Bulletin
Santé périnatale
et petite enfance

Santé publique France

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION PAYS DE LA LOIRE

Surveillance de la santé périnatale

Édito

La santé périnatale constitue un enjeu prioritaire de santé publique en raison de son impact durable sur la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi des disparités sociales et territoriales qu'elle met en évidence. La surveillance de la santé périnatale s'inscrit pleinement dans l'un des axes stratégiques de Santé publique France, visant à innover et à faire progresser les connaissances afin de mieux cibler sur le territoire l'investissement dans 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 à ce titre une avancée majeure. Ce rapport présentant des indicateurs issus de différentes sources de données (selon le lieu de résidence ou d'accouchement des femmes) permet d'enrichir les connaissances au niveau local, de mieux appréhender les disparités territoriales et d'identifier les enjeux spécifiques à chaque territoire.

En Pays de la Loire, comme dans le reste de la France, la situation périnatale est marquée par une baisse de la natalité, un état de santé plus dégradé des femmes en pré-conceptionnel, une hausse du diabète gestationnel et des défis liés à la santé mentale des femmes en période périnatale. La région se distingue positivement, par un bon cadre de vie des femmes et un faible taux de tabagisme pendant la grossesse. Ces données régionales nous permettent d'identifier des leviers d'actions (par exemple : actions visant à réduire le surpoids ou l'obésité et le diabète préexistant, vaccination des femmes enceintes, recommandation de couchage sur le dos des nourrissons, renforcement de l'initiation de l'allaitement à la maternité…). La bonne mise en œuvre des entretiens prénatal et postnatal précoces offrent un levier pour améliorer l'accompagnement des parents et renforcer les actions de prévention.

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 ainsi 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.

Lisa King

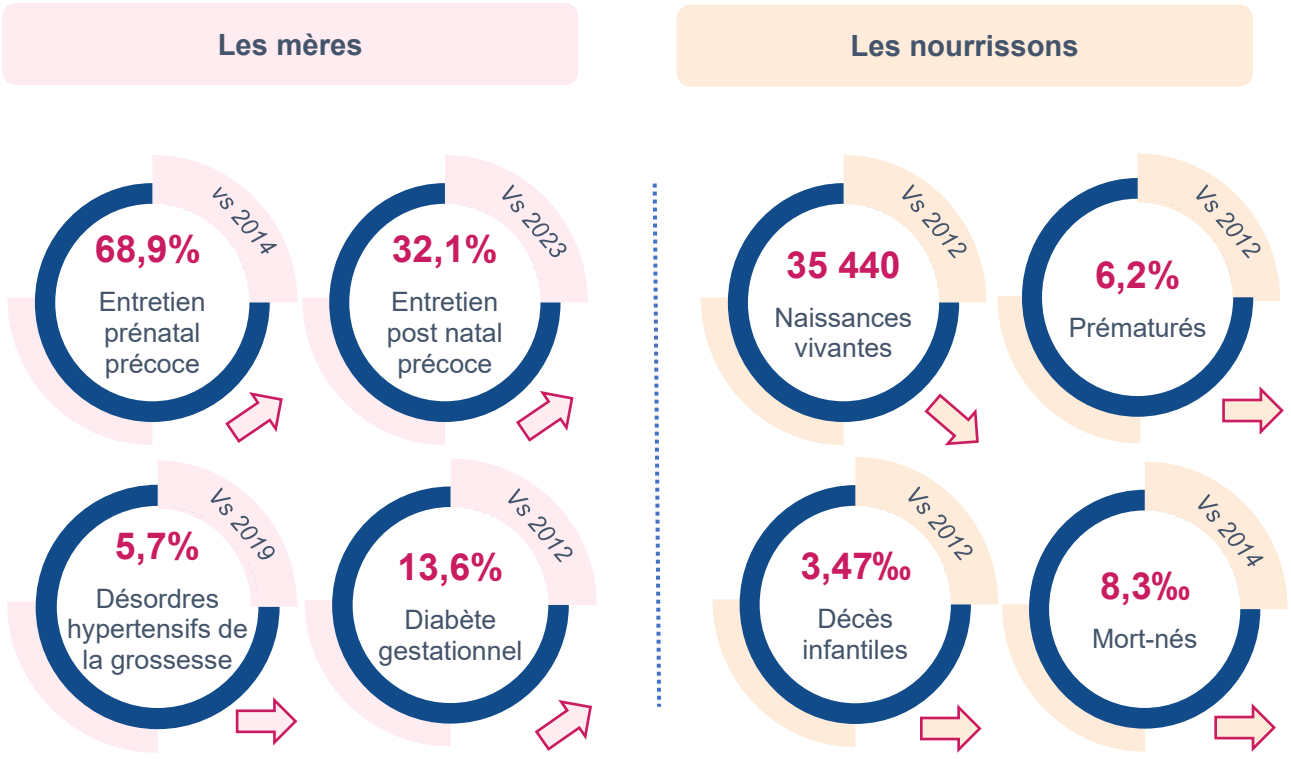
Déléguée régionale Pays de la Loire

SOMMAIRE

Édito 1
8 chiffres-clés en Pays de la Loire en 2024 2
Points-clés en Pays de la Loire 2
Caractéristiques socio-démographiques 4
Facteurs de risque et comportementaux 8
Grossesse et accouchement 12
L'enfant à la naissance 24
Post-partum 27
Mortalité 34
Prévention et promotion de la santé périnatale 44
Méthodologie 48

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

8 chiffres-clés en Pays de la Loire en 2024



Points-clés en Pays de la Loire

- **Baisse de la natalité et des mères plus âgées**

  En 2024, plus de 35 400 naissances vivantes ont été enregistrées dans la région, en baisse continue depuis 2012. Près d'une femme sur 4 était âgée de 35 ans ou plus au moment de l'accouchement en 2024, taux en constante progression depuis 2012.

- **Etat de santé des femmes plus dégradé, mais des progrès contre le tabagisme**

  En Pays de la Loire, les grossesses plus tardives et un état de santé plus dégradé des femmes en pré-conceptionnel – hausse du surpoids et de l'obésité à 38,5 % en 2021 (contre 24,3 % en 2010), du diabète préexistant à 0,75 % en 2024 (contre 0,41 % en 2012), et de l'hypertension artérielle chronique à 1,68 % en 2024 (contre 1,25 % en 2012) – contribuent à l'augmentation des pathologies de grossesse, notamment le diabète gestationnel qui atteint 13,6 % en 2024 (contre 8,2 % en 2012). Ces évolutions défavorables, aussi observées au niveau national, nécessitent une vigilance renforcée. La santé mentale des femmes doit aussi être suivie : une femme sur 10 déclarait en 2021 un mauvais vécu de la grossesse, une sur 3 avoir ressenti de la tristesse et plus d'une sur 4 de l'anxiété à deux mois post-partum. En revanche, la proportion de fumeuses au 3ème trimestre de grossesse recule avec 9,6 % en 2021 (soit un taux divisé par deux par rapport à 2010 (17,6 %)), un des taux régionaux les plus faibles de la France hexagonale.

- **Mode d'accouchement : des changements**

  Les épisiotomies ont chuté dans la région, comme en France entière (3,3 % en 2024 pour les voies basses non instrumentales contre 17,5 % en 2012), reflétant une évolution vers des pratiques plus physiologiques. La proportion des déchirures périnéales sévères a augmenté (1,2 % en 2024 contre 0,6 % en 2012) et celle des hémorragies du post-partum sévères est restée stable (0,6 % en 2024 et 0,7% en 2012), restant pour ces deux indicateurs en-dessous des valeurs nationales. De même, la part des césariennes a légèrement augmenté pour passer de 18,3 % en 2012 à 20,5 % en 2024, taux plus faible que celui observé en France entière.

- **Allaitement des nourrissons : une marge d'amélioration**

  En 2021, 60,9 % des femmes ayant accouché dans la région allaitaient leur nourrisson (allaitement mixte ou exclusif) en maternité, taux plus faible que celui de la France entière. A deux mois post-partum, le taux régional (51,1 %) s'était rapproché de celui du niveau national.

- **Mortalité maternelle et foeto-infantile : la région en-dessous des taux nationaux**

  En 2024, le taux de mortalité maternelle était de 8,0 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit un taux régional parmi les plus bas observés en France entière (11,1 décès pour 100 000).

  En Pays de la Loire, les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale sont restés globalement stables sur la période 2014-2024 et en dessous des valeurs nationales.

  La mortalité infantile (décès entre 0 et 364 jours) est restée globalement stable dans la région, contrairement au niveau national où une tendance à la hausse a été observée. En 2024, le taux régional était de 3,47 décès pour 1 000 naissances vivantes, inférieur au niveau national.

- **Prévention : multiples axes d'amélioration possibles**

  Seulement 35,3% des femmes ligériennes prennent de l'acide folique avant la grossesse en 2021 (recommandé pour prévenir les anomalies du tube neural)**.** Même si ce chiffre a progressé par rapport à 2016 (29,4 %), il demeurait faible au regard des recommandations actuelles.

  En 2021, la vaccination contre la grippe était proposée à 68,5 % des femmes enceintes dans la région, mais seulement 39,7 % ont effectivement été vaccinées, révélant un levier d'amélioration sur la proposition de vaccination et aussi sur les échanges amenant à l'adhésion des futures mamans.

  Près de deux nourrissons sur 10 sont couchés systématiquement sur le dos deux mois après leur naissance et 11,3 % sont principalement couchés dans le lit des parents, pratiques à risque qui rappellent l'importance de renforcer la diffusion des messages de prévention dans la région.

  Les parts des femmes ayant bénéficié d'entretien prénatal précoce (68,9 % en 2024) et d'entretien postnatal précoce (32,1 % en 2024) ont progressé et étaient plus élevées que celles du niveau national. Néanmoins, les couvertures universelles ne sont pas encore atteintes en Pays de la Loire.

Caractéristiques socio-démographiques

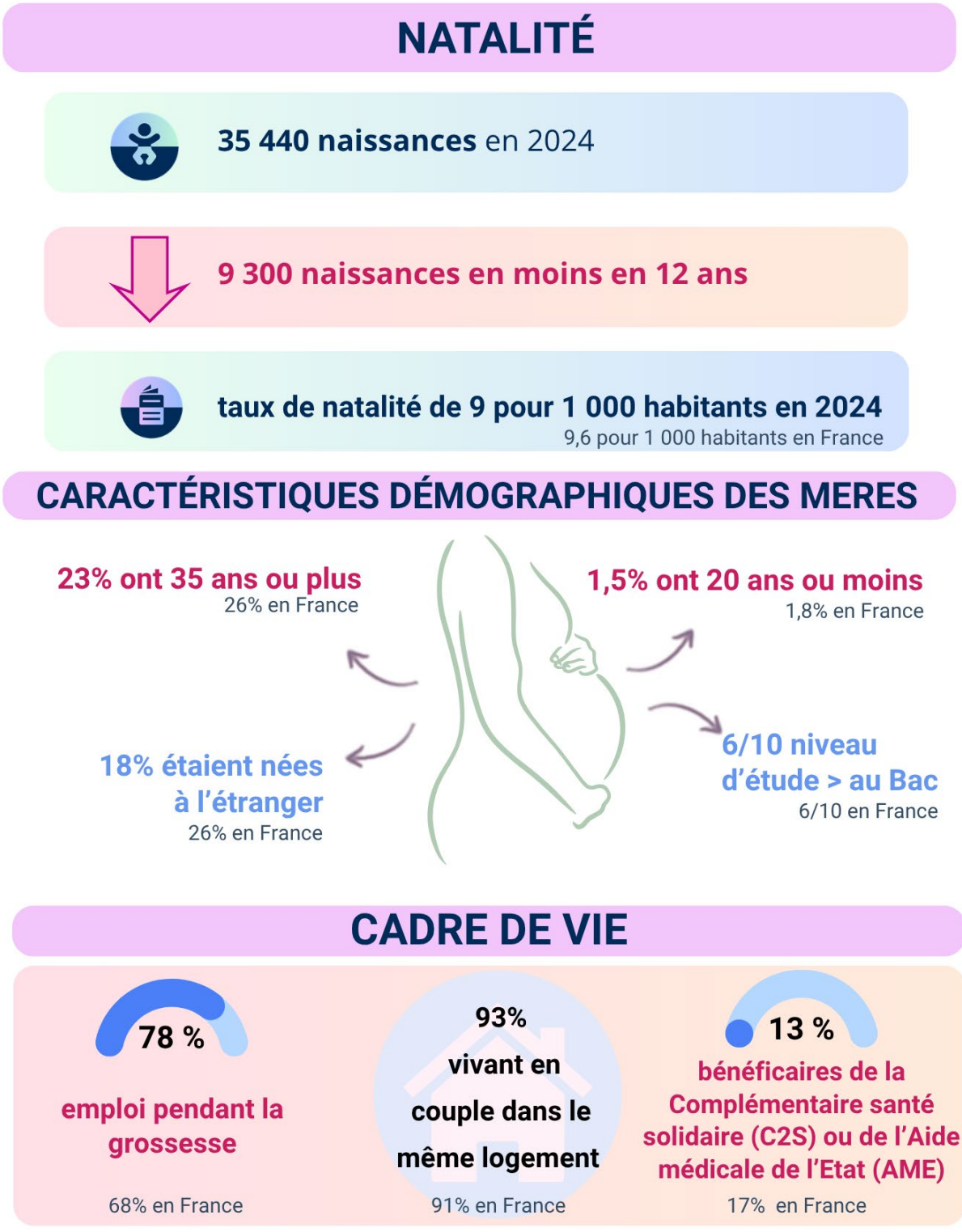


Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques – Pays de la Loire

Indicateurs	Source	Pays de la Loire		France		p-value
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	**35 440**		**659 731**		
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	**9,0**		**9,6**		***
Caractéristiques démographiques des femmes						
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	**1,5**		**1,8**		***
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	**22,8**		**25,8**		***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	**61,0**	[57,1 - 64,7]	**58,0**	[57,1 - 58,9]	
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	**17,8**		**26,2**		***
Cadre de vie des femmes						
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	**93,1**	[90,8 - 94,9]	**90,6**	[90,1 - 91,1]	*
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	**78,4**	[75,1 - 81,5]	**68,1**	[67,3 - 68,9]	***
Bon sentiment d'aisance financière[1] (%)	ENP (2021)	**63,4**	[59,6 - 67,1]	**57,7**	[56,8 - 58,6]	**
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	**12,5**		**17,4**		***
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	**1,2**		**2,5**		***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	**11,3**		**14,9**		***

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

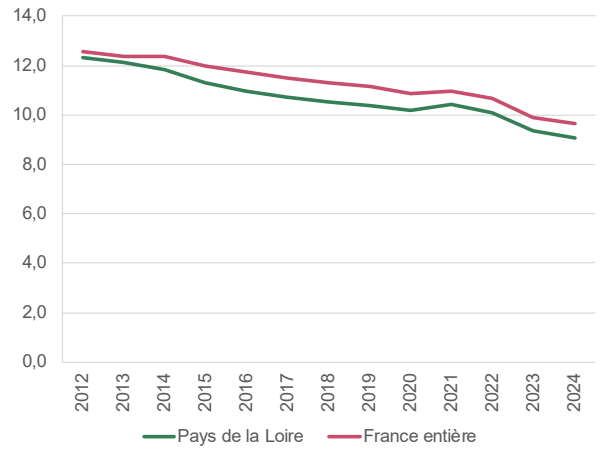
* : p< 0.1 ; ** : p <0.05 ; *** : p <0.001

Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, plus de 35 400 naissances vivantes ont été enregistrées en 2024 en Pays de la Loire, soit un taux de natalité de 9,0 naissances pour 1 000 habitants (9,0 ‰). 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 12,3 ‰ à 9,0 ‰, soit environ 9 300 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 **(Figure 1)**.

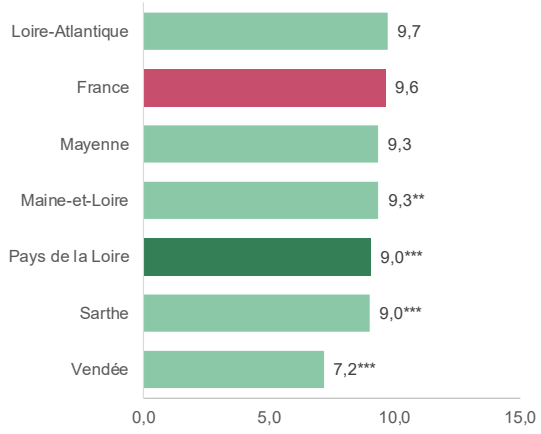
Au niveau départemental, en 2024, les taux de natalité variaient entre 7,2 ‰ en Vendée et 9,7 ‰ en Loire-Atlantique **(Figure 2)**.

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



Source : Etat civil

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



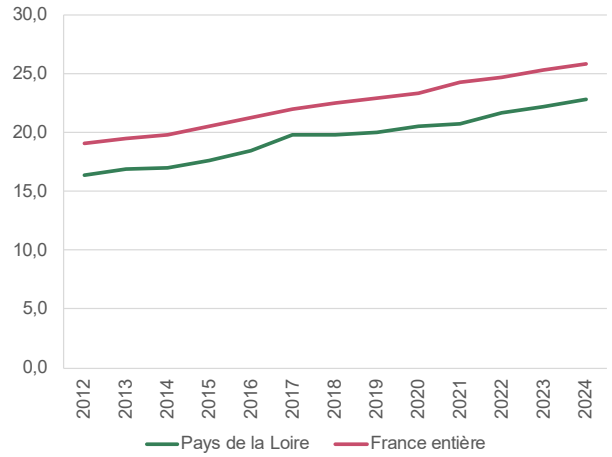
Source : Etat civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Caractéristiques démographiques des femmes

Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), un peu moins d'un quart des femmes résidant en Pays de la Loire en 2024 (22,8 %) étaient âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement. Cette proportion, en constante progression depuis 2012, était significativement inférieure au niveau national **(Figure 3)**. Dans l'hexagone, un gradient nord-sud est observé (taux plus faible dans le nord, excepté en Ile-de-France). Au niveau départemental, la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus variait entre 18,1 % en Mayenne et 26,2 % en Loire-Atlantique en 2024 **(Figure 4)**.

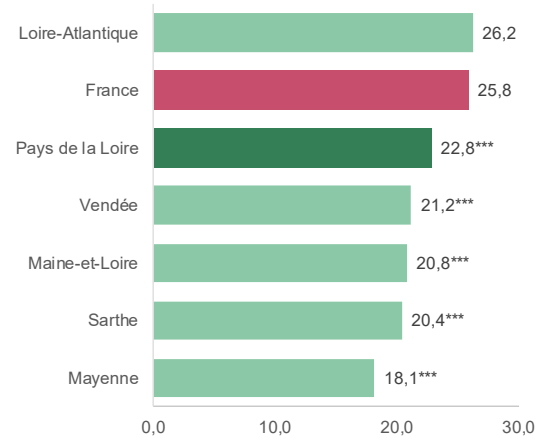
L'âge maternel est un facteur de risque de plusieurs complications de la grossesse
Des évènements périnatals défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

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



Source : SNDS

Figure 4. Part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (par 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), 61,0 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (58,0 % au niveau national) **(Tableau 1)**. Cette proportion est en augmentation par rapport aux précédentes éditions de l'ENP (54,8% en 2016 et 49,0 % en 2010).

En 2024, en Pays de la Loire, d'après les données de l'Etat civil, 17,8 % des femmes ayant accouché étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) **(Tableau 1),** taux en hausse depuis 2018 (12,5 %).

Cadre de vie

L'exercice d'un emploi des femmes durant la grossesse était significativement plus fréquent en Pays de la Loire qu'au niveau national : 78,4 % d'entre elles déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse en 2021, contre 68,1 % au niveau national. Ce taux ligérien était le plus élevé des régions de la France entière. De même, le sentiment d'aisance financière des mères en Pays de la Loire en 2021 (63,4 %) était supérieur au niveau national (57,7 %) et le plus élevé des régions de la France entière.

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

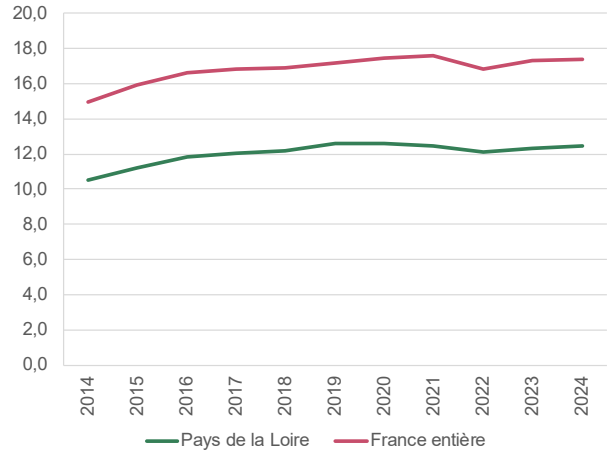
- La Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite (ex CMU-C) offre une prise en charge gratuite des soins de santé aux résidents légaux dont les revenus annuels sont inférieurs à 60 % du seuil de pauvreté.
- L'Aide médicale de l'État (AME) permet de bénéficier d'une couverture médicale gratuite pour les personnes étrangères en situation irrégulière, notamment pour les soins urgents et essentiels.

Les indicateurs issus du SNDS concernant l'AME et la C2S gratuite doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs tables sources existent, et leur combinaison peut varier selon les approches. Dans ce bulletin, nous avons retenu les femmes ayant bénéficié de ces dispositifs à tout moment entre le début de la grossesse et 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 Pays de la Loire, 12,5 % 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 10,5 % en 2014 et reste chaque année inférieure au niveau national, y compris en 2024 (France = 17,4 %) **(Figure 5)**.

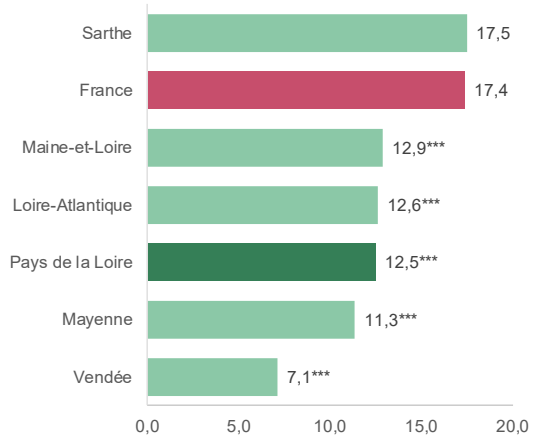
En 2024, elle variait de 7,1 % en Vendée à 17,5 % en Sarthe **(Figure 6)**.

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



Source : SNDS

Figure 6. Part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (par 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, une alimentation déséquilibrée, un stress chronique et une exposition accrue aux facteurs de risque (tabagisme, environnement défavorable), augmentant les complications (hypertension, dépression post-partum). Pour le nourrisson, elle se traduit par un risque élevé de prématurité, de retard de croissance in utero et de mortalité infantile.

Facteurs de risque et comportementaux

TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ

7,2% avaient suivi un traitement contre l'infertilité

6,5% en France

FACTEURS DE RISQUE

39%

surpoids - obésité avant la grossesse

38% en France

+58% en 11 ans

0,8%

diabète en pré-grossesse

0,9% en France

+83% en 12 ans

1,7%

prévalence HTA pendant la grossesse

1,6% en France

+34% en 12 ans

TABAGISME



27% en France



12% en France



15% en France

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux – Pays de la Loire

Indicateurs	Source	Pays de la Loire	France	p-value
Traitement de l'infertilité				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	**7,2** [5,3 - 9,4]	**6,5** [6,0 - 6,9]	
Facteurs de risque				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	**38,5** [34,7 - 42,4]	**37,9** [37,0 - 38,7]	
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	**0,75**	**0,92**	***
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	**1,68**	**1,63**	
Tabagisme				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	**23,8** [20,5 - 27,2]	**26,8** [26,0 - 27,6]	*
Fumeuses au 3e trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	**9,6** [7,4 - 12,1]	**11,8** [11,3 - 12,4]	*
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	**11,6** [8,5 - 15,4]	**15,1** [14,2 - 16,0]	*

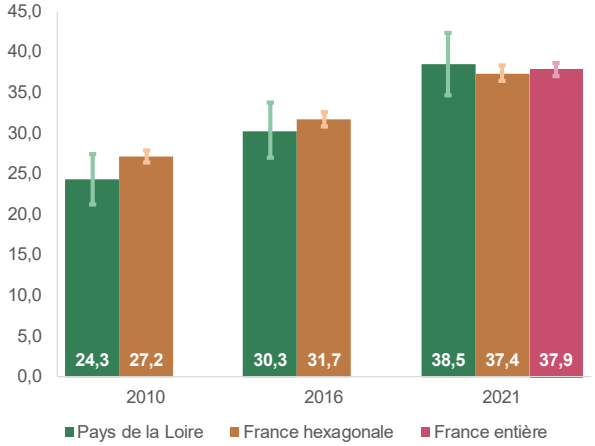
* : p< 0.1 ; ** : p <0.05 ; *** : p <0.001

Facteurs de risque

Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou d'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse a augmenté en Pays de la Loire, passant de 24,3 % à 38,5 %. La même tendance était observée en France hexagonale avec globalement un gradient nord-sud (prévalence plus élevée au nord) **(Figure 7, Carte 1).**

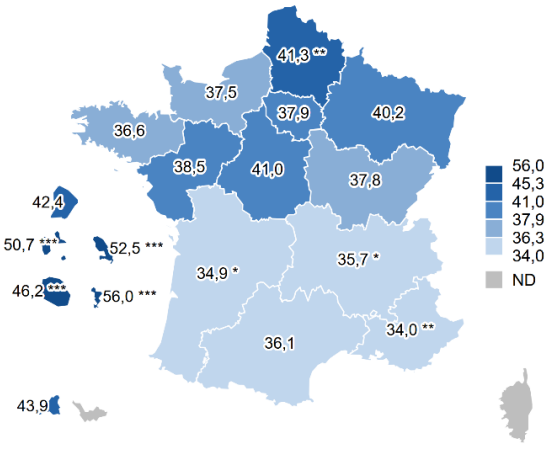
Le surpoids chez la femme enceinte est un facteur de risque de plusieurs complications de la grossesse
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension 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 Pays de la 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

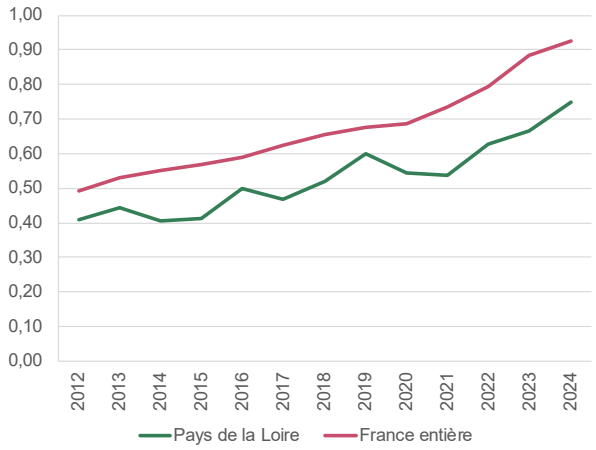


Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ND = non disponible

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a presque doublé en 12 ans en Pays de la Loire, passant de 0,41 % en 2012 à 0,75 % en 2024, avec une accélération marquée depuis 2022 **(Figure 8)**. En France entière, la prévalence (0,92%) était significativement plus élevée que celle de la région en 2024, suivant la même tendance.

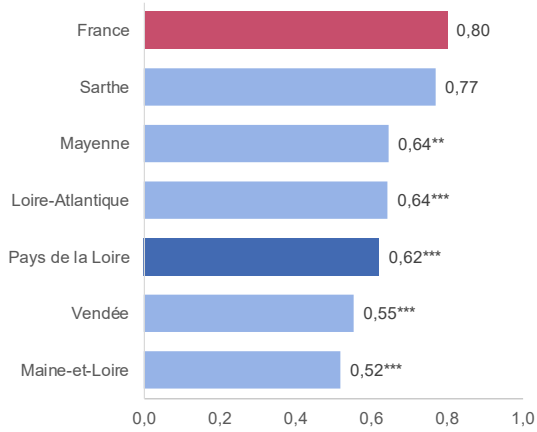
Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 0,52 % en Maine-et-Loire et 0,77 % en Sarthe **(Figure 9)**.

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



Source : SNDS

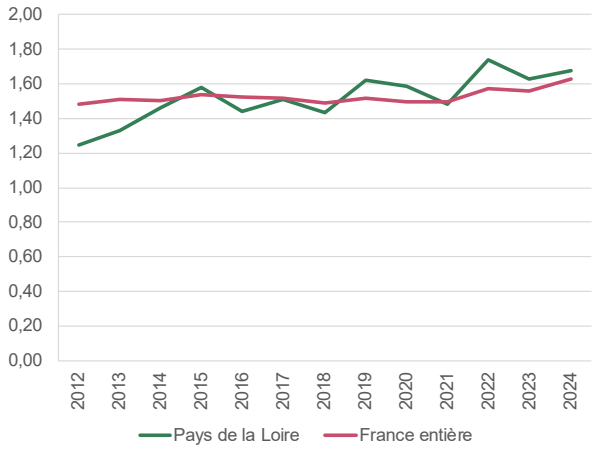
Figure 9. Part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024



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

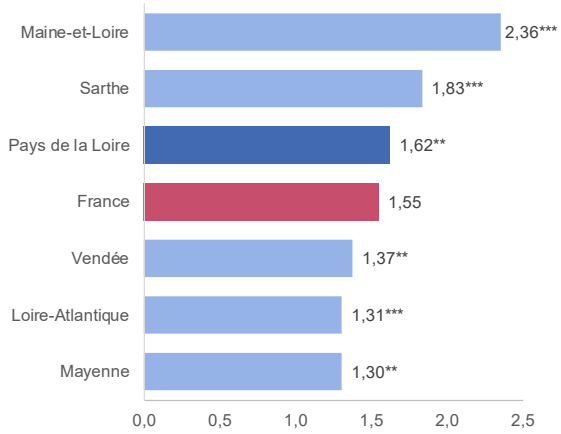
La prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique a légèrement progressé depuis 2012 (de 1,25 % à 1,68 % en 2024). En 2024, la prévalence régionale était comparable à celle de la France entière (1,63 %) **(Figure 10)**, qui présentait globalement un gradient nord-sud (prévalence plus élevée au nord, excepté en Bretagne). Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 1,30 % en Mayenne et 2,36 % en Maine-et-Loire **(Figure 11)**.

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



Source : SNDS

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



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

Tabagisme

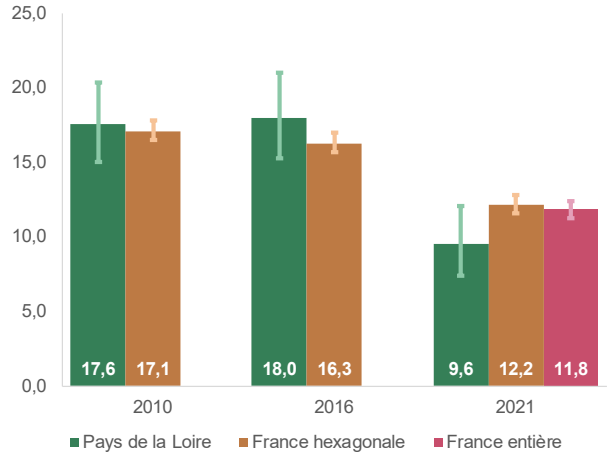
Les indicateurs présentés ici concernent la consommation de tabac (cigarettes industrielles et tabac à rouler), à l'exclusion des cigarettes électroniques et autres produits du vapotage.

La consommation de tabac durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité materno-fœtale
Les effets néfastes, tels que placenta prævia, grossesse extra-utérine, faible poids à la naissance, prématurité, sur la santé de la mère et de l'enfant sont bien documentés.

En 2021, 23,8 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire déclaraient fumer un an avant leur grossesse (contre 26,8 % en France entière) **(Tableau 2)**. Cette proportion diminuait au 3e trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 9,6 % (contre 11,8 % en France entière) **(Carte 2)**, pour remonter légèrement à 2 mois du post-partum (11,6 %) (contre 15,1 % en France entière).

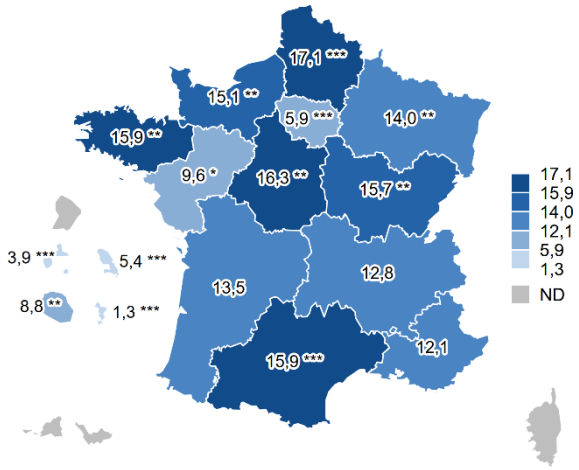
Entre 2010 et 2016, la part des fumeuses au 3e trimestre de grossesse est resté stable en Pays de la Loire, pour diminuer de près de la moitié en 2021 (passant de 18,0 % à 9,6 %) **(Figure 12)**. Ce taux ligérien observé en 2021 était parmi les taux les plus faibles de la France hexagonale.

Figure 12. Evolution de la part des femmes fumeuses au 3e trimestre de grossesse (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Pays de la Loire, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

Carte 2. Part des femmes fumeuses au 3e trimestre de grossesse (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

Grossesse et accouchement

SUIVI DE LA GROSSESSE

69% entretiens prénataux précoces

62% en France

PRÉVENTION

Vaccination

40% grippe

29% en France

82% coqueluche

67% en France

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

Conseils de prévention contre le cytomégalovirus (CMV)

14% reçu les conseils de prévention contre CMV

16% en France

La prévention du CMV est basée sur des mesures d'hygiène simples mais cruciales. Cette infection représente la 1ère cause infectieuse de handicap non génétique chez l'enfant.

Prévention des anomalies du tube neural

35% prise d'acide folique

27% en France

Prise **avant la grossesse**

Une prescription systématique est recommandée.

PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE

14%

diabète gestationnel

15% en France

doublé en 12 ans

2,2% HTA gestationnelle

2,2% en France

5,7% désordre hypertensif

5,5% en France

2,6%

prééclampsie + hypertension artérielle (HTA)

2,5% en France

SANTÉ MENTALE

13%

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

17% en France

11%

déclaraient **mal vivre psychologiquement leur grossesse**

13% en France

MODES ET PRATIQUES D'ACCOUCHEMENT

20% CÉSARIENNE

22% en France

80% VOIE BASSE

78% en France

3,3%

épisiotomies parmi les accouchements par voie basse non instrumentale (VBNI)

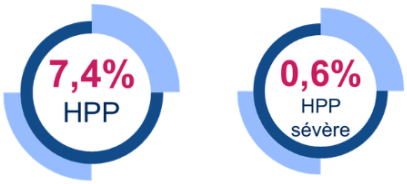
2,8% en France

÷ 5 en 12 ans

reflétant une évolution vers des pratiques plus physiologiques

COMPLICATIONS

Hémorragies du post-partum (HPP)



7,3% en France

0,9% en France

1,2%

déchirures sévères

1,4% en France

doublé en 12 ans

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement – Pays de la Loire

Indicateurs	Source	Pays de la Loire	France	p-value
Suivi de la grossesse				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	**86,9** [82,4 - 90,6]	**79,5** [78,3 - 80,6]	**
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	**50,6** [45,3 - 55,9]	**34,4** [33,3 - 35,6]	***
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	**68,9**	**62,1**	***
Prévention				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	**35,3** [31,6 - 39,2]	**27,2** [26,4 - 28,1]	***
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalovirus (CMV) (%)	ENP (2021)	**13,7** [11,2 - 16,6]	**15,7** [15,1 - 16,4]	
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	**68,5** [64,8 - 72,1]	**56,4** [55,6 - 57,3]	***
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	**39,7** [35,9 - 43,6]	**29,0** [28,2 - 29,8]	***
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	**82,1** [77,5 - 86,1]	**66,7** [65,5 - 68,0]	***
Pathologies de la grossesse				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	**58,9** [55,0 - 62,7]	**64,1** [63,2 - 64,9]	**
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	**82,5**	**89,6**	***
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	**13,6**	**15,0**	***
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	**5,7**	**5,5**	**
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	**2,2**	**2,2**	
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	**2,6**	**2,5**	
Santé mentale				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée[1] (%)	ENP (2021)	**12,9** [10,4 - 15,7]	**17,1** [16,5 - 17,8]	**
Mauvais vécu de la grossesse[2] (%)	ENP (2021)	**10,5** [8,3 - 13,1]	**12,5** [11,9 - 13,1]	
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	**29,3** [25,8 - 32,9]	**31,9** [31,1 - 32,8]	
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	**9,1** [7,0 - 11,6]	**8,8** [8,3 - 9,3]	
Lieu d'accouchement				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	**16,0**	**16,1**	
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	**27,9**	**28,4**	**
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	**25,5**	**24,3**	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	**30,6**	**31,2**	**
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	**16,3**	**19,2**	***
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	**7,9** [5,9 - 10,4]	**7,7** [7,2 - 8,2]	
Mode d'accouchement				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	**20,5**	**22,0**	***
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	**6,8**	**7,0**	**
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	**79,5**	**78,0**	***
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	**68,0**	**66,9**	***
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	**3,3**	**2,8**	***
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	**6,7**	**5,5**	***
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	**1,2**	**1,1**	
Complications				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	**7,4**	**7,3**	
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	**0,60**	**0,92**	***
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	**1,15**	**1,36**	***

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

[2] Vécu psychologique pendant la grossesse = "Assez mal" ou "Mal"

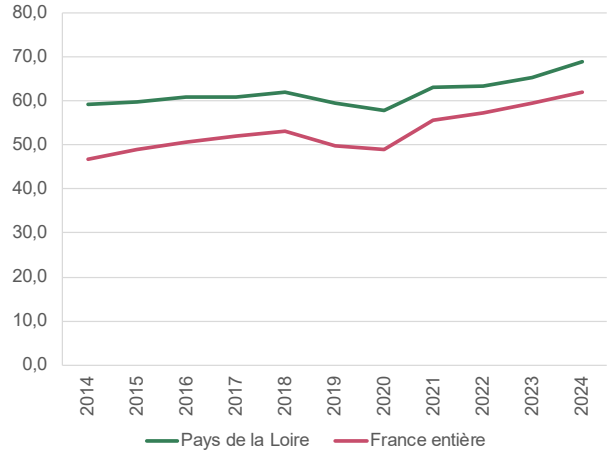
* : p< 0.1 ; ** : p <0.05 ; *** : p <0.001

Suivi de la grossesse

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

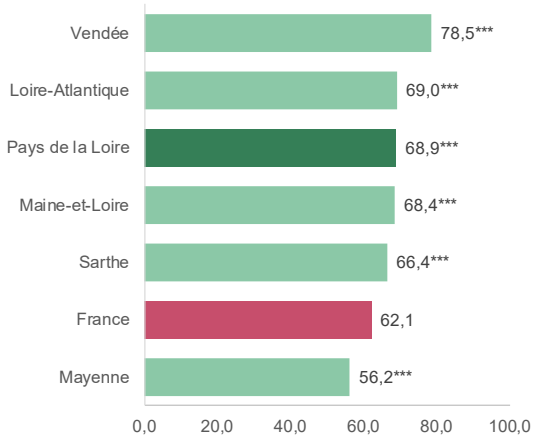
En 2024, selon les données du SNDS, 68,9 % des femmes ligériennes ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP), plaçant la région parmi celles ayant un taux significativement supérieur au niveau national (62,1 %). La réalisation de l'EPP a pratiquement augmenté de 10 points depuis 2014 (59,3 %) **(Figure 13)**. Au niveau départemental, ce taux variait, en 2024, de 56,2 % en Mayenne à 78,5 % en Vendée **(Figure 14)**.

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



Source : SNDS

Figure 14. Part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2024



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

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, 35,3 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Même si ce chiffre a progressé par rapport à 2016 (29,4 %), il demeurait faible au regard des recommandations actuelles, comme dans le reste de la France. Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle **(Tableau 3)**.

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

En 2021, seulement 13,7 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une proportion similaire au niveau national (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 Pays de la Loire, la vaccination antigrippale était proposée à 68,5 % des femmes enceintes, mais seulement 39,7 % ont effectivement été vaccinées, révélant 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 : 82,1 % **(Tableau 3)**.

Pathologies de la grossesse

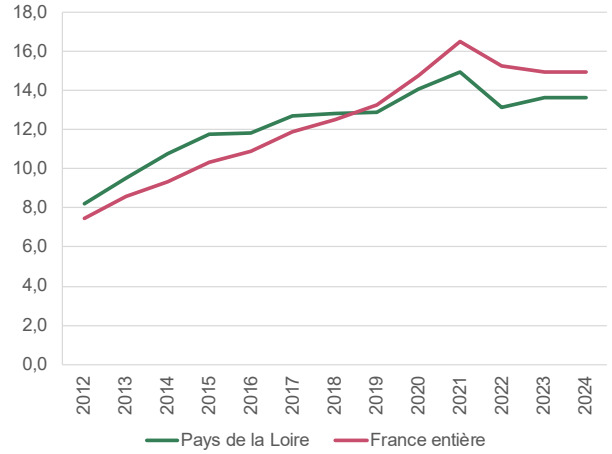
En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis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

En 2021, selon les données de l'ENP, 58,9 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire répondaient à ces critères de risque. Cependant, selon les données du SNDS, en 2024, plus de 8 femmes sur 10 (82,5 %) ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel au cours de la grossesse, soit un pourcentage proche d'un dépistage universel et non sur facteurs de risque **(Tableau 3)**.

Entre 2012 et 2021, la prévalence du diabète gestationnel a presque doublé en Pays de la Loire, mais de façon moins marquée que la hausse observée au niveau national. Depuis 2022, cette prévalence reste stable **(Figure 15)**.

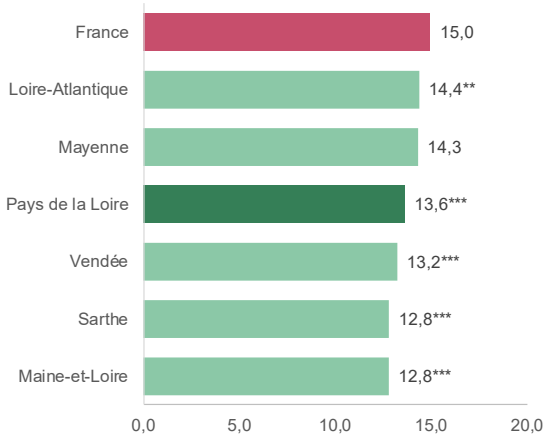
En 2024, cette prévalence régionale (13,6 %) était significativement plus faible qu'au niveau national (15,0 %) **(Figure 15)**. Au niveau départemental, cette proportion variait entre 12,8 % en Maine-et-Loire et 14,4 % en Loire-Atlantique en 2024 **(Figure 16)**.

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



Source : SNDS

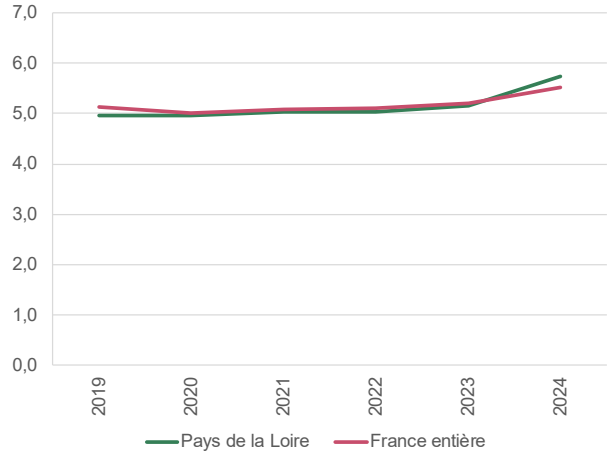
Figure 16. Part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2024



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

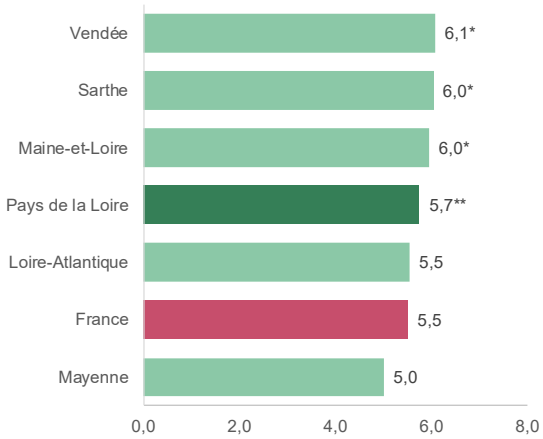
En Pays de la Loire, 5,7 % des femmes ayant accouché en 2024 présentaient un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), taux globalement stable depuis 2019. Une évolution similaire était observable en France entière **(Figure 17)**. Au niveau départemental, cette proportion variait entre 5,0 % en Mayenne et 6,1 % en Vendée en 2024 **(Figure 18)**.

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



Source : SNDS

Figure 18. Part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2024



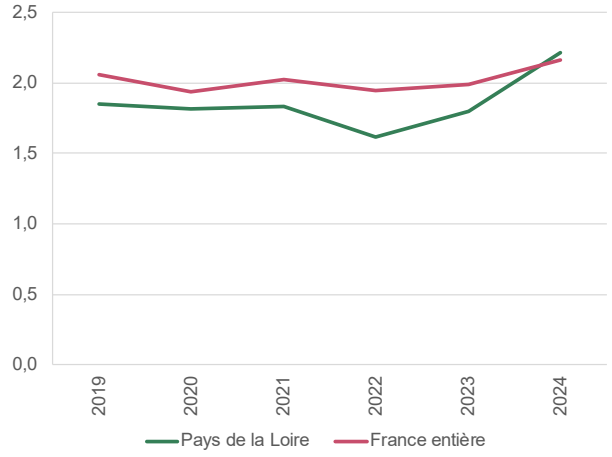
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

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

En 2024, la part des femmes présentant une HTA gestationnelle en Pays de la Loire (2,2 %) était semblable à celle du niveau national (2,2 %), après une légère hausse observée dans la région par rapport à 2023 **(Figure 19)**.

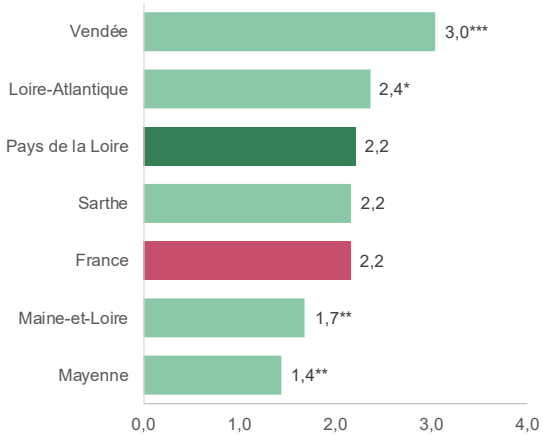
Au niveau départemental, cette proportion variait entre 1,4 % en Mayenne et 3,0 % en Vendée en 2024 **(Figure 20)**.

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



Source : SNDS

Figure 20. Part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2024

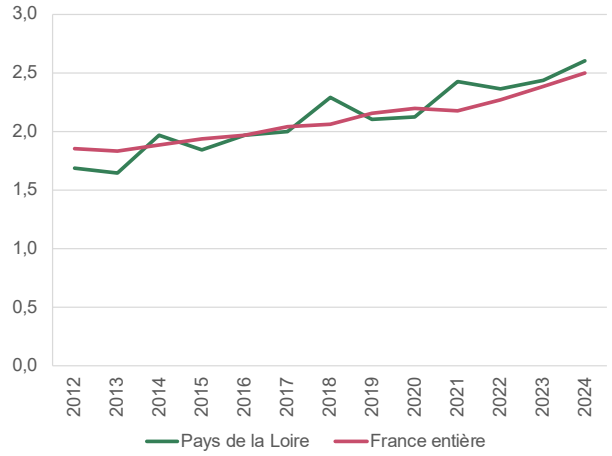


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20e semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter modérément ces dernières années dans la région, comme au niveau national. En 2024, la prévalence de la prééclampsie était de 2,6 % dans la région, semblable au niveau national (2,5 %) **(Figure 21)**.

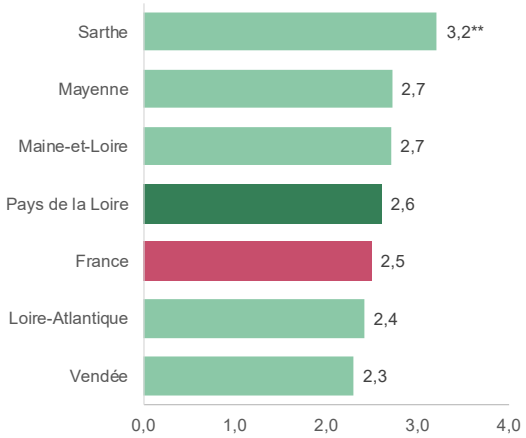
Au niveau départemental, cette proportion variait entre 3,2 % en Sarthe et 2,3 % en Vendée en 2024. La Sarthe a présenté une hausse ponctuelle sur l'année 2024 **(Figure 22)**.

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



Source : SNDS

Figure 22. Part des femmes avec prééclampsie associée à une HTA (en %), par lieu de domicile, France entière et en Pays de la Loire (région et départements), 2024



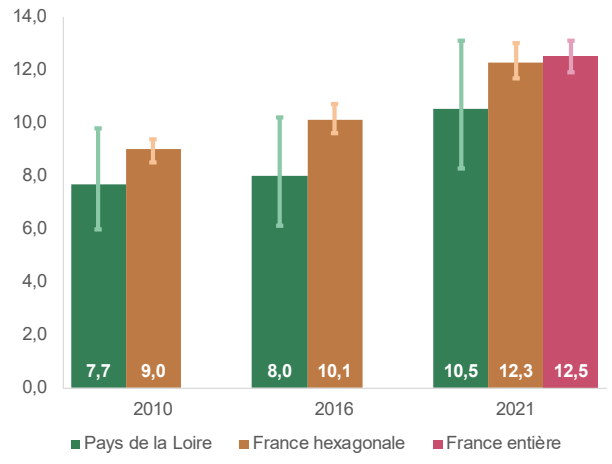
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Santé mentale

En 2021, 12,9 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire déclaraient que leur grossesse était non souhaitée ou non planifiée, taux significativement inférieur à celui de la France entière (17,1 %) **(Tableau 3)**.

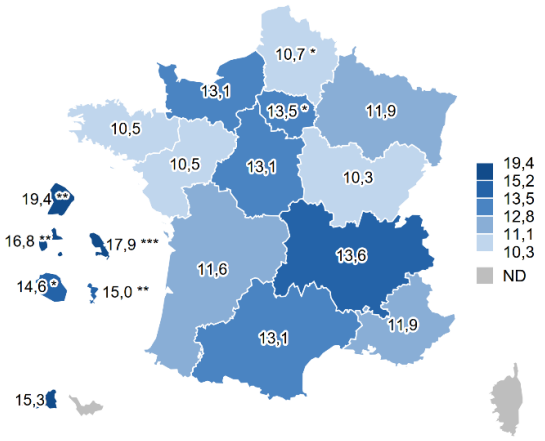
En 2021, 10,5 % des femmes déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse, en augmentation depuis 2010, soit une dynamique proche de celle observée en France hexagonale **(Figure 23, Carte 3)**.

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 Pays de la 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

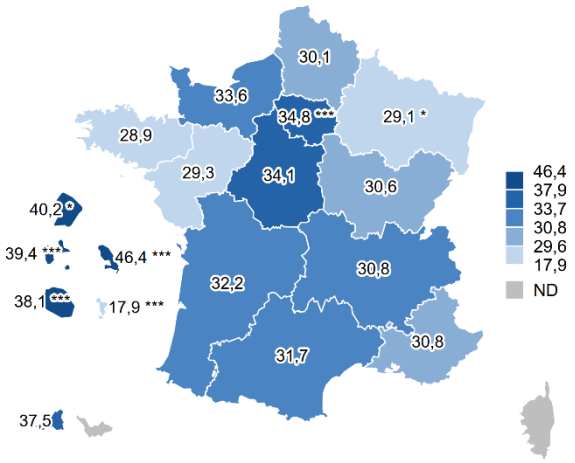


Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

En 2021, près d'une femme sur 3 ayant accouché en Pays de la Loire (29,3 %) déclaraient un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse, soit un résultat proche de celui observé en France entière (31,9 %) **(Carte 4)**. En parallèle, seulement

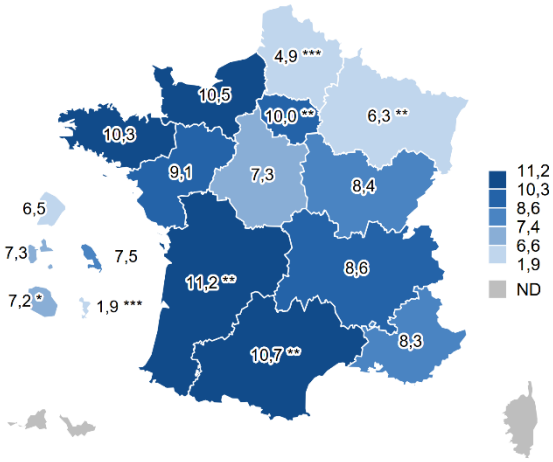
9,1 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques, soit un recours comparable au taux observé en France entière (8,8 %) **(Carte 5)**.

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

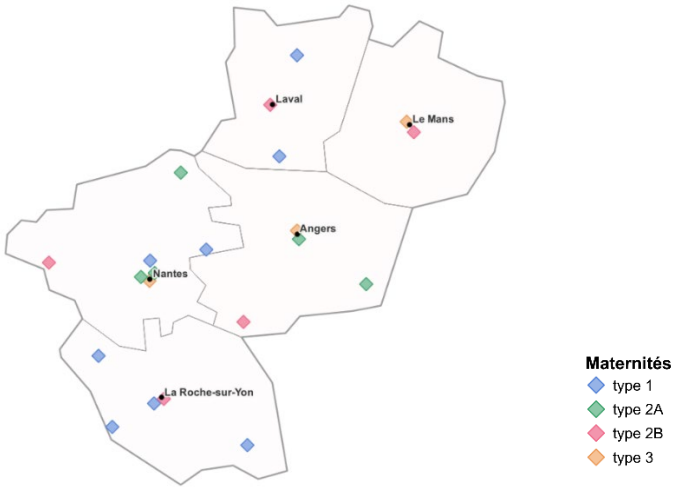
Lieu d'accouchement

Type de maternités

Depuis des décrets de 1998, les maternités sont définies en 4 types de maternités selon le niveau de soins néonatals (**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 21 maternités en Pays de la Loire, selon le type, au 31 décembre 2024

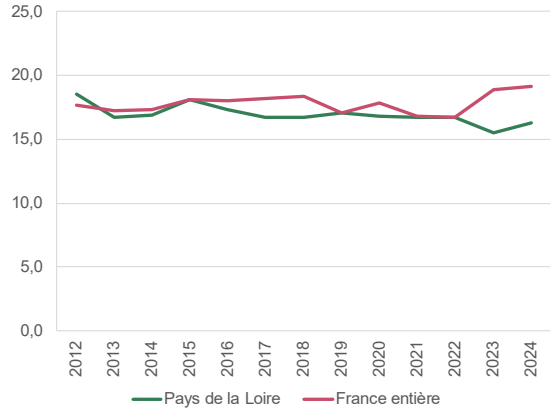


Source : DREES

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

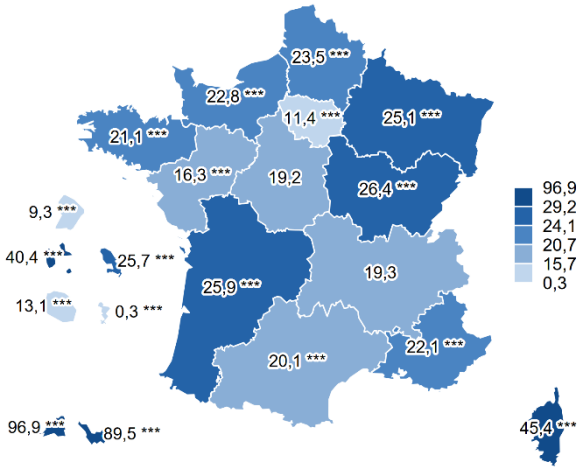
En 2024, 16,3 % des accouchements en Pays de la Loire avaient lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an (**Carte 7)**, un chiffre globalement stable depuis 2012 **(Figure 24)**.

Figure 24. Evolution de la part des accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la 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.

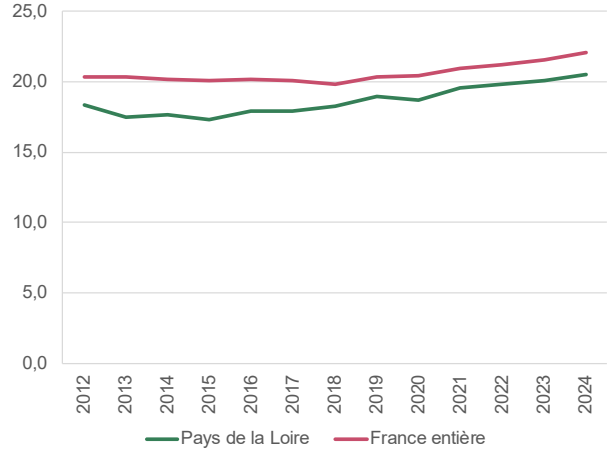
En 2021, une femme sur 13 (7,9 %) déclarait avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité en Pays de la Loire, taux équivalent à celui observé en France entière (7,7 %) **(Tableau 3)**.

Mode d'accouchement

En Pays de la Loire, entre 2012 et 2024, la part des césariennes a légèrement augmenté pour passer de 18,3 % à 20,5 % **(Figure 25, Tableau 3)**, taux significativement plus faible que celui de la France entière (22,0 %).

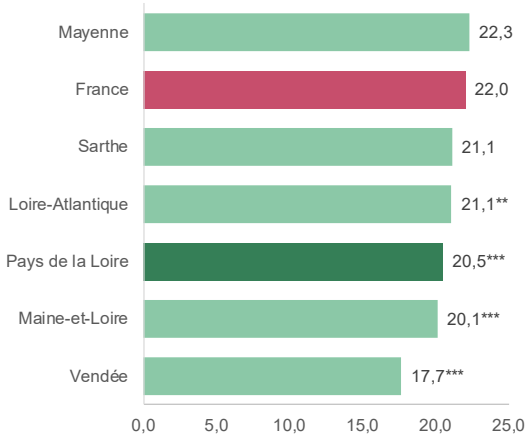
En 2024, au niveau départemental **(Figure 26)**, la part des césariennes variait de 17,7 % en Vendée à 22,3 % en Mayenne. Ces écarts peuvent refléter en partie l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements **[3]**.

Figure 25. Evolution de la part des césariennes (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 26. Part des césariennes (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2024



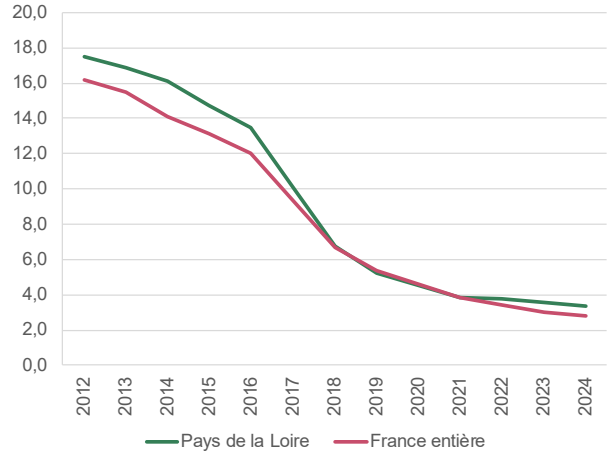
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

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 Pays de la Loire, suivant la même dynamique qu'en France entière.

En effet, 17,5 % des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 3,3 % en 2024 **(Figure 27)**.

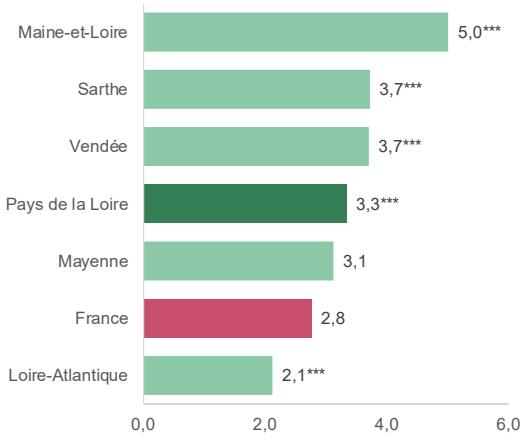
En 2024, la proportion d'épisiotomie parmi les accouchements par VBNI variait de 2,1% en Loire-Atlantique à 5,0 % en Maine-et-Loire (**Figure 28)**.

Figure 27. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 28. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2024



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

Complications de l'accouchement

Hémorragie du postpartum (HPP)

L'HPP correspond à des pertes sanguines égales ou supérieures à 500 mL, survenant lors de l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent, indépendamment de la voie d'accouchement (voie basse ou césarienne).

Cette complication, fréquente en obstétrique, présente une incidence estimée à environ 5 % des accouchements lorsque les pertes sanguines sont évaluées de manière approximative. Cependant, ce taux atteint 10 % lorsque la quantification est réalisée par des méthodes plus précises, telles que l'utilisation d'un sac collecteur, la pesée des compresses ou le recours à des marqueurs biologiques.

En France, les HPP étaient responsables de 7,4 % des décès maternels (parmi les décès pendant la grossesse, l'accouchement ou les 365 jours suivant la fin de la grossesse) (source : ENCMM 2016-2018).

Les critères de l'HPP sévère sont :

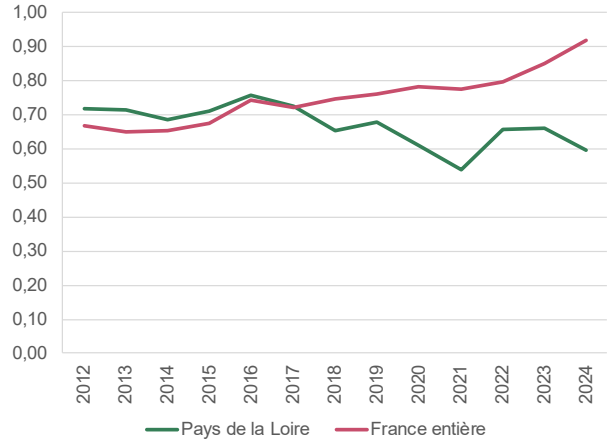
- transfusion > ½ masse sanguine,
- chirurgie (ligature, hystérectomie),
- embolisation artérielle,
- passage en unité médicale de soins critiques.

En Pays de la Loire, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du post-partum (HPP) était estimée à 7,4 % en 2024, en hausse depuis 2012. Cette évolution était aussi observée au niveau national (7,3 % en 2024). Elle 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 Pays de la Loire, l'HPP sévère (HPP associé 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 resté globalement stable contrairement au niveau national où une hausse était observée **(Figure 29)**. Depuis 2018, le taux régional présentait des valeurs en-dessous du niveau national : 0,60 % contre 0,92 % en 2024 **(Tableau 3, Figure 29)**.

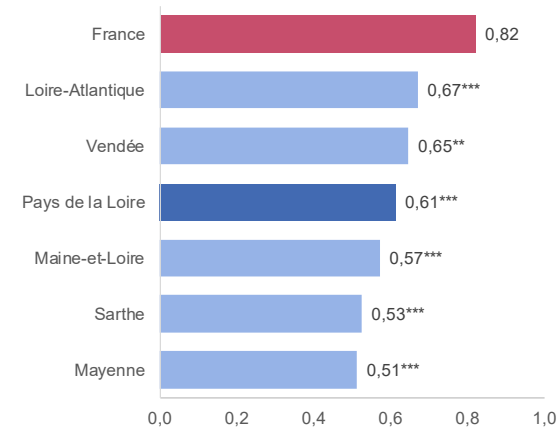
Sur la période 2020-2024, ce taux variait à l'échelle départementale de 0,51 % en Mayenne à 0,67 % en Loire-Atlantique **(Figure 30)**.

Figure 29. Evolution de la part des hémorragies du post-partum sévères (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 30. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024

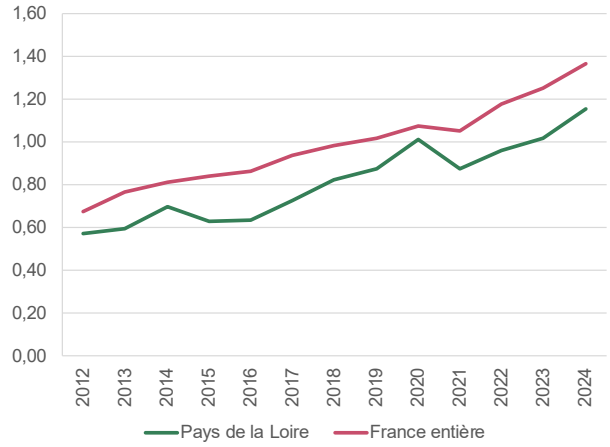


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-compliqué (3e et 4e degrés) était en augmentation dans la région, passant de 0,57 % en 2012 à 1,15 % en 2024 **(Figure 31)**. Cette même évolution était observée au niveau national.

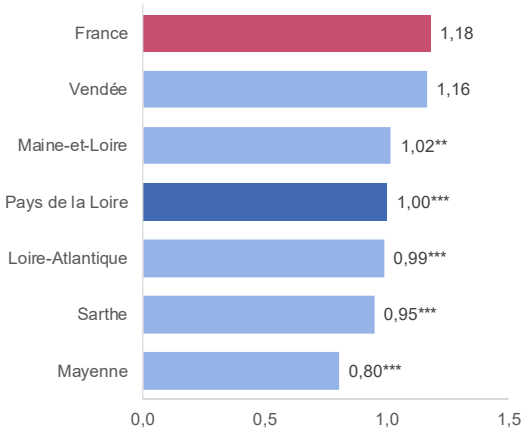
Sur la période 2020-2024, cette proportion variait selon les départements de 0,80 % en Mayenne à 1,16 % en Vendée **(Figure 32)**.

Figure 31. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

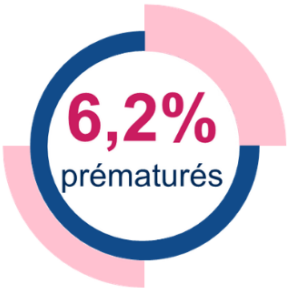
Figure 32. Part des déchirures sévères (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024



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

L'enfant à la naissance

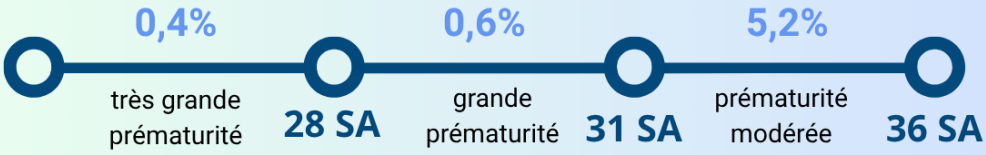
PRÉMATURITÉ



globalement stable depuis 12 ans

6,7% en France

< 37 semaines d'aménorrhée (SA)



AUTRES MARQUEURS DE RISQUE

2,7%

naissances issues d'une grossesse multiple

3,0% en France

6,8%

naissances avec poids à la naissance <2500g

7,4% en France

10,9%

des nouveaux-nés hospitalisés ou transférés

11,5% en France

9,2% **petit poids pour l'âge gestationnel**

9,6% en France

8,8% **gros poids pour l'âge gestationnel**

8,8% en France

Tableau 4. Naissances vivantes – Pays de la Loire

Indicateurs	Source	Pays de la Loire	France	p-value
Prématurité selon l'âge gestationnel				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	**6,2**	**6,7**	***
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	**0,38**	**0,43**	
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	**0,63**	**0,70**	*
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	**5,21**	**5,56**	**
Autres marqueurs de risque				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	**2,7**	**3,0**	***
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	**6,8**	**7,4**	***
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	**9,2**	**9,6**	**
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	**8,8**	**8,8**	
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	**10,9** [8,7 - 13,5]	**11,5** [11,0 - 12,0]	

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

Prématurité selon l'âge gestationnel

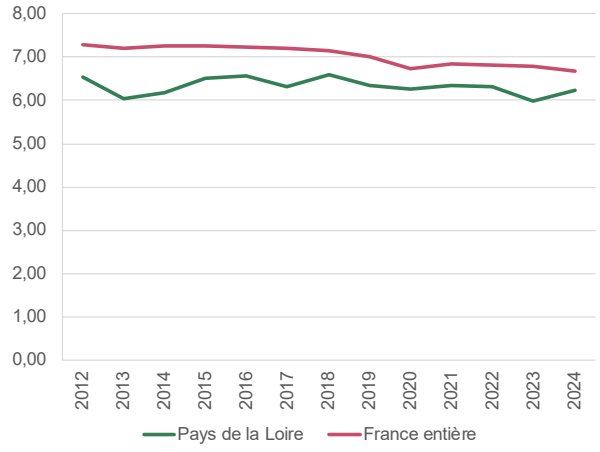
La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

De plus, les enfants nés avant 32 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 (< 18 ans ou > 40 ans), l'assistance médicale à la procréation (AMP), les grossesses multiples, ainsi que les grossesses trop rapprochées.

En Pays de la Loire, 6,2 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA) (taux de 6,6 % en 2012) **(Figure 33)**. Ce taux ligérien, comme celui des régions situées au sud et à l'ouest, était significativement inférieur à celui de la France entière.

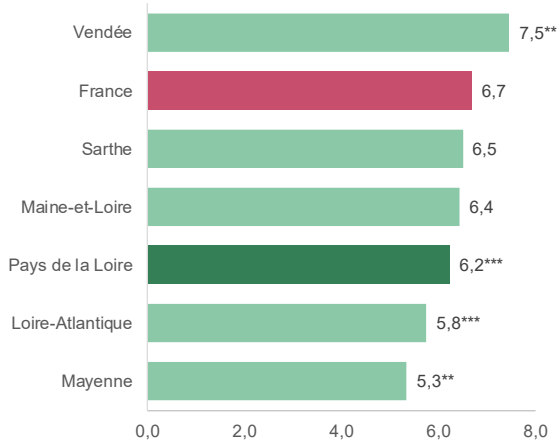
Au niveau départemental, le taux de prématurité variait en 2024 de 7,5 % en Vendée à 5,3 % en Mayenne. La Vendée a présenté une hausse ponctuelle sur l'année 2024 **(Figure 34)**.

Figure 33. Evolution de la part des naissance prématurées (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 34. Part des naissance prématurées (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2024



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

En 2024, la région Pays de la Loire affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) et de grande prématurité ([28-31] SA) (respectivement 0,4 % et 0,6 %) proches des taux nationaux (respectivement 0,4 % et 0,7 %), tandis que le taux de prématurité modérée ([32-36] SA) (5,2 %) était inférieur au taux national (5,6 %) **(Tableau 4)**.

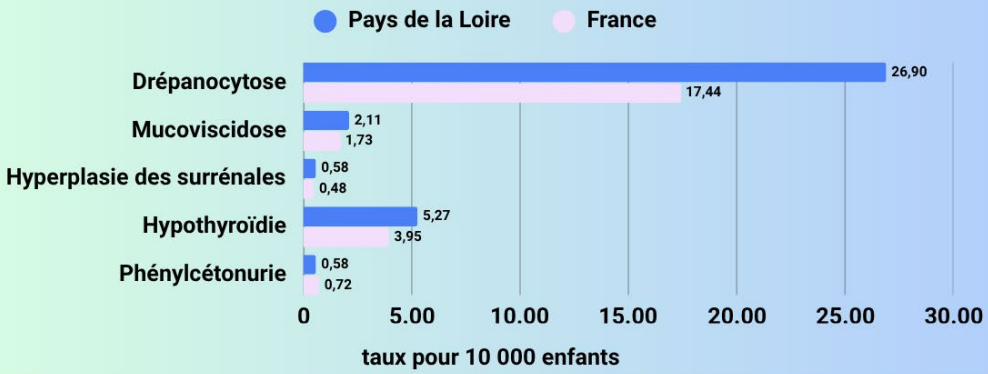
Autres marqueurs de risque

En 2024, en Pays de la Loire, 2,7 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une grossesse multiple et 6,8 % étaient des naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes (taux significativement inférieurs à ceux observés en France entière pour ces deux indicateurs) **(Tableau 4)**.

En 2021, 10,9 % des nouveau-nés de mères ayant accouché en Pays de la Loire ont été hospitalisés ou transférés à la naissance (taux proche de la France entière (11,5 %)) **(Tableau 4)**.

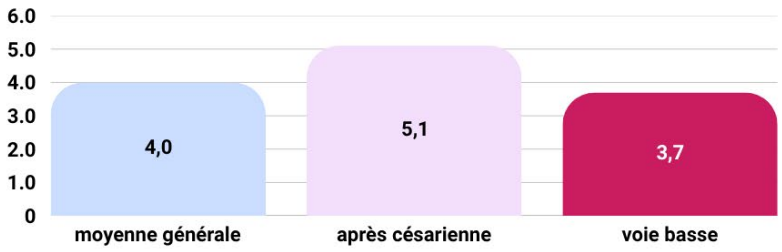
Post-partum

DÉPISTAGE BIOLOGIQUE NÉONATAL



DURÉE DE SÉJOUR EN SUITE DE COUCHES

en nuits



pas de différence significative avec la France

ALLAITEMENT

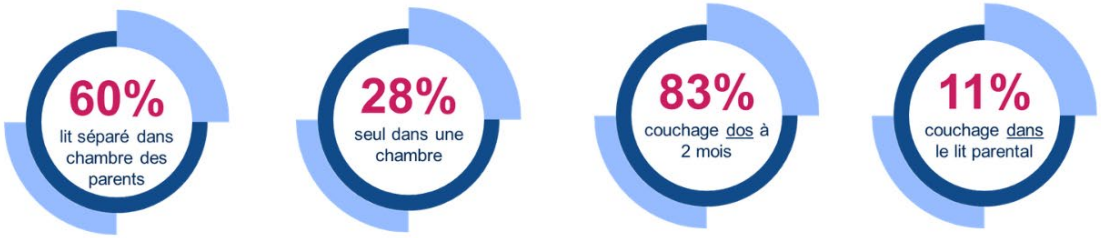


Durée médiane de l'allaitement global a progressé de 15 à 20 semaines (Enquête EPIFANE 2012- 2021)

COUCHAGE

Recommandations =

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

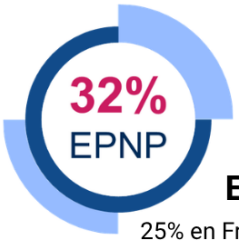


71% en France | 15% en France | 79% en France | 13% en France

RETOUR A DOMICILE

9/10
ont reçu au moins une visite
à domicile après la maternité
8/10 en France

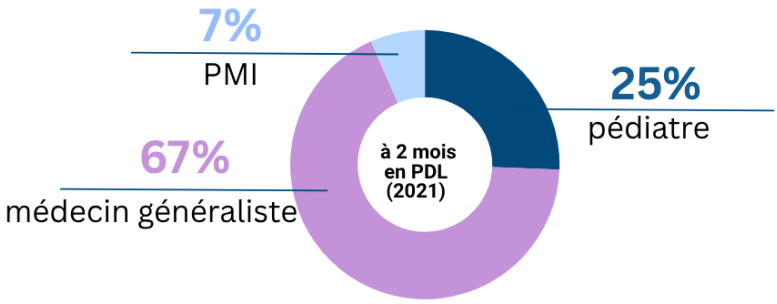
***Sage-femme** : 83 %*
***Puéricultrice** : 24 %*



25% en France

+38% en 1 an
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP)

EXAMENS DE SUIVI MÉDICAL DE L'ENFANT



20 examens
gratuits de 0 à 16 ans
10 avant 1 an

ENGAGEMENT DU PARTENAIRE / CO-PARENT

74% **des partenaires ont pris un congé dans les 2 mois**



60% en France

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.

17%
symptômes de dépression
à 2 mois post-partum

17% en France

28%
anxiété
à 2 mois post-partum

28% en France

Tableau 5. Indicateurs post-partum – Pays de la Loire

Indicateurs	Source	Pays de la Loire	France	p-value
Dépistage biologique néonatal				
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)	**4,4**	**6,3**	***
Incidence des maladies dépistées				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2020-2024)	**0,58**	**0,72**	
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2020-2024)	**5,27**	**3,95**	**
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2020-2024)	**0,58**	**0,48**	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2020-2024)	**26,90**	**17,44**	***
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants testés)	CNCDN (2020-2024)	**2,11**	**1,73**	
Durée de séjour en suites de couches				
Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuits)	SNDS (2024)	**4,0**	**3,8**	-
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	**5,1**	**4,8**	-
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	**3,7**	**3,6**	-
Alimentation du nourrisson et allaitement				
Initiation d'allaitement (%)	ENP (2021)	**69,3** [65,5 - 72,9]	**77,1** [76,3 - 77,9]	***
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	**60,9** [57,1 - 64,7]	**70,5** [69,7 - 71,3]	***
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	**51,1** [46,0 - 56,2]	**54,6** [53,4 - 55,9]	
Couchage à 2 mois				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	**83,4** [79,1 - 87,1]	**79,2** [78,1 - 80,3]	**
Lieu de couchage				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	**59,9** [54,8 - 64,8]	**70,5** [69,3 - 71,6]	***
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	**28,0** [23,7 - 32,7]	**15,2** [14,3 - 16,0]	***
Lit des parents (%)	ENP (2021)	**11,3** [8,2 - 15,0]	**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)	**88,1** [84,5 - 91,2]	**84,2** [83,1 - 85,1]	**
Sage-femme (%)	ENP (2021)	**82,6** [77,6 - 86,9]	**79,3** [78,2 - 80,4]	
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	**23,6** [18,8 - 29,0]	**19,2** [18,2 - 20,3]	*
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	**32,1**	**24,9**	***
Suivi médical du nourrisson				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	**25,3** [21,1 - 29,9]	**43,2** [41,9 - 44,4]	***
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	**67,1** [62,2 - 71,7]	**42,1** [40,8 - 43,3]	***
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	**6,5** [4,2 - 9,4]	**12,3** [11,4 - 13,3]	***
Engagement du partenaire / co-parent				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	**73,7** [68,4 - 78,6]	**59,8** [58,6 - 61,1]	***
Santé mentale à 2 mois post-partum				
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	**17,3** [13,1 - 22,4]	**16,8** [15,9 - 17,8]	
Anxiété (%)	ENP (2021)	**27,9** [23,1 - 33,1]	**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 biologique néonatal est proposé aux parents de chaque nouveau-né. Ce dépistage, couramment appelé « test de Guthrie », repose sur le prélèvement de quelques gouttes de sang et permettait en 2024 de rechercher la présence de 13 maladies dans le but de mettre en place une prise en charge adaptée et précoce.

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

Sur cette période 2020-2024, en Pays de la Loire, le taux de refus était de 4,4 pour 10 000 enfants nés, chiffre significativement plus faible que celui enregistré en France (6,3).

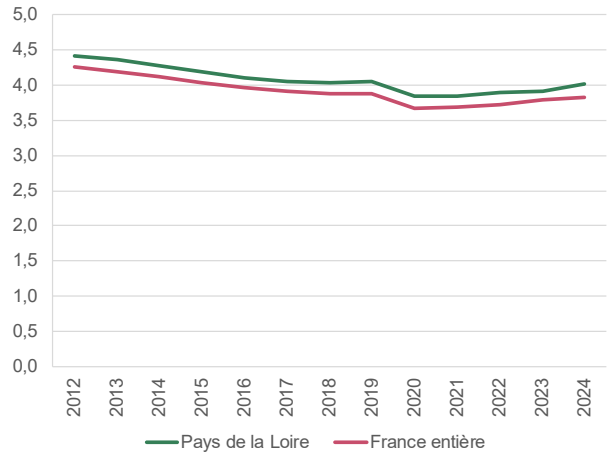
En 2020-2024, la région Pays de la Loire a présenté des taux significativement supérieurs à la France entière, pour l'hypothyroïdie (5,27 cas pour 10 000 enfants testés) et la drépanocytose (26,90 cas pour 10 000 enfants testés) (**Tableau 5**). A noter que jusqu'en novembre 2024, le dépistage de la drépanocytose était basé sur des critères de facteurs de risque en Hexagone alors qu'il était universel dans les DROM. La proportion de nouveau-nés testés pour cette maladie a augmenté sur le territoire national entre 2012 et 2024, suggérant une anticipation de ce changement de recommandation et de variations des pratiques de dépistage (inter-établissements et temporelles).

Depuis 2022, deux 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 chaine moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme.

Durée de séjour en suites de couches

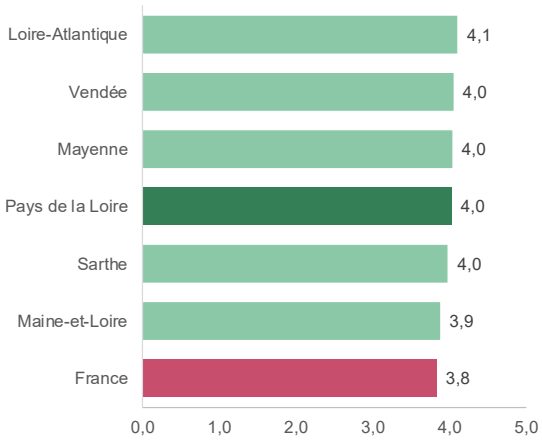
En 2024, la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches était de 4,0 nuitées en Pays de la Loire comme au niveau national (**Tableau 5**, **Figure 36**). Une tendance à la baisse a été observée de 2012 à 2019, qui s'est accentuée en 2020 durant la pandémie de COVID-19, pour atteindre en 2024 une durée moyenne proche de celle de 2019 **(Figure 35)**.

Figure 35. Evolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 36. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2024



Source : SNDS

Une différence selon le mode d'accouchement était observée avec une durée régionale moyenne de 5,1 nuitées après une césarienne et de 3,7 nuitées après un accouchement par voie basse (**Tableau 5**).

Alimentation du nourrisson et allaitement

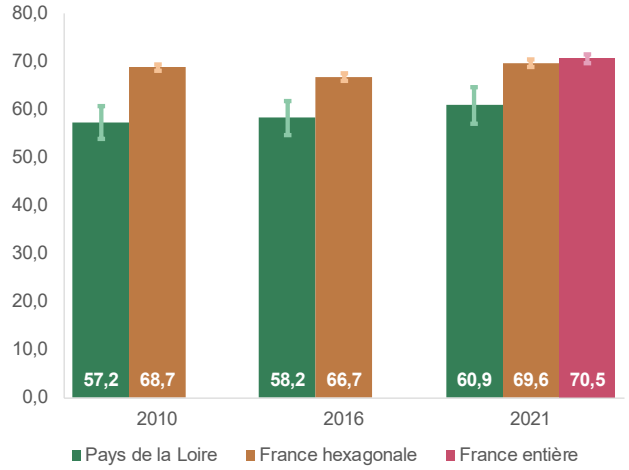
Enquête EPIFANE

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.

En 2021, 60,9 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) à la maternité au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice **(Figure 37, Carte 8)**. Cette proportion était significativement inférieure aux données nationales.

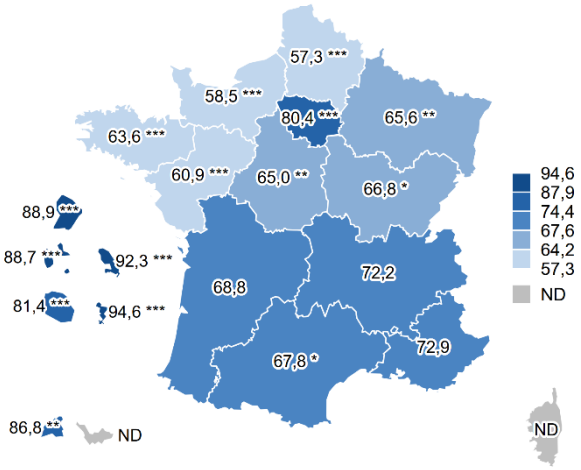
A deux mois post-partum, 51,1 % déclaraient encore allaiter **(Carte 9)**, taux similaire au niveau national.

Figure 37. Evolution de la part des nourrissons allaités en maternité (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Pays de la Loire, 2010, 2016 et 2021



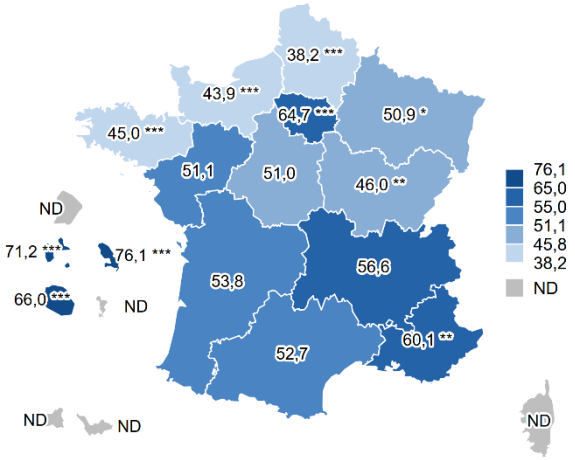
Source : ENP

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 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 dans la chambre parentale jusqu'à ses 6 premiers mois ;
- Sans objets dans le lit qui risquent de couvrir sa tête (pas d'oreiller, couverture, couette, doudou, tour de lit, jouet…).

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

En 2021, 83,4 % des mères ayant accouché en Pays de la Loire déclaraient systématiquement coucher leur enfant sur le dos deux mois après la naissance (**Tableau 5**). Ainsi les consignes ne sont pas respectées par les parents pour près de deux enfants sur 10.

En ce qui concerne le lieu de couchage, 59,9 % déclaraient coucher le nourrisson dans un lit séparé dans la chambre parentale (taux inférieur au niveau national) et 28,0 % seul dans une chambre (plus fréquent qu'au niveau national). Par contre, 11,3 % déclaraient le coucher principalement dans le lit des parents (similaire au niveau national), une pratique à risque qui rappelle l'importance de renforcer la diffusion des 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

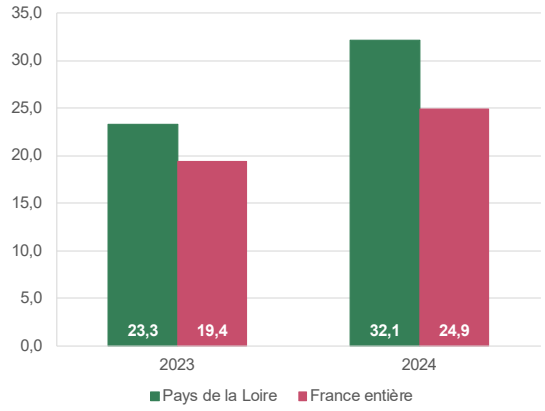
La HAS recommande deux à trois visites de sages-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h de la sortie. Ces visites sont entièrement remboursées par l'Assurance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

Depuis juillet 2022, l'entretien postnatal précoce (EPNP) a été rendu obligatoire en France. L'EPNP est un temps d'échanges réalisé entre les 4e et 8e 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.

En 2021, 88,1 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (82,6 %) et/ou par une puéricultrice (23,6 %). A l'échelle nationale, 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi **(Tableau 5)**.

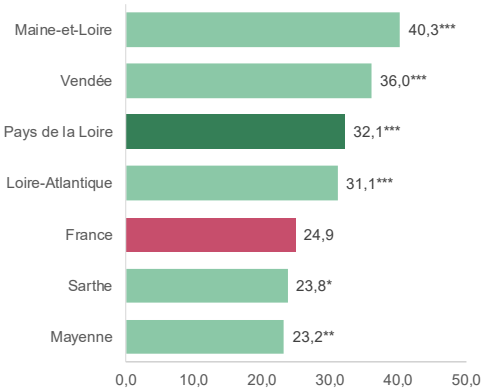
En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 32,1 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Pays de la Loire (taux significativement plus élevé que le niveau national (24,9 %)). Cette proportion marque une progression par rapport à 2023, où seulement 23,3 % des femmes ligériennes en avaient profité **(Figure 38)**. Au niveau départemental, le taux d'EPNP variait de 23,2 % en Mayenne à 40,3 % en Maine-et-Loire en 2024 **(Figure 39)**.

Figure 38. Evolution de la part de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la Loire, période 2023-2024



Source : SNDS

Figure 39. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), par lieu de domicile, France entière et Pays de la 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 2e semaine, à 1 mois et à 2 mois.

En 2021, le suivi médical des nourrissons nés de mères ayant accouché en Pays de la Loire était principalement assuré par un médecin généraliste (67,1 %) ou par un pédiatre (25,3 %) durant leurs

deux premiers mois de vie. La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 6,5 % des nourrissons **(Tableau 5)**.

Engagement du partenaire / co-parent

En 2021, 73,7 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire déclaraient que leurs partenaires avaient pris un congé dans les deux mois suivant la naissance, taux le plus élevé de France (taux national de 59,8 %) **(Tableau 5)**.

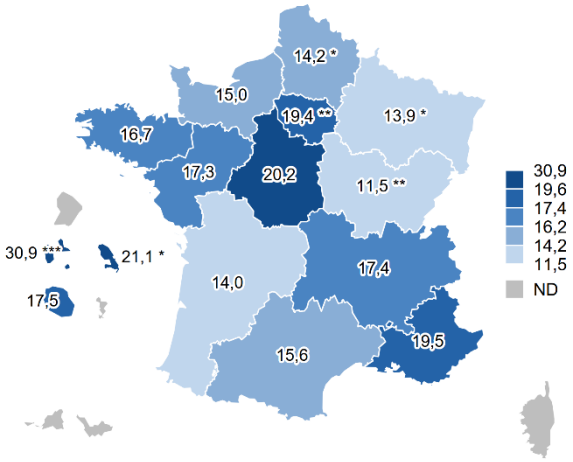
Santé mentale post-partum

L'échelle d'Édimbourg pour la dépression postnatale (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS) est un outil validé permettant d'évaluer le risque de dépression post-partum en calculant un score de 0 à 30 à partir de 10 items. Pour la 1e fois en France, cette échelle a été intégrée dans l'ENP 2021 afin d'évaluer ce risque à l'échelle nationale.

La santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson. En 2021, deux mois après l'accouchement, 17,3 % des femmes ayant accouché en Pays de la Loire présentaient des symptômes de dépression et 27,9 % de l'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale) **(Carte 10 ; Carte 11)**.

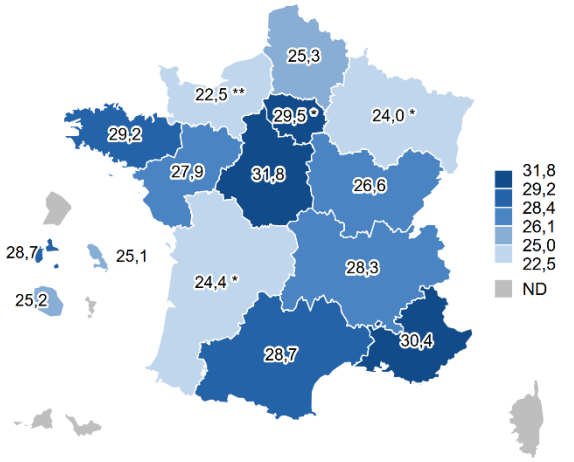
A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, et que cela a pu impacter leur santé mentale.

Carte 10. Part des femmes ayant un score EPDS indiquant une dépression (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



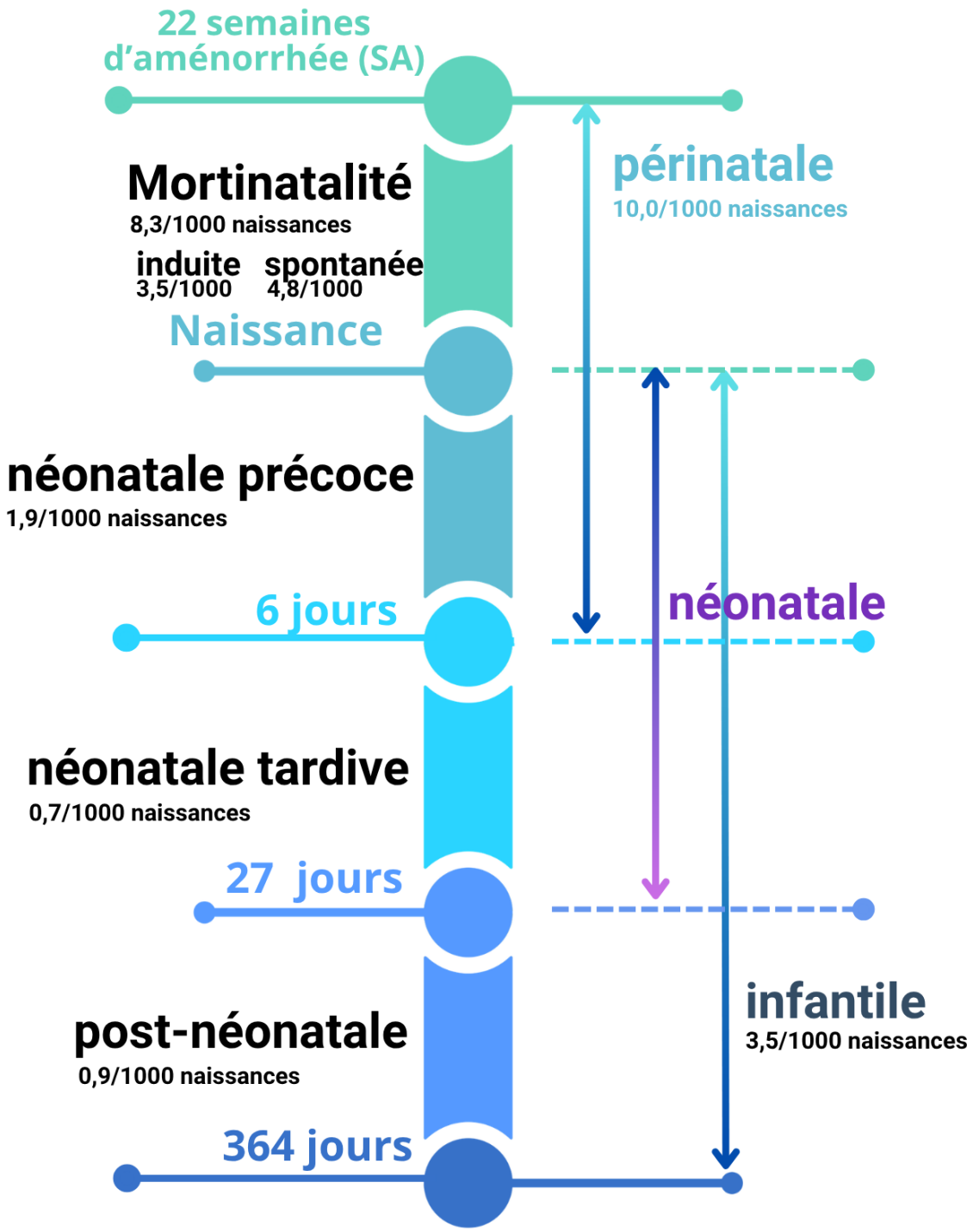
Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

Carte 11. 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


22 semaines d'aménorrhée (SA)
Mortinatalité
8,3/1000 naissances
induite 3,5/1000
spontanée 4,8/1000
Naissance
néonatale précoce
1,9/1000 naissances
6 jours
néonatale tardive
0,7/1000 naissances
27 jours
post-néonatale
0,9/1000 naissances
364 jours
périnatale
10,0/1000 naissances
néonatale
infantile
3,5/1000 naissances

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

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

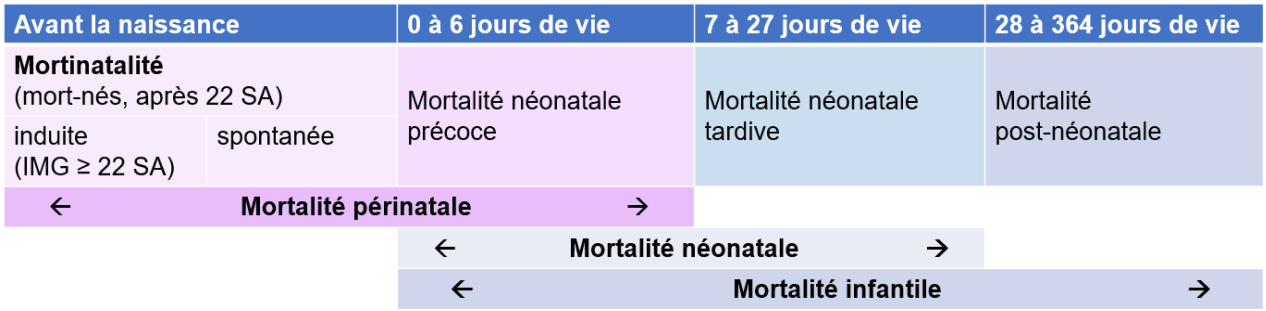


Tableau 6. Mortalité – Pays de la Loire

Indicateurs	Source	Pays de la 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 vivantes)	ENCMM (2013-2018)	**8,0** [4,9 - 12,3]	**11,1** [10,2 - 12,1]	
Mortinatalité (enfants mort-nés, après 22SA)[1]				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	**296**	**6 094**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	**8,3**	**9,2**	*
Mortinatalité induite[2] (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	**3,5**	**3,6**	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	**4,8**	**5,6**	**
Mortalité périnatale (décès de l'enfant entre 22SA et 6 jours)[1]				
Nombre de décès	SNDS (2024)	**358**	**7 398**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	**10,0**	**11,2**	**
Mortalité infantile (décès de l'enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	**123**	**2 690**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	**3,47**	**4,08**	*
Mortalité néonatale précoce (décès de l'enfant entre 0 et 6 jours)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	**67**	**1 310**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	**1,89**	**1,99**	
Mortalité néonatale tardive (décès de l'enfant entre 7 et 27 jours)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	**24**	**618**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	**0,68**	**0,94**	
Mortalité post-néonatale (décès de l'enfant entre 28 jours et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	**32**	**762**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	**0,90**	**1,16**	

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

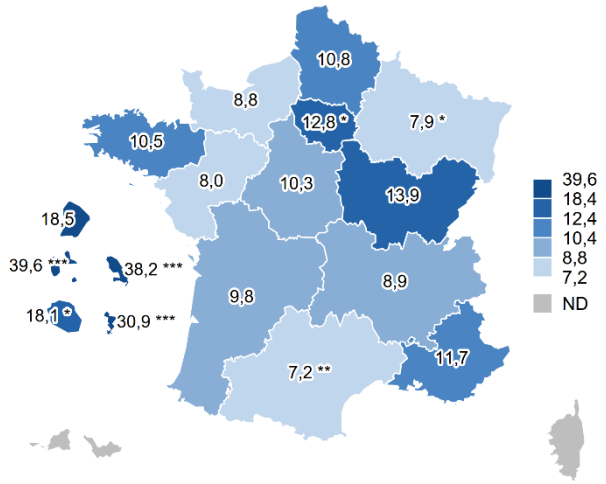
[1] Les indicateurs ont été fournis à partir d'une base corrigée par la DREES et l'Inserm.

[2] Mortinatalité induite par interruption médicale de grossesse (IMG)

Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement en Pays de la Loire s'élevait en moyenne à 8,0 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux régional n'était pas différent de la moyenne nationale (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes) et était parmi les plus bas des régions de la France entière **(Carte 12)**.

Carte 12. Taux régional de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances totales), par région de domicile, 2013-2018



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

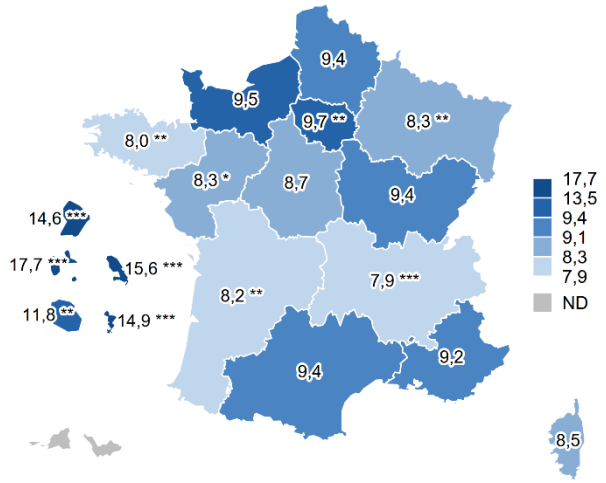
Dans l'édition 2016-2018 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) **[6],** le suicide devenait la 1e cause de mortalité maternelle (jusqu'à un an après la fin de la grossesse), et les maladies cardiovasculaires étaient la 1e cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à 42 jours. 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, environ 60 % de la mortinatalité était spontanée et 40 % était induite (données SNDS 2012-2024).

En Pays de la Loire, 296 mort-nés (enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 8,3 pour 1 000 naissances totales, proche de celui enregistré en France (9,2 ‰) **(Carte 13)**.

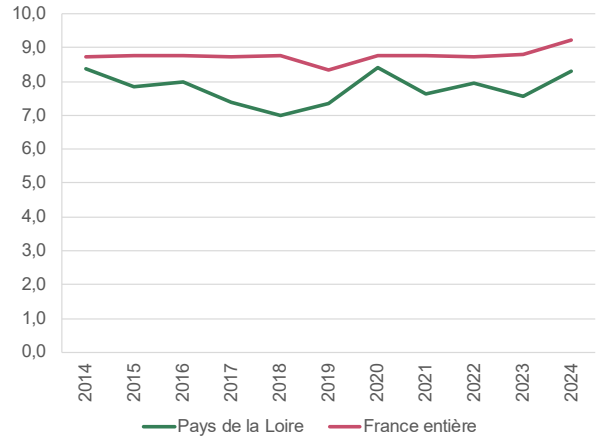
Carte 13. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024



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

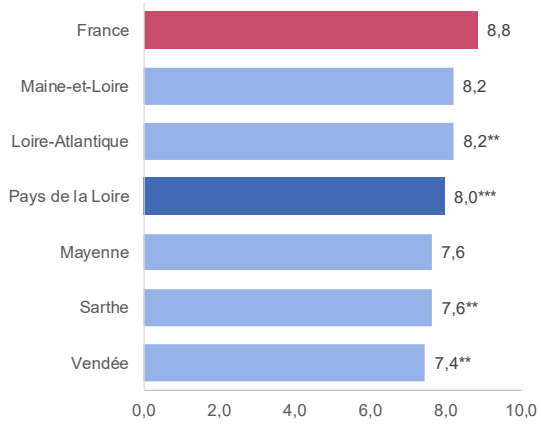
A l'échelle régionale, le taux de mortinatalité est resté globalement stable sur la période 2014-2024 et en dessous des valeurs nationales **(Figure 40)**. A l'échelle départementale, sur la période 2020-2024, le taux de mortinatalité global variait de 7,4 ‰ en Vendée à 8,2 ‰ en Maine-et-Loire **(Figure 41)**.

Figure 40. Evolution du taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Pays de la Loire, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 41. Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024



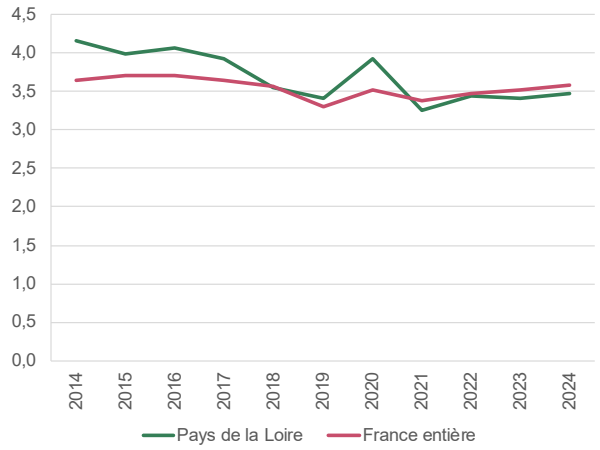
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortinatalité induite

En Pays de la Loire, le taux de mortinatalité induite montrait une tendance à la baisse sur la période 2014-2024, avec un pic ponctuel constaté en 2020 : 3,5 mort-nés induits pour 1 000 naissances totales en 2024 (taux proche du niveau national (3,6 ‰)) **(Figure 42)**.

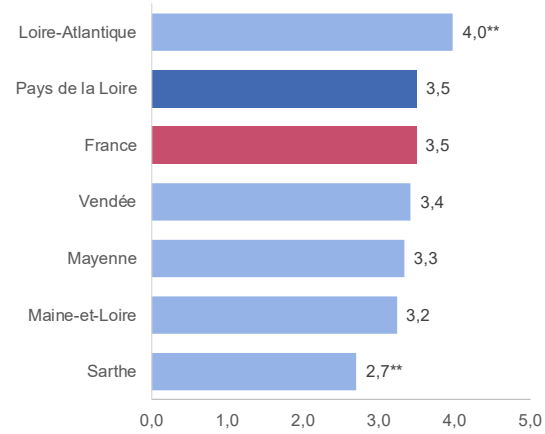
Au niveau départemental, entre 2020 et 2024, ce taux global variait de 2,7 ‰ en Sarthe à 4,0 ‰ en Loire-Atlantique **(Figure 43)**.

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



Source : SNDS

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



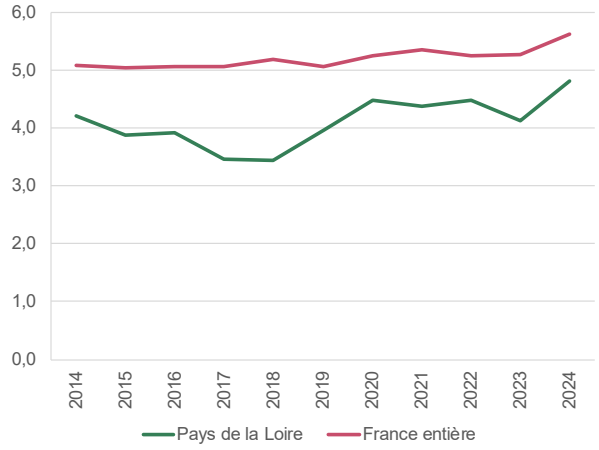
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortinatalité spontanée

Le taux de mortinatalité spontanée est resté globalement stable en Pays de la Loire de 2014 à 2024, passant de 4,2 à 4,8 mort-nés spontanés pour 1 000 naissances totales (taux significativement plus faible que celui observé en France entière (5,6 ‰) **(Figure 44)**.

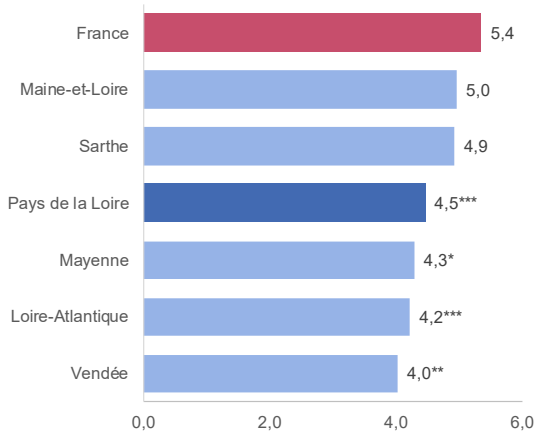
Au niveau départemental, entre 2020 et 2024, le taux global variait de 4,0 ‰ en Vendée à 5,0 ‰ en Maine-et-Loire **(Figure 45)**.

Figure 44. Evolution du taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Pays de la Loire, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 45. Taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024



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

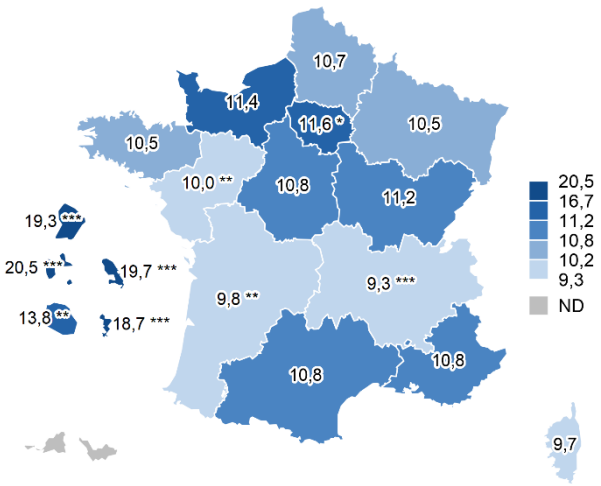
Mortalité périnatale

La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

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

En Pays de la Loire, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 10,0 décès pour 1 000 naissances totales (taux significativement plus faible que celui enregistré en France entière (11,2 ‰)) **(Carte 14)**.

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

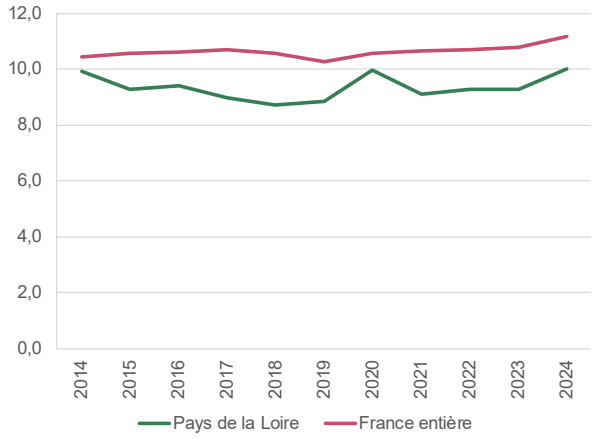


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

En Pays de la Loire, le taux de mortalité périnatale est resté globalement stable sur la période 2014-2024 et en-dessous des valeurs nationales **(Figure 46)**.

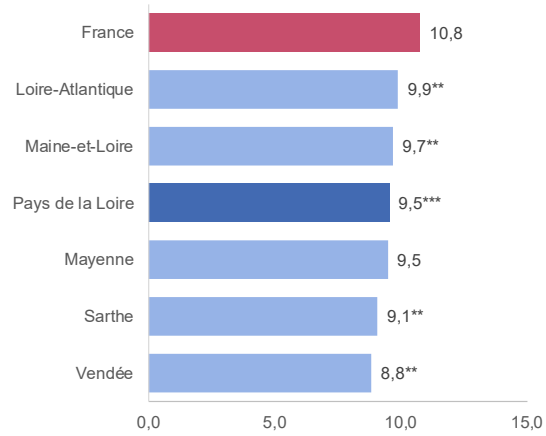
Au niveau départemental, le taux de mortalité périnatale sur la période 2020-2024 variait de 8,8 ‰ en Vendée à 9,9 ‰ en Loire-Atlantique **(Figure 47)**.

Figure 46. Evolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), en France entière et en Pays de la Loire, 2014-2024



Source : SNDS

Figure 47. Taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales) en France entière et en Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024



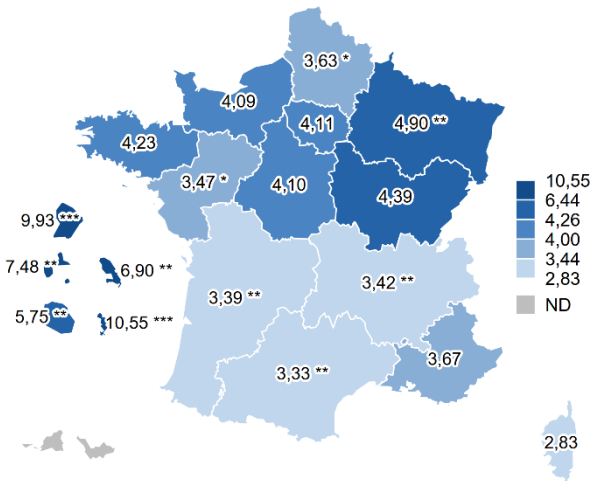
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

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 trois paragraphes suivants décomposent la mortalité infantile selon ces trois périodes.

En Pays de la Loire, 123 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 3,47 décès pour 1 000 naissances vivantes (3,47 ‰), plus faible que celui observé en France (4,08 ‰) **(Carte 15)**.

Carte 15. 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

En Pays de la Loire, le taux de mortalité infantile présentait des fluctuations annuelles sur la période 2012-2024 et restait globalement stable et en-dessous des valeurs nationales. A l'échelle nationale, une tendance à la hausse significative est observée : +1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024 **[1] (Figure 48)**.

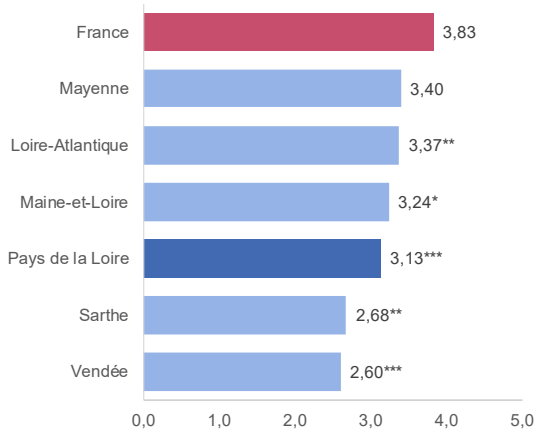
À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile sur la période 2020-2024 variait de 2,60 ‰ en Vendée à 3,40 ‰ en Mayenne **(Figure 49)**.

Figure 48. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Pays de la Loire, période 2012-2024



Source : Etat Civil

Figure 49. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024



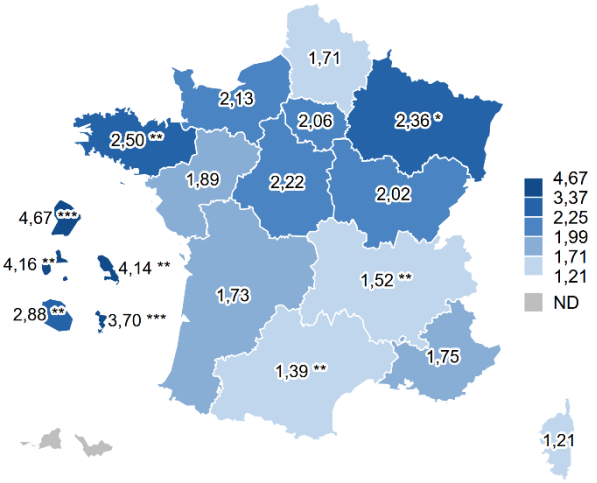
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité néonatale précoce

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

En Pays de la Loire, 67 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 1,89 décès pour 1 000 naissances vivantes (1,89 ‰), comparable à celui observé en France (1,99 ‰) **(Carte 16)**.

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

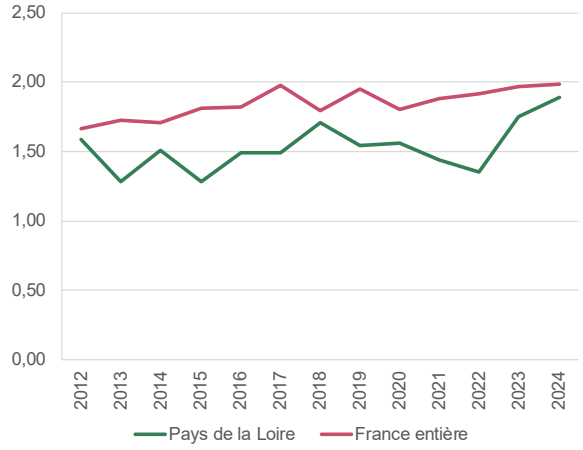


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

En Pays de la Loire, la mortalité néonatale précoce présentait des fluctuations annuelles sur la période 2012-2024, avec une augmentation qui s'amorce sur les années 2023-2024. Elle restait en-dessous des valeurs nationales qui présentait une tendance à la hausse (+1 % de hausse en moyenne chaque année entre 2014 et 2024) **[1] (Figure 50)**.

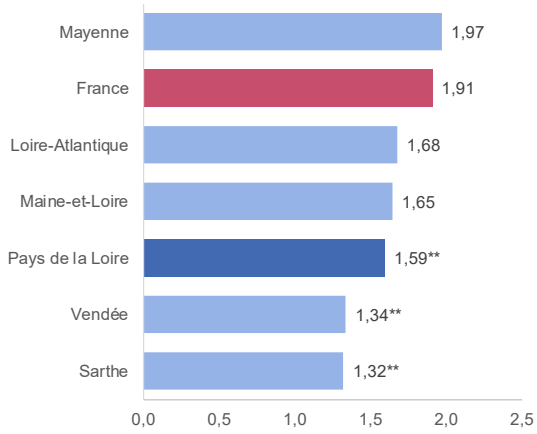
A l'échelle départementale, en 2020-2024, le taux de mortalité néonatale précoce variait de 1,32 ‰ en Sarthe à 1,97 ‰ en Mayenne **(Figure 51)**.

Figure 50. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Pays de la Loire, période 2012-2024



Source : Etat Civil

Figure 51. Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024



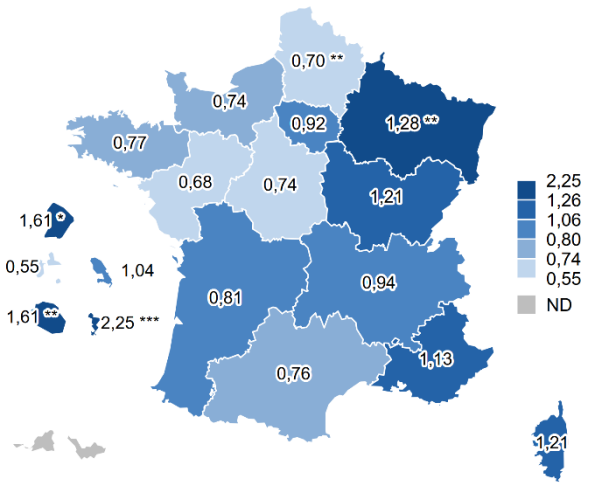
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité néonatale tardive

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

En Pays de la Loire, 24 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 0,68 décès pour 1 000 naissances vivantes (0,68 ‰), comparable à celui observé en France entière (0,94 ‰) **(Carte 17)**.

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

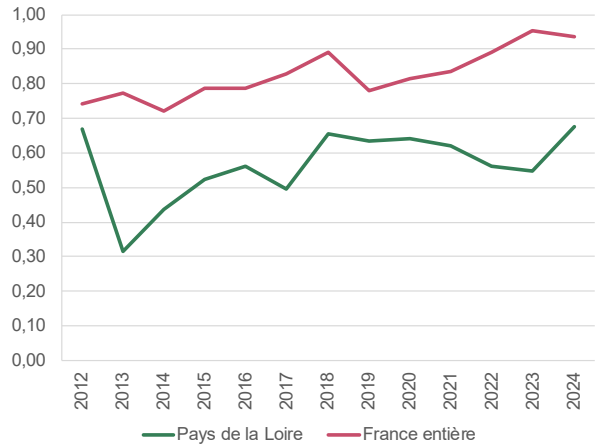


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ND = non disponible

Dans la région, la mortalité néonatale tardive présentait des fluctuations annuelles sur la période 2012-2024 et restait en-dessous des valeurs nationales. A l'échelle nationale, une tendance à la hausse était par ailleurs observée (2,1 % de hausse en moyenne par an entre 2014 et 2024) **[1] (Figure 52)**.

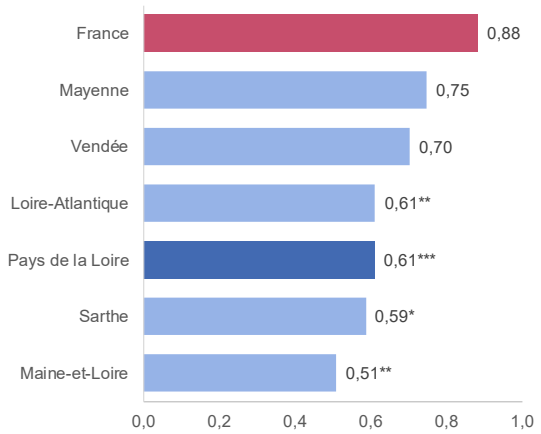
A l'échelle départementale, le taux de mortalité néonatale tardive sur la période 2020-2024 variait de 0,51 ‰ en Maine-et-Loire à 0,75 ‰ en Mayenne **(Figure 53)**.

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



Source : Etat Civil

Figure 53. Taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Pays de la Loire (région et départements), 2020-2024



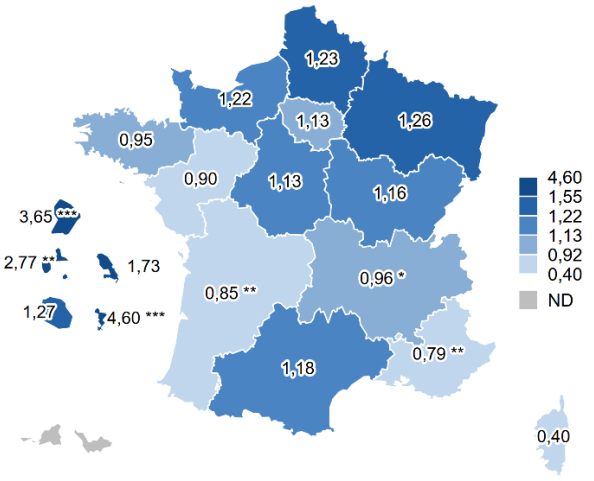
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité post-néonatale

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

En Pays de la Loire, 32 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 0,90 décès pour 1 000 naissances vivantes (0,90 ‰), non différent de celui observé en France entière (1,16 ‰) **(Carte 18)**.

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

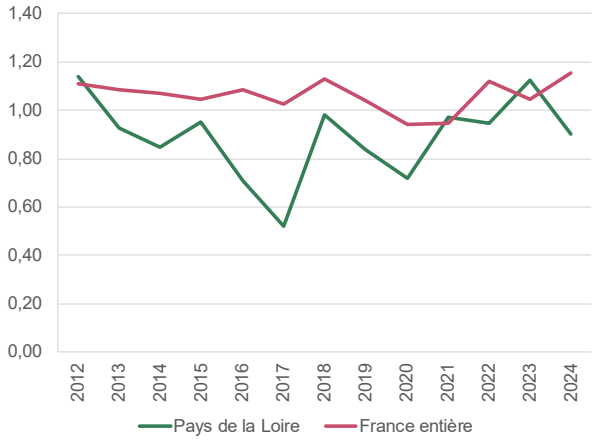


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ND = non disponible

En Pays de la Loire, la mortalité post-néonatale présentait des fluctuations annuelles sur la période 2012-2024, qui évoluait globalement en deçà des valeurs nationales. Une tendance stable était par ailleurs observée en France entre 2014 et 2024 **[1] (Figure 54)**.

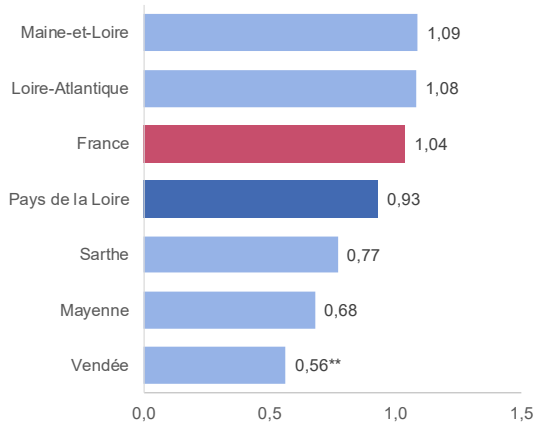
A l'échelle départementale, le taux de mortalité post-néonatale sur la période 2020-2024 variait de 0,56 ‰ en Vendée à 1,09 ‰ en Maine-et-Loire **(Figure 55)**.

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



Source : Etat Civil

Figure 55. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Pays de la 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

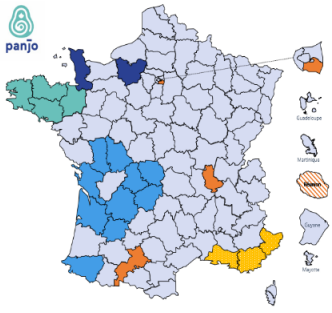
Étude EVANE

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 parental) et certaines pratiques parentales (lecture, petits jeux, activités etc.). 5 235 pères et 5 050 mères d'enfants de 0-2 ans vivant en France hexagonale ont participé. Des synthèses thématiques de résultats seront diffusées d'ici fin 2026, début 2027.

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

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

Calendrier vaccinal des femmes enceintes



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

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

Aide à distance

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

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

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

Dépliants Grossesse sans tabac et 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. Son service phare, La Fabrique à menus, femmes enceintes et parents de jeunes enfants peuvent générer en un clic des menus hebdomadaires équilibrés, de saison et personnalisés.

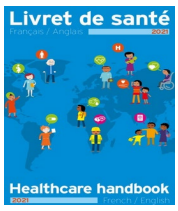
Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

QuestionSexualité_

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

Promouvoir la santé périnatale des personnes migrantes

Les livrets de santé bilingues



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

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉ·E·S
comede

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/

Projets prévention de la région Pays de la Loire

Réseau Prévenir

Le réseau PRÉVENIR (PRÉVention ENvIronnement Reproduction) est un réseau national de plateformes hospitalières pluridisciplinaires dédiées à l'évaluation des expositions environnementales susceptibles d'affecter la fertilité et la grossesse. Chaque centre propose un bilan d'exposition personnalisé et des recommandations concrètes de prévention — avant, pendant et après la grossesse — pour protéger au mieux la santé reproductive des patients. Il existe plusieurs centres en France qui sont répartis sur 9 régions. En Pays de la Loire, une plateforme de prévention en santé reproductive et environnementale est en cours de déploiement au CHU Nantes.

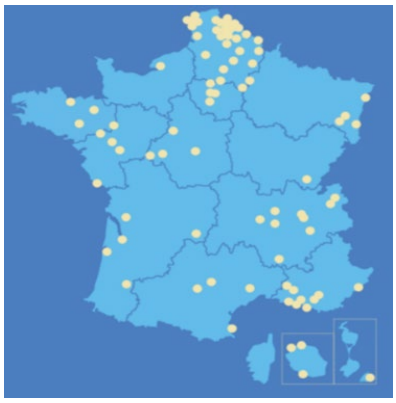
Intervention des partenaires de Santé publique France

FEES



Le projet Femmes enceintes environnement et santé (FEES) est porté par l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA) et certaines unions régionales de la Mutualité française. Il consiste à former les professionnels de santé et sensibilise les futurs et jeunes parents aux expositions domestiques aux polluants. Il vise à créer un environnement favorable à la santé des femmes enceintes et des nourrissons, en transmettant des conseils validés scientifiquement, simples à appliquer. Créé à l'origine en Nord-Pas-de-Calais, puis déployé en Hauts-de-France, le projet se développe actuellement dans les régions Ile-de-France, Centre-Val de Loire, Provence-Alpes Côte d'Azur, Grand-Est, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec les acteurs locaux. En Pays de la Loire, 114 professionnels ont été formés au 31/12/2025. A ce jour, cela ne fait pas l'objet d'un comité de pilotage territorial.

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 dont 4 en région Pays de la Loire (CH Erdre et Loire Ancenis, CH Cholet, CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé, CH Côte de Lumière Les Sables d'Olonne) et la démarche continue à se déployer dans toutes les régions- une naissance sur 4 a lieu en France dans une maternité IHAB (labellisée ou en cours de labellisation). Santé publique France, au travers de son programme 1000 premiers jours, soutient le label IHAB. Pour en savoir plus et faire connaître IHAB dans vos réseaux : plaquette institutionnelle.

Méthodologie

Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

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

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

Pour la majorité des indicateurs (SNDS, Etat civil, CépiDC, ENCMM), la déclinaison territoriale est réalisée selon le domicile de la femme ou de l'enfant.

Pour les indicateurs issus de l'ENP, la déclinaison est réalisée selon le lieu d'accouchement / de naissance et pour les indicateurs issus du CNCDN, la déclinaison est réalisée selon le lieu du dépistage, donc principalement le lieu de naissance.

Sources de données

Enquête nationale périnatale (ENP) et ENP-DROM

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

- auprès des établissements (caractéristiques et organisation des soin)
- via le dossier médical (antécédents obstétricaux, déroulement de l'accouchement, état de santé de la mère avant, pendant et après accouchement et état de santé de l'enfant)
- auprès des mères via
    - (1) un entretien en face-à-face par une sage-femme en suite de couche ;
    - (2) un auto-questionnaire web (ou via un télé-enquêteur) à 2 mois post-partum (depuis l'édition 2021 de l'ENP). Les données issues du questionnaire 2 mois post-partum ont été pondérées pour être représentative des inclusions en maternité.

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

Limites :

- L'enquête n'est pas conçue pour produire des indicateurs régionaux robustes pour toutes les régions notamment celle enregistrant moins de 400 naissances (Pays de la Loire = 646 en maternité ; 444 à deux mois).
- En raison de faibles effectifs, les données sont non exploitables pour les DROM et la Corse sur les enquêtes 2010 et 2016 et pour la Corse et Saint-Barthélemy en 2021.
- En raison de perte dans le suivi à deux mois dans l'ENP 2021, certains indicateurs ne sont pas disponibles pour la Guyane, Mayotte et Saint-Martin.
- Les données autodéclarées peuvent être biaisées (mémoire, désirabilité sociale).

Hospitalisations et consommations de soins (SNDS)

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

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

Les données SNDS de ce bulletin sont issues d'une base corrigée produite par Santé publique France des naissances et des accouchements. Les corrections portent sur le traitement d'incohérences entre les séjours des mères et les séjours de leur(s) nouveau-né(s) et le traitement d'incohérences entre des séjours de transferts d'un même individu (mère ou nouveau-né).

Limites :

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

Plus d'informations sur les données du SNDS

État civil (Insee)

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

Limites :

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

Plus d'informations sur les bases des naissances vivantes

Plus d'informations sur les bases des décès

Enquête nationale confidentielle sur les morts maternels (ENCMM)

L'ENCMM est un dispositif dédié à l'étude de la mortalité maternelle en France, un phénomène rare mais révélateur de la qualité des soins périnataux. Il s'appuie sur quatre sources principales : les signalements des réseaux de santé périnatale, les certificats de décès du 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 ; ceci dans le but de proposer à chaque enfant une prise en charge précoce adaptée. Ce dépistage est coordonné au niveau national par le Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN) depuis 2018. Le dépistage biologique concerne 6 maladies : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la drépanocytose, la mucoviscidose et le déficit en Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase.

Limites :

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

Analyses statistiques

Comparaisons entre territoires

Pour identifier d'éventuelles différences significatives entre un territoire spécifique et le reste de la France, des tests statistiques adaptés ont été appliqués avec des tests du chi² pour comparer les proportions ou les distributions catégorielles.

Excepté pour les données de mortalité maternelle, caractérisées par de faibles effectifs, où un test exact basé sur la loi de Poisson a été privilégié afin d'assurer une comparaison robuste.

La significativité statistique des résultats a été classée en trois niveaux :

- $p<0,001$ (symbolisé par ***)
- $p<0,05$ (**)
- $p<0,10$ (*).

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

Gestion des petits effectifs

En raison d'un risque potentiel de réidentification, les effectifs strictement inférieurs à 5 et différents de zéro ont été floutés, ainsi que les taux, proportions et totaux correspondants. Ce floutage explique que certains effectifs soient approximés.

Références

[1] 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. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 232 p. Disponible à partir de l'URL : www.encmm.inserm.fr et www.santepubliquefrance.fr

Glossaire

AFTN : Anomalies de fermeture du tube neural
AME : Aide Médicale d'Etat
C2S : Complémentaire santé solidaire
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CMV : Cytomégalovirus
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie
CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNCDN : Centre national de coordination du dépistage néonatal
DIM : Département de l'information médicale
DROM : Département et région d'outre-mer
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
ENP : Enquête nationale Périnatale
FEES : Femmes Enceintes Environnement et Santé
FFRSP : Fédération française des réseaux de Santé périnatale
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut conseil de Santé publique
HPP : Hémorragie post-partum
HTA : Hypertension artérielle
IHAB : initiative Hôpital ami des 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 sélectionner les indicateurs à diffuser dans ce bulletin.

Nous remercions également l'ensemble des partenaires en région qui ont contribué à l'interprétation des résultats de ce bulletin, notamment le réseau Sécurité Naissance et l'ARS Pays de la Loire.

Équipe de rédaction

Auteurs : Noémie Fortin, Lisa King

Fourniture des données & Conception de la maquette :

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

Pour nous citer : Surveillance de la santé périnatale. Bulletin. Édition Pays de la Loire. Saint-Maurice : Santé publique France, 52 pages, juillet 2026

Directrice de publication : Aude de Viviés

Date de publication : 8 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr