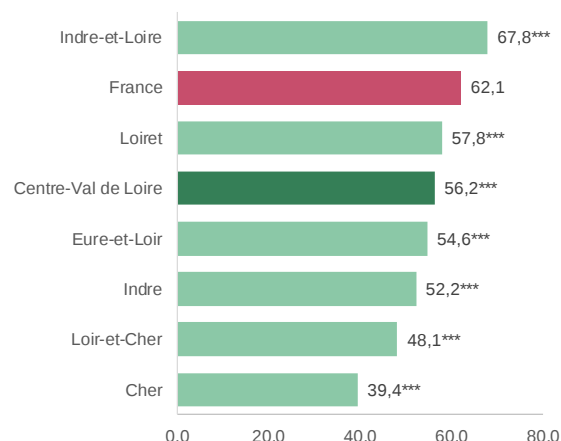
Il existe un écart important entre les données autodéclarées de l'ENP 2021 et celles du SNDS. En Centre-Val de Loire, 35,6 % des femmes déclaraient avoir bénéficié d'un EPP dans l'ENP (données non présentées), contre 52,4 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'EPP par certaines femmes ainsi que par des différences de codage dans le SNDS.

Figure 13. Evolution de la part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 14. Part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire (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 81,8 % des cas contre 33,2 % parmi les multipares. Le suivi des cours de préparation était comparable en Centre-Val de Loire et au niveau national où ces proportions atteignaient respectivement 79,5 % et 34,4 % (**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, 27,8 % des femmes en Centre-Val de Loire déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Si ce chiffre a progressé par rapport à 2016 (21,5 %), il demeurerait faible au regard des recommandations actuelles, comme au niveau national. Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle (**Tableau 3**).

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

En 2021, seulement 12,4 % des femmes en Centre-Val de Loire déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une proportion plus faible que 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 fœtus 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 Centre-Val de Loire, la vaccination grippale était proposée à 46,4 % des femmes enceintes (proportion inférieure à la moyenne nationale), et seulement 27,4 % des femmes ont effectivement été vaccinées, suggérant un décalage entre la proposition et l'adhésion (**Tableau 3**).

La proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années était plus élevée : 64,4 %, ce qui témoigne d'une meilleure intégration de cette recommandation. Cette proportion était comparable à celle de France entière (**Tableau 3**).

Pathologies de la grossesse

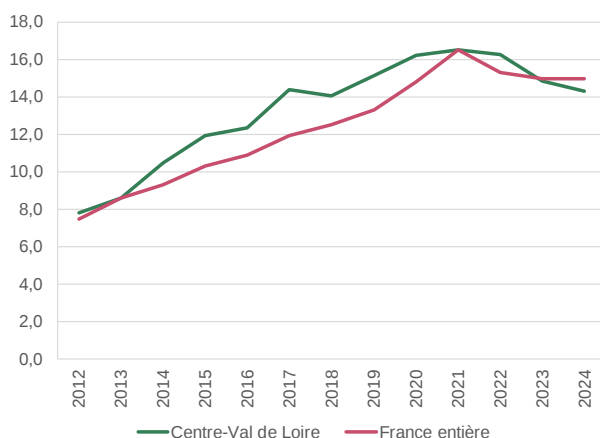
En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis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

En 2021, selon les données de l'ENP, 64,1 % des femmes ayant accouché en Centre-Val de Loire répondaient à ces critères de risque (cf. encadré ci-dessus). Cependant, selon les données du SNDS, en 2024, près de 9 femmes sur 10 (88,9 %) ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel au cours de la grossesse, soit un pourcentage proche d'un dépistage universel plutôt que d'un dépistage ciblé sur les facteurs de risque (**Tableau 3**). Ce taux était proche de la moyenne en France hexagonale (89,6 %) et a peu évolué au cours du temps (86,5 % en 2012).

Entre 2012 et 2020, la prévalence du diabète gestationnel a plus que doublé en Centre-Val de Loire, passant de 6,5 % à 16,2 %, avant de se stabiliser à partir de 2021 (**Figure 15**). Cette même évolution défavorable était observée dans le reste de la France. La stabilisation observée à partir de 2021 pourrait être liée, au moins en partie, à l'augmentation de la proportion de femmes en surpoids ou obèses avant la conception. Cette évolution pourrait contribuer à une hausse du nombre de cas de diabète préexistant et, par conséquent, à un diagnostic plus précoce du diabète.

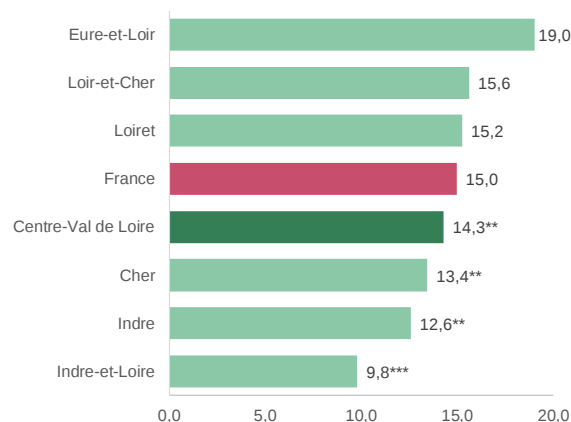
En 2024, la prévalence du diabète gestationnel en Centre-Val de Loire (14,3 %) était significativement plus faible qu'au niveau national (15,0 %). Le niveau régional masquait toutefois des contrastes importants entre départements, avec une prévalence du diabète gestationnel variant de 9,8 % en Indre-et-Loire à 19,0 % dans l'Eure-et-Loir (**Figure 16**).

Figure 15. Evolution de la part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 16. Part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2024



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

En 2024, 5,1 % des accouchements en Centre-Val de Loire étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), versus 5,0 % en 2019. Une évolution similaire était observée en France entière (**Figure 17**).

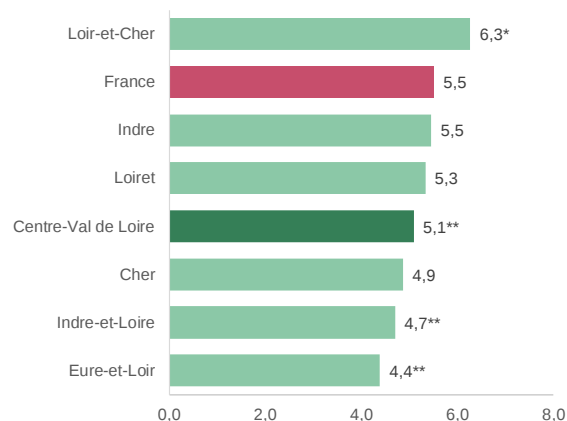
En 2024, ces troubles présentaient d'importantes disparités territoriales selon les départements. Le taux le plus faible était observé en Eure-et-Loir (4,4 %), tandis que le Loir-et-Cher enregistrait le taux le plus élevé (6,3 %). Sur l'ensemble de la période 2020-2024, ces deux départements se distinguaient également par les taux respectivement les plus faibles et les plus élevés. La part des accouchements en Centre-Val de Loire associés à un désordre hypertensif restait globalement proche du niveau constaté en France (**Figure 18**).

Figure 17. Evolution de la part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2019-2024



Source : SNDS

Figure 18. Part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2024



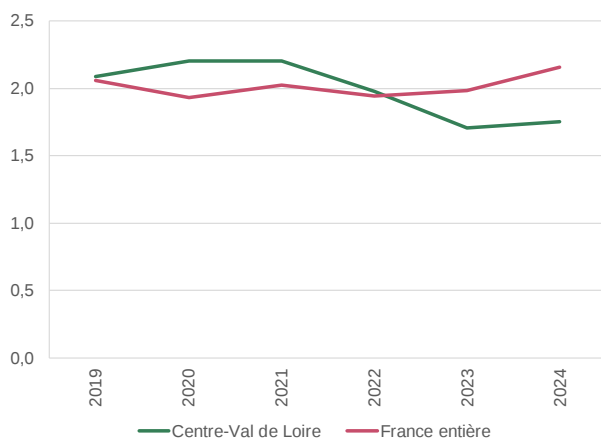
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

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

En 2024, la part des femmes en Centre-Val de Loire présentant une HTA gestationnelle (1,8 %) restait inférieure au niveau national (2,2 %). Néanmoins, depuis 2021 une légère diminution est observée contrairement à la dynamique observée en France entière (**Figure 19**).

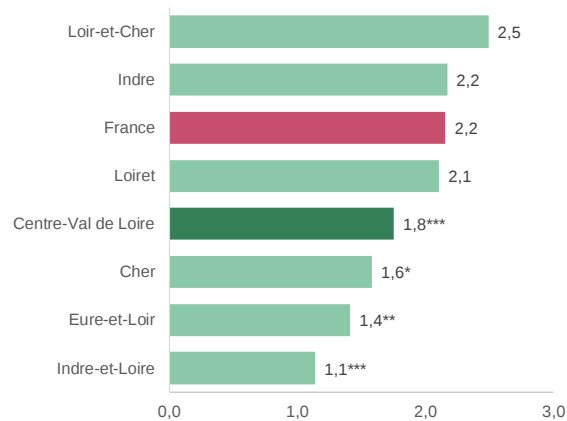
A l'échelle départementale, le Loir-et-Cher présentait la prévalence d'une HTA gestationnelle la plus élevée (2,5 %) (**Figure 20**).

Figure 19. Evolution de la part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2019-2024



Source : SNDS

Figure 20. Part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2024

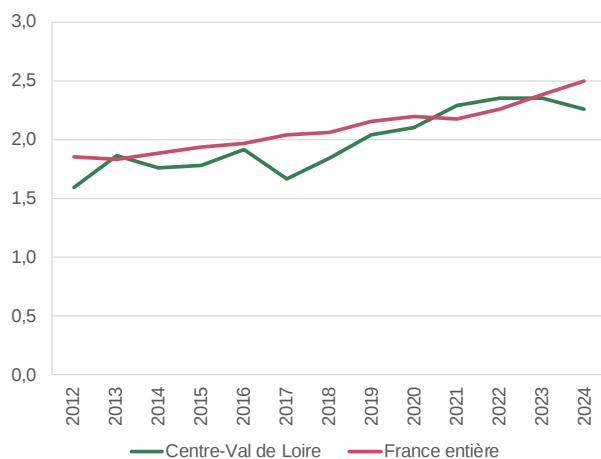


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20^e semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter modérément entre 2017 (1,7 %) et 2024 (2,3 %) (**Figure 21**).

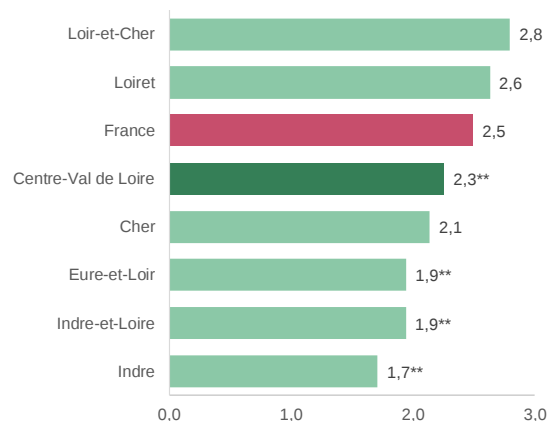
Le département du Loir-et-Cher présentait la prévalence la plus élevée (2,8 %) de la région (**Figure 22**).

Figure 21. Evolution de la part des femmes avec une prééclampsie associée à une HTA (en %), selon le lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 22. Part des femmes avec prééclampsie associée à une HTA (en %), selon le lieu de domicile, France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2024



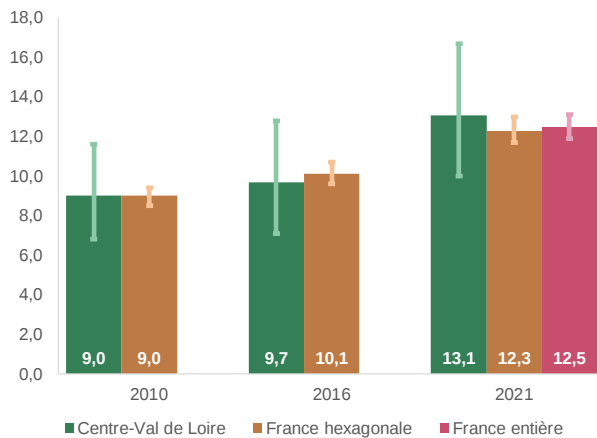
Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Santé mentale

En 2021, 21,9 % des femmes en Centre-Val de Loire déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes, un résultat supérieur à celui de la France entière (17,1 %) et le plus élevé parmi les régions de France hexagonale, pouvant traduire une moins bonne adhésion à la contraception. Cette part a évolué à la hausse avec une augmentation de 6 points entre 2010 et 2021 (**Tableau 3**).

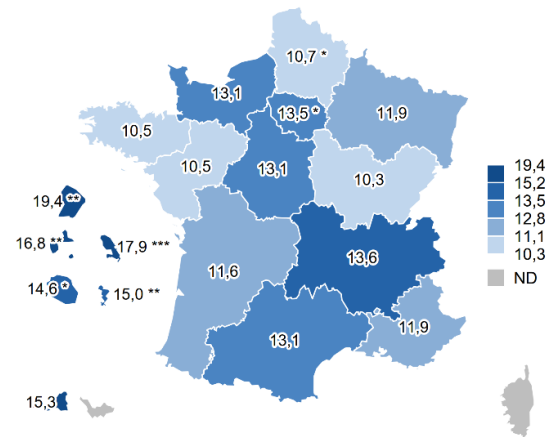
Toujours en 2021, 13,1 % des femmes en Centre-Val de Loire déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse. Depuis 2010, ce sentiment d'un mauvais vécu psychologique de la grossesse a progressé de 4 points en Centre-Val de Loire pour passer de 9,0 % en 2010 à 13,1 % en 2021 soit une dynamique plus rapide par rapport à la France hexagonale (**Figure 23, Carte 3**).

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 Centre-Val de Loire, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

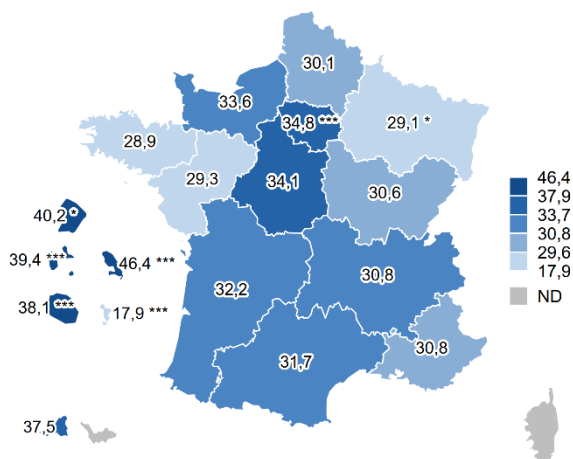
Carte 3. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

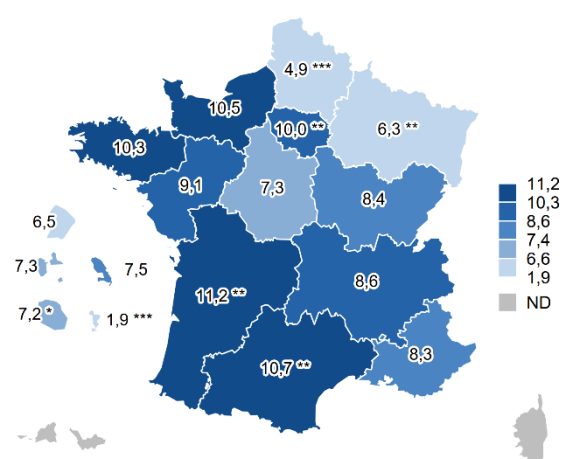
En 2021, plus d'une femme sur trois en Centre-Val de Loire (34,1 %) déclaraient un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse soit un résultat parmi les plus élevés de France hexagonale (31,9 %) (**Carte 4**). En parallèle, 7,3 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques soit un recours comparable à celui de la France entière (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

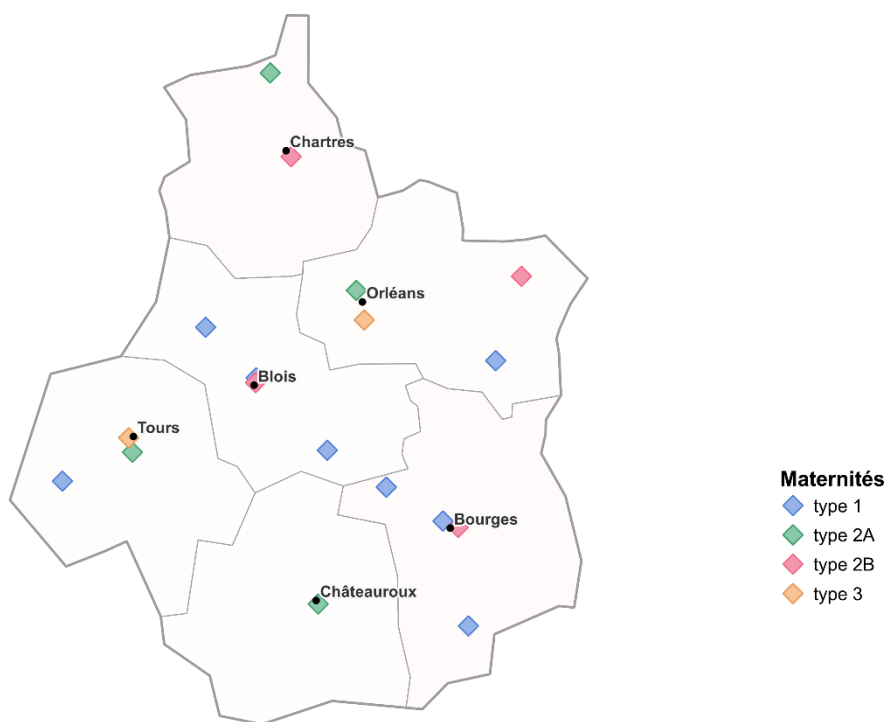
Lieu d'accouchement

Type de maternités

Depuis des décrets de périnatalité de 1998, les maternités sont classées en 4 types 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 Centre-Val de Loire, selon le type, au 31 décembre 2024



Source : DREES

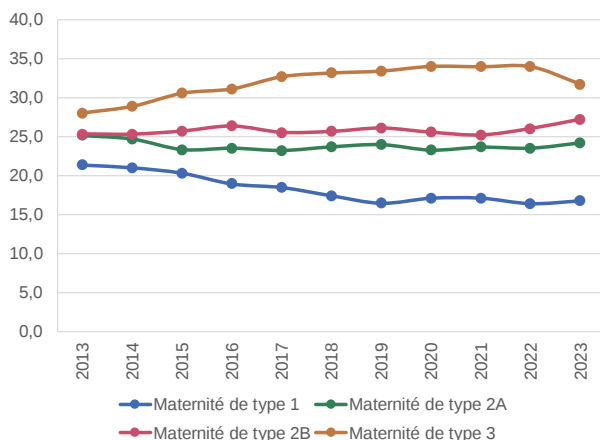
Réduction du nombre de maternités

Entre 2013 et 2023, le nombre de maternités en France hexagonale a diminué, passant de 514 à 443 établissements [2]

En 2023, la répartition des accouchements selon le type de maternité était la suivante chez les femmes résidant en Centre-Val de Loire : 16,8 % en type 1, 24,2 % en type 2A, 27,2 % en type 2B et 31,7 % en type 3. La part des accouchements en maternités de type 1 a diminué (-4,6 points depuis 2013), tandis que celle des maternités de type 3 a augmenté (+3,7 points). Les parts des accouchements en maternités de type 2A et 2B sont, quant à elles, restées stables. (**Figure 24**).

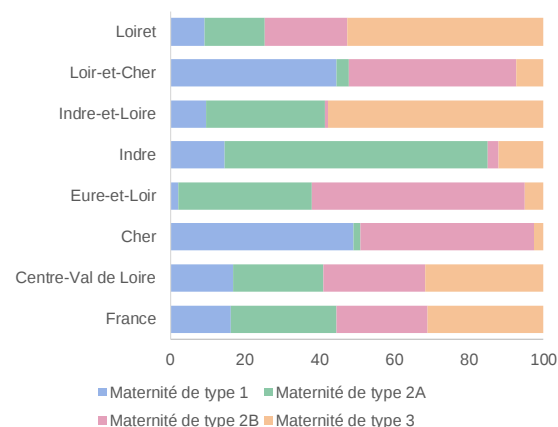
La région Centre-Val de Loire affichait des proportions d'accouchements en maternités de type 2A inférieures à la moyenne nationale (28,4 %) (**Figure 25**).

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



Source : SNDS

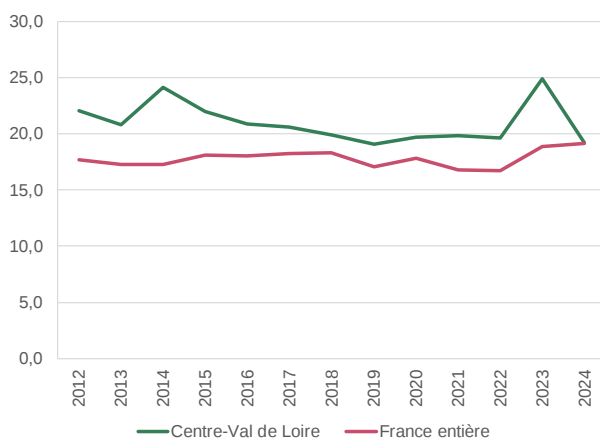
Figure 25. Part d'accouchements domiciliés par type de maternité (en %), France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2023



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

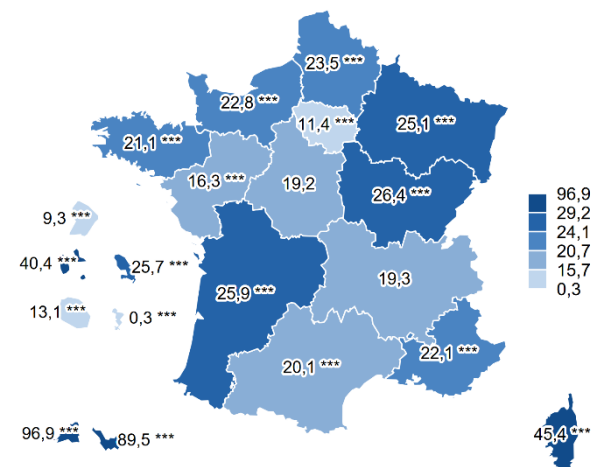
En 2024 en Centre-Val de Loire, près d'un accouchement sur cinq (19,2 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an, un chiffre stable depuis 2016 (**Figure 26**). Malgré la fermeture de nombreuses petites structures, cette proportion reste inchangée, ce qui pourrait s'expliquer, en partie, par la baisse de la natalité, conduisant certaines maternités de taille intermédiaire à passer sous le seuil des 1 000 accouchements annuels. Dans l'Hexagone, cette proportion variait de 11,4 % en Île-de-France à 45,4 % en Corse, et de 0,3 % à Mayotte à 96,9 % à Saint-Martin (**Carte 7**).

Figure 26. Evolution de la part des accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), domiciliés en France entière et en Centre-Val de Loire, 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 Centre-Val de Loire, près d'une femme sur 10 (9,1 %) déclarait avoir eu un temps de trajet d'au moins 45 minutes pour atteindre la maternité (**Tableau 3**).

Dans l'Hexagone (hors Corse), cette proportion variait significativement de 4,5 % en Hauts-de-France à 14,3 % en Bourgogne-Franche-Comté. Dans les DROM, elle variait de 8,7 % à la Réunion à 12,9 % en Guadeloupe.

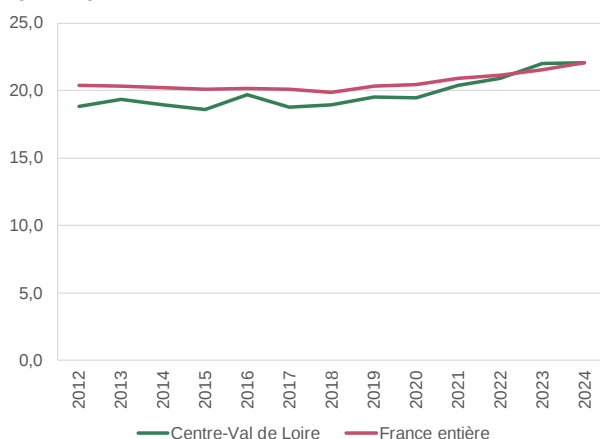
Mode d'accouchement

En Centre-Val de Loire entre 2012 et 2024, la part des césariennes a augmenté pour passer de 18,8 % à 22,0 % (**Figure 27**). En 2024, la proportion de césariennes en Centre-Val de Loire était comparable à celui de France entière (22,0 %).

Cette hausse récente résulte notamment de l'augmentation des césariennes non programmées et des césariennes programmées (**Tableau 3**) : entre 2012 et 2024, la part des césariennes programmées parmi l'ensemble des accouchements a augmenté de près d'un point.

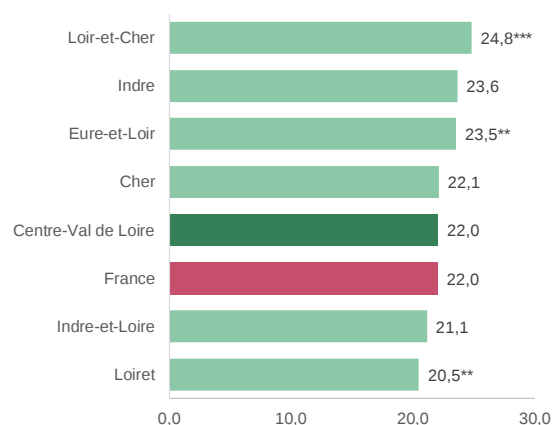
En 2024, au niveau départemental (**Figure 28**), la part des césariennes variait de 20,5 % pour les femmes ayant accouché et résidant dans le Loiret à 24,8 % pour le Loir-et-Cher. Ces écarts peuvent refléter en partie l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements [3].

Figure 27. Evolution de la part des césariennes (en %), selon le lieu de domicile de la mère, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 28. Part des césariennes (en %), selon le lieu de domicile de la mère, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2024



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

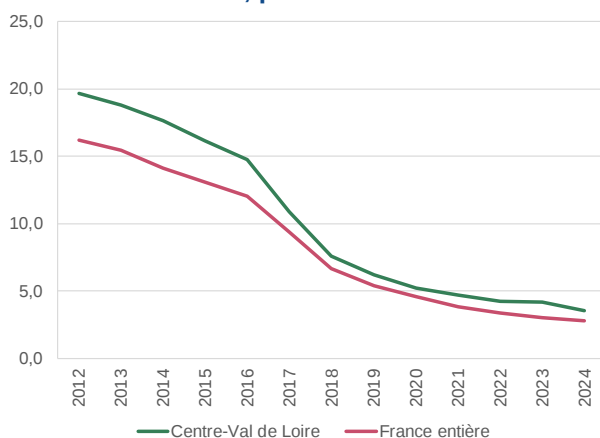
La pratique de l'épisiotomie (section de la muqueuse vaginale et des muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter le passage de l'enfant lors de l'accouchement) a beaucoup diminué depuis 2012 en Centre-Val de Loire suivant la même dynamique que la France entière.

En effet, 19,7 % ($n \approx 4\,200$) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 3,5 % ($n \approx 500$) en 2024 (**Figure 29**). La diminution la plus marquée a été observée entre 2016 et 2019.

En 2024, la proportion d'épisiotomie parmi les accouchements VBNI était plus faible dans le département du Loiret (2,6 %) et elle était la plus élevée dans l'Indre (7,2 %). Toutefois, ce dernier résultat doit être interprété avec prudence, dans la mesure où le département de l'Indre ne compte qu'une seule maternité, dont l'activité représente une part importante des accouchements des femmes résidant dans ce département (**Figure 30**).

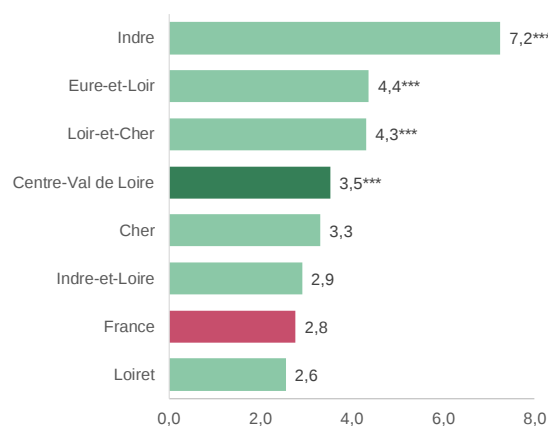
Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie sur VBNI et sur VBI (non présenté ici) et taux de déchirure sévère à partir des données régionales. Les pratiques de repérage et de codage des déchirures sévères pourraient varier selon les établissements de santé, entraînant une hétérogénéité importante entre eux.

Figure 29. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), selon le lieu de domicile de la mère, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 30. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), selon le lieu de domicile de la mère, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2024



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

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 7,7 % des primipares ayant accouché par voie basse non instrumentale avaient eu une épisiotomie, versus 1,3 % chez les multipares ayant accouché par voie basse non instrumentale (**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, a 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.

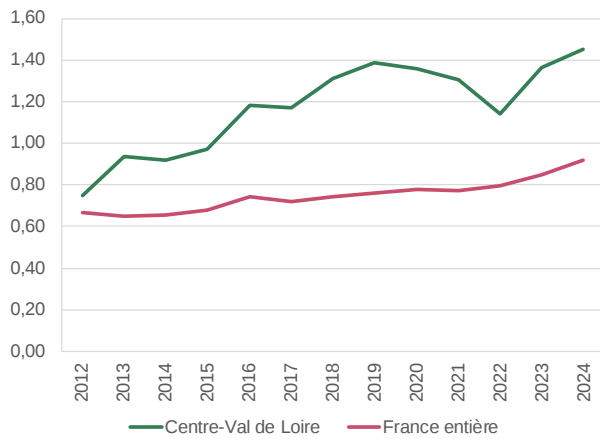
En Centre-Val de Loire, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du post-partum (HPP) était estimée à 9,4 %, supérieure au niveau national (7,3 %) et parmi les plus élevés de France entière en 2024, avec une augmentation plus marquée depuis 2022. Cette hausse doit cependant être interprétée avec prudence, car elle pourrait refléter une amélioration de la détection et du codage hospitalier plutôt qu'une augmentation réelle de l'incidence (**Tableau 3**).

En Centre-Val de Loire, l'HPP sévère (HPP associée à un acte d'embolisation, de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomie totale ou subtotale, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs, ou de soins continus) est passée de 0,8 % en 2022 à 1,4 % en 2024 (**Figure 31**).

Sur la période 2020-2024, ce taux variait à l'échelle départementale de 0,60 % en Eure-et-Loir à un maximum de 2,50 % en Indre-et-Loire. Trois départements (Indre-et-Loire, Loiret et Loir-et-Cher) ainsi que la région dépassaient significativement la moyenne nationale (**Figure 32**). Les taux élevés d'HPP et d'HPP sévères observés, notamment en Indre-et-Loire, pourraient s'expliquer, au moins

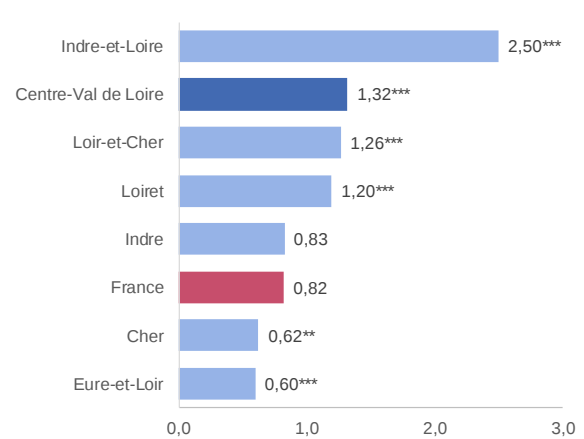
en partie par l'utilisation de méthodes de quantification des pertes sanguines particulièrement précises dans les maternités de ce territoire.

Figure 31. Evolution de la part des hémorragies du post-partum sévères (en %), selon le lieu de domicile de la mère, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 32. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %), selon le lieu de domicile de la mère, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



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

Le taux de déchirures périnéales sévères (3^e et 4^e degrés) était de 0,5 % en 2012 et de 0,9 % en 2024 (+ 0,4 points) (**Figure 33**).

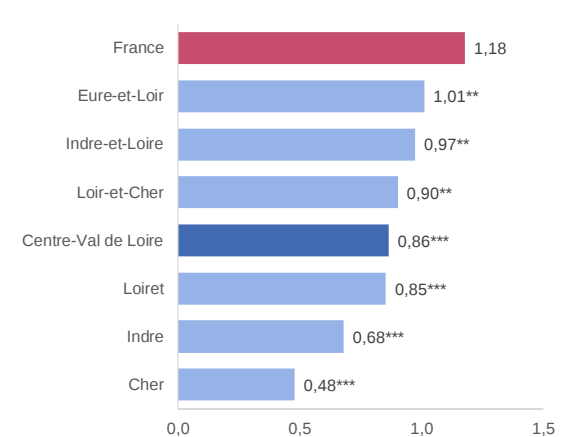
Sur la période 2020-2024, cette proportion variait selon les départements de 0,48 % dans le Cher à 1,01 % dans l'Eure-et-Loir (**Figure 34**). Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie et taux de déchirure sévère à partir des données régionales.

Figure 33. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), selon le lieu de domicile de la mère, France entière et Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

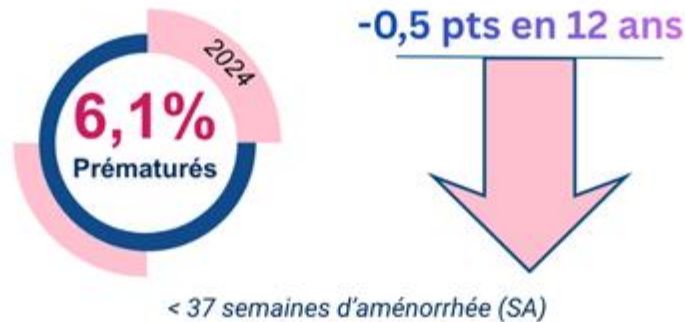
Figure 34. Part des déchirures sévères (en %), selon le lieu de domicile de la mère, France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



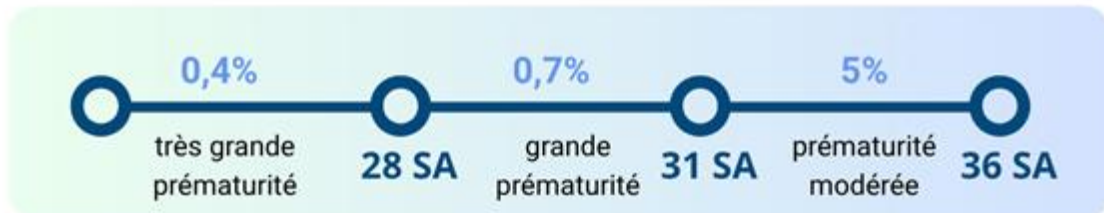
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Naissances vivantes

PRÉMATURITÉ



En 2024, taux en Centre-Val de Loire < au taux national



AUTRES MARQUEURS DE RISQUE



Tableau 4. Naissances vivantes – Centre-Val de Loire

Indicateurs	Source	Centre-Val de Loire	France	p-value
Prématurité selon l'âge gestationnel				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	6,1	6,7	***
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	0,37	0,43	
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	0,70	0,70	
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	5,00	5,56	***
Autres marqueurs de risque				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	2,8	3,0	**
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	7,1	7,4	*
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	10,3	9,6	***
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	8,8	8,8	
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	11,3 [8,5 - 14,7]	11,5 [11,0 - 12,0]	

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

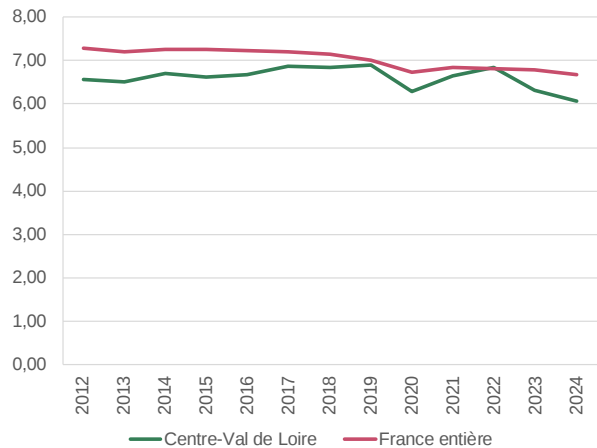
Prématurité selon l'âge gestationnel

La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

De plus, les enfants nés avant 32 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 : l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, le tabagisme, les infections, l'âge maternel (âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans), l'assistance médicale à la procréation (AMP), les grossesses multiples, ainsi que les grossesses trop rapprochées.

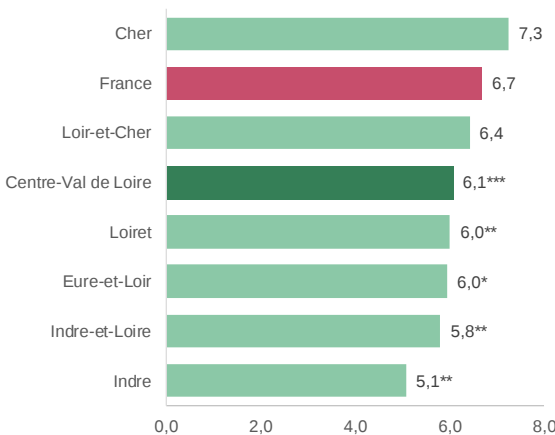
En Centre-Val de Loire, 6,1 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 6,6 % en 2012 (**Figure 35**). Une tendance similaire était observée en France entière, où le taux atteignait 6,7 % en 2024. Au niveau départemental, le taux de prématurité variait de 5,1 % dans l'Indre à 7,3 % dans le Cher en 2024 (**Figure 36**).

Figure 35. Evolution de la part des naissances prématurées (en %) parmi les accouchements domiciliés en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 36. Part des naissances prématurées (en %) parmi les accouchements domiciliés en France entière et Centre-Val de Loire (région et départements), 2024



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

En 2024, la région Centre-Val de Loire affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) et de grande prématurité ([28-31] SA) (respectivement 0,37 % et 0,70 %) comparables aux taux nationaux (respectivement 0,43 % et 0,70 %), tandis que la prématurité modérée (5,0 %) était significativement inférieure au taux national (5,6 %) (**Tableau 4**).

Autres marqueurs de risque

En Centre-Val de Loire, 2,8 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une grossesse multiple en 2024, proportion comparable à celle observée en France entière (3,0 %) **(Tableau 4)**.

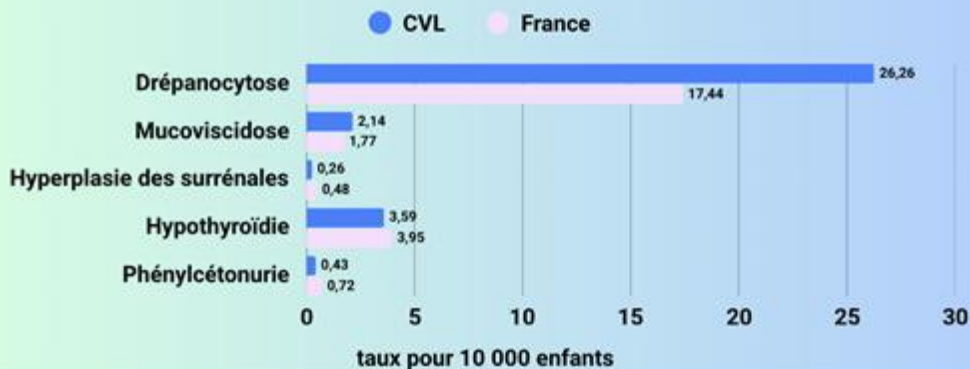
En 2024, les naissances vivantes de faible poids (< 2 500 g) représentaient 7,1 % des naissances vivantes en Centre-Val de Loire, contre 7,4 % en France entière.

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10^e percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] représentaient 10,3 % des naissances vivantes et les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG), définis par le 90^e percentile, représentaient 8,8 % des naissances vivantes. **(Tableau 4)**.

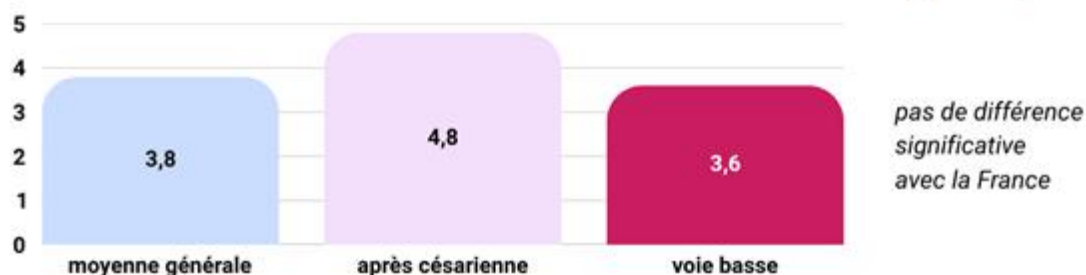
Selon les données de l'ENP 2021, 11,3 % des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en Centre-Val de Loire (taux de 11,5 % en France entière) **(Tableau 4)**.

Post-partum

DÉPISTAGE BIOLOGIQUE NÉONATAL



DURÉE DE SÉJOUR EN SUITE DE COUCHES (jours)



ALLAITEMENT



Durée médiane de l'allaitement global a progressé de 15 à 20 semaines (Enquête EPIFANE 2012- 2021)

COUCHAGE

Recommandations =

Couchage systématique sur le dos / Lit séparé dans la chambre parentale les 6 premiers mois



RETOUR A DOMICILE

8/10

ont reçu au moins une visite à domicile après la maternité

Sage-femme : 66 %

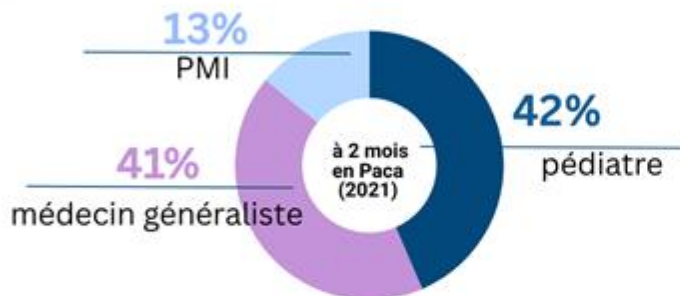
Puéricultrice : 28 %



+4 pts en 1 an

Entretien Post-Natal Précoce

EXAMENS DE SUIVI MÉDICAL DE L'ENFANT



20 examens

gratuits de 0 à 16 ans

10 avant 1 an

ENGAGEMENT DU PARTENAIRE / CO-PARENT

62% des partenaires ont pris un congé dans les 2 mois

SANTÉ MENTALE A 2 MOIS DU POST PARTUM



Le suicide = première cause de mortalité maternelle (source ENCMM).

Échelle d'Édimbourg (EPDS) : Outil validé pour évaluer le risque de dépression post-partum.

Intégrée dans l'ENP 2021 pour la première fois en France.



**symptômes de dépression
à 2 mois post-partum**

16,8% au niveau national



**anxiété périnatale à 2
mois post-partum**

27,5% au niveau national

Tableau 5. Indicateurs post-partum – Centre-Val de Loire

Indicateurs	Source	Centre-Val de Loire	France	p-value
Dépistage biologique néonatal				
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)	6,9	6,3	
Incidence des maladies dépistées				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,43	0,72	
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	3,59	3,95	
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,26	0,48	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	26,26	17,44	***
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	2,14	1,77	
Durée de séjour en suites de couches				
Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuits)	SNDS (2024)	3,8	3,8	-
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	4,8	4,8	-
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	3,6	3,6	-
Alimentation du nourrisson et allaitement				
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	71,1 [66,4 - 75,6]	77,1 [76,3 - 77,9]	**
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	65,0 [60,2 - 69,7]	70,5 [69,7 - 71,3]	**
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	51,0 [44,5 - 57,5]	54,6 [53,4 - 55,9]	
Couchage à 2 mois				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	82,6 [77,3 - 87,1]	79,2 [78,1 - 80,3]	
Lieu de couchage				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	65,7 [59,2 - 71,8]	70,5 [69,3 - 71,6]	
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	20,0 [15,3 - 25,4]	15,2 [14,3 - 16,0]	**
Lit des parents (%)	ENP (2021)	11,6 [7,3 - 17,2]	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)	79,4 [73,7 - 84,3]	84,2 [83,1 - 85,1]	**
Sage-femme (%)	ENP (2021)	65,6 [59,1 - 71,7]	79,3 [78,2 - 80,4]	***
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	27,8 [22,1 - 34,0]	19,2 [18,2 - 20,3]	***
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	22,1	24,9	***
Suivi médical du nourrisson				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	41,6 [35,4 - 48,0]	43,2 [41,9 - 44,4]	
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	40,5 [34,2 - 47,0]	42,1 [40,8 - 43,3]	
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	13,4 [8,8 - 19,2]	12,3 [11,4 - 13,3]	
Engagement du partenaire				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	62,2 [55,8 - 68,3]	59,8 [58,6 - 61,1]	
Santé mentale post-partum				
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	20,2 [15,1 - 26,2]	16,8 [15,9 - 17,8]	
Anxiété (%)	ENP (2021)	31,8 [26,1 - 37,9]	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 dépister 13 maladies dans le but de mettre en place une prise en charge adaptée.

Compte tenu des faibles effectifs rapportés par le Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCNDN) pour certaines maladies rares dépistées et pour les refus de dépistage à l'échelle régionale, les résultats sont présentés sous forme de taux cumulés sur la période 2020-2024.

Sur cette période 2020-2024, en Centre-Val de Loire, le taux de refus était de 6,9 pour 10 000 enfants nés, chiffre comparable à celui enregistré en France (6,3). Pour 5 maladies dépistées, les taux de dépistage en 2020-2024 sont les suivants (**Tableau 5**) :

- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : 0,43 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, (France = 0,72).
- Hypothyroïdie : 3,59 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 0,26 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 26,26 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement supérieur à celui observé en France (17,44).
- Mucoviscidose : 2,14 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 1,77).

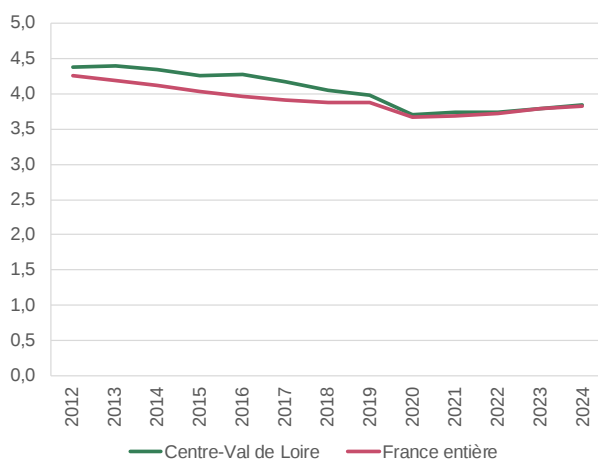
Depuis 2022, 2 maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie mais du fait d'effectifs faibles, elles ne sont pas présentées à l'échelle régionale : le déficit en déshydrogénase des acyl CoA des acides gras à chaîne moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme.

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 Centre-Val de Loire comme au niveau national. Au niveau départemental, la durée la plus courte était observée dans le Loiret (3,6 nuitées en moyenne) et la plus longue en Indre-et-Loire (4,0 nuitées) (**Figure 38**).

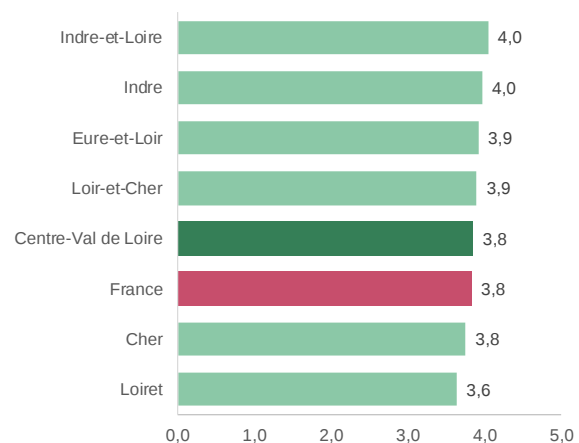
Entre 2012 et 2019, une tendance à la diminution de la durée de séjour en suites de couches était observée, tant au niveau national que régional. Cette tendance à la baisse s'est accentuée pendant la pandémie de Covid-19, période au cours de laquelle les recommandations sanitaires encourageaient une réduction des durées d'hospitalisation afin de limiter les risques de transmission et les contacts en milieu hospitalier. Depuis 2021, on observe 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) des femmes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 38. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées) des femmes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2024



Source : SNDS

Une différence selon le mode d'accouchement était observée avec une durée régionale moyenne de 4,8 nuitées après césarienne et de 3,6 nuitées pour un accouchement par voie basse.

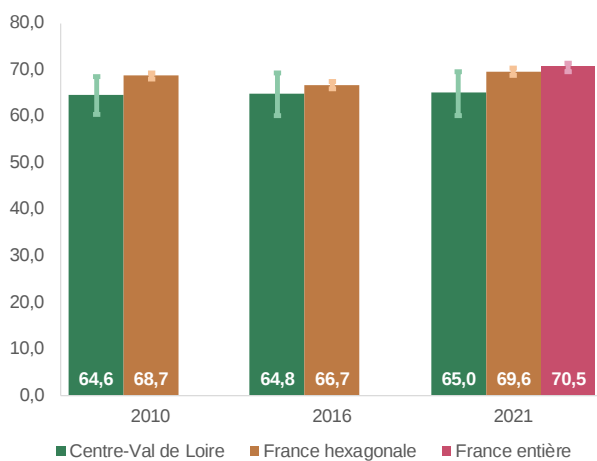
Alimentation du nourrisson et allaitement

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.

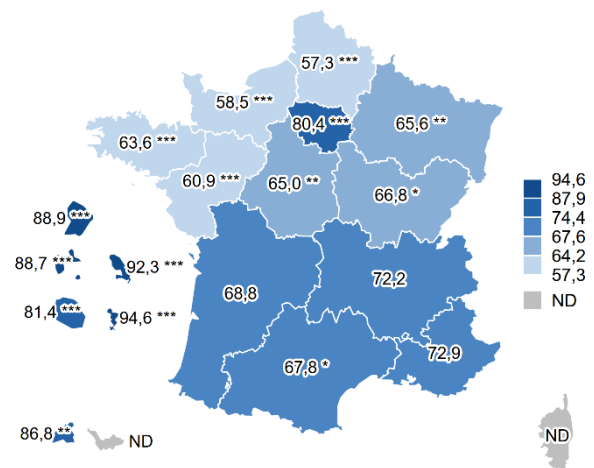
Selon l'ENP 2021, en Centre-Val de Loire, 71,1 % des femmes déclaraient avoir initié un allaitement (**Carte 9**) et 65,0 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice (**Figure 39, Carte 8**). A deux mois post-partum, 51,0 % déclaraient encore allaiter (**Carte 10**). Ces proportions étaient légèrement inférieures aux données nationales, les taux d'allaitement étant plus élevés dans les DROM et en Île-de-France.

Figure 39. Evolution de la part des nourrissons allaités en maternité (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Centre-Val de Loire, 2010, 2016 et 2021



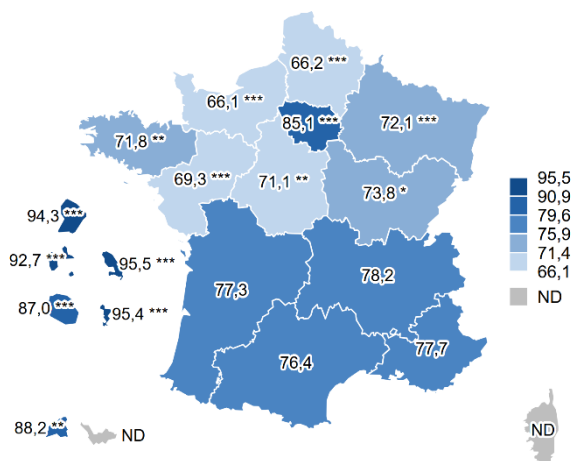
Source : ENP

Carte 8. Part des nourrissons allaités en maternité (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



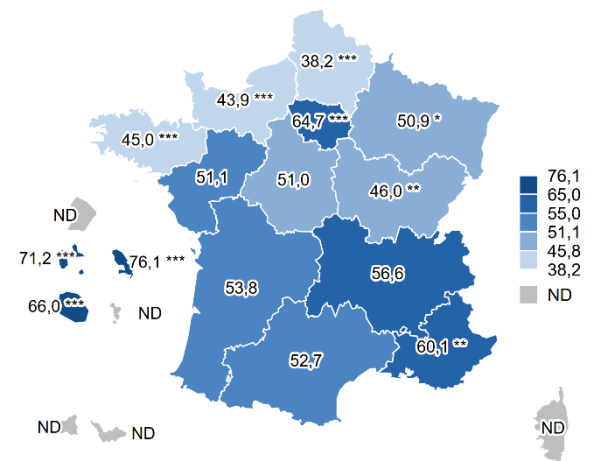
Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

Carte 9. Part des femmes ayant tenté d'allaiter en maternité (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

Carte 10. Part des femmes ayant mis en place un allaitement mixte ou exclusif à 2 mois (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

Couchage

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

- Coucher systématiquement les bébés sur le dos ;
- Dans un lit séparé, placé dans la chambre parentale, pendant au moins les six premiers mois ; Sans objets mous qui risqueraient de couvrir sa tête (oreiller, couverture, couette, doudous, tour de lit...).

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

Selon l'ENP 2021, en Centre-Val de Loire, 82,6 % des mères déclaraient systématiquement coucher leur enfant sur le dos deux mois après la naissance (79,2 % au niveau national) :

- 65,7 % déclaraient coucher le nourrisson dans un lit séparé dans la chambre parentale et 20,0 % seul dans une chambre.
- 11,6 % des nourrissons étaient principalement couchés dans le lit des parents, pratique associée à un risque accru, soulignant l'importance de renforcer les messages de prévention (**Tableau 5**).

Suivi post-natal jusqu'aux 2 mois après la naissance

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

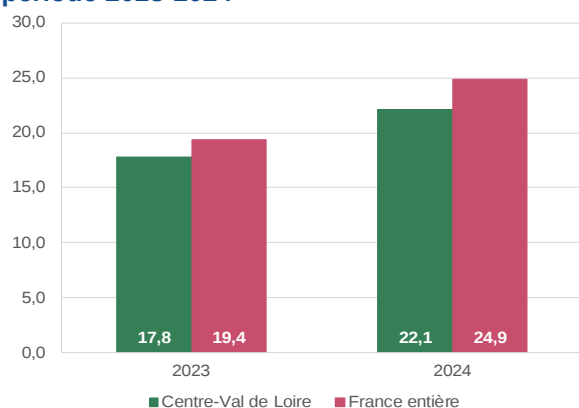
La HAS recommande deux à trois visites de sages-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h. Ces visites sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie, si 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 postpartum ou des facteurs de risques qui y exposent.

Selon l'ENP 2021, en Centre-Val de Loire, 79,4 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (65,6 %) et/ou une puéricultrice (27,8 %). Ces proportions étaient significativement inférieures à la moyenne nationale, excepté pour les visites par une puéricultrice plus élevée qu'en France entière (**Tableau 5**).

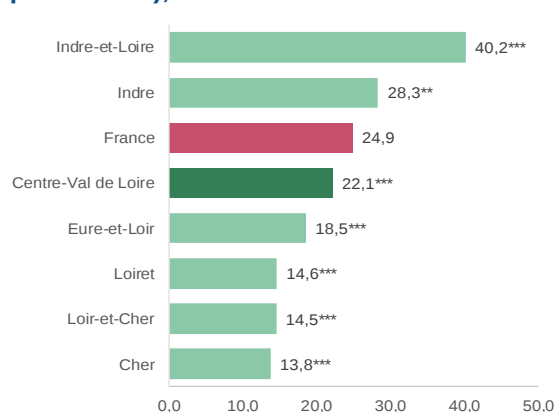
En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 22,1 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Centre-Val de Loire (24,9 % au niveau national). Cette proportion marque une progression significative par rapport à 2023, où seulement 17,8 % des femmes en Centre-Val de Loire en avaient bénéficié (**Figure 40**). En 2024, le taux d'EPNP variait de 13,8 % dans le Cher à 40,2 % dans l'Indre-et-Loire (**Figure 41**). Ces taux de suivi postnatal, inférieurs à la moyenne nationale, pourraient s'expliquer, au moins en partie, comme pour l'entretien prénatal précoce (EPP), par les difficultés liées à une densité médicale relativement faible dans la région, notamment en ce qui concerne les sages-femmes.

Figure 40. Evolution de la part de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), selon leur lieu de domicile, France entière et Centre-Val de Loire, période 2023-2024



Source : SNDS

Figure 41. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), selon leur lieu de domicile France entière et Centre-Val de Loire (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 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 Centre-Val de Loire, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un pédiatre (41,6 %) ou par un médecin généraliste (40,5 %). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 13,4 % des nourrissons (**Tableau 5**).

Engagement du partenaire / co-parent

Selon l'ENP 2021, en Centre-Val de Loire, 62,2 % des partenaires avaient pris un congé dans les deux mois suivant la naissance, contre 59,8 % au niveau national (**Tableau 5**).

Santé mentale post-partum

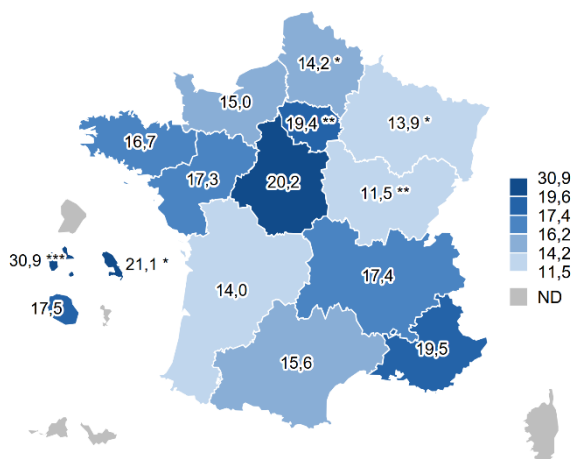
Première cause de mortalité maternelle (jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse) : le suicide

Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCM). 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 post-natale (*Edinburgh Post-natal 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 1^{re} fois en France, cette échelle a été intégrée dans l'ENP 2021 afin d'évaluer ce risque à l'échelle nationale.

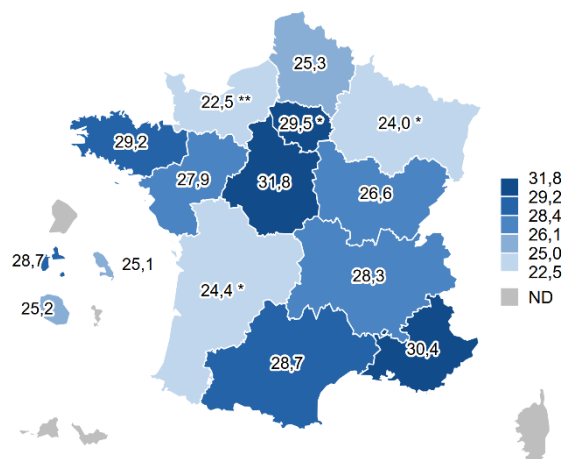
En Centre-Val de Loire, deux mois après l'accouchement, 20,2 % des femmes présentaient des symptômes de dépression et 31,8 % des symptômes d'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale). Bien que ces écarts ne soient pas statistiquement significatifs, la région figure parmi celles où les proportions sont les plus élevées de France hexagonale (**Carte 11 ; Carte 12**). La fréquence élevée des grossesses non souhaitées ou non planifiées observée en Centre-Val de Loire pourrait constituer l'un des facteurs associés à ces indicateurs défavorables de santé mentale post-partum (**Tableau 3**). Elle peut également refléter des différences dans le repérage, le dépistage ou la déclaration des symptômes. A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de Covid-19, ce qui a pu influencer leur état de 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

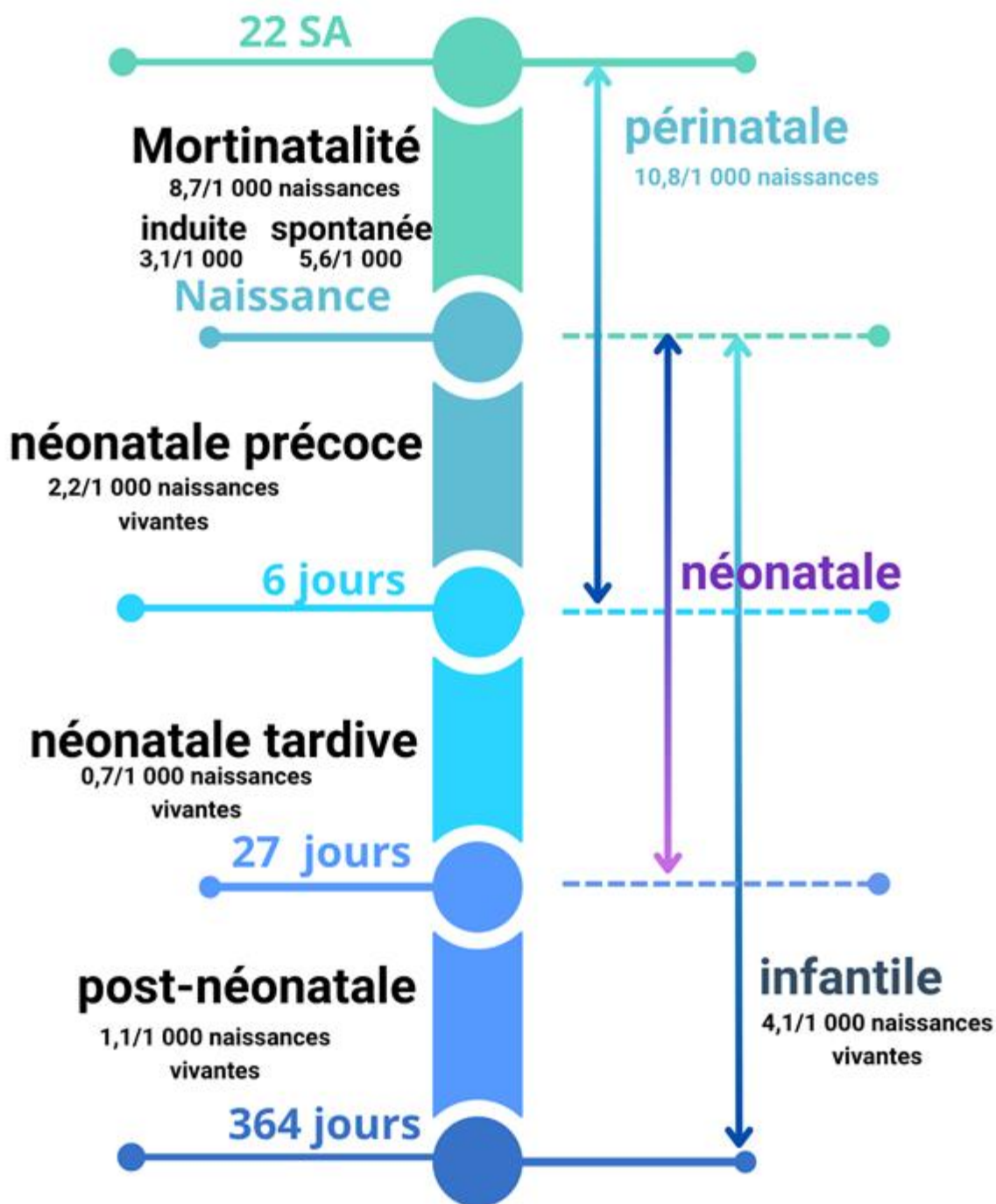
Carte 12. Part des femmes ayant un score EPDS indiquant une anxiété (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

Mortalité

Les différents taux sont en augmentation
mise à part la mortinatalité induite et
la mortalité post-néonatale qui diminuent.



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 fœto-infantile** est décrite à partir de plusieurs indicateurs, présentés sur le schéma ci-dessous :

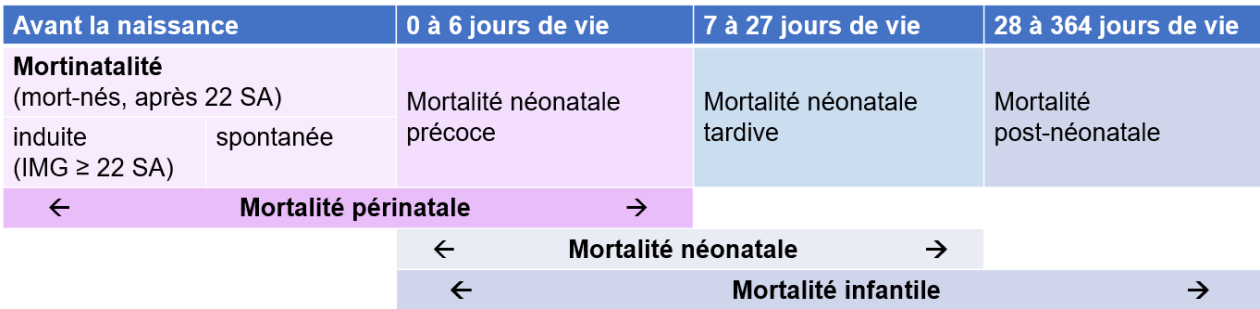


Tableau 6. Mortalité – Centre-Val de Loire

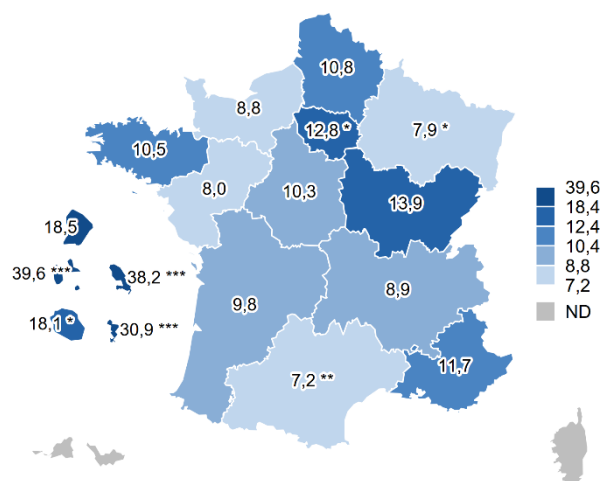
Indicateurs	Source	Centre-Val de Loire	France	p-value
Mortalité maternelle (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	10,3 [6,0 - 16,4]	11,1 [10,2 - 12,1]	
Mortinatalité (enfants mort-nés, après 22 SA) ¹				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	200	6 094	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	8,7	9,2	
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	3,1	3,6	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	5,6	5,6	
Mortalité périnatale (décès enfant entre 22 SA et 6 jours) ¹				
Nombre de décès	SNDS (2024)	250	7 398	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	10,8	11,2	
Mortalité infantile (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	94	2 690	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	4,10	4,08	
Mortalité néonatale précoce (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	51	1 310	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	2,22	1,99	
Mortalité néonatale tardive (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	17	618	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	0,74	0,94	
Mortalité post-néonatale (décès enfant entre 28 j et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	26	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 pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement en Centre-Val de Loire s'élevait en moyenne à 10,3 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux était comparable à celui observé au niveau national (11,1) (**Carte 13**).

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

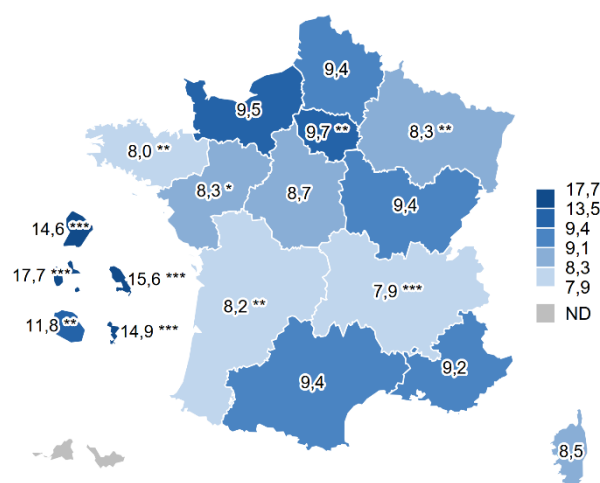
Source : ENCMM ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$; ND = non disponible

Dans l'édition 2016-2018 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [6], le suicide constituait la première cause de mortalité maternelle (jusqu'à un an après la fin de la grossesse), et les maladies cardiovasculaires étaient la première cause de mortalité maternelle lorsque l'analyse est limitée aux décès survenant dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse. Les causes de mortalité maternelle ne peuvent 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, sur la période étudiée, environ 60 % des cas de mortinatalité étaient spontanés et 40 % étaient induits. (données SNDS 2012-2024).

En Centre-Val de Loire, 200 enfants mort-nés (enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 g) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 8,7 pour 1 000 naissances, comparable à celui enregistré en France (9,2) (**Carte 14**). Compte tenu des faibles effectifs observés, ce taux présente des fluctuations importantes d'une année sur l'autre depuis 2014, avec un maximum de 10,5 en 2018 et un minimum de 7,1 en 2017 (**Figure 44**).

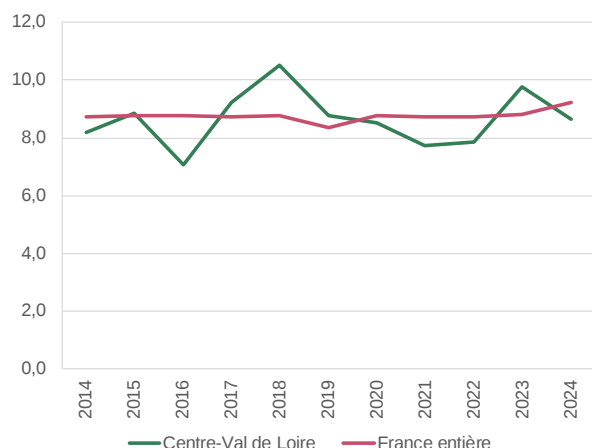
Carte 14. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024

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

A l'échelle nationale, une augmentation 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

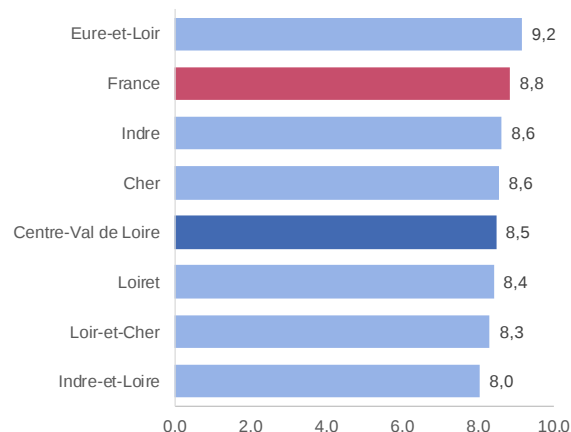
augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 [1] (**Figure 44**). A l'échelle départementale sur la période 2020-2024, le taux de mortinatalité global variait de 8,0 ‰ en Indre-et-Loire à 9,2 ‰ dans l'Eure-et-Loir (**Figure 45**).

Figure 42. Evolution du taux de mortinatalité pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 43. Taux de mortinatalité pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



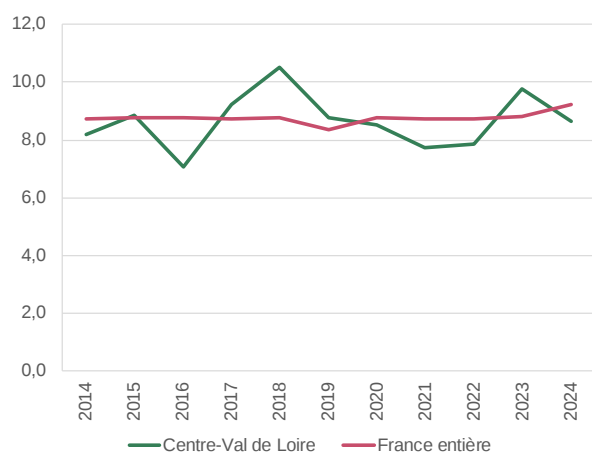
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite variait, quant à lui, de 3,0 (2021) à 4,4 (2023) mort-nés pour 1 000 naissances totales selon les années (**Figure 46**).

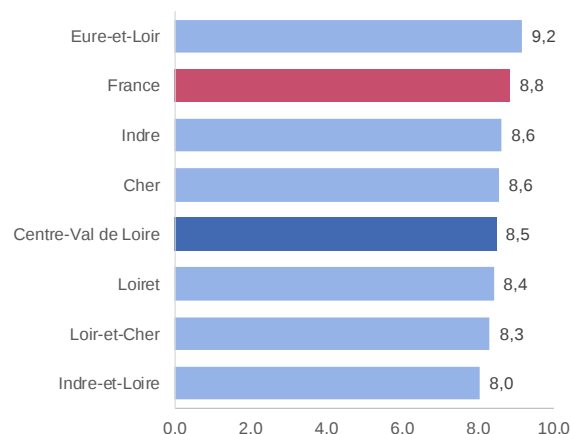
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, ce taux global variait de 3,1 (Loiret et Indre) à 4,1 (Loir-et-Cher) pour 1 000 naissances (**Figure 47**).

Figure 44. Evolution du taux de mortinatalité pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 45. Taux de mortinatalité pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



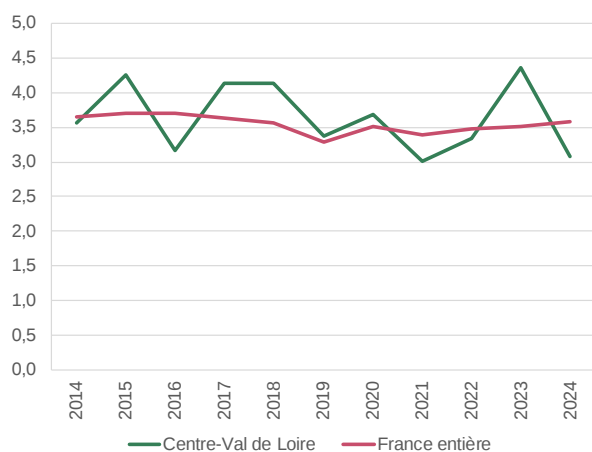
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite variait, quant à lui, de 3,0 (2021) à 4,4 (2023) mort-nés pour 1 000 naissances totales selon les années (**Figure 46**).

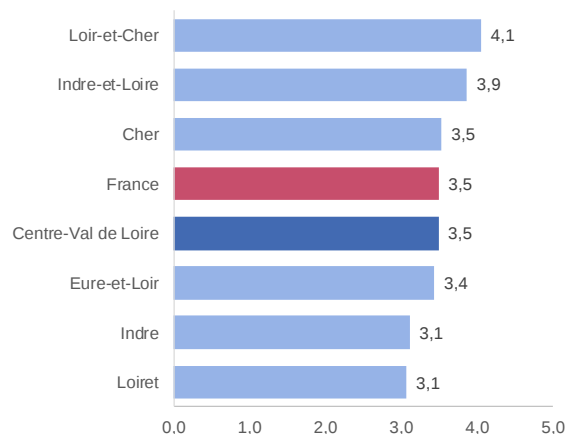
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, ce taux variait de 3,1 ‰ dans le Loiret et l'Indre à 4,1 ‰ dans le Loir-et-Cher (**Figure 47**).

Figure 46. Evolution du taux de mortinatalité induite pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 47. Taux de mortinatalité induite pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



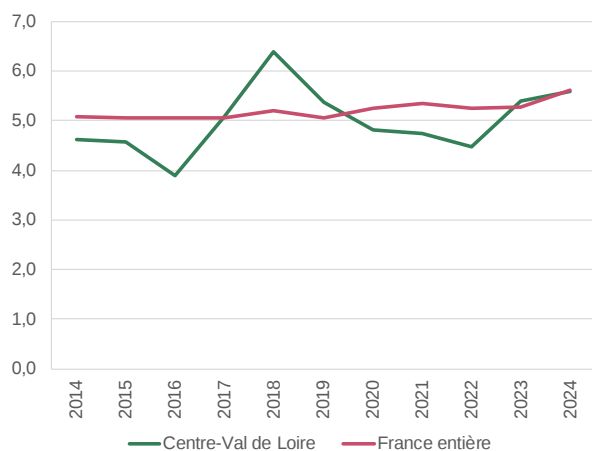
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortinatalité spontanée

Après une diminution observée à partir de 2018, le taux de mortinatalité spontanée est de nouveau en augmentation depuis 2022. En 2024, ce taux était de 5,6 mort-nés spontanés pour 1 000 naissances et était similaire à la moyenne nationale (**Figure 48**).

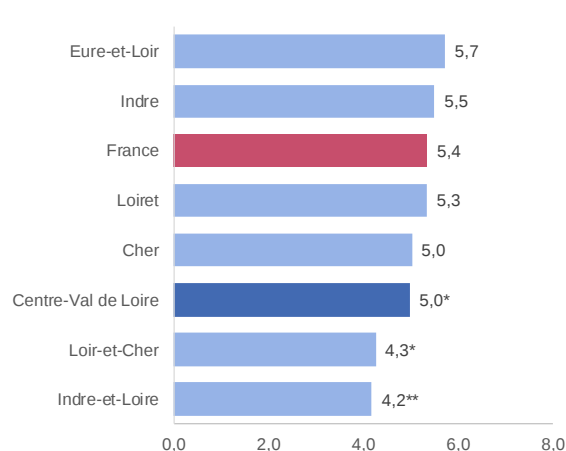
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, le taux global variait de 4,2 (Indre-et-Loire) à 5,7 (Eure-et-Loir) pour 1 000 naissances (**Figure 49**). Le département du Loir-et-Cher présentait sur la période 2020-2024 le plus haut taux global de mortinatalité induite et l'un des plus faibles taux moyens de mortinatalité spontanée.

Figure 48. Evolution du taux de mortinatalité spontanée pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et Centre-Val de Loire, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 49. Taux de mortinatalité spontanée pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



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

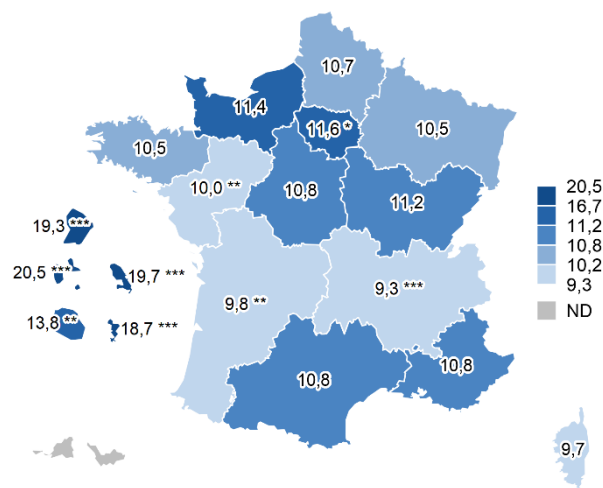
Mortalité périnatale

La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

- La mortalité (cf. partie dédiée) : les enfants mort-nés (décès in utero à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou 500 g), 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 Centre-Val de Loire, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 10,8 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

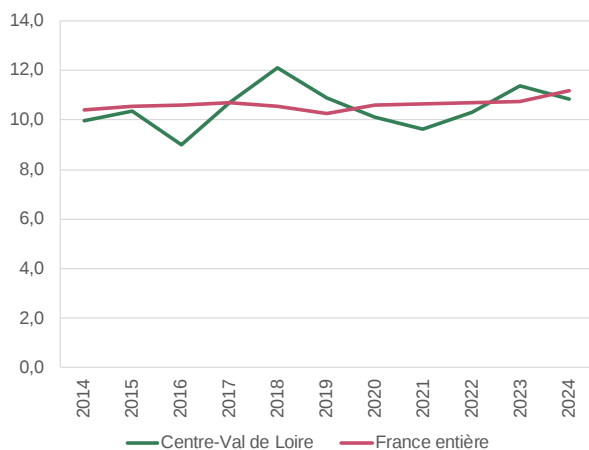


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

Le taux de mortalité périnatale était relativement stable entre 2014 et 2024 et était proche du niveau national (**Figure 50**).

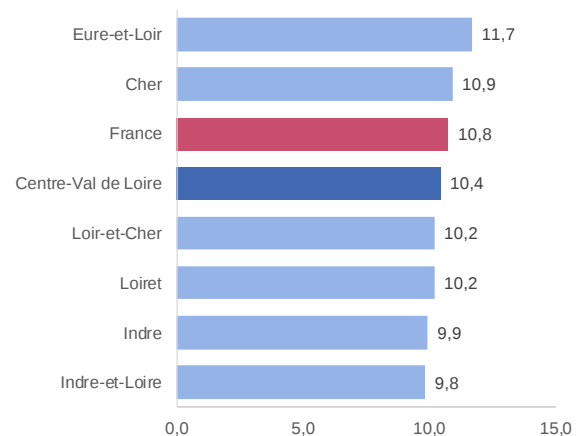
Au niveau départemental, le taux de mortalité périnatale sur la période 2020-2024 variait de 9,8 (Indre-et-Loire) à 11,7 (Eure-et-Loir) pour 1 000 naissances (**Figure 51**).

Figure 50. Evolution du taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 51. Taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



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

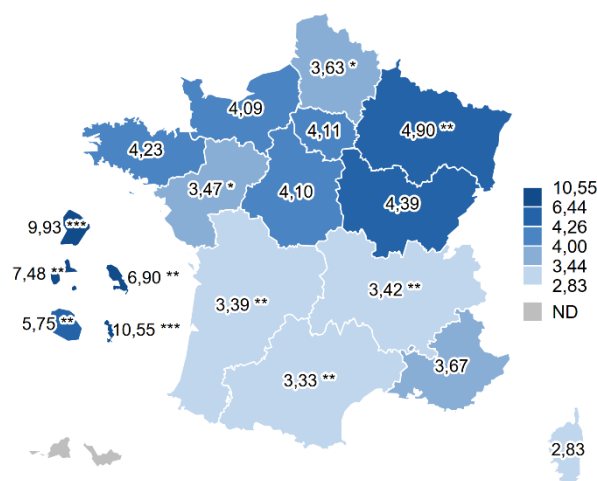
Mortalité infantile

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 sections suivantes présentent les différentes composantes de la mortalité infantile selon ces trois périodes.

En Centre-Val de Loire, 94 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 4,10 décès pour 1 000 naissances vivantes, proche de celui observé en France (4,08 ‰) (**Carte 16**).

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

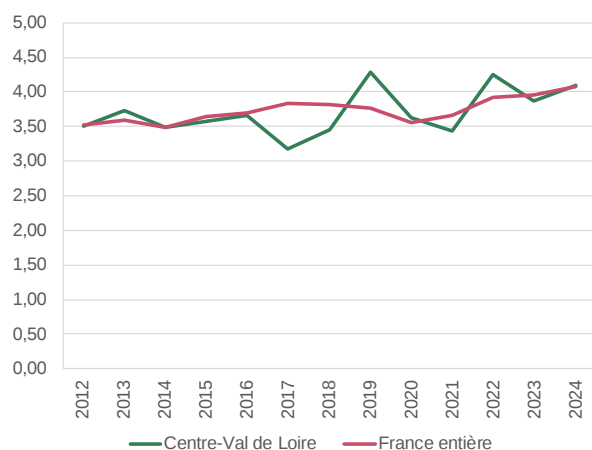


Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

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 52**).

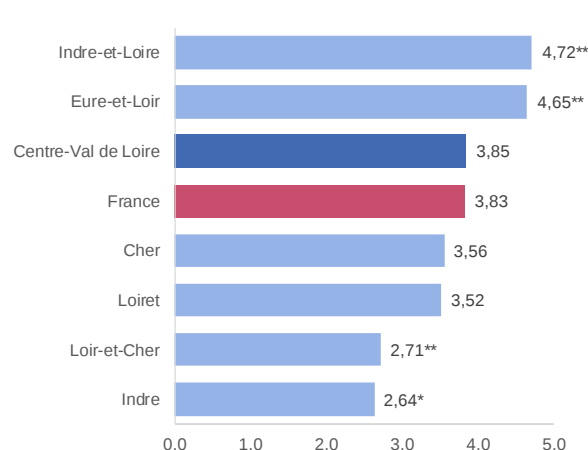
À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile sur la période 2020-2024 présentait des disparités importantes, variant presque du simple au double, de 2,64 ‰ dans l'Indre à 4,72 ‰ en Indre-et-Loire (**Figure 53**).

Figure 52. Evolution du taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 53. Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



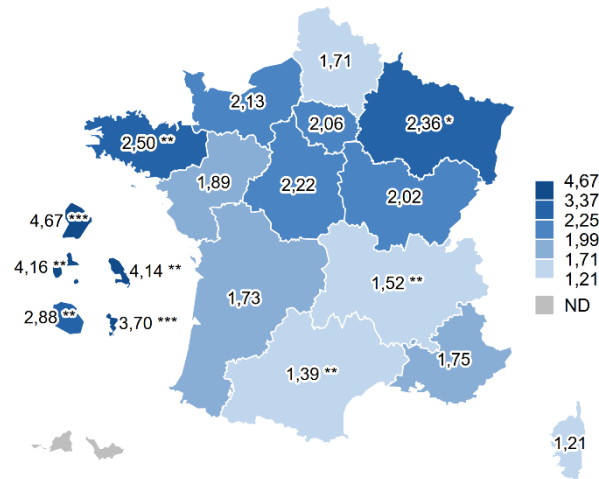
Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Mortalité néonatale précoce

La mortalité néonatale précoce est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès des nourrissons survenus entre 0 et 6 jours.

En Centre-Val de Loire, 51 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 2,22 décès pour 1 000 naissances vivantes, comparable à celui observé en France (1,99 ‰) (**Carte 17**).

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

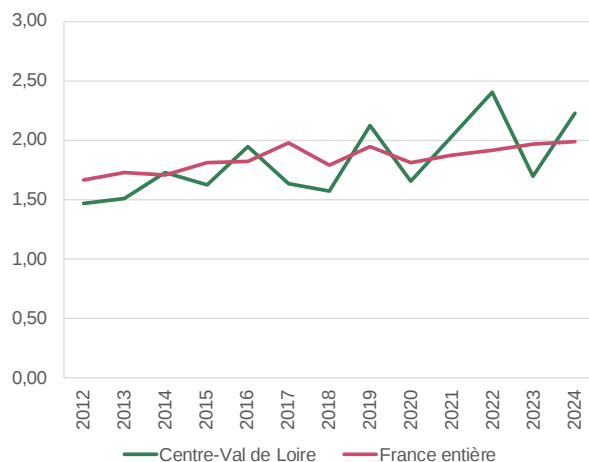


Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

Malgré des fluctuations annuelles, la mortalité néonatale précoce suivait une tendance à la hausse entre 2012 et 2024 en Centre-Val de Loire, une tendance similaire était observée au niveau national avec une augmentation annuelle moyenne estimée à 1 % entre 2014 et 2024 [1] (**Figure 54**).

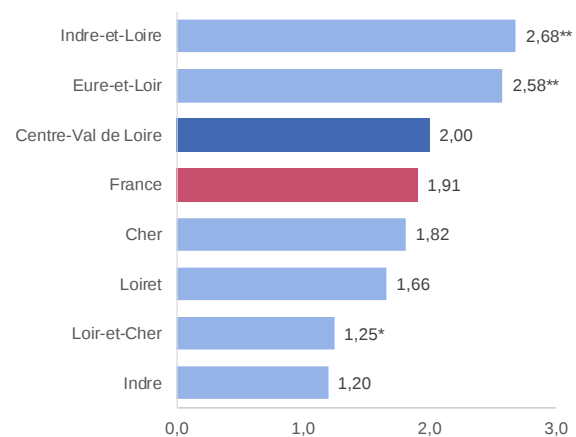
A l'échelle départementale, entre 2020 et 2024, le taux de mortalité néonatale précoce variait de 1,20 décès pour 1 000 naissances dans l'Indre à 2,68 décès pour 1 000 naissances dans l'Indre-et-Loire (**Figure 55**).

Figure 54. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 55. Taux de mortalité néonatale précoce pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



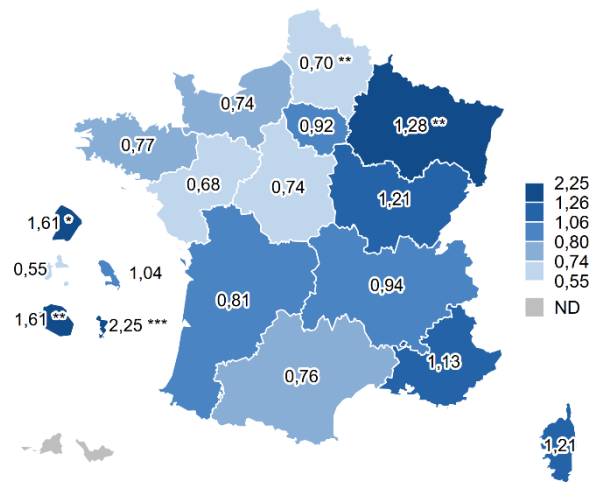
Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Mortalité néonatale tardive

La mortalité néonatale tardive est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès des nourrissons survenus entre 7 et 27 jours.

En Centre-Val de Loire, 17 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 0,74 décès pour 1 000 naissances vivantes (0,74 ‰), 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



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

Dans la région, la mortalité néonatale tardive a globalement évolué à la hausse entre 2012 (0,47 ‰) et 2024 (0,74 ‰), avec un pic en 2023 (1,11 ‰). Une tendance à la hausse était par ailleurs observée au niveau national (2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 56**).

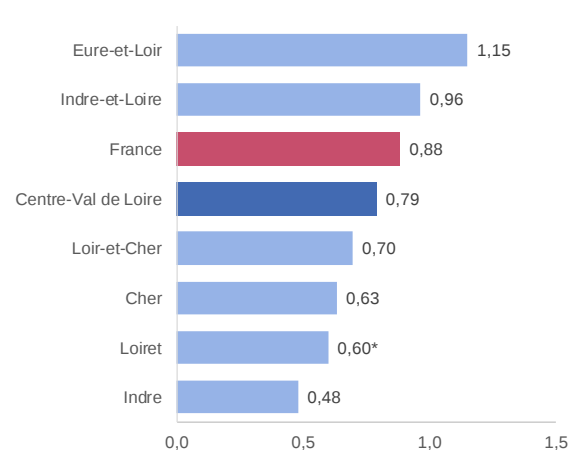
A l'échelle départementale, le taux de mortalité néonatale tardive sur la période 2020-2024 variait de 0,48 ‰ dans l'Indre à 1,15 ‰ dans l'Eure-et-Loir (**Figure 57**).

Figure 56. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 57. Taux de mortalité néonatale tardive pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (région et départements), 2020-2024



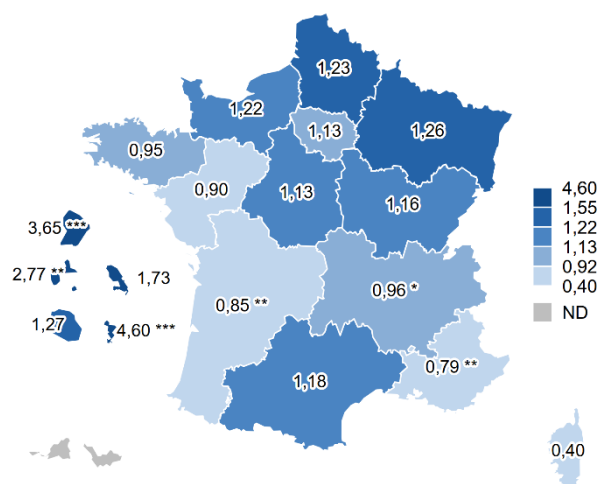
Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Mortalité post-néonatale

La mortalité post-néonatale est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès des nourrissons survenus entre 28 jours et 1 an.

En Centre-Val de Loire, 26 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, sensiblement identique à 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

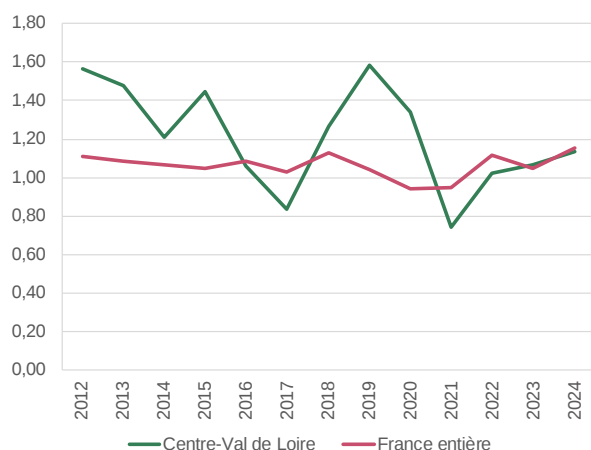


Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

En Centre-Val de Loire, la mortalité post-néonatale, était globalement à la baisse entre 2012 (1,57 ‰) et 2024 (1,13 ‰) avec cependant un pic en 2019 (1,59 ‰). Une tendance stable était par ailleurs observée en France entre 2014 et 2024 [1] (**Figure 58**).

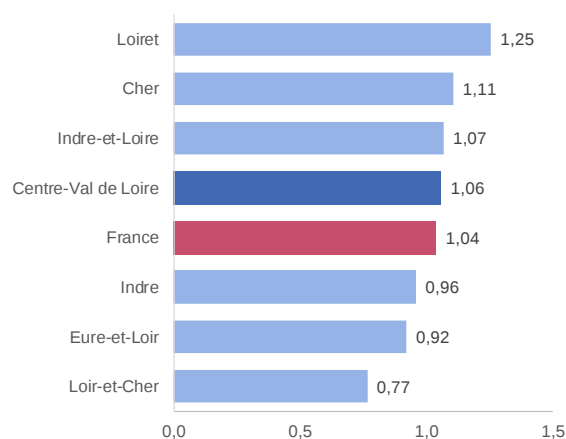
A l'échelle départementale, le taux de mortalité post-néonatale sur la période 2020-2024 montrait des disparités. Il variait de 0,77 ‰ dans le Loir-et-Cher à 1,25 ‰ dans le Loiret (**Figure 59**).

Figure 58. Evolution du taux de mortalité post-néonatale pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 59. Taux de mortalité post-néonatale pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Centre-Val de Loire (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 informe les (futurs) parents sur l'impact de l'environnement physico-chimique et de l'environnement affectif et relationnel sur le développement de l'enfant, et la santé tout au long de sa vie. Il propose des pistes d'actions concrètes pour agir en faveur de la santé des parents et de celle de leur enfant. Basé sur les recommandations institutionnelles nationales et internationales, il aborde avec une approche bienveillante, une grande variété de thèmes comme la santé mentale des parents, la sobriété d'exposition à des substances chimiques dans la vie quotidienne et la qualité des interactions précoces parent-bébé.

Observation et promotion des interactions parents-bébé de qualité

Étude EVANE

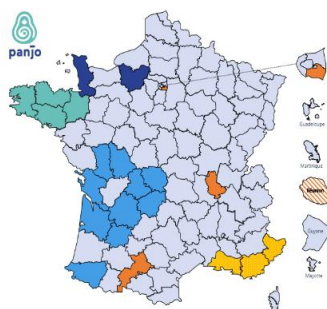


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression ressentie et sentiment de compétence parentale) 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.

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

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

Panjo : L'intervention de prévention précoce à domicile



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

Pour plus d'informations, contactez eval.panjo@santepubliquefrance.fr

Promotion des comportements favorables à la santé

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

La vaccination



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

Calendrier vaccinal des femmes enceintes



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

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

Aide à distance



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

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



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

Dépliants Grossesse sans tabac et sans Alcool



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

Nutrition et promotion de l'activité physique

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



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

Le Guide de l'allaitement maternel



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

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 aident à aller pas à pas vers une alimentation équilibrée et un mode de vie actif, tout en se faisant plaisir. Grâce à son service phare, « La Fabrique à menus », les femmes enceintes et les parents de jeunes enfants peuvent générer en un clic des menus hebdomadaires équilibrés, de saison et personnalisés.

Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

QuestionSexualité_

Le site Questionsexualite.fr est le site d'information sur la santé sexuelle pour toutes et tous à partir de 18 ans. Différentes thématiques y sont abordées : IST, contraception, dysfonctions ou encore discriminations et violences. Les femmes enceintes et les jeunes mères pourront notamment consulter les articles consacrés à la sexualité pendant la grossesse et après la naissance, à la contraception du post-partum ou encore aux fausses couches.

Promouvoir la santé périnatale des personnes migrantes

Les livrets de santé bilingues



Les livrets de santé bilingues constituent un 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 administratives. Ils sont disponibles en 17 langues. Un chapitre est dédié à la grossesse et au parcours 1000 premiers jours. N'hésitez pas à commander.



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

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

Les projets prévention de la région Centre-Val de Loire

ORVEP

Depuis un peu plus de trois ans, le Réseau Périnatal Centre-Val de Loire a engagé une démarche visant à repérer et accompagner les femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives.

Dans le cadre du projet ORVEP (Outils de Repérage des Vulnérabilités En Périnatalité), le réseau a élaboré un questionnaire qu'il a progressivement déployé dans l'ensemble des départements de la région entre 2023 et 2025. Remis aux femmes enceintes par les maternités, les PMI, les professionnels libéraux et les services d'addictologie, cet outil permet de repérer les consommations d'alcool, de tabac, d'autres substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines, crack, etc) ou de médicaments pouvant avoir un impact sur la grossesse. L'objectif de cette démarche est de prévenir et de réduire les risques de complications materno-fœtales et néonatales.

PReGnanT.SEE



Implanté au CHRU de Tours, le dispositif PReGnanT.SEE propose, dès le premier trimestre de la grossesse, une évaluation précoce et multidisciplinaire des principaux risques susceptibles d'influencer le déroulement de la grossesse. Ce bilan permet notamment d'estimer les risques d'anomalies chromosomiques et de malformations

fœtales, d'accouchement prématuré, de pré-éclampsie, de pathologies maternelles telles que le diabète gestationnel, de complications hémorragiques ou infectieuses, ainsi que certaines vulnérabilités comme les conduites addictives. Les résultats obtenus permettent d'orienter les femmes vers un parcours de soins adapté et de mettre en place, lorsque cela est nécessaire, des mesures de prévention ciblées. Par ailleurs, grâce au recueil de données à grande échelle, PReGnanT.SEE contribue à faire progresser les connaissances scientifiques sur les risques de la grossesse et à améliorer les stratégies de dépistage et de prise en charge en périnatalité.

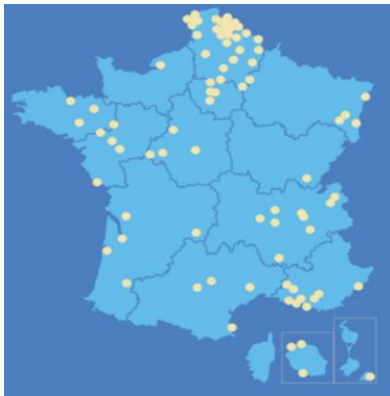
Intervention des partenaires de Santé publique France

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 à sensibiliser 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 différentes régions, notamment le Centre-Val de Loire en partenariat avec les acteurs locaux. Dans la région, fin 2025, 95 professionnels ont été formés pour le projet FEES.

IHAB



L'Initiative hôpital ami des bébés (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 poursuit son déploiement dans toutes les régions : une naissance sur quatre a lieu en France dans une maternité IHAB (labellisée ou en cours de labellisation). Dans la région, quatre maternités ont été labellisées. 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 g.
- Les enfants issus de naissances vivantes ou mort-nées, selon les mêmes seuils.

Lorsque les données étaient disponibles (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 CNCNDN, 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 les enfants mort-nés (âgés d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 g 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 l'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 représentatives 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 (Centre-Val de Loire = 413 en maternité ; 283 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 des pertes 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 correspondant aux 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 l'ensemble des naissances vivantes et des 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 maternelles (ENCMM)

L'ENCMM est un dispositif dédié à l'étude de la mortalité maternelle en France, un phénomène rare mais particulièrement informatif sur la qualité des soins périnataux. Il s'appuie sur quatre sources principales : les signalements des réseaux de santé périnatale, les certificats de décès du CépiDc, 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 ; afin 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 en utilisant 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 cartes choroplèthes ont été construites à partir d'une discrétisation en quantiles (5 classes).

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 approximatifs.

Références

- [1] Surveillance de la santé périnatale. Période 2012 - 2024. Édition Nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 61 pages, juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/anomalies-et-malformations-congenitales/bulletin-national/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 de l'Etat
 C2S : Complémentaire santé solidaire
 CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
 CMV : Cytomégalovirus
 CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
 CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
 CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
 CNCN : 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 bébés
 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 la sélection des 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 : l'ARS Centre-Val de Loire, le Réseau Périnatal Centre-Val de Loire et l'unité d'Epidémiologie des Données Cliniques en Centre-Val de Loire (EpiDcliC).

Équipe de rédaction

Auteurs : Mathieu Rivière, Nicolas Vincent, Esra Morvan

Fourniture des données et 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 Centre-Val de Loire. Saint-Maurice : Santé publique France, 54 pages, 8 juillet 2026

Directrice de publication : Aude de Viviés

Date de publication : 8 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr