



Bulletin

Santé périnatale
et petite enfance



Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION GUADELOUPE

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 (SNDS, ENP, état civil...) permet d'enrichir les connaissances au niveau local, de mieux appréhender les disparités territoriales et d'identifier les enjeux spécifiques à chaque territoire.

En Guadeloupe, comme dans le reste de la France, la situation périnatale est marquée par une baisse de la natalité, une hausse du diabète gestationnel et des défis liés à la santé mentale des femmes en période périnatale. La région se singularise par des taux relativement élevés de non-respect des recommandations de couchage pour les nourrissons. Cependant, la Guadeloupe et Saint-Martin se distinguent positivement, par des taux d'allaitement très élevés et par une faible consommation de tabac pendant la grossesse. Une attention particulière doit être portée à la mortalité maternelle, la plus élevée de France.

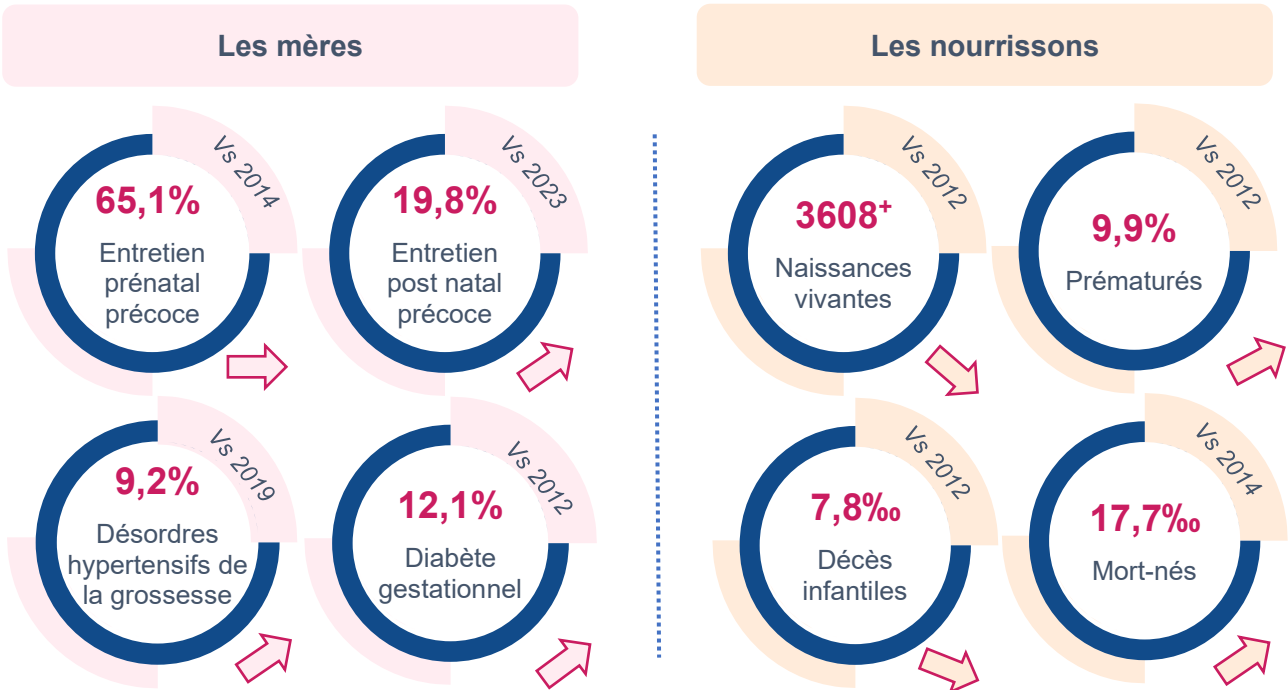
Ces travaux constituent ainsi un appui pour les décideurs publics, les institutions et les professionnels de santé. Ils apportent des éléments d'aide à la décision pour la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies territoriales adaptées. Ce panorama de la santé périnatale vise ainsi à accompagner la 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.

SOMMAIRE

Édito.....	1
8 chiffres-clés en Guadeloupeen 2024	2
Autres points-clés en Guadeloupe.....	3
Caractéristiques socio-démographiques.....	3
Facteurs de risque et comportementaux	7
Grossesse et accouchement.....	10
Naissances vivantes	21
Post-partum.....	23
Mortalité	29
Prévention et promotion de la santé périnatale.....	36
Méthodologie	39

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 Guadeloupe en 2024



* Données confondues Guadeloupe Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Autres points-clés en Guadeloupe

- La part des femmes de 35 ans ou plus à l'accouchement a progressé et atteint 28,6 % en 2024. À l'inverse, les grossesses « adolescentes » (< 20 ans) ont reculé (3,2% en Guadeloupe, et 5,2% à Saint-Martin).
- Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou de la Complémentaire santé solidaire (C2S) restaient élevés en 2024 avec respectivement 36,8 % des femmes ayant accouché en Guadeloupe et 38,6% des femmes ayant accouché à Saint-Martin qui en bénéficiaient, suggérant un niveau encore élevé de la précarité.
- La prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité avant la grossesse demeure très élevée en Guadeloupe (50,7 % en 2021) tout comme à Saint-Martin (43,9% en 2021)
- Les parts de fumeuses un an avant leur grossesse (18,9 %), au 3^e trimestre de grossesse (13,9 %) sont plus faibles en Guadeloupe que celles observées en France entière en 2021.
- En 2021, 92,7 % des femmes ont tenté d'allaiter leur bébé, 88,7 % ont pu mettre en place un allaitement mixte ou exclusif en maternité et, à 2 mois, 71,2 % des enfants avaient un allaitement mixte ou exclusif en Guadeloupe. Ces taux d'allaitement sont parmi les plus élevés de France.
- Seuls 54,3 % des nourrissons couchés sont systématiquement sur le dos deux mois après la naissance et 28,4 % sont principalement couchés dans le lit des parents (pratique à risque).
- Le taux de mortalité maternelle atteint 39,6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2024, soit le taux régional le plus élevé observé en France (11,1 décès pour 100 000)

Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques - Guadeloupe

Indicateurs	Source	Guadeloupe	France	p-value
Nombre de naissances	Etat civil (2024)*	3 608 ⁺	659 731	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)*	9,4 ⁺	9,6	
Caractéristiques démographiques des mères				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	3,2	1,8	***
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	28,6	25,8	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	45,6 [41,5 - 49,9]	58,0 [57,1 - 58,9]	***
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)*	15,3	26,2	***
Cadre de vie				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	53,5 [49,3 - 57,7]	90,6 [90,1 - 91,1]	***
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	50,4 [46,2 - 54,5]	68,1 [67,3 - 68,9]	***
Bon sentiment d'aisance financière ¹ (%)	ENP (2021)	35,1 [31,1 - 39,2]	57,7 [56,8 - 58,6]	***
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	38,2	17,4	***
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	5,2	2,5	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	33,1	14,9	***

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

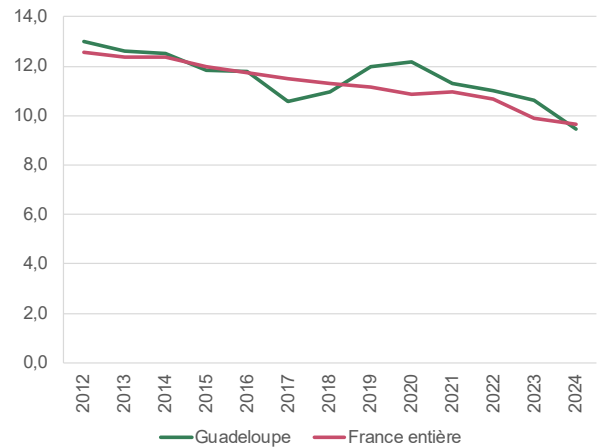
* : p < 0.1 ; ** : p < 0.05 ; *** : p < 0.001

⁺ Données confondues Guadeloupe Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Natalité

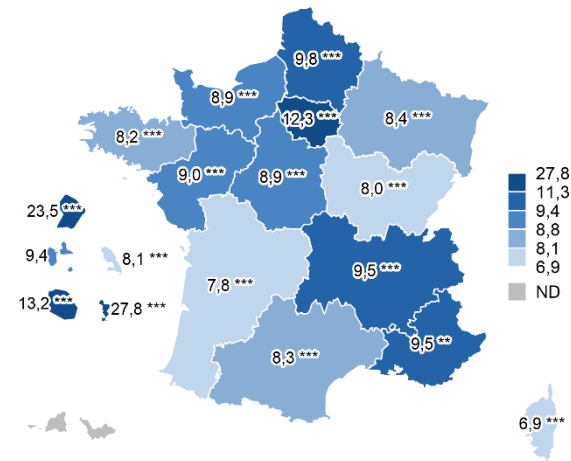
Selon les données de l'Etat-civil, plus de 3 608 naissances ont été enregistrées en 2024 en Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, soit un taux de natalité de 9,4 naissances pour 1 000 habitants (9,4 ‰). Ce taux était proche du taux de natalité en France (9,6 ‰) et suivait la même évolution à la baisse malgré une légère augmentation entre 2017 et 2020. Sur la période de 2012 à 2024, le taux de natalité regroupant les trois territoires est passé de 13,0 ‰ à 9,4 ‰, soit environ 1 600 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 (**Figure 1, Carte 1**).

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



Source : Etat civil

Carte 1. Taux de natalité (pour 1 000 habitants), par région de domicile, 2024



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

Caractéristiques démographiques

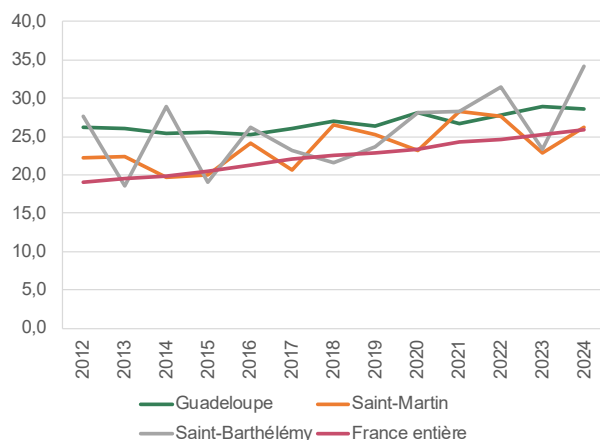
Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), un peu plus d'un quart des femmes résidant en Guadeloupe en 2024 (28,6 %) étaient âgées de 35 ans et plus lors de l'accouchement. Cette proportion, supérieur au niveau national, est en constante progression depuis 2012. Pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ces taux étaient respectivement de 26,2 % et 34,2 % et malgré les fluctuations du fait de petits effectifs suivait globalement une tendance à la hausse (**Figure 2, Carte 2**Erreur ! Source du renvoi introuvable.).

Sur la même période (2012-2024), la part des femmes âgées de moins de 20 ans était en diminution, avec cependant des taux supérieurs à la moyenne nationale (1,8 %) pour la Guadeloupe (3,2 %) et Saint-Martin (5,5 %) (**Tableau 1**).

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

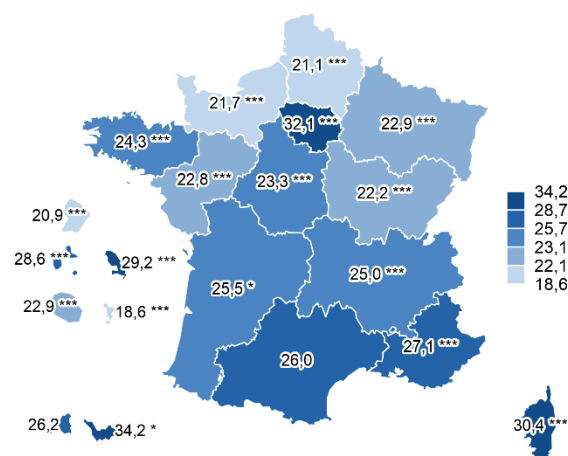
Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de 35 ans ou plus avec un risque accru au-delà de 40 ans.

Figure 2. Evolution de la part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), France entière, Guadeloupe, Saint Martin et Saint-Barthélemy, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 2. Part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), par région de domicile, 2024



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

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), 45,6 % des femmes ayant accouché en Guadeloupe avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national), pour Saint-Martin ce taux s'élevait à 50 % (**Tableau 1**).

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 15,3 % des femmes accouchant en Guadeloupe, Saint-Martin et Saint Barthélemy) étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (**Tableau 1**). Ce chiffre était stable par rapport à 2018 (15,7 %) mais un pic était observé en 2020 (26,5 %).

Cadre de vie

D'après les données de la dernière ENP de 2021, la situation conjugale des femmes ayant accouché en Guadeloupe était différente du niveau national.

Un peu plus de la moitié d'entre elles, 53,5 % (72,2 % pour Saint-Martin), se déclarait en couple, dans le même logement (France = 90,6 %, **Tableau 1**). De la même manière, l'exercice d'un emploi des femmes durant la grossesse était moins fréquent en Guadeloupe et à Saint-Martin qu'au niveau national : 50,4 % en Guadeloupe et 47,9 % à Saint-Martin déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse contre 68,1 % au niveau national.

En 2021, le sentiment d'aisance financière des mères en Guadeloupe (35,1 %) et à Saint-Martin (38,0 %) était significativement inférieur au niveau national (57,7 %), ces deux territoires se distinguant par des pourcentages parmi les plus faibles comparativement à l'ensemble des régions de la France.

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

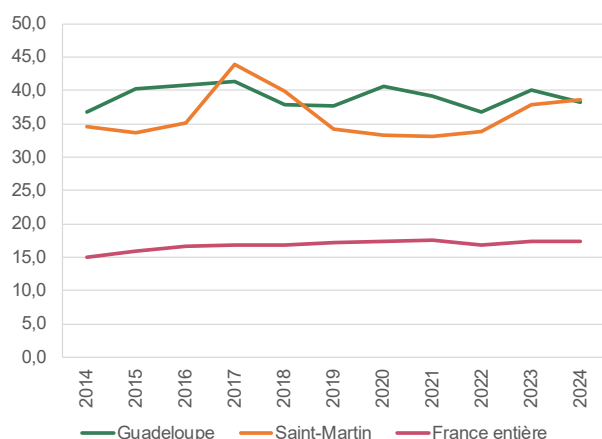
- La Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite (ex CMU-C) offre une prise en charge gratuite des soins de santé aux résidents légaux dont les revenus annuels sont inférieurs à 60 % du seuil de pauvreté.
- L'Aide médicale de l'État (AME) permet de bénéficier d'une couverture médicale gratuite pour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

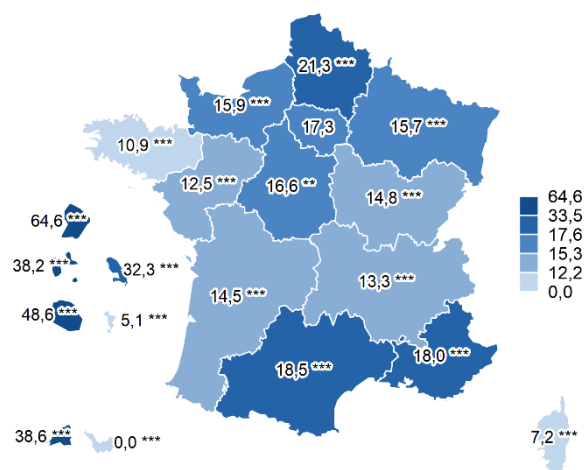
En 2024, en Guadeloupe, 38,2 % des femmes ayant accouché avaient de faibles revenus, bénéficiaires soit de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite, soit de l'Aide médicale de l'État (AME). Cette proportion était de 36,8 % en 2014 et reste chaque année supérieure au niveau national, y compris en 2024 (France = 17,4 %). Saint-Martin affichait des tendances similaires avec des taux allant de 34,6 % en 2014 à 38,6 % en 2024 (Erreur ! Source du renvoi introuvable.3).

Figure 3. Evolution de la part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), France entière, en Guadeloupe et à Saint-Martin, période 2014-2024



Source : SNDS

Carte 3. Part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), par région de domicile, 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.

Concernant l'AME, 5,2 % des femmes qui accouchaient en Guadeloupe et 8,1 % de celles qui accouchaient à Saint-Martin étaient en situation irrégulière sur le territoire français et en étaient bénéficiaires en 2024 (2,5 % au niveau national). Cette part a légèrement augmenté en Guadeloupe entre 2014 et 2024 et à l'inverse légèrement diminué à Saint-Martin sur cette période (**Tableau 1**).

Concernant la C2S gratuite (ex CMU-C), la proportion de femmes bénéficiaires en Guadeloupe était de 33,1 % et 30,4 % à Saint Martin en 2024, significativement supérieure au niveau national (14,9 %). A noter que le plafond maximal de ressources annuelles pour bénéficier de la C2S a également augmenté sur la même période, passant de 8 645 € pour une personne seule en 2014 à 10 166 € pour une personne seule en 2024 (**Tableau 1**).

Facteurs de risque et comportementaux

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux - Guadeloupe

Indicateurs	Source	Guadeloupe	France	p-value
Traitement de l'infertilité				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	2,9 [1,7 - 4,7]	6,5 [6,0 - 6,9]	***
Facteur de risque				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	50,7 [46,3 - 55,0]	37,9 [37,0 - 38,7]	***
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	1,42	0,92	**
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	2,87	1,63	***
Tabagisme				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	18,9 [15,7 - 22,3]	26,8 [26,0 - 27,6]	***
Fumeuses au 3 ^e trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	3,9 [2,5 - 5,9]	11,8 [11,3 - 12,4]	***
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	8,3 [4,4 - 14,0]	15,1 [14,2 - 16,0]	**

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

Traitement de l'infertilité

Selon les données de l'ENP 2021, 2,9 % des femmes venant d'accoucher en Guadeloupe déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), taux significativement inférieur de celui observé en France entière (6,5 %) (**Tableau 2**).

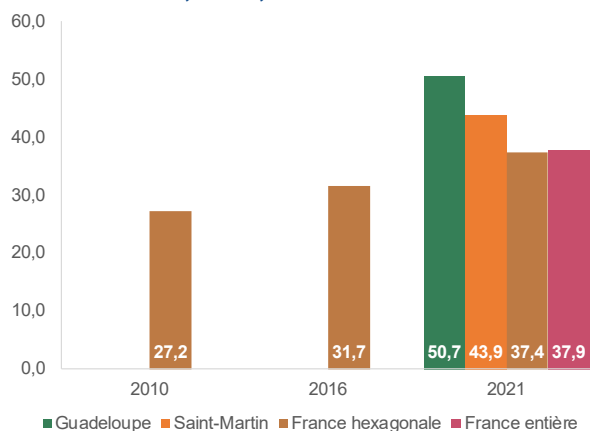
Facteurs de risque

Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse était plus élevée en Guadeloupe (50,7 %) et à Saint-Martin (43,9 %) que pour le reste de la France (37,9 %). Par ailleurs, une tendance à l'augmentation était observée en France hexagonale passant de 27,2 % en 2010 à 37,4 % en 2021 (**Figure 4, Carte 4**).

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

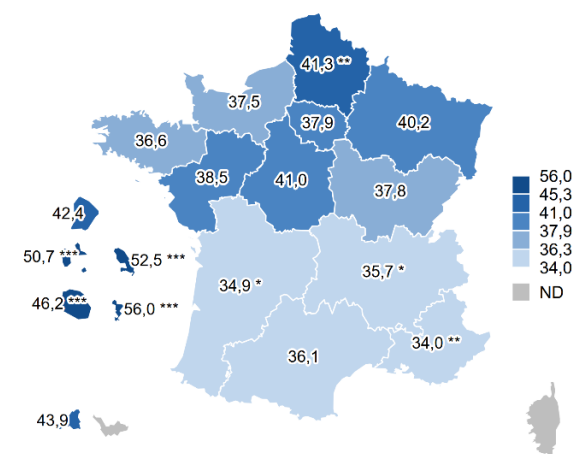
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour 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 4. Evolution de la part des femmes en situation de surpoids ou obésité avant la grossesse (en %) par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale, Guadeloupe et Saint-Martin, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

Carte 4. 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

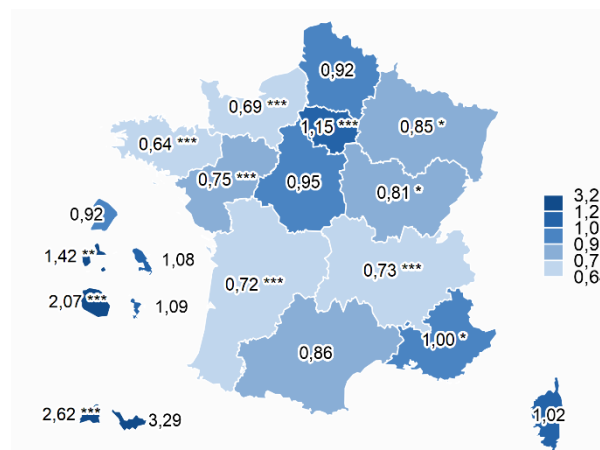
La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) suit une tendance à la hausse en Guadeloupe entre 2012 (0,88 %) et 2024 (1,42 %). La collectivité de Saint-Martin suit la même tendance et affiche une forte augmentation entre 2021 et 2024 passant de 0,5 % à 2,6 % au cours de cette période (**Figure 5**). En 2024, les territoires de Saint-Barthélemy et Saint-Martin ont les taux plus élevés de France entière mais ces résultats sont à prendre avec précaution en raison des faibles effectifs (**Carte 5**).

Figure 5. Evolution de la part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), France entière, Guadeloupe et Saint-Martin, période 2012-2024



Source : SNDS

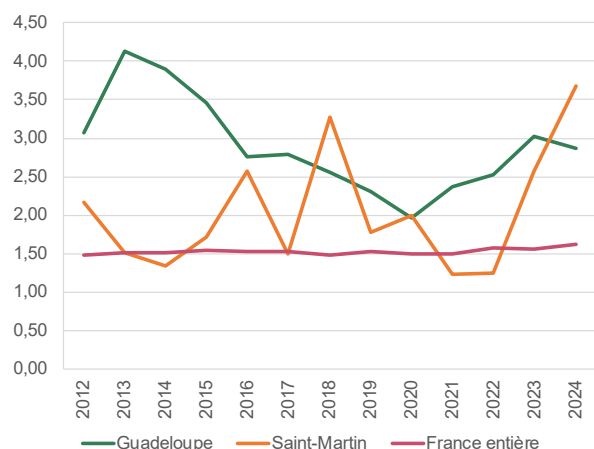
Carte 5. Part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), par région de domicile, 2024



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

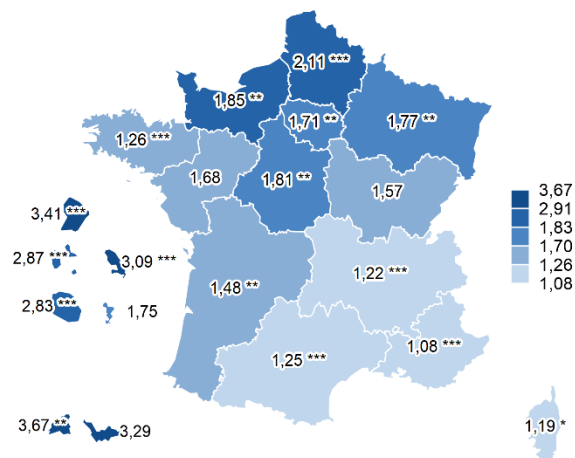
Après une baisse entre 2013 et 2020, la prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique a augmenté depuis 2020 en Guadeloupe (de 1,97 % à 2,87 % en 2024). En 2024, la prévalence était significativement plus élevée en Guadeloupe et à Saint-Martin que sur l'ensemble du territoire français (1,63 %) (**Figure 6, Carte 6**).

Figure 6. Evolution de la part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), France entière, Guadeloupe et Saint-Martin, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 6. Part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), par région de domicile, 2024



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

Tabagisme

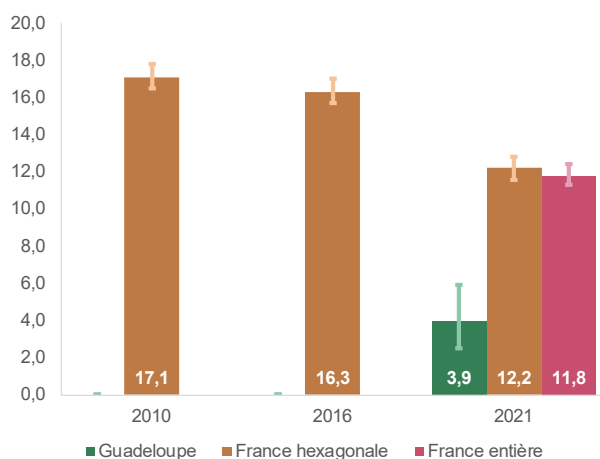
Les indicateurs présentés ici concernent la consommation de tabac (cigarettes industrielles et tabac à rouler), à l'exclusion des cigarettes électroniques et autres produits du vapotage.

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.

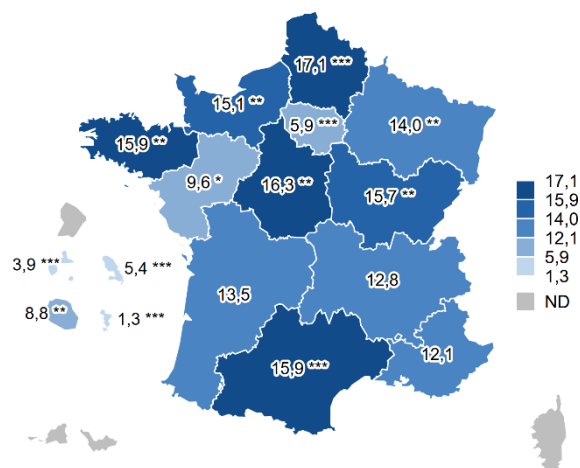
En 2021, 18,9 % des femmes déclaraient fumer un an avant leur grossesse en Guadeloupe (versus 26,8 % France entière) (**Tableau 2**). Cette proportion diminuait au 3^e trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 3,9 % (versus 11,8 % France entière), pour remonter légèrement à 2 mois du post-partum (8,3 %) (versus 15,1 % France entière). Les parts des fumeuses un an avant leur grossesse, au 3^e trimestre de grossesse (**Carte 7**) et à 2 mois du post-partum étaient significativement plus faibles que celles observées en France entière.

Figure 7. Evolution de la part des femmes fumeuses au 3^e trimestre de grossesse (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Guadeloupe, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

Carte 7. Part des femmes fumeuses au 3^e 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

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement - Guadeloupe

Indicateurs	Source	Guadeloupe	France	p-value
Suivi de la grossesse				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	81,6 [75,3 - 86,8]	79,5 [78,3 - 80,6]	
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	40,3 [35,2 - 45,6]	34,4 [33,3 - 35,6]	**
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	65,1	62,1	***
Prévention				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	8,2 [6,0 - 10,8]	27,2 [26,4 - 28,1]	***
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalo virus (CMV) (%)	ENP (2021)	3,4 [2,1 - 5,2]	15,7 [15,1 - 16,4]	***
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	16,0 [13,1 - 19,3]	56,4 [55,6 - 57,3]	***
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	3,0 [1,8 - 4,8]	29,0 [28,2 - 29,8]	***
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	48,9 [42,0 - 55,9]	66,7 [65,5 - 68,0]	***
Pathologies de la grossesse				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	78,6 [75,0 - 81,9]	64,1 [63,2 - 64,9]	***
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	92,6	89,5	***
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	12,1	15,0	***
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	9,2	5,5	***
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	2,9	2,2	**
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	5,0	2,5	***
Santé mentale				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée ¹ (%)	ENP (2021)	28,6 [24,9 - 32,5]	17,1 [16,5 - 17,8]	***
Mauvais vécu de la grossesse ² (%)	ENP (2021)	16,8 [13,8 - 20,2]	12,5 [11,9 - 13,1]	**
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	39,4 [35,3 - 43,6]	31,9 [31,1 - 32,8]	***
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	7,3 [5,3 - 9,8]	8,8 [8,3 - 9,3]	
Lieu d'accouchement				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	23,9	16,1	***
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	0,1	28,4	***
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	0,1	24,3	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	76,0	31,2	***
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	40,4	19,2	***
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	12,9 [10,1 - 16,2]	7,7 [7,2 - 8,2]	***
Mode d'accouchement				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	21,1	22,0	
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	5,1	7,0	***
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	78,9	78,0	
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	71,8	66,9	***
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	0,8	2,8	***
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	1,7	5,5	***
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	0,2	1,1	***
Complications				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	6,6	7,3	
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	1,11	0,92	
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	0,51	1,36	***

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

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

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

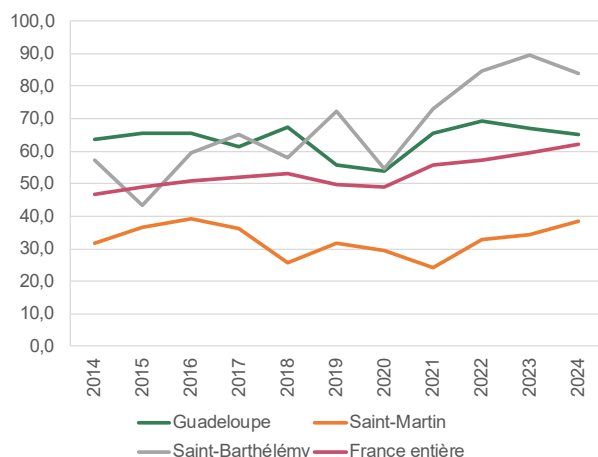
Suivi de la grossesse

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

En 2024, selon les données du SNDS, 65,1 % des femmes ayant accouché en Guadeloupe ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP) plaçant la Guadeloupe parmi les régions pour lesquelles ce taux était significativement supérieur au niveau national (62,1 %). La réalisation de l'EPP est restée relativement stable depuis 2014 (60,5 %). À Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, ces proportions s'élevaient respectivement à 38,5 % et 84,0 %, faisant de ces deux territoires ceux présentant les taux le plus faible et le plus élevé de l'ensemble de la France (**Figure 8, Carte 8**).

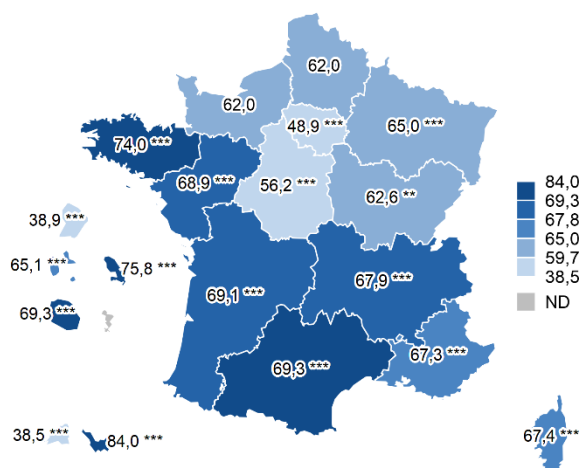
Il convient de souligner l'écart important entre les données autodéclarées de l'ENP 2021 et celles issues du SNDS. En effet, 37,9 % des femmes ayant accouché en Guadeloupe et 12,5 % de celles ayant accouché à Saint-Martin déclaraient avoir bénéficié d'un EPP dans l'ENP 2021 (données non présentées), contre respectivement 65,5 % et 24,3 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'EPP par les femmes, qui ne l'identifieraient pas comme une consultation spécifique parmi leurs suivis prénataux, et un codage différent dans le SNDS, où des consultations standards pourraient être enregistrées à tort comme des EPP.

Figure 8. Evolution de la part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, période 2014-2024



Source : SNDS

Carte 8. Part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), par région de domicile, 2024



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

En 2021, le recours à la préparation à la naissance concernait 81,6 % des primipares, contre 40,3 % des multipares. À Saint-Martin, ces proportions s'élevaient respectivement à 54,5 % et 15,8 %. Dans l'ensemble, la préparation à la naissance était plus fréquemment suivie en Guadeloupe et moins fréquemment suivie à Saint-Martin qu'en France entière, où les taux observés étaient respectivement de 79,5 % chez les primipares et de 34,4 % chez les multipares (**Tableau 3**).

Prévention

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

En 2021, 8,2 % des femmes en Guadeloupe déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse et 7,0 % pour Saint-Martin. Ces chiffres sont nettement inférieurs au reste de la France (27,2 %) et font partie des territoires où les taux sont les plus faibles. (**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 3,4 % des femmes en Guadeloupe déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une proportion inférieure à la moyenne nationale (15,7 %) (**Tableau 3**).

En 2026, quatre vaccins sont recommandés aux femmes enceintes (coqueluche, grippe, Covid-19 et bronchiolite) afin de protéger la mère, le f etus et le nourrisson des infections (HAS 2025).

Au moment de l'ENP 2021, seules les vaccinations contre la coqueluche et la grippe étaient disponibles et recommandées. En 2021, en Guadeloupe, la vaccination grippale était proposée à 16,0 % des femmes enceintes, mais seulement 3,0 % ont effectivement été vaccinées, révélant un décalage entre la proposition et l'adhésion ainsi que des taux nettement plus faibles que les régions de France hexagonale (**Tableau 3**).

La proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années était plus élevée : 48,9 %, ce qui témoigne d'une meilleure intégration de cette recommandation. En revanche, la proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche en Guadeloupe était l'une des plus faible en France entière (**Tableau 3**).

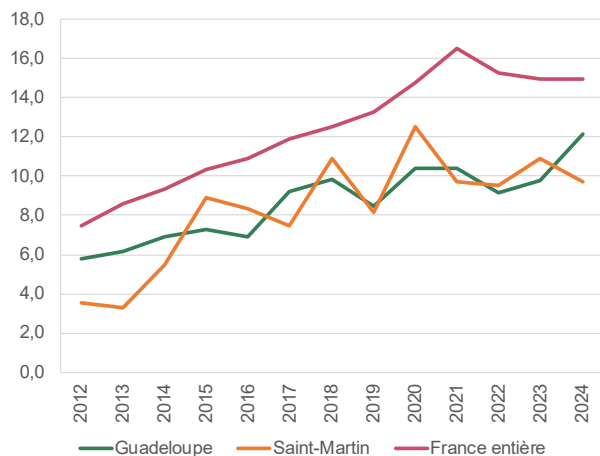
Pathologies de la grossesse

En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel ( ge supérieur à 35 ans, surpoids ou ob s t , 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, 78,6 % des femmes ayant accouché en Guadeloupe présentaient au moins un facteur de risque justifiant un dépistage ciblé du diabète gestationnel. Toutefois, les données du SNDS indiquent qu'en 2024, 92,6 % des femmes ont bénéficié d'un dépistage au cours de la grossesse, soit une proportion proche d'un dépistage universel plutôt que d'un dépistage limité aux femmes à risque (**Tableau 3**).   Saint-Martin, 74,6 % des femmes répondaient aux critères de risque selon l'ENP, tandis que 79,5 % ont effectivement bénéficié d'un dépistage d'après le SNDS.   Saint-Barthélemy, le taux de dépistage atteignait 93,3 %.

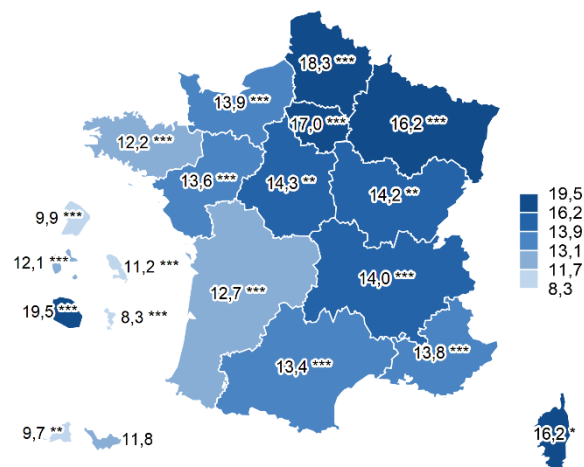
Entre 2012 et 2024, la prévalence du diabète gestationnel a presque doublé en Guadeloupe, passant de 5,8 % à 12,1 %. Une tendance similaire était observée à Saint-Martin avec une augmentation marquée des taux de 3,5 % à 9,7 % (**Figure 9**Erreur ! Source du renvoi introuvable.). Cette même évolution défavorable était observée dans le reste de la France.

En 2024, la prévalence du diabète gestationnel sur ces trois territoires était plus faible qu'au niveau national (15,0 %) et de manière significative pour la Guadeloupe et Saint-Martin (**Carte 9**).

Figure 9. Evolution de la part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), France entière, Guadeloupe et Saint-Martin période 2012-2024

Source : SNDS

Pourcentages trop faibles pour Saint-Barthélemy

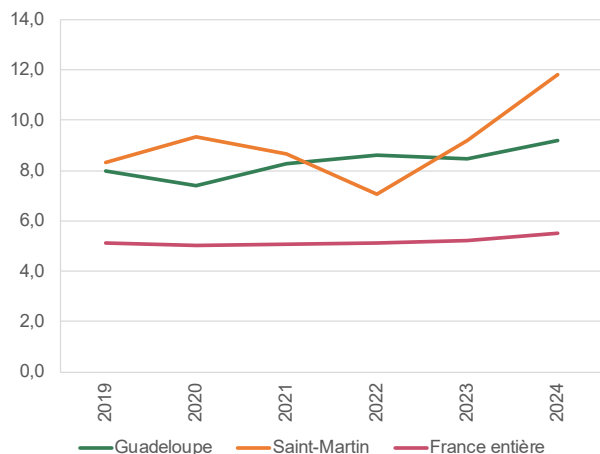
Carte 9. Part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), par région de domicile, 2024

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

La proportion d'accouchements associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie) a augmenté entre 2019 et 2024. En Guadeloupe, elle est passée de 8,0 % à 9,2 %, une tendance comparable à celle observée en France entière. À Saint-Martin, cette hausse était plus marquée, avec une progression de 8,3 % à 11,8 % sur la même période (Figure 10. Evolution de la part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), France entière, Guadeloupe et Saint-Martin, période 2019-2024).

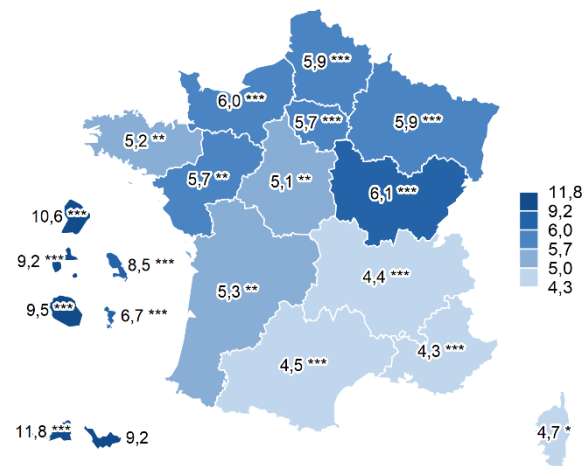
Guadeloupe et Saint-Martin, période 2019-2024

En 2024, la part des femmes avec un désordre hypertensif était significativement plus élevée qu'au niveau national (5,5 %) pour la Guadeloupe et Saint-Martin (Carte 10).

Figure 10. Evolution de la part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), France entière, Guadeloupe et Saint-Martin, période 2019-2024

Source : SNDS

Pourcentages trop faibles pour Saint-Barthélemy

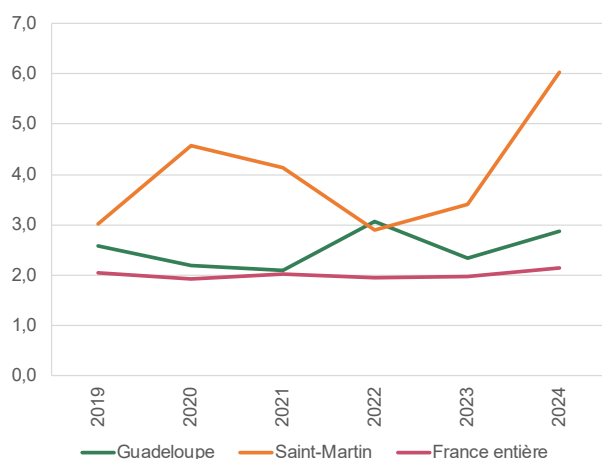
Carte 10. Part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), par région de domicile, 2024

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

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

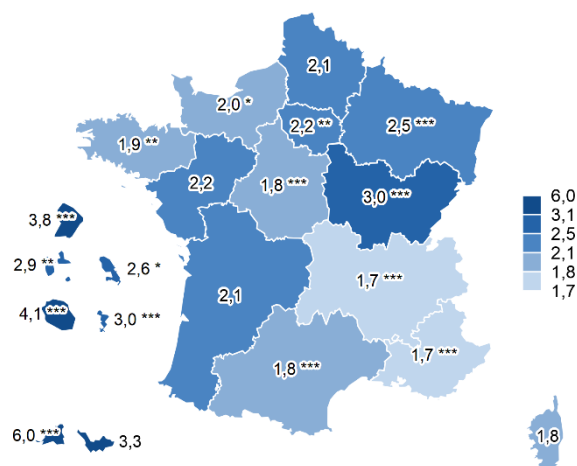
En 2024, la part des femmes en Guadeloupe présentant une HTA gestationnelle (2,9 %) était significativement supérieure au niveau national (2,2 %) de même que pour Saint-Martin avec un taux de 6,0 % (**Figure 11, Carte 11**).

Figure 11. Evolution de la part des femmes avec un HTA gestationnelle (en %), France entière, Guadeloupe et Saint-Martin, période 2019-2024



Source : SNDS
Pourcentages trop faibles pour Saint-Barthélemy

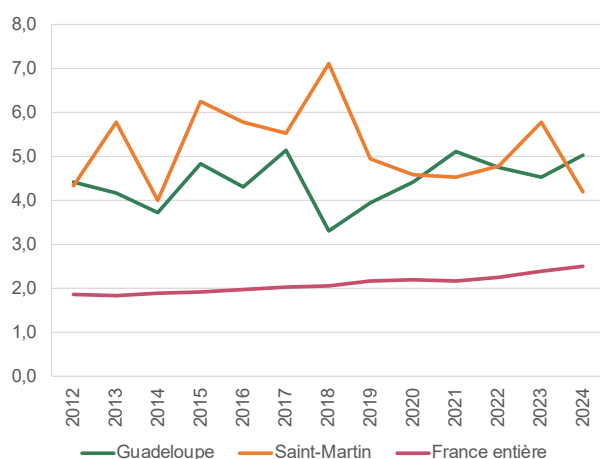
Carte 11. Part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), par région de domicile, 2024



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

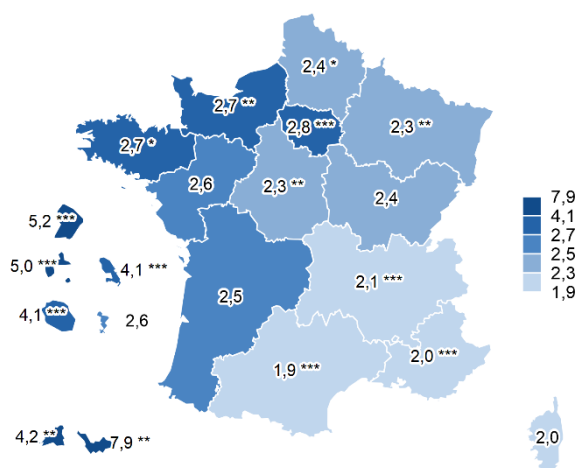
La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20^e semaine d'aménorrhée, était globalement stable en Guadeloupe et à Saint-Martin mais avec des fluctuations importantes liées aux petits effectifs (**Figure 1****Figure 12**). En 2024, la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy présentaient des proportions significativement supérieures comparativement au niveau national (2,5 %) (**Carte 12**).

Figure 12. Evolution de la part des femmes avec une prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière, Guadeloupe et Saint-Martin, période 2012-2024



Source : SNDS
Pourcentages trop faibles pour Saint-Barthélemy

Carte 12. Part des femmes avec prééclampsie associée à une HTA (en %), par région de domicile, 2024



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

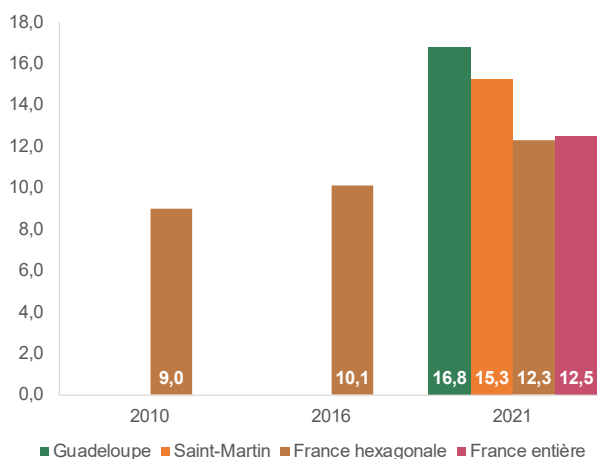
Santé mentale

En 2021, en Guadeloupe, 28,6 % des femmes ont déclaré qu'elles auraient préféré être enceintes plus tard ou ne pas l'être, une proportion significativement supérieure à celle observée pour

l'ensemble de la France (**Tableau 3**). À Saint-Martin, cette part atteignait 40,3 %, soit le niveau le plus élevé enregistré sur le territoire national.

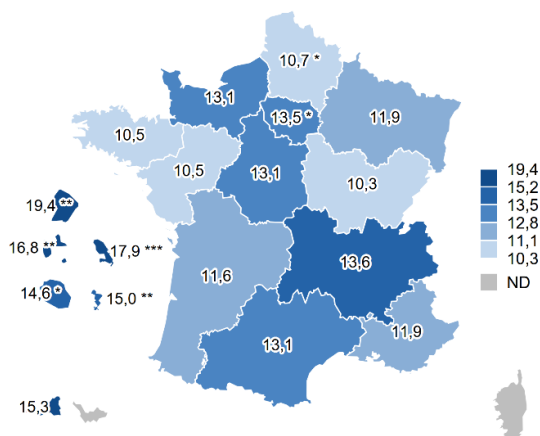
Toujours en 2021, 16,8 % des femmes en Guadeloupe ont rapporté un vécu psychologique défavorable de leur grossesse. À Saint-Martin, cette proportion s'élevait à 15,3 %, un niveau également supérieur à la moyenne nationale, estimée à 12,5 % (**Figure 13, Carte 13**).

Figure 13. Evolution de la part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale, Guadeloupe et Saint-Martin, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

Carte 13. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021

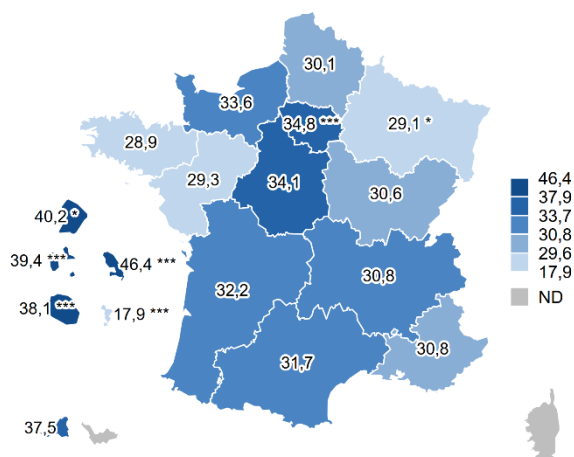


Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

En 2021, en Guadeloupe, plus d'une femme sur trois (39,4 %) a déclaré avoir ressenti de la tristesse ou une anhédonie pendant au moins deux semaines au cours de la grossesse, une proportion supérieure à celle observée en France entière (31,9 %). À Saint-Martin, cette situation concernait 37,5 % des femmes (**Carte 14**).

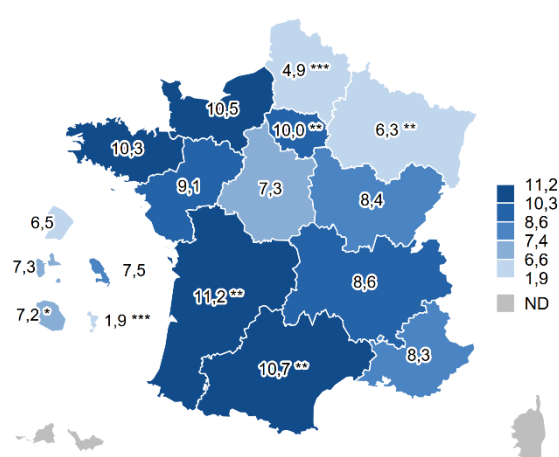
Par ailleurs, 7,3 % des femmes en Guadeloupe ont indiqué avoir consulté un professionnel de santé pendant leur grossesse en raison de difficultés psychologiques, un recours légèrement moins fréquent que celui observé au niveau national (8,8 %) (**Carte 15**).

Carte 14. 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 15. Part des femmes ayant consulté un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

Lieu d'accouchement

Type de maternités

Depuis des décrets de 1998, les maternités sont définies en 4 types de maternités selon le niveau de soins néonataux (**Carte 16**).

- 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 16. Répartition des maternités en Guadeloupe, selon le type, au 31 décembre 2024

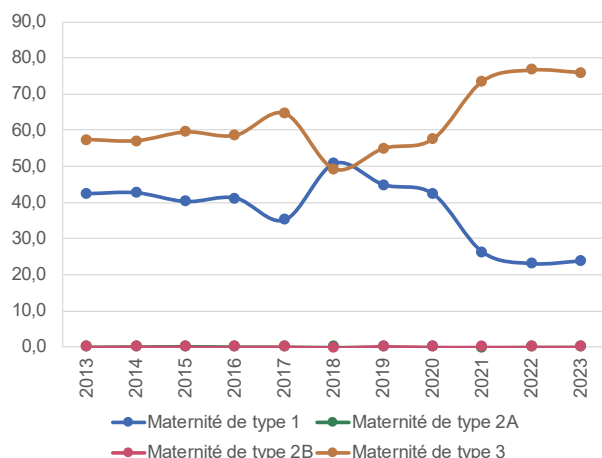


Source : DREES

En 2023, la répartition des accouchements selon le type de maternité était la suivante chez les femmes résidant en Guadeloupe : 23,9 % en type 1, 76,0 % en type 3 et moins de 0,1 % en type 2A et 2B. La part des accouchements en maternités de type 1 a diminué (-18,5 pts depuis 2013), tandis que les maternités de type 3 (+18,6 pts) ont vu leur part augmenter (**Figure 14**).

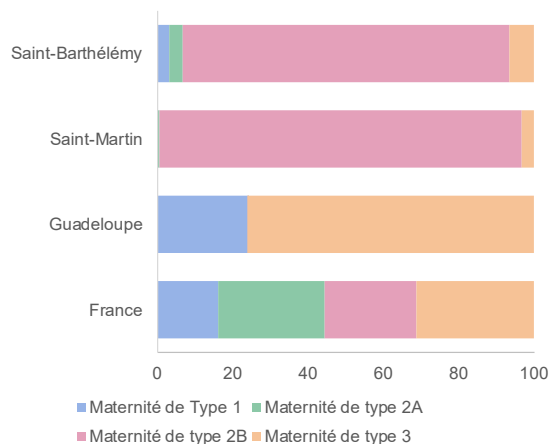
À Saint-Martin, 96,3 % des femmes ont accouché dans une maternité de type 2B, tandis qu'un peu plus de 3 % ont été prises en charge dans une maternité de type 3. À Saint-Barthélemy, la répartition des lieux d'accouchement était comparable, avec une très grande majorité des naissances survenant dans des maternités de type 2B (83,4 %). Les autres accouchements ont eu lieu dans des maternités de type 1 (6,4 %), de type 3 (5,8 %) et de type 2A (3,1 %) (**Figure 15**).

Figure 14. Evolution de la répartition des accouchements selon le type de maternité en Guadeloupe (en %), période 2013-2023



Source : SNDS

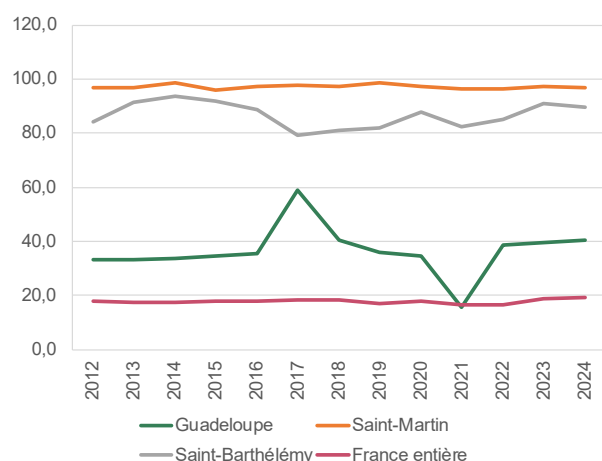
Figure 15. Part d'accouchements domiciliés par type de maternité (en %), France entière Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy 2023



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

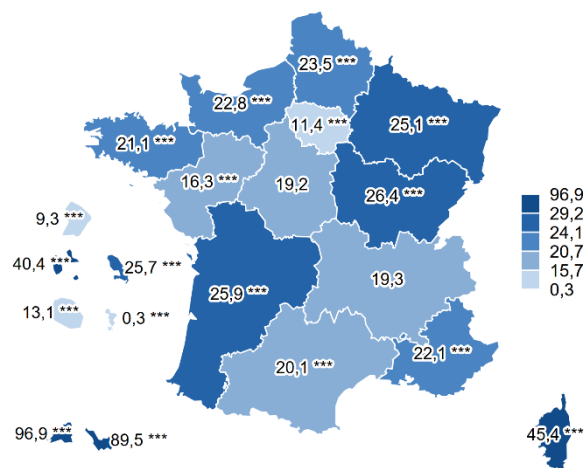
En 2024, en Guadeloupe ainsi que dans les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, respectivement 40,4 %, 96,9 % et 89,5 % des accouchements ont eu lieu dans des maternités réalisant moins de 1 000 accouchements par an. Cette proportion est restée globalement stable depuis 2012 (**Figure 16**). Malgré la fermeture de nombreuses petites structures, cette proportion reste inchangée, suggérant que la baisse de la natalité entraîne le passage progressif de maternités de taille moyenne sous le seuil des 1 000 accouchements annuels. Dans l'Hexagone, la part des accouchements réalisés dans ces établissements variait de 11,4 % en Île-de-France à 45,4 % en Corse. À l'échelle nationale, les extrêmes étaient observés à Mayotte, où cette proportion n'était que de 0,3 %, et à Saint-Martin, où elle atteignait 96,9 % (**Carte 17**).

Figure 16. Evolution de la part des accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), France entière, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 17. Part d'accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), par région de domicile, 2024



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

Maternité éloignée : hébergement et transport

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

En 2021, pour la Guadeloupe, plus d'une femme sur 10 (12,9 %) déclarait avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité (**Tableau 3**).

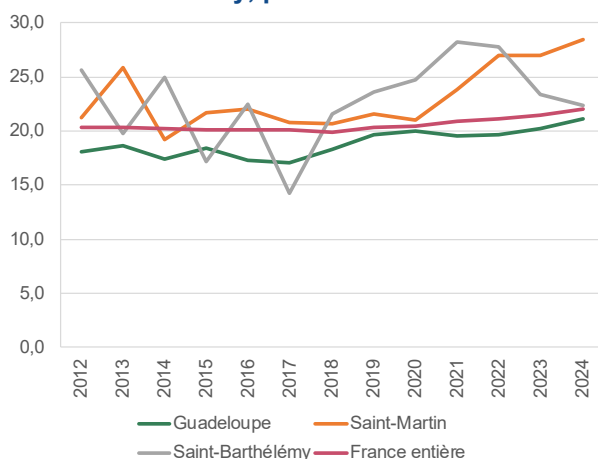
Dans l'Hexagone (hors Corse), cette proportion variait de 4,5 % en Hauts-de-France à 14,3 % en Bourgogne-Franche-Comté. Dans les DROM, elle variait de 8,7 % à la Réunion à 12,9 % en Guadeloupe.

Mode d'accouchement

En Guadeloupe, la part des accouchements par césarienne a augmenté entre 2012 et 2024, passant de 18,1 % à 21,1 %. Une évolution similaire a été observée à Saint-Martin, où cette proportion est passée de 21,3 % à 28,5 % en 2024. À Saint-Barthélemy, la part des césariennes atteignait 22,4 % en 2024, toutefois, les évolutions temporelles sont difficiles à interpréter en raison des faibles effectifs (**Figure 17, Carte 18**). Cette hausse récente résulte notamment de l'augmentation des césariennes non programmées et des césariennes programmées (**Tableau 3**). En 2024, la proportion de césariennes en France entière s'élevait à 22,0 %, traduisant une tendance à la hausse comparable à celle observée dans ces territoires.

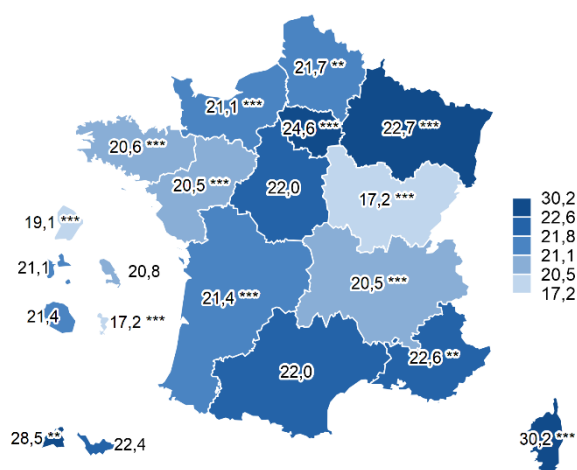
Les écarts observés entre ces différents territoires peuvent refléter en partie l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements [3].

Figure 17. Evolution de la part des césariennes (en %), France entière, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 18. Part des césariennes (en %), par région de domicile, 2024



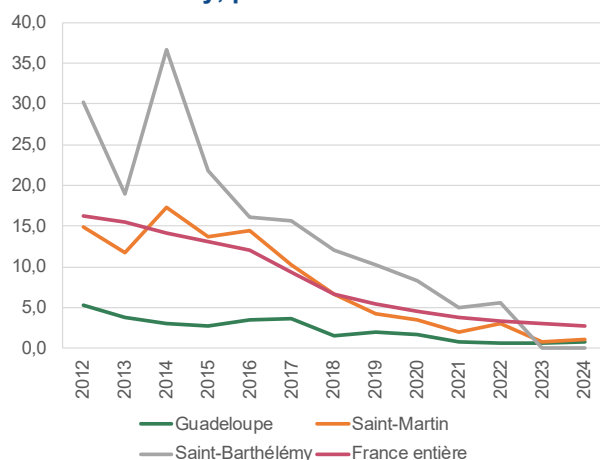
Source : SNDS . * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

La pratique de l'épisiotomie (section de la muqueuse vaginale et des muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter le passage de l'enfant lors de l'accouchement) a beaucoup diminué depuis 2012 en Guadeloupe et sur les îles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy suivant la même dynamique qu'en France entière.

En effet, en Guadeloupe, 5,3 % (n ≈ 200) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 0,8 % (n = 20) en 2024. À Saint-Barthélemy, aucune épisiotomie n'a été réalisée lors d'un accouchement par VBNI en 2024, tandis qu'à Saint-Martin, cette pratique a concerné moins de cinq accouchements (**Figure 18, Carte 19**).

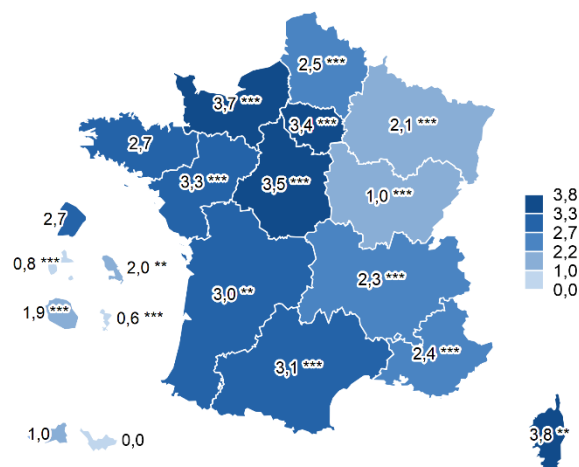
Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie sur VBNI et sur VBI (non présenté ici) et taux de déchirure sévère à partir des données régionales. Les pratiques de repérage et de codage des déchirures sévères pourraient varier selon les établissements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

Figure 18. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 19. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), par région de domicile, 2024



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

En Guadeloupe, l'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 1,7 % des primipares avec un accouchement par VBNI avaient eu une épisiotomie, versus 0,2 % chez les multipares avec un accouchement par VBNI (**Tableau 3**).

Complications de l'accouchement

Hémorragie du postpartum (HPP)

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

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

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

Les critères de l'HPP sévère sont :

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

En Guadeloupe, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du postpartum (HPP) était estimée à 6,6 %, légèrement inférieure au niveau national (7,3 %) en 2024. Avec une hausse importante entre 2012 et 2024 (de 1,4 % à 6,6 %). Cette hausse doit cependant être interprétée avec prudence, car elle pourrait refléter une amélioration de la détection et du codage hospitalier plutôt qu'une augmentation réelle de l'incidence (**Tableau 3**). Pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy cette proportion était respectivement de 5,8 % et 3,3 %.

En Guadeloupe, 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) a également augmenté de 0,3 % en 2020 à 1,1 % en 2024 (**Figure 19**).

Sur la période 2020 - 2024, la proportion observée atteignait 0,63 % en Guadeloupe, 0,99 % à Saint-Martin et 0,63 % à Saint-Barthélemy. A l'échelle nationale ce taux s'élevait à 0,82 % sur cette période (**Carte 20**).

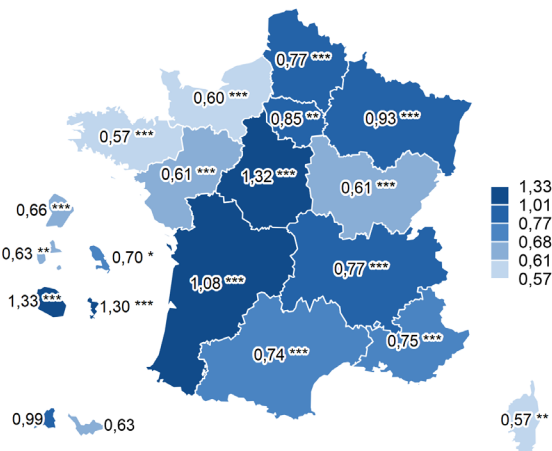
Figure 19. Evolution de la part des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Guadeloupe, période 2012-2024



Source : SNDS

Pourcentages trop faibles pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Carte 20. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %), par région de domicile, 2020 - 2024



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

Pour la Guadeloupe, le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicqué (3^e et 4^e degrés) était de 0,20 % en 2012 et de 0,51 % en 2024, après une tendance à la hausse de 2016 à 2022, une baisse est observée depuis 2023 (**Figure 20**).

Sur la période 2020-2024, cette proportion s'élevait à 0,83 % en Guadeloupe, 0,78 % à Saint-Martin et 1,0 % à Saint-Barthélemy. Dans chacun de ces territoires, elle demeurait inférieure à la moyenne nationale, qui était de 1,2 % sur la même période (**Carte 21**). Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie et taux de déchirure sévère à partir des données régionales.

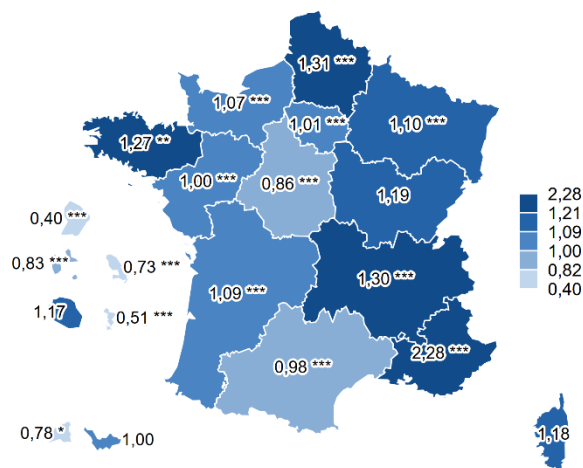
Figure 20. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Guadeloupe, période 2012-2024



Source : SNDS

* Données confondues Guadeloupe Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Carte 21. Part des déchirures sévères (en %), par région de domicile, 2020-2024



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

Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes - Guadeloupe

Indicateurs	Source	Guadeloupe	France	p-value
Prématurité selon l'âge gestationnel				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	9,9	6,7	***
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	0,71	0,43	**
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	1,39	0,70	***
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	7,82	5,56	***
Autres marqueurs de risque				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	3,9	3,0	**
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	12,0	7,4	***
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	14,7	9,6	***
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	6,2	8,8	***
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	11,2 [8,8 - 14,0]	11,5 [11,0 - 12,0]	

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

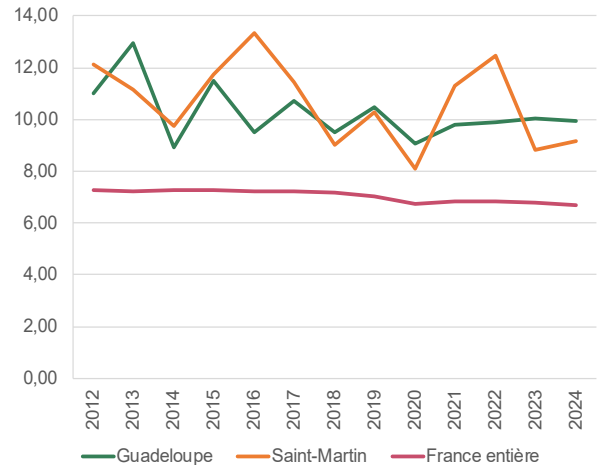
Prématurité selon l'âge gestationnel

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.

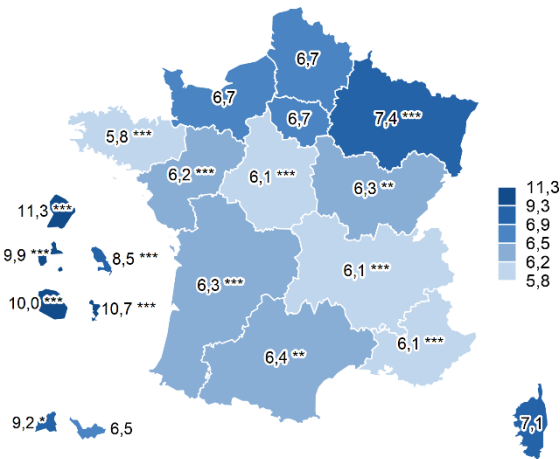
En Guadeloupe, 9,9 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 11,0 % en 2012. De la même manière à Saint Martin une tendance à la baisse était observée passant de 12,1 % en 2012 à 9,2 % en 2024. Cependant les évolutions pour ces territoires sont à interpréter avec précaution en raison des faibles effectifs. Cette tendance à la baisse était aussi observée en France entière qui présentait un taux de 6,7 % en 2024 (**Figure 21**). Pour Saint-Barthélemy, en 2024 la part de naissance prématurée était de 6,5 % (**Carte 22**).

Figure 21. Evolution de la part des naissance prématurées (en %), France entière, Guadeloupe et Saint-Martin, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 22. Part des naissance prématurées (en %), par région de domicile, 2024



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

En 2024, la Guadeloupe affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA), de grande prématurité ([28-31] SA) et de prématurité modérée (respectivement 0,7 %, 1,4 % et 7,8 %) significativement supérieur aux taux nationaux (respectivement 0,4 % et 0,7 % et 5,6 %), (**Tableau 4**). Les données sont disponibles pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy mais concernent des effectifs trop faibles.

Autres marqueurs de risque

En Guadeloupe, 3,9 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une grossesse multiple en 2024, taux supérieur à celui observé en France entière (3,0 %). (**Tableau 4**). Pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy, les taux étaient respectivement de 2,9 % et de 3,2 %

En 2024, les naissances vivantes avec un poids inférieur à 2500 grammes représentaient 12,0 % des naissances vivantes en Guadeloupe (taux de 7,4 % en France entière). Pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy, les taux étaient respectivement de 10,9 % et de 3,3 %.

En Guadeloupe en 2024, les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10^e percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] représentaient 14,7 % des naissances vivantes et les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90^e percentile 6,2 % des naissances vivantes (**Tableau 4**). Pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy, les taux étaient respectivement de 11,7 % et de 7,9 % pour les PAG et de 6,4 % et 9,2 % pour les GAG.

Selon les données de l'ENP 2021, 11,2 % des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en Guadeloupe (taux de 11,5 % en France entière) (**Tableau 4**). Pour Saint-Martin ce taux était de 13,6 %.

Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum – Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Indicateurs	Source	Guadeloupe	France	p-value
Dépistage biologique néonatal				
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)*	4,7*	6,3	
Incidence des maladies dépistées				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)*	0,00*	0,72	
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)*	0,85*	3,95	**
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)*	0,85*	0,48	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)*	29,73*	17,44	***
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)*	0,00*	1,73	**
Durée de séjour en suites de couches				
Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuits)	SNDS (2024)	3,3	3,8	-
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	4,0	4,8	-
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	3,1	3,6	-
Alimentation du nourrisson et allaitement				
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	92,7 [90,3 - 94,7]	77,1 [76,3 - 77,9]	***
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	88,7 [85,8 - 91,2]	70,5 [69,7 - 71,3]	***
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	71,2 [64,5 - 77,2]	54,6 [53,4 - 55,9]	***
Couchage à 2 mois				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	54,3 [47,3 - 61,2]	79,2 [78,1 - 80,3]	***
Lieu de couchage				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	67,0 [60,1 - 73,4]	70,5 [69,3 - 71,6]	
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	3,5 [1,7 - 6,1]	15,2 [14,3 - 16,0]	***
Lit des parents (%)	ENP (2021)	28,4 [22,1 - 35,3]	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)	83,4 [78,3 - 87,8]	84,2 [83,1 - 85,1]	
Sage-femme (%)	ENP (2021)	80,4 [74,6 - 85,3]	79,3 [78,2 - 80,4]	
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	9,4 [6,0 - 13,9]	19,2 [18,2 - 20,3]	***
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	19,8	24,9	***
Suivi médical du nourrisson				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	71,3 [64,8 - 77,2]	43,2 [41,9 - 44,4]	***
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	10,0 [6,5 - 14,5]	42,1 [40,8 - 43,3]	***
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	17,4 [12,6 - 23,2]	12,3 [11,4 - 13,3]	**
Engagement du partenaire				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	43,5 [36,0 - 51,3]	59,8 [58,6 - 61,1]	***
Santé mentale post-partum				
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	30,9 [24,4 - 37,9]	16,8 [15,9 - 17,8]	***
Anxiété (%)	ENP (2021)	28,7 [22,6 - 35,4]	27,5 [26,4 - 28,7]	

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

* Données confondues Guadeloupe Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Dépistage biologique néonatal

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

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

Les chiffres du dépistage du Centre National de Coordination de Dépistage Néonatal (CNCNDN) 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 Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, le taux de refus était de 4,7 pour 10 000 enfants nés, chiffre plus faible que celui enregistré en France (6,3). Pour 5 maladies dépistées, les taux de dépistage en 2020-2024 sont les suivants (**Tableau 5**) :

- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : aucun enfant dépisté pour 10 000 enfants testés (France = 0,72).
- Hypothyroïdie : 0,85 enfant dépisté pour 10 000 enfants testés, significativement inférieur à la France (3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 0,85 enfant dépisté pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 29,73 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement supérieur à la France (17,44).
- Mucoviscidose : aucun enfant dépisté pour 10 000 enfants testés (France = 1,73).

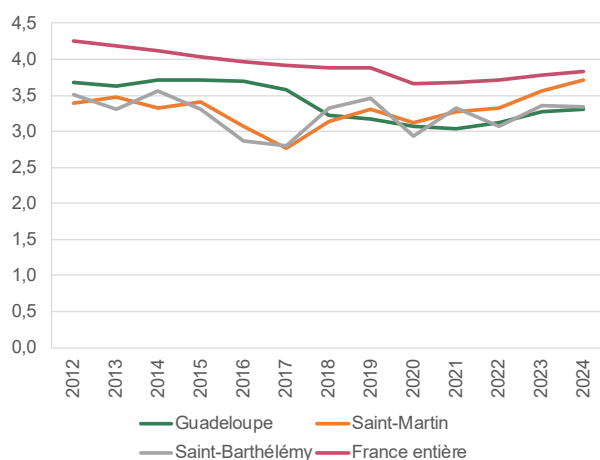
Depuis 2022, 2 maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie mais du fait d'effectifs faibles, elles ne sont pas présentées à l'échelle régionale : le déficit en déshydrogénase des acyl CoA des acides gras à chaîne moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme.

Durée de séjour en suites de couches

En 2024, la durée moyenne de séjour en suites de couches était de 3,3 nuitées en Guadeloupe, de 3,7 nuitées à Saint-Martin et de 3,3 nuitées à Saint-Barthélemy. Ces durées de séjour restent inférieures à celle observée au niveau national, qui s'élevait à 3,8 nuitées (**Carte 23**).

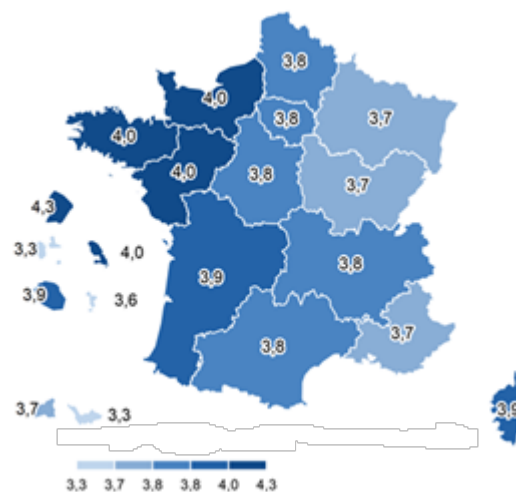
Entre 2012 et 2021, une diminution progressive de la durée moyenne de séjour en suites de couches a été observée, tant au niveau national qu'en Guadeloupe. Depuis 2021, cette durée tend toutefois à augmenter légèrement. À Saint-Martin et Saint-Barthélemy, la même dynamique est retrouvée, avec une baisse de la durée des séjours jusqu'en 2017, puis une tendance à leur allongement modéré au cours des années suivantes. (**Figure 22**).

Figure 22. Evolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 23. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), par région de domicile, 2024



Source : SNDS

Une différence selon le mode d'accouchement était observée sur ces territoires avec une durée moyenne plus longue après césarienne que pour un accouchement par voie basse.

Alimentation du nourrisson et allaitement

Enquête EPIFANE

En France hexagonale, la durée médiane de l'allaitement global (avec ou sans préparation pour nourrisson) a progressé de 15 à 20 semaines entre l'édition 2012 et l'édition 2021 d'EPIFANE. Le rapport publié en 2024 [5] sur les résultats observés dans EPIFANE décrit l'âge médian au début de la diversification alimentaire et la proportion d'enfants pour lesquels la diversification a débuté dans la fenêtre recommandée, située entre 4 et 6 mois de vie.

Selon l'ENP 2021, en Guadeloupe, 92,7 % des femmes ont tenté d'allaiter leur enfant (**Carte 25**) et 88,7 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice. Pour Saint-Martin, ces taux étaient respectivement de 88,2 % et 86,8% (**Carte 24, Figure 23**).

A deux mois post-partum, en Guadeloupe, 71,2 % déclaraient encore allaiter (**Carte 26**). Ces proportions étaient significativement supérieures aux données nationales.

- 28,4 % des nourrissons étaient principalement couchés dans le lit des parents, pratique à risque qui souligne l'importance de renforcer les messages de prévention (**Tableau 5**).

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

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

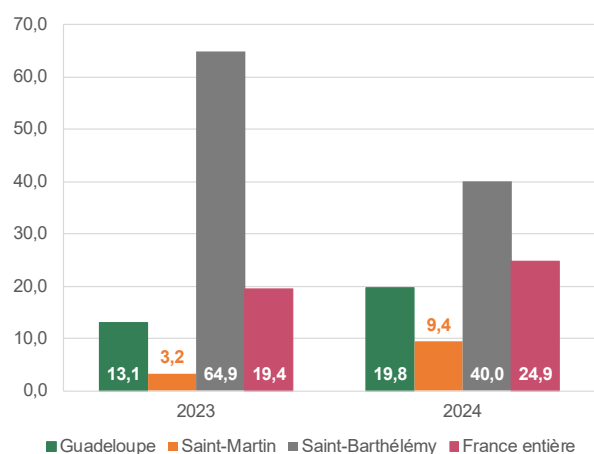
La HAS recommande deux à trois visites de sages-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h. Ces visites sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie, si elles ont lieu dans les 12 jours qui suivent la naissance.

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

Selon l'ENP 2021, en Guadeloupe, 83,4 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (80,4 %) et/ou par une puéricultrice (9,4 %). A l'échelle nationale, seules 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi (**Tableau 5**).

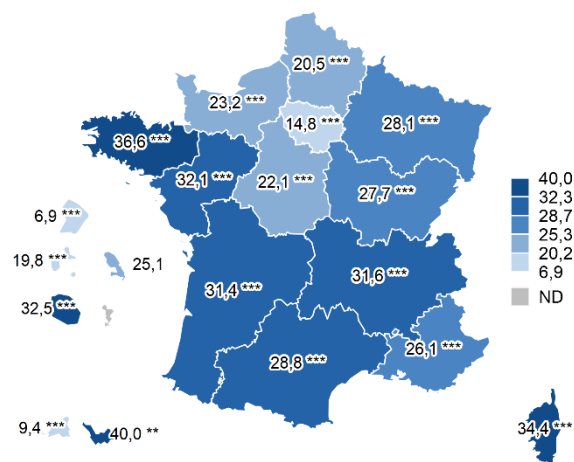
En 2024, soit deux ans après la mise en place de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 19,8 % des femmes ayant accouché en Guadeloupe en ont bénéficié, contre 24,9 % au niveau national. À Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, cette proportion atteignait respectivement 9,4 % et 40,0 %. Comme au niveau national, le recours à cet entretien était en hausse en Guadeloupe et à Saint-Martin, alors qu'il enregistrait une baisse à Saint-Barthélemy. (**Figure 24, Carte 27**).

Figure 24. Evolution de la part de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière, Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy période 2023-2024



Source : SNDS

Carte 27. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), par région de domicile, 2024



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

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

De la naissance à 16 ans, chaque enfant bénéficie gratuitement de 20 examens de santé : la moitié de ces examens ont lieu avant un an. À 2 mois, au moment où les femmes sont interrogées dans l'ENP, l'enfant a eu un examen dans les 8 jours suivant la naissance (en maternité généralement), au cours de la 2^e semaine, à 1 mois et à 2 mois.

En 2021, en Guadeloupe, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un pédiatre (71,3 %). Un médecin généraliste ou la Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour respectivement 10,0 % et 17,4 % des nourrissons (**Tableau 5**).

Engagement du partenaire / co-parent

Selon l'ENP 2021, en Guadeloupe, 43,5 % des partenaires avaient pris un congé dans les deux mois suivant la naissance (59,8 % à l'échelle nationale) (**Tableau 5**).

Santé mentale post-partum

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

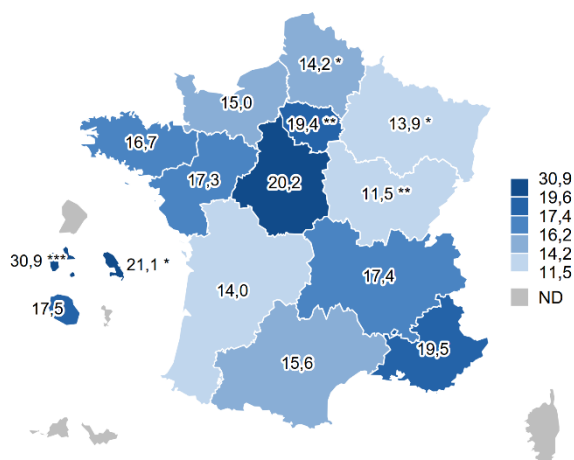
Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM). Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson.

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

En Guadeloupe, deux mois après l'accouchement, 30,9 % des femmes présentaient des symptômes de dépression et 28,7 % de l'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale) (**Carte 28, Carte 29**).

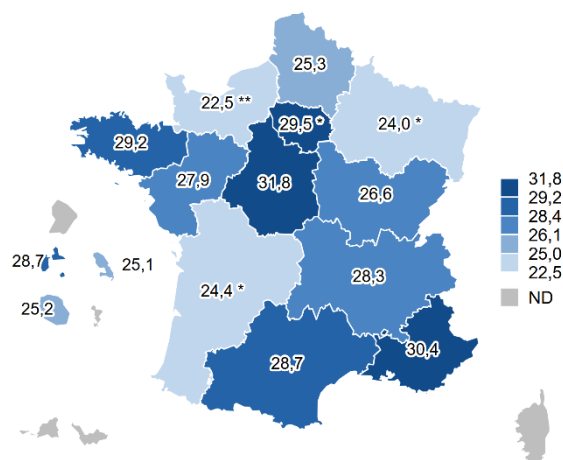
A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, et que cela a pu impacter leur santé mentale.

Carte 28. 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 29. Part des femmes ayant un score EPDS indiquant une anxiété (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

Mortalité

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

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

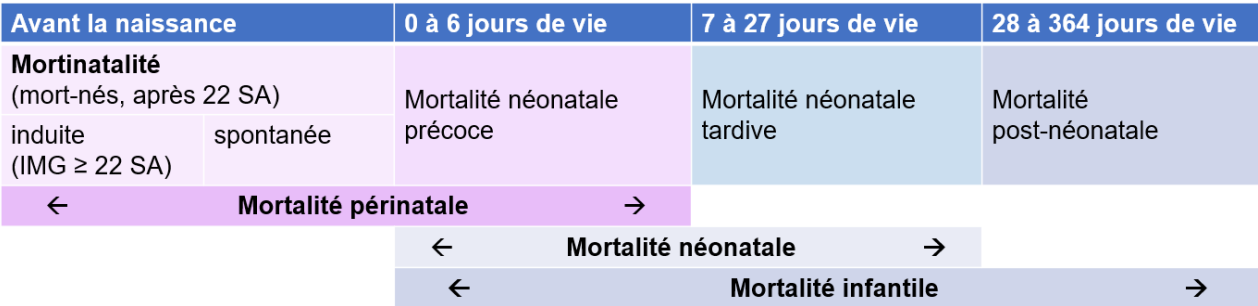


Tableau 6. Mortalité – Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, données confondues pour l'Etat civil

Indicateurs	Source	Guadeloupe	France	p-value
Mortalité maternelle (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018) ⁺	39,6 [19,7 - 70,8]	11,1 [10,2 - 12,1]	***
Mortinatalité (enfants mort-nés, après 22SA) ¹				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	64	6 094	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	17,7	9,2	***
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	2,2	3,6	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	15,5	5,6	***
Mortalité périnatale (décès enfant entre 22SA et 6 jours) ¹				
Nombre de décès	SNDS (2024)	74	7 300	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	20,5	11,0	***
Mortalité infantile (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2020- 2024) ⁺	165⁺	13 541	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2020- 2024) ⁺	7,89⁺	3,83	***
Mortalité néonatale précoce (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2020- 2024) ⁺	86⁺	6 746	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2020- 2024) ⁺	4,11⁺	1,91	***
Mortalité néonatale tardive (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2020- 2024) ⁺	36⁺	3 122	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2020- 2024) ⁺	1,72⁺	0,88	***
Mortalité post-néonatale (décès enfant entre 28 j et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2020- 2024) ⁺	43⁺	3 673	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2020- 2024) ⁺	2,06⁺	1,04	***

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

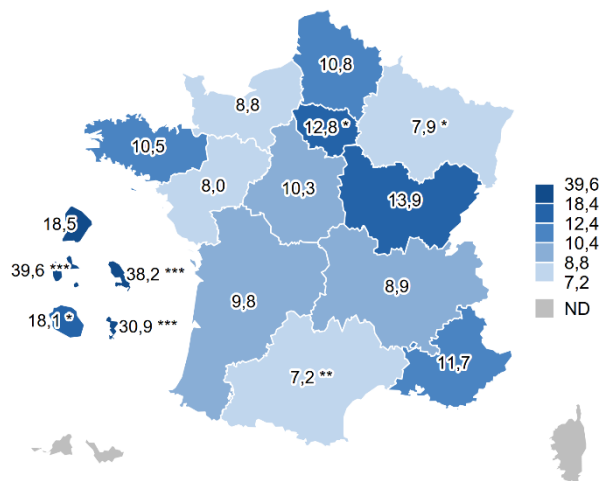
¹. Les indicateurs ont été fournis à partir d'une base corrigée par la DREES et l'Inserm.

⁺ Données confondues Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement en Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy s'élevait en moyenne à 39,6 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux regroupant les trois territoires était le plus élevé observé en France, significativement supérieur à la moyenne nationale (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes) (**Carte 30**).

Carte 30. Taux régional de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances totales), par région de domicile, 2013-2018



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

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

Mortinatalité

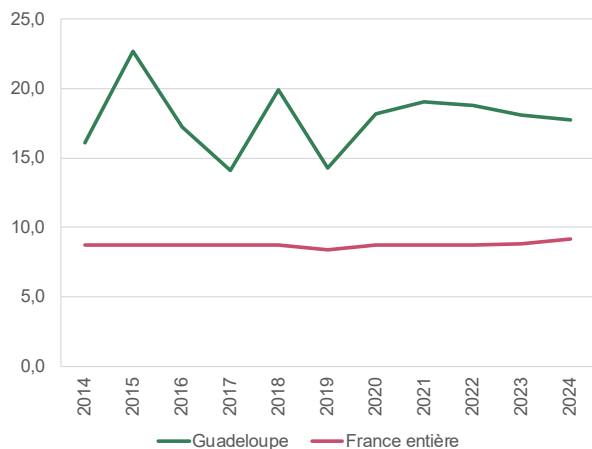
La mortinatalité correspond au décès des enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 grammes. Elle est composée de la mortinatalité induite par IMG (≥ 22 SA) et de la mortinatalité spontanée.

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

En Guadeloupe, 64 mort-nés (enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 17,7 pour 1 000 naissances, significativement supérieur à celui enregistré en France (9,2). Il s'agit du taux le plus élevé de France entière (**Carte 31**).

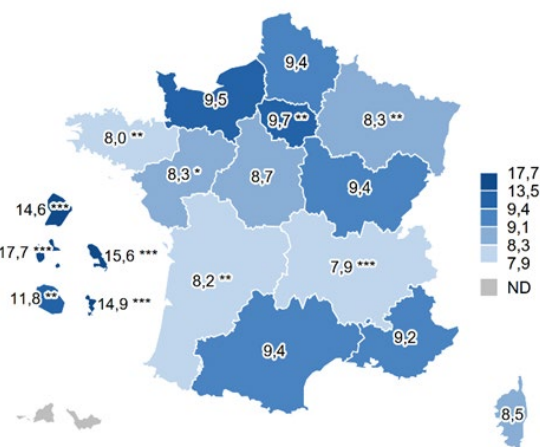
A l'échelle nationale, une hausse est observée en 2024 (9,2 pour 1 000) et les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 % par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 [1] (**Figure 25**).

Figure 25. Evolution du taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Guadeloupe, période 2014- 2024



Source : SNDS

Carte 31. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024

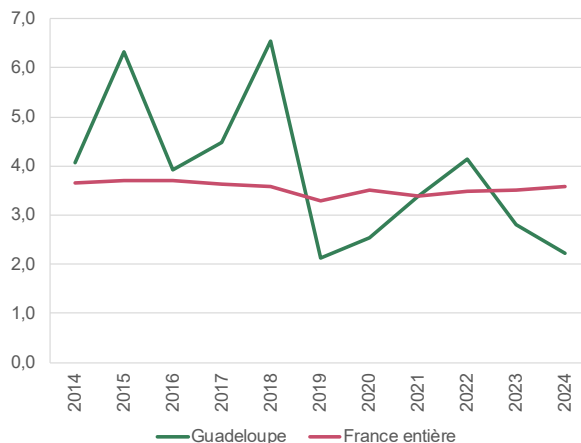


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$; ND = non disponible

Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite fluctuait d'une année à l'autre en raison des faibles effectifs avec un maximum de 6,5 (2018) et un minimum de 2,1 (2019) mort-nés pour 1 000 naissances totales proche de la valeur de 2024 (2,2) (**Figure 26**).

Figure 26. Evolution du taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Guadeloupe, période 2014- 2024



Source : SNDS

Mortinatalité spontanée

Le taux de mortinatalité spontanée suit une tendance à la hausse depuis 2017 en Guadeloupe, avec des taux variant de 9,7 (2017) à 15,5 (2024) mort-nés spontanés pour 1 000 naissances totales selon les années (**Figure 27**).

Figure 27. Evolution du taux de mortalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Guadeloupe, période 2014- 2024



Source : SNDS

Mortalité périnatale

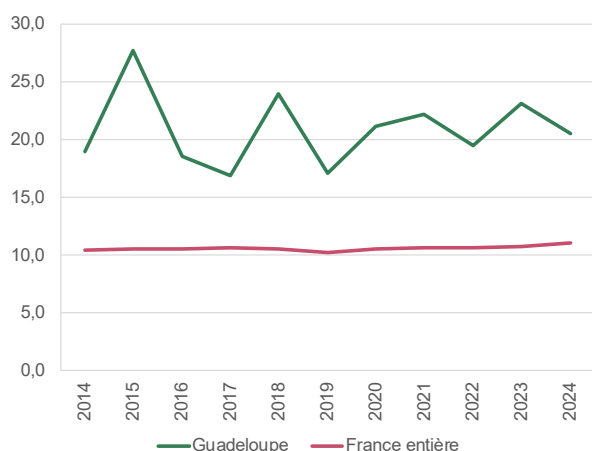
La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

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

En Guadeloupe, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 20,5 décès pour 1 000 naissances (contre 11,2 en France), soit le taux le plus élevé de France entière (Carte 32. Taux régional de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024**Carte 32**).

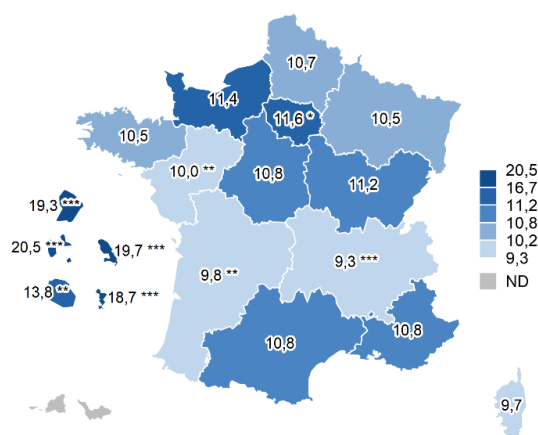
Le taux de mortalité périnatale restait nettement supérieur aux valeurs nationales sur l'ensemble de la période 2014 – 2024 avec un maximum de 27,7 en 2015 et un minimum de 16,9 en 2017 (**Figure 28**).

Figure 28. Evolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales 2014-2024)



Source : SNDS

Carte 32. 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

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 Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, 165 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie entre 2020 et 2024, soit un taux de mortalité infantile de 7,89 décès pour 1 000 naissances vivantes (7,89 ‰), significativement plus élevé que celui observé en France sur cette période (3,83 ‰) (**Carte 33**).

Le taux de mortalité infantile présentait une tendance à la hausse entre 2012 et 2024, qui s'avérait significative à l'échelle nationale (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [1]. En raison des faibles effectifs les taux de mortalité infantile fluctuaient d'une année à l'autre sur l'ensemble des trois territoires (**Figure 29**).

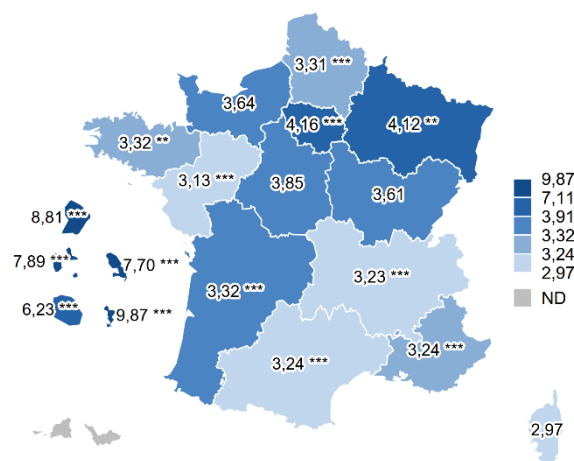
Figure 29. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), , période 2012- 2024

NB : Données confondues Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy



Source : Etat Civil

Carte 33. 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

Mortalité néonatale précoce

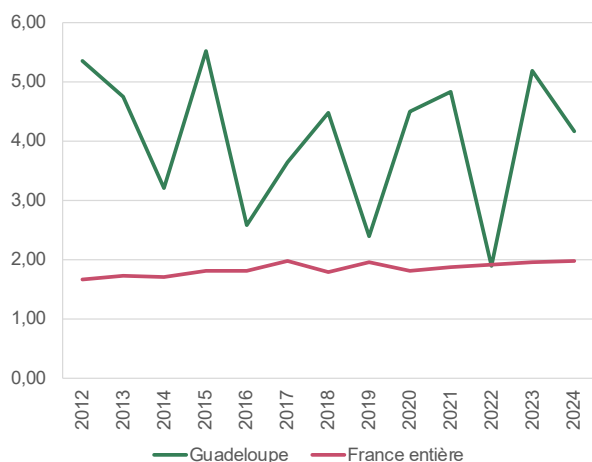
La mortalité néonatale précoce est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 0 et 6 jours.

En Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, 86 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie entre 2020 et 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 4,11 décès pour 1 000 naissances vivantes (4,11 ‰), significativement plus élevé que celui observé en France sur cette période (1,91 ‰) (**Carte 34**).

La mortalité néonatale précoce fluctuait de manière importante d'une année à l'autre en raison de faibles effectifs nécessitant d'interpréter ces résultats avec précaution. Au niveau national une tendance à la hausse pouvait être observée (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 30**).

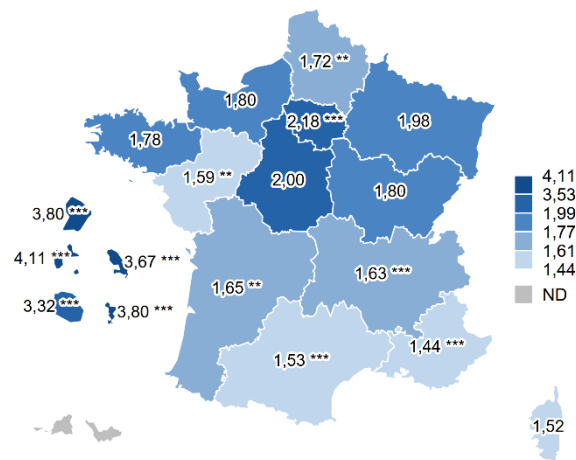
Figure 30. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), période 2012- 2024

NB : Données confondues Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy



Source : Etat Civil

Carte 34. 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

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 Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, 36 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie entre 2020 et 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 1,72 décès pour 1 000 naissances vivantes (1,72 ‰), significativement plus élevé que celui observé en France sur cette période (0,88 ‰) (**Carte 35**).

La mortalité néonatale tardive était globalement supérieure au niveau national entre 2012 et 2024. Étant donné les faibles effectifs, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Une tendance à la hausse était par ailleurs observée au niveau national (2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 31. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), période 2012- 2024**).

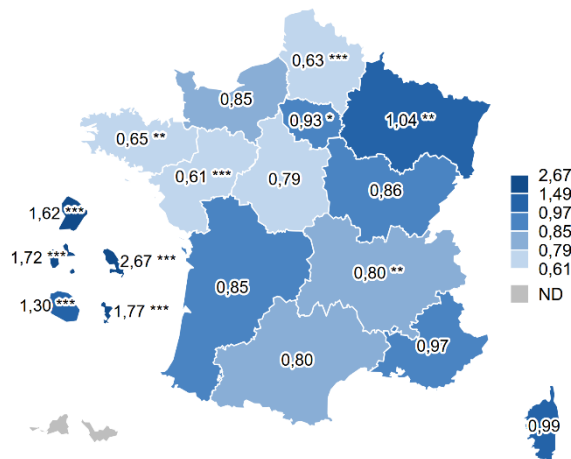
Figure 31. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), période 2012- 2024

NB : Données confondues Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.



Source : Etat Civil

Carte 35. 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

Mortalité post-néonatale

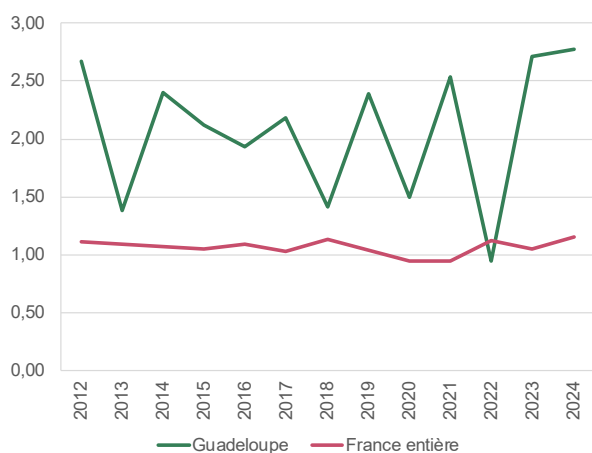
La mortalité post-néonatale est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 28 jours et 1 an.

En Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, 43 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie entre 2020 et 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 2,06 décès pour 1 000 naissances vivantes (2,06 ‰), significativement plus élevé que celui observé en France sur cette période (1,04 ‰) (**Carte 36**).

En Guadeloupe, la mortalité post-néonatale, était globalement supérieure au niveau national entre 2012 et 2024. Étant donné les faibles effectifs, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Une tendance stable était par ailleurs observée en France entre 2014 et 2024 [1] (**Figure 32**).

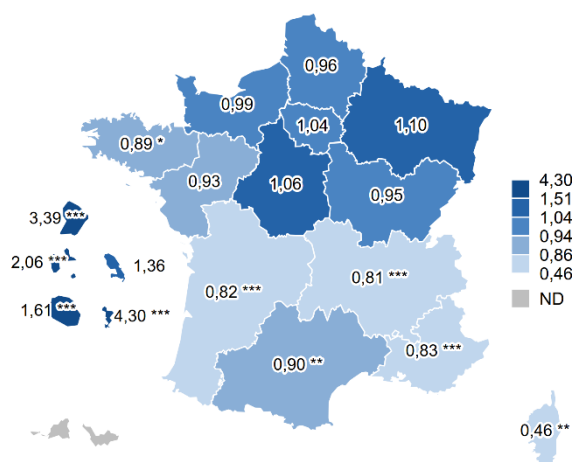
Figure 32. Evolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), période 2012- 2024

Données confondues Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy



Source : Etat Civil

Carte 36. 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

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

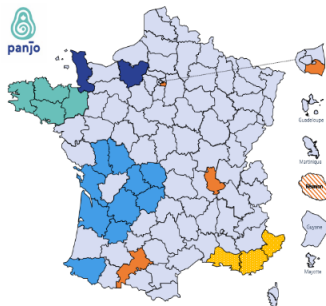


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression 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 connaître les bénéfices des interactions parent-bébé de qualité pour la santé de leur enfant, un dispositif d'information destiné aux jeunes parents et futurs parents a été mis en place fin 2025 en partenariat avec WeMoms et Explore Média. La vidéo présentée par le pédiatre Jules Fougère est toujours disponible.

Panjo : L'intervention de prévention précoce à domicile



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

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

Promotion des comportements favorables à la santé

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

La vaccination



Le site [Vaccination-info-service.fr](https://vaccination-info-service.fr) propose des informations factuelles, pratiques et scientifiquement validées sur la vaccination aux différents âges de la vie. Futurs et jeunes parents peuvent y trouver les recommandations vaccinales pour les femmes enceintes ou 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](https://alcool-info-service.fr) et [Drogues-info-service.fr](https://drogues-info-service.fr) proposent des informations sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse et l'allaitement, incluant : la consommation involontaire en début de grossesse, les difficultés à l'arrêt et les risques associés. Ils offrent aussi des services d'aide à distance : annuaire des structures spécialisées, forums, chat, FAQ, contenus informationnels et ligne téléphonique gratuite et anonyme avec des professionnels pour aider, informer et orienter.

Dépliants Grossesse sans tabac et sans Alcool



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

Nutrition et promotion de l'activité physique

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



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

Le Guide de l'allaitement maternel



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

MANGER BOUGER

mangerbouger.fr est le site de référence institutionnel sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité. Le site, qui répond aux enjeux du Programme national nutrition santé, met à disposition des conseils et services en ligne qui aident à aller pas à pas vers une alimentation équilibrée et un mode de vie actif, tout en se faisant plaisir. 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.



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

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

Méthodologie

Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

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

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

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

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

Sources de données

Enquête nationale périnatale (ENP) et ENP-DROM

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

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

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

Limites :

- L'enquête n'est pas conçue pour produire des indicateurs régionaux robustes pour toutes les régions notamment celle enregistrant moins de 400 naissances (Guadeloupe = 559 en maternité ; 356 à deux mois ; Saint Martin = 72 en maternité ; 45 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 χ^2 pour comparer les proportions ou les distributions catégorielles.

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

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

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

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

Gestion des petits effectifs

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

Références

- [1] 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-congenitales/bulletin-national/sante-perinatale-et-petite-enfance-en-france-entre-2012-2024>
- [2] Groupe de travail « Indicateurs ScanSanté » de la FFRSP. Indicateurs de santé périnatale, France hexagonale et DROM. Février 2026. 53 pages. Disponible à partir de l'URL : <https://ffrsp.fr>
- [3] Gomes E, Menguy C, Cahour L, Lebreton É, Regnault N et le groupe de travail sur les indicateurs en périnatalité. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019. Santé publique France. Saint-Maurice : 2024. 165 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- [4] Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001 ; 80:277-285. Courbes mises à jour en 2006.
- [5] Salanave B, Lebreton E, Demiguel V, Regnault N et « Epifane2021 Study Group ». Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épifane 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 43 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- [6] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 232 p. Disponible à partir de l'URL : www.encmm.inserm.fr et www.santepubliquefrance.fr

Glossaire

AFTN : Anomalies de fermeture du tube neural
 AME : Aide Médicale 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
 CNCN : Centre national de coordination du dépistage néonatal
 DIM : Département de l'information médicale
 DROM : Département et région d'outre-mer
 DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
 ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
 ENP : Enquête nationale Périnatale
 FEES : Femmes Enceintes Environnement et Santé
 FFRSP : Fédération française des réseaux de Santé périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé
 HCSP : Haut conseil de Santé publique
 HPP : Hémorragie post-partum
 HTA : Hypertension artérielle
 IHAB : initiative Hôpital ami des Bébé
 Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
 IST : Infection sexuellement transmissible
 MIN : Mort inattendue du nourrisson
 MCAD : *Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase*
 MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
 OMS : Organisation mondiale de la Santé
 PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
 RSEV : Réseaux de suivi d'enfant vulnérables
 SA : Semaine d'aménorrhée
 SNDS : Système national des données de Santé
 SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
 VBNI : Voie basse non instrumentale

Remerciements

Santé publique France tient à remercier

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

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

Équipe de rédaction

Auteurs : Mathieu RIVIERE

Relecteur : Vanessa CORNELY

Valideur : Jacques ROSINE

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 Guadeloupe. Saint-Maurice : Santé publique France, 43 pages, 08 juillet 2026

Directrice de publication : Aude De Viviès, directrice par intérim

Date de publication : 8 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr