



Bulletin

Santé périnatale et petite enfance

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION AUVERGNE-RHONE-ALPES

Surveillance de la santé périnatale

Édito

La santé périnatale constitue un enjeu prioritaire de santé publique tant par ses impacts durables sur la santé de la mère et de l'enfant, que par les disparités sociales et territoriales qu'elle révèle. La surveillance de la santé périnatale s'inscrit dans l'un des axes stratégiques de Santé publique France, qui vise à innover et à faire progresser les connaissances pour mieux orienter, sur le territoire, les investissements vers des interventions dont l'efficacité a été démontrée.

La mise à disposition, pour la première fois, d'indicateurs de périnatalité décrivant l'état de santé de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né, de la grossesse au post-partum, à l'échelle régionale et départementale, constitue à ce titre une avancée importante. Ce bulletin, qui s'appuie sur différentes sources de données (selon le lieu de résidence ou d'accouchement des femmes) **permet d'enrichir les connaissances locales et de mieux appréhender les disparités.**

En Auvergne-Rhône-Alpes, comme dans le reste de la France, la santé périnatale est marquée par des enjeux majeurs : **baisse de la natalité, hausse du surpoids, de l'obésité et du diabète gestationnel et défis liés à la santé mentale des femmes en période périnatale.** Bien que notre région présente globalement de meilleurs indicateurs de santé périnatale, des **disparités parfois importantes entre les départements** subsistent. Ces contrastes appellent à des études approfondies pour mieux comprendre les facteurs associés à ces indicateurs dégradés, tels que les conditions socio-économiques ou l'accès aux soins. Dans l'attente, **les entretiens prénatal et post-natal précoces** offrent un levier efficace pour améliorer l'accompagnement des parents et renforcer les actions de prévention.

Ce panorama de la santé périnatale constitue un appui aux décideurs publics, aux institutions et aux professionnels de santé. Il apporte des éléments d'aide à la décision pour la **mise en œuvre et l'évaluation de stratégies territoriales adaptées** dont l'objectif est d'améliorer durablement la santé des femmes et des nouveau-nés à l'échelle régionale.

Guillaume Spaccferri

Délégué régional Auvergne-Rhône-Alpes

Points-clés en Auvergne-Rhône-Alpes

• Une natalité en baisse

Près de 78 000 naissances vivantes ont été enregistrées dans la région en 2024 (contre environ 96 000 en 2012) : **la baisse de la natalité se poursuit.**

• Des facteurs de risque avant la grossesse en hausse...

La prévalence des femmes en situation de **surpoids ou d'obésité avant la grossesse** (35,7 % en 2021), du **diabète préexistant** (0,73 % en 2024) et de **l'hypertension artérielle (HTA) chronique** (1,22 % en 2024) sont **en hausse** dans la région, comme dans le reste de la France.

En revanche, **la proportion de fumeuses au 3^e trimestre de grossesse recule** : elles n'étaient plus que 12,8 % en 2021 (vs 14,8 % en 2010).

• ... causant une augmentation des pathologies de la grossesse

En lien avec cet état de santé plus dégradé des femmes en pré-conceptionnel et des grossesses plus tardives (un quart des femmes âgées de 35 ans ou plus en 2024), les **pathologies de la grossesse sont en progression** dans la région : le **diabète gestationnel** a doublé, atteignant 14,0 % en 2024 (vs 6,9 % en 2012) et les **désordres hypertensifs de grossesse** ont légèrement progressé (4,4 % en 2024 vs 4,0 % en 2019).

• Une prématurité en recul

Malgré l'augmentation de plusieurs facteurs de risque de prématurité (obésité, diabète, HTA, âge maternel élevé), le **taux de prématurité recule** à 6,1 % dans la région en 2024 (vs 7,3 % en 2012).

• Mortalité néonatale : une tendance inquiétante

Bien qu'une évolution à la hausse de la mortalité infantile (décès entre 0 et 364 jours) soit observée en France, cet indicateur est globalement stable et se maintient à un niveau plus bas en Auvergne-Rhône-Alpes, avec 3,42 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2024. En revanche, **la mortalité néonatale tardive (7-27 jours) connaît une hausse marquée** dans la région, atteignant 0,94 ‰ en 2024 (vs 0,63 ‰ en 2012).

• Prévention et entretiens prénatal / post-natal : des marges de progression

En 2021, seulement 27,6 % des femmes prennent de l'acide folique avant la grossesse (recommandé pour prévenir les anomalies du tube neural), et 14,0 % reçoivent des conseils sur la prévention de l'infection à cytomégalovirus (CMV). L'entretien prénatal précoce (67,9 % en 2024) et l'entretien post-natal précoce (31,6 % en 2024) sont à des **niveaux supérieurs** en Auvergne-Rhône-Alpes en comparaison au niveau national mais **peinent à atteindre une couverture universelle.**

• Santé mentale des mères : un véritable enjeu

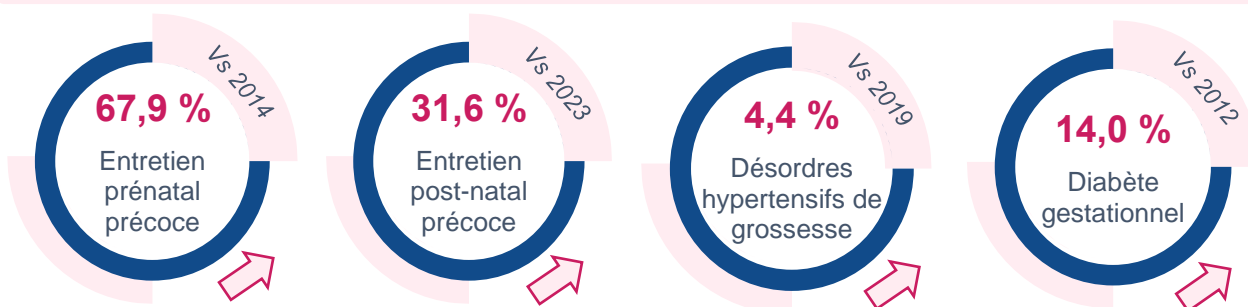
Un des objectifs de l'entretien post-natal précoce est le repérage des premiers signes de troubles psychiques. **En 2021, 17,4 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes étaient atteintes de dépression du postpartum**, et une proportion plus importante encore souffrait d'**anxiété** (28,3%). Au niveau national, **le suicide est devenu la première cause de mortalité maternelle.** La santé mentale des mères constitue un véritable enjeu en termes de repérage, prise en charge et prévention.

• Une situation infrarégionale contrastée

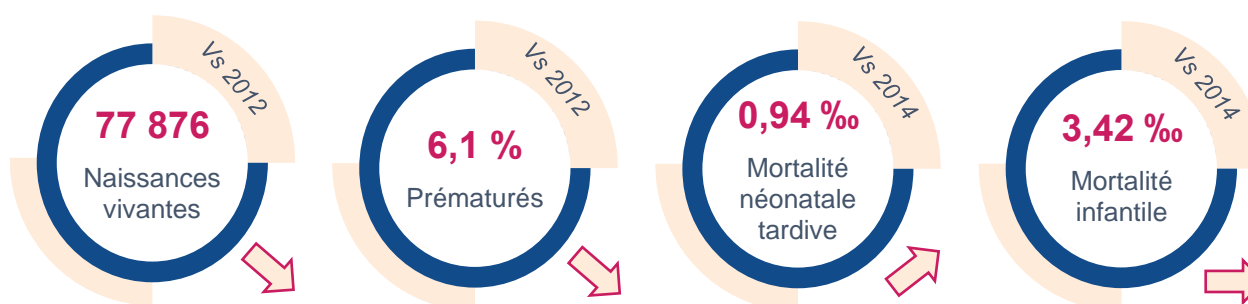
Enfin, si la santé périnatale dans la région est globalement meilleure par rapport à celle de la France entière, elle masque des disparités parfois importantes entre territoires. **Les indicateurs de précarité et de morbidité maternelle sont plus défavorables dans le Puy-de-Dôme et le Rhône**, tandis que les **indicateurs de morbi-mortalité chez le fœtus et le nouveau-né sont plus dégradés dans l'Allier et le Cantal.**

8 chiffres-clés en Auvergne-Rhône-Alpes en 2024

Les mères



Les nourrissons



SOMMAIRE

Édito.....	1
Points-clés en Auvergne-Rhône-Alpes	2
8 chiffres-clés en Auvergne-Rhône-Alpes en 2024	3
Caractéristiques socio-démographiques des mères.....	4
Facteurs de risque médicaux et comportementaux.....	7
Grossesse et accouchement.....	10
Naissances vivantes à risque	20
Post-partum.....	22
Mortalité de la mère et de l'enfant	27
Prévention et promotion de la santé périnatale.....	36
Méthodologie	40

L'ensemble de ces données, accompagnées de leurs métadonnées incluant une description des requêtes utilisées, est accessible en open data sur la plateforme Odissé 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.

Caractéristiques socio-démographiques des mères

Tableau 1. Natalité et caractéristiques socio-démographiques des mères - Auvergne-Rhône-Alpes et France

Indicateurs	Source	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	77 876	659 731
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	9,5	9,6
Caractéristiques démographiques des mères			
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	1,2	1,8
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	25,0	25,8
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	62,0 [59,4-64,5]	58,0 [57,1-58,9]
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	24,0	26,2
Cadre de vie			
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	93,9 [92,6-95,1]	90,6 [90,1-91,1]
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	70,9 [68,4-73,2]	68,1 [67,3-68,9]
Bon sentiment d'aisance financière ¹ (%)	ENP (2021)	60,6 [58,0-63,2]	57,7 [56,8-58,6]
Bénéficiaire AME ² ou C2S ³ (%)	SNDS (2024)	13,3	17,4
Bénéficiaire AME ² (%)	SNDS (2024)	1,7	2,5
Bénéficiaire C2S ³ (%)	SNDS (2024)	11,7	14,9

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

² AME : Aide médicale de l'Etat

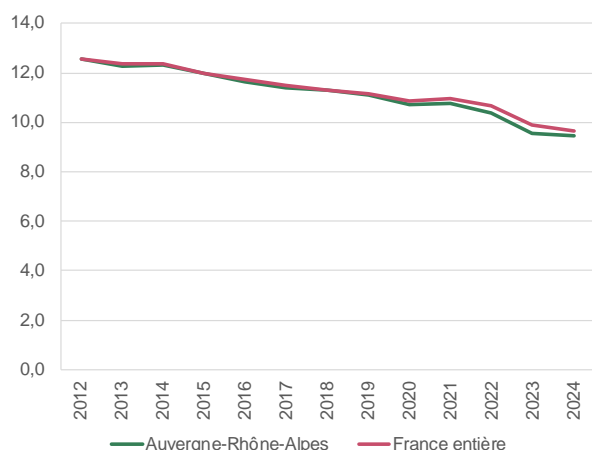
³ C2S : Complémentaire santé solidaire

Natalité

Près de 78 000 naissances ont été enregistrées en 2024 en Auvergne-Rhône-Alpes, soit un taux de natalité de 9,5 naissances pour 1 000 habitants (**Tableau 1**). Ce taux était proche du taux de natalité en France (9,6 ‰) et suivait la même évolution à la baisse. En effet, le taux de natalité régional était de 12,6 ‰ en 2012 (**Figure 1**), soit environ 18 000 naissances annuelles en moins en 2024 par rapport à 2012.

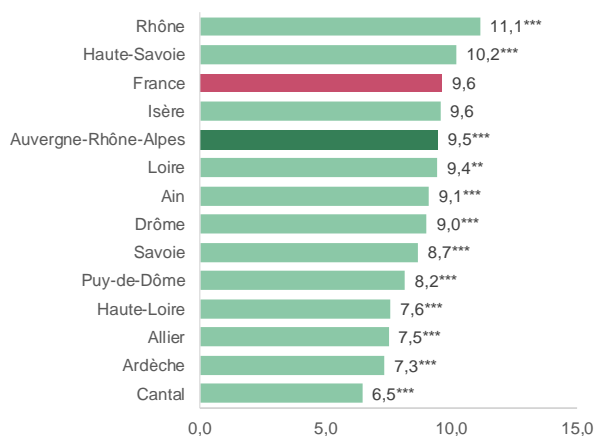
En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, les taux de natalité variaient de 6,5 ‰ dans le Cantal à 11,1 ‰ dans le Rhône. Les départements ruraux de la région (Cantal, Ardèche, Allier, Haute-Loire) se démarquaient avec les taux de natalité plus faibles (**Figure 2**).

Figure 1. Evolution du taux de natalité (pour 1 000 habitants) selon le lieu de domicile en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012-2024



Source : Etat civil

Figure 2. Taux de natalité (pour 1 000 habitants) selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



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

Caractéristiques socio-démographiques des mères

Un quart des femmes (25,0 %) ayant accouché en 2024 étaient âgées de 35 ans ou plus. Cette proportion, comparable au niveau national, était en constante progression depuis 2012 (**Figure 3**).

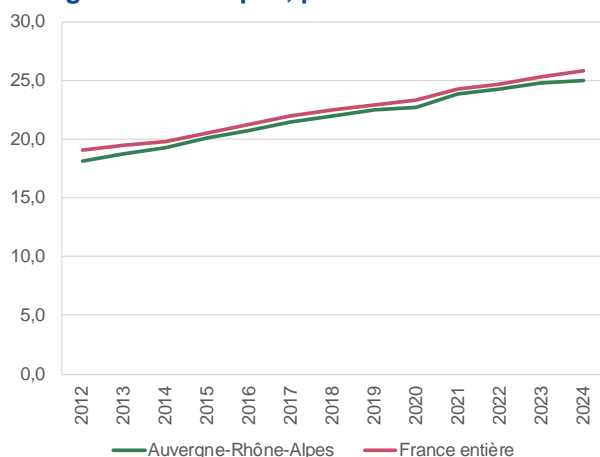
Au niveau départemental, la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus variait de 20,1 % dans l'Allier à 28,1 % dans le Rhône où cette proportion était plus élevée qu'au niveau national (**Figure 4**).

Sur la même période (2012-2024), la part des mères âgées de moins de 20 ans était en diminution, passant de 1,7 % à 1,2 %.

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

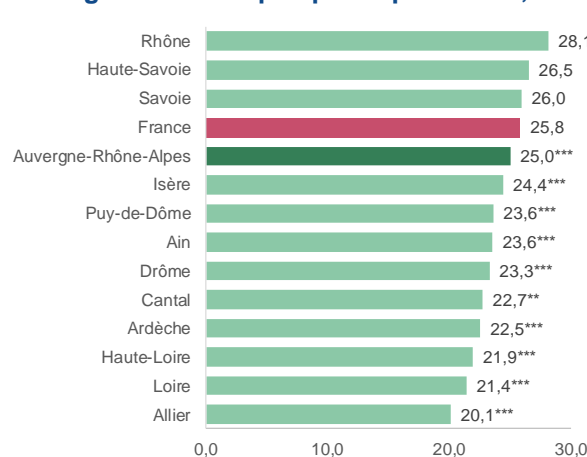
Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans, avec un risque accru au-delà de 40 ans.

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



Source : SNDS

Figure 4. Part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %) selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



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

En 2021, 62,0 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (**Tableau 1**). Cette proportion est en augmentation par rapport aux précédentes éditions de l'ENP et supérieure au niveau national (58,0%).

En 2024, près d'un quart des femmes ayant accouché (24,0 %) étaient nées à l'étranger contre 26,2 % au niveau national. Cette proportion a progressé : elles étaient 21,6 % en 2018.

Cadre de vie

En 2021, une large majorité des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes (93,9 %) se déclarait en couple, dans le même logement (vs 90,6 % en France, **Tableau 1**).

En 2021, l'exercice d'un emploi durant la grossesse s'élevait à 70,9 % parmi les femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes, soit un niveau équivalent à la France entière : 68,1 % (**Tableau 1**). En revanche, cette proportion a baissé par rapport à la précédente édition de l'ENP : elle atteignait 75,8% en 2016.

En 2021, le sentiment d'aisance financière des mères ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes (60,6 %) était comparable au niveau national (57,7 %) (**Tableau 1**) et parmi les plus élevés en France hexagonale.

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.

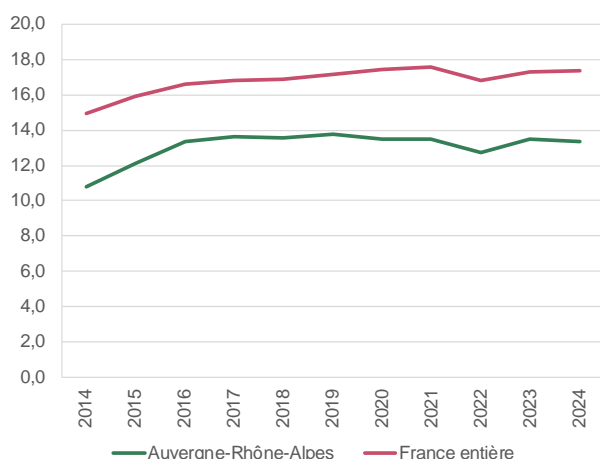
Les indicateurs issus du SNDS concernant l'AME et la C2S gratuite doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs tables sources existent, et leur combinaison peut varier selon les approches. Dans ce bulletin, nous avons retenu les femmes ayant bénéficié de ces dispositifs à tout moment entre le début 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 Auvergne-Rhône-Alpes, 13,3 % des femmes ayant accouché étaient en situation de faibles revenus, bénéficiaires soit de la C2S gratuite, soit de l'AME. Cette proportion était de 10,8 % en 2014, demeurant chaque année inférieure au niveau national, y compris en 2024 (France : 17,4 %) (**Figure 5**).

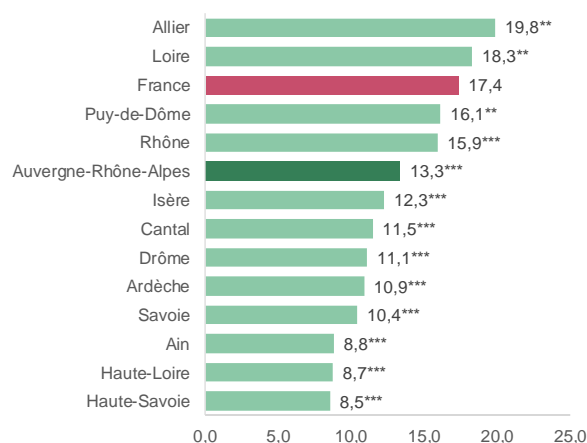
En 2024, elle variait de 8,5 % en Haute-Savoie à 19,8 % dans l'Allier. Deux départements de la région, l'Allier et la Loire présentaient des taux supérieurs au taux national. (**Figure 6**).

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



Source : SNDS

Figure 6. Part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 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, la précarité socio-économique 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 la C2S gratuite, la proportion de femmes bénéficiaires en Auvergne-Rhône-Alpes était de 11,7 % en 2024, significativement inférieure au niveau national (14,9 %) (**Tableau 1**) mais en augmentation par rapport à 2014 (9,9 %). 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 € en 2024.

Concernant l'AME, 1,7 % des femmes qui accouchaient en Auvergne-Rhône-Alpes étaient en situation irrégulière sur le territoire français et en étaient bénéficiaires en 2024 (2,5 % au niveau national) (**Tableau 1**). La part régionale des femmes bénéficiaires de l'AME a légèrement progressé ; en effet, elle était de 1,0 % en 2014.

Facteurs de risque médicaux et comportementaux

Tableau 2. Facteurs de risque médicaux et comportementaux – Auvergne-Rhône-Alpes et France

Indicateurs	Source	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Traitement de l'infertilité			
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	5,9 [4,7-7,3]	6,5 [6,0-6,9]
Facteurs de risque médicaux			
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	35,7 [33,2-38,3]	37,9 [37,0-38,7]
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	0,73	0,92
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	1,22	1,63
Tabagisme			
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	27,6 [25,3-30,0]	26,8 [26,0-27,6]
Fumeuses au 3 ^e trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	12,8 [11,1-14,6]	11,8 [11,3-12,4]
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	15,7 [13,2-18,5]	15,1 [14,2-16,0]

Traitement de l'infertilité

En 2021, 5,9 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), un taux proche de celui observé en France entière (6,5 %) (**Tableau 2**).

Facteurs de risque médicaux

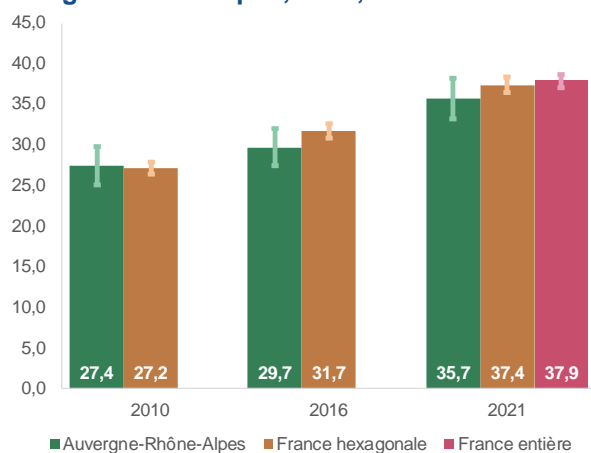
- **Surpoids ou obésité**

Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse a augmenté en Auvergne-Rhône-Alpes, passant de 27,4 % à 35,7 % ; la même tendance était observée en France hexagonale (**Figure 7, Carte 1**).

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

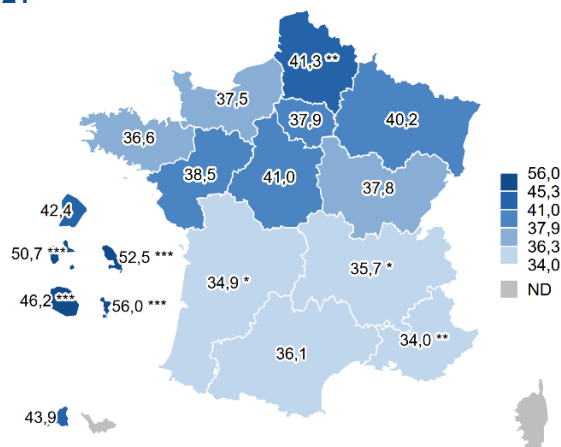
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour le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

Figure 7. Evolution de la part des femmes en situation de surpoids ou obésité avant la grossesse (en %) par lieu d'accouchement, en France entière, France hexagonale et Auvergne-Rhône-Alpes, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

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



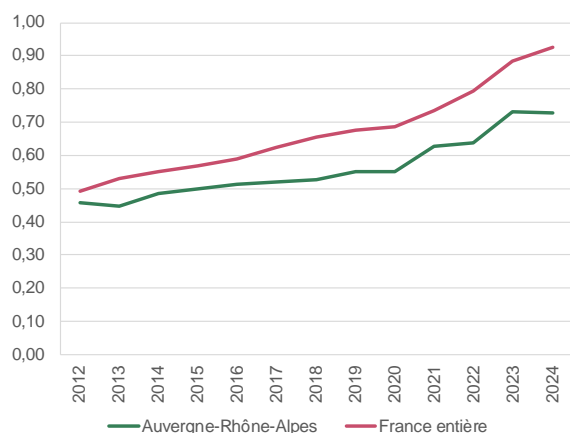
Source : ENP ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ND = non disponible

• Diabète

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a augmenté en Auvergne-Rhône-Alpes, passant de 0,46 % en 2012 à 0,73 % en 2024. Une stabilisation récente est observée depuis 2023 (**Figure 8**). Cette même tendance à l'augmentation était constatée en France entière (0,92 % en 2024), avec une hausse accélérée depuis 2020.

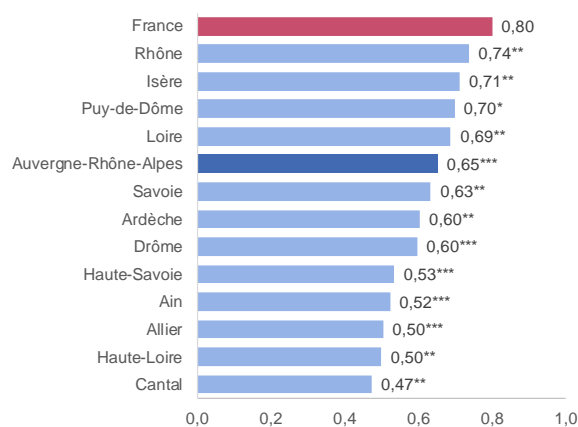
La prévalence régionale d'un diabète préexistant chez les femmes enceintes était cependant plus faible qu'au niveau national entre 2012 et 2024. Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, elle variait de 0,47 % dans le Cantal à 0,74 % dans le Rhône (**Figure 9**).

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



Source : SNDS

Figure 9. Part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024

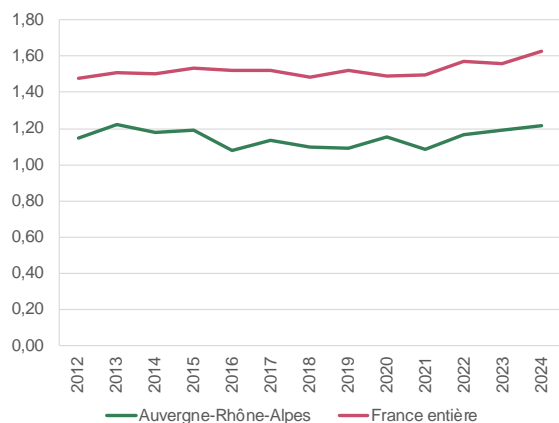


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ;

• Hypertension artérielle chronique

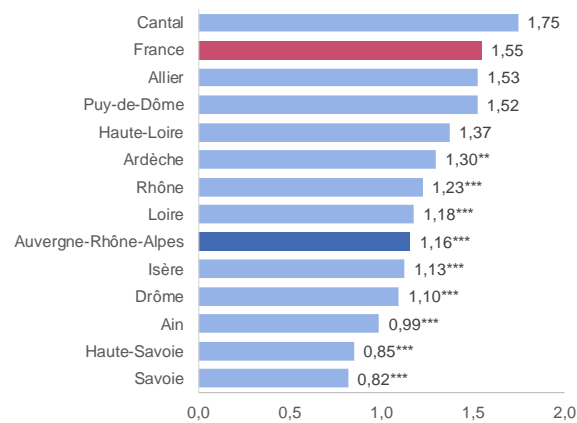
En Auvergne-Rhône-Alpes, la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) chronique chez les femmes enceintes était globalement stable entre 2012 et 2024, comprise entre 1,15 % et 1,22 %, et inférieure au niveau national (**Figure 10**). Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, cette prévalence variait entre 0,82 % en Savoie et 1,75 % dans le Cantal (**Figure 11**).

Figure 10. Evolution de la prévalence de l'hypertension artérielle chronique chez les femmes enceintes (en %), selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 11. Prévalence de l'hypertension artérielle chronique chez les femmes enceintes (en %), selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, période 2020-2024



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

Tabagisme

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

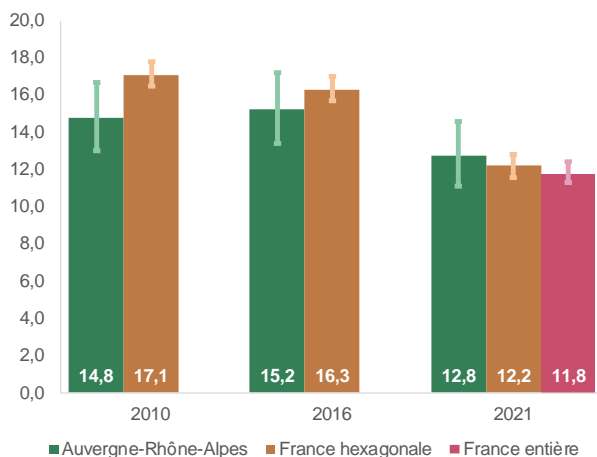
La consommation de tabac durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité materno-fœtale

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

En 2021, 27,6 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient fumer un an avant leur grossesse (**Tableau 2**). Cette proportion diminuait au 3^e trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 12,8 %, pour remonter légèrement à 2 mois du post-partum (15,7 %). Les proportions de fumeuses un an avant leur grossesse, au 3^e trimestre de grossesse (**Carte 2**) et à 2 mois du post-partum étaient comparables à celles observées en France entière.

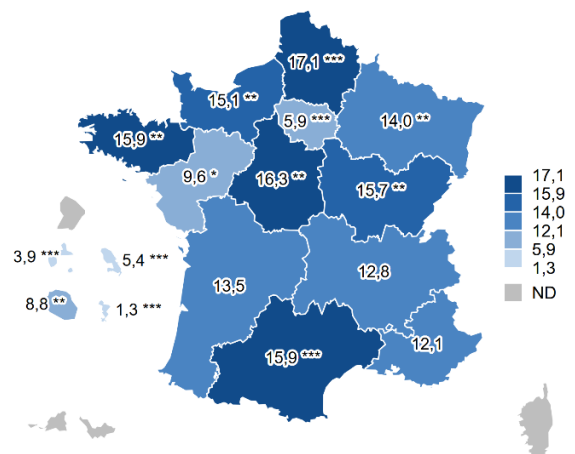
Entre 2010 et 2021, la proportion de fumeuses au 3^e trimestre de grossesse parmi les femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes a diminué, passant de 14,8 % en 2010 à 12,8 % en 2021 (**Figure 12**).

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



Source : ENP

Carte 2. Proportion de femmes enceintes fumant 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 – Auvergne-Rhône-Alpes et France

Indicateurs	Source	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Suivi de la grossesse			
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	85,4 [82,1-88,2]	79,5 [78,3-80,6]
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	42,0 [38,6-45,4]	34,4 [33,3-35,6]
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	67,9	62,1
Prévention			
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	27,6 [25,2-30,1]	27,2 [26,4-28,1]
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalo virus (CMV) (%)	ENP (2021)	14,0 [12,2-15,9]	15,7 [15,1-16,4]
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	60,3 [57,7-62,8]	56,4 [55,6-57,3]
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	32,2 [29,7-34,7]	29,0 [28,2-29,8]
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	73,5 [69,6-77,1]	66,7 [65,5-68,0]
Pathologies de la grossesse			
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	60,6 [58,0-63,2]	64,1 [63,2-64,9]
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	87,9	89,5
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	14,0	15,0
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	4,4	5,5
HTA gestationnelle (%)	SNDS (2024)	1,7	2,2
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	2,1	2,5
Santé mentale			
Grossesse non souhaitée ou non planifiée ¹ (%)	ENP (2021)	16,2 [14,3-18,2]	17,1 [16,5-17,8]
Mauvais vécu de la grossesse ² (%)	ENP (2021)	13,6 [11,8-15,5]	12,5 [11,9-13,1]
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	30,8 [28,4-33,3]	31,9 [31,1-32,8]
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	8,6 [7,2-10,2]	8,8 [8,3-9,3]
Lieu d'accouchement			
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	22,0	16,1
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	32,4	28,4
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	20,1	24,3
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	25,5	31,2
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	19,3	19,2
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	7,9 [6,5-9,5]	7,7 [7,2-8,2]
Mode d'accouchement			
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	20,5	22,0
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	7,1	7,0
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	79,5	78,0
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	67,2	66,9
Épisiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	2,3	2,8
Épisiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	4,4	5,5
Épisiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	0,9	1,1
Complications			
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	8,8	7,3
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	0,88	0,92
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	1,47	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"

Suivi de la grossesse

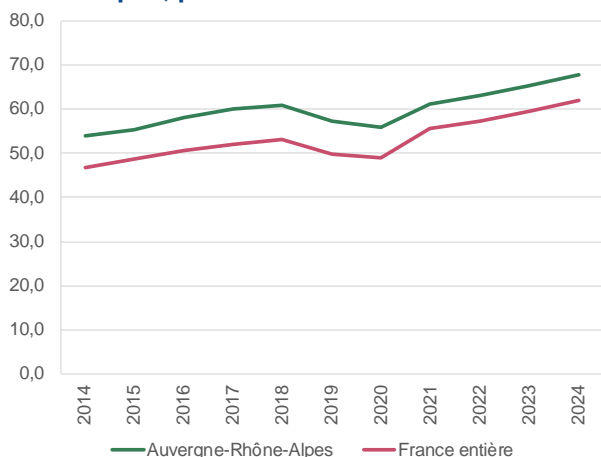
Un suivi de grossesse régulier et de qualité, incluant des temps dédiés comme l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) rendu obligatoire en mai 2020 et la préparation à la naissance, est un levier pour réduire les risques maternels et néonataux.

En 2024, selon les données du SNDS, 67,9 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP) plaçant la région parmi celles ayant un taux supérieur au niveau national (62,1 %). La réalisation de l'EPP a augmenté de 14 points depuis 2014 (53,9 %) (**Figure 13**).

Au niveau départemental, en 2024, l'écart entre les départements était très important, variant de 55,0 % dans la Loire à 80,1 % en Ardèche. En 2024, la Loire était le seul département de la région présentant un taux d'EPP inférieur à la moyenne nationale (**Figure 14**).

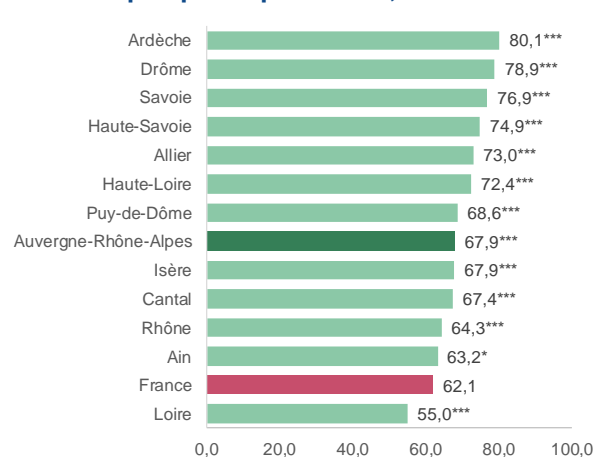
Il est à noter l'écart important entre les données autodéclarées dans l'ENP 2021, puisque 36,5 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient avoir bénéficié d'un EPP (données non présentées), versus 61,3 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'EPP par les femmes, qui ne l'identifient pas comme une consultation spécifique parmi leurs suivis prénatals, et un codage différent dans le SNDS, où des consultations standards pourraient être enregistrées à tort comme des EPP.

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



Source : SNDS

Figure 14. Part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



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

Prévention

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

En 2021, 27,6 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Si ce chiffre a progressé par rapport à 2016 (22,9 %), il demeurerait faible au regard des recommandations actuelles, comme dans le reste de la France. Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle (**Tableau 3**).

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

En 2021, seulement 14,0 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une proportion similaire au niveau national (15,7 %) (**Tableau 3**).

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

Au moment de l'ENP 2021, seules les vaccinations contre la coqueluche et la grippe étaient disponibles et recommandées. En 2021, en Auvergne-Rhône-Alpes, la vaccination antigrippale n'était proposée qu'à 60,3 % des femmes enceintes et seulement 32,2 % ont effectivement été vaccinées, révélant un décalage entre la proposition et l'adhésion (**Tableau 3**).

La proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années était plus élevée en Auvergne-Rhône-Alpes (73,5 % vs 66,7% en France entière), témoignant d'une meilleure intégration de cette recommandation (**Tableau 3**).

Pathologies de la grossesse

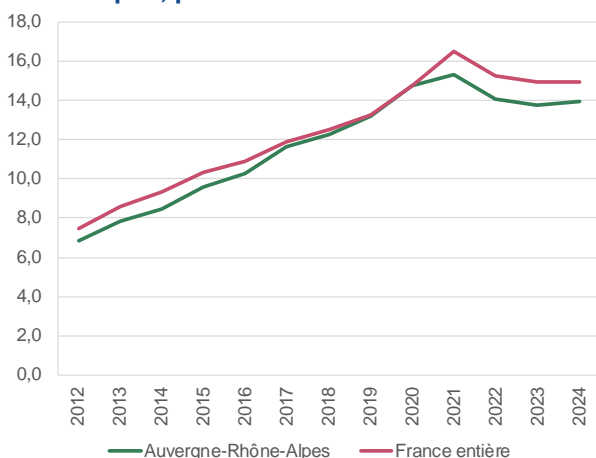
En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis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

En 2021, selon les données de l'ENP, 60,6 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes répondaient à ces critères de risque. Cependant, selon les données du SNDS, en 2024, presque 9 femmes sur 10 (87,9 %) ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel au cours de la grossesse, soit un pourcentage proche d'un dépistage universel et non sur facteurs de risque (**Tableau 3**). Ce taux a peu évolué dans le temps, il atteignait déjà un niveau élevé en 2012 (86,0 %).

Entre 2012 et 2024, la prévalence du diabète gestationnel a doublé dans la région, passant de 6,9 % à 14,0 %, avec une stabilisation à partir de 2022 (**Figure 15**). Cette même évolution défavorable était observée dans le reste de la France.

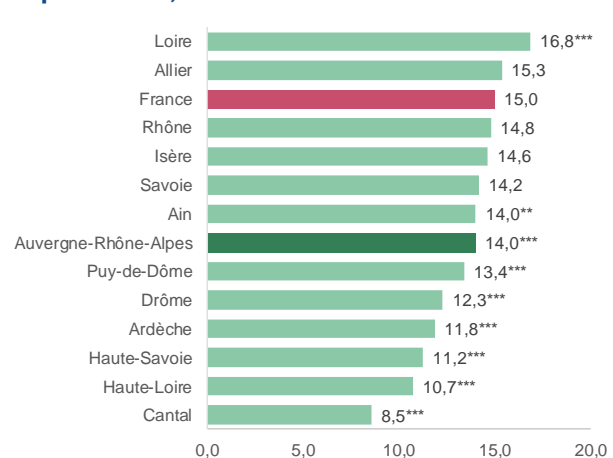
En 2024, la prévalence du diabète gestationnel en Auvergne-Rhône-Alpes (14,0 %) était plus faible qu'au niveau national (15,0 %). Le niveau régional masquait toutefois des contrastes importants entre départements, avec une prévalence du diabète gestationnel variant de 8,5 % dans le Cantal à 16,8 % dans la Loire où elle était supérieure au niveau national (**Figure 16**).

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



Source : SNDS

Figure 16. Part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



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

En 2024, 4,4 % des accouchements en Auvergne-Rhône-Alpes étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie) contre 5,5 % en France entière. Même si une tendance à la hausse est visible depuis 2023, cette proportion a peu évolué sur la période (4,0 % en 2019) (**Figure 17**).

Ces troubles présentaient une répartition géographique départementale contrastée en 2024, le taux le plus bas étant relevé en Haute-Savoie (3,3 %) et le plus élevé dans le Puy-de-Dôme (5,1 %), tout en se situant en dessous de la moyenne nationale (**Figure 18**).

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

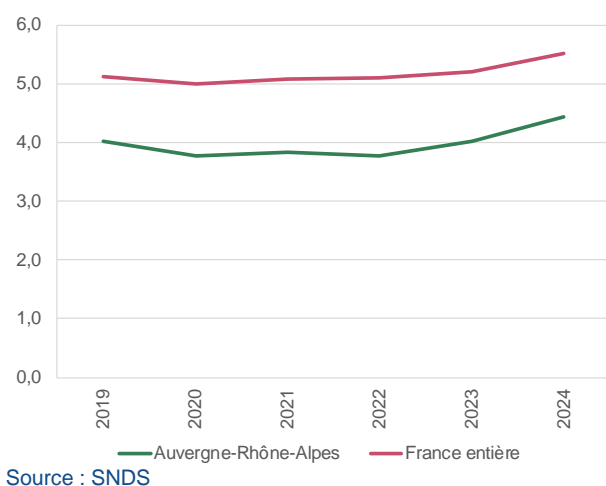
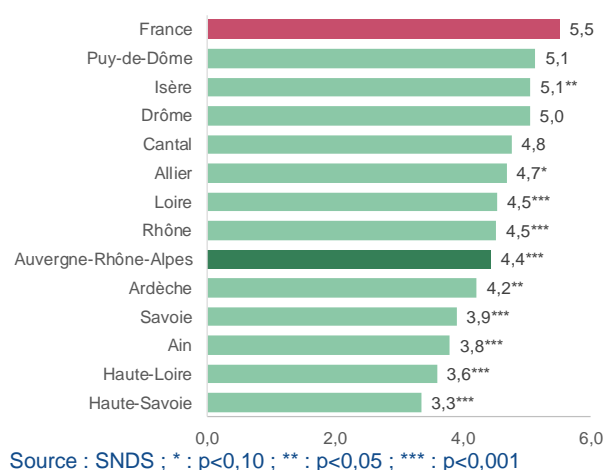


Figure 18. Part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



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 Auvergne-Rhône-Alpes présentant une HTA gestationnelle (1,7 %) demeurait inférieure au niveau national (2,2 %). Néanmoins, depuis 2022, il est constaté une progression de l'HTA gestationnelle suivant la même dynamique que la France entière (**Figure 19**).

A l'échelle départementale, la prévalence de l'HTA gestationnelle variait de 1,1 % en Haute-Savoie à 2,3 % dans la Drôme où elle était très proche de la moyenne nationale (**Figure 20**).

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

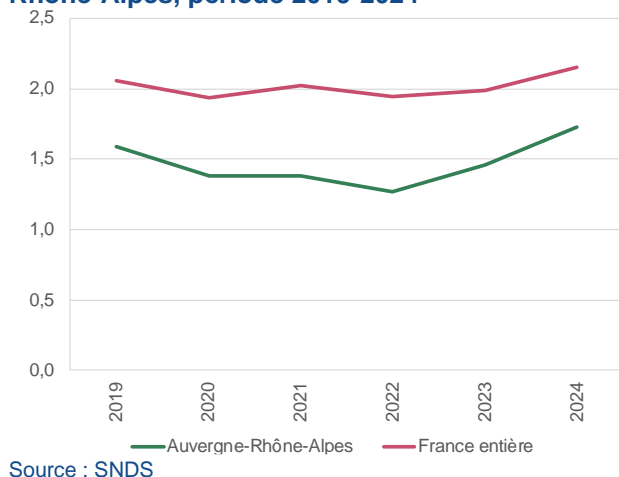
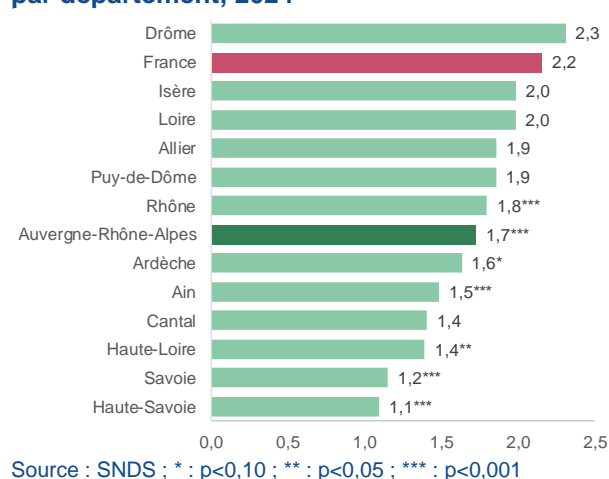
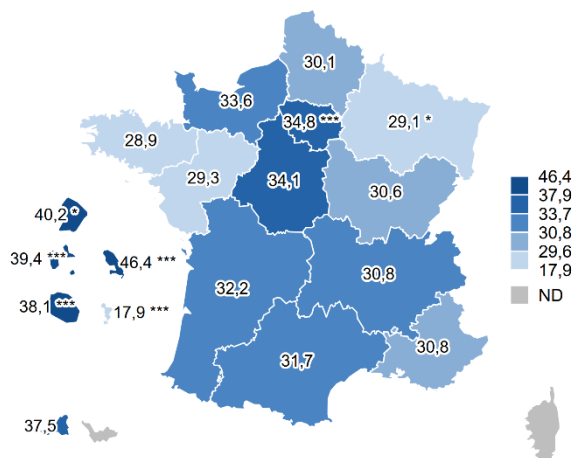


Figure 20. Part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), selon le lieu de domicile, en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



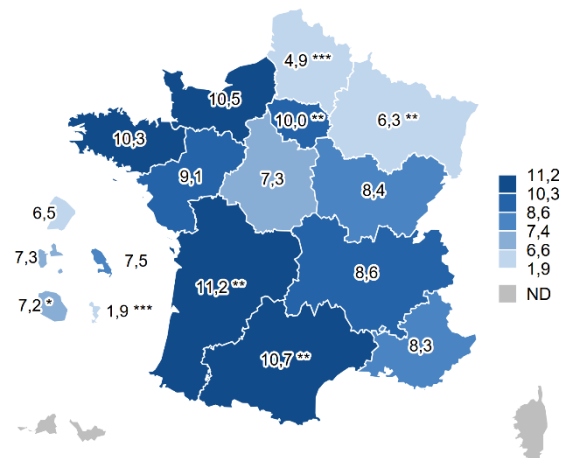
En 2021, près d'une femme sur trois ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes (30,8 %) déclarait un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse, soit un résultat proche de celui en France entière (31,9 %) (**Carte 4**). En parallèle, seulement 8,6 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques, soit un recours similaire à la moyenne nationale (8,8 %) (**Carte 5**).

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



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

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



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

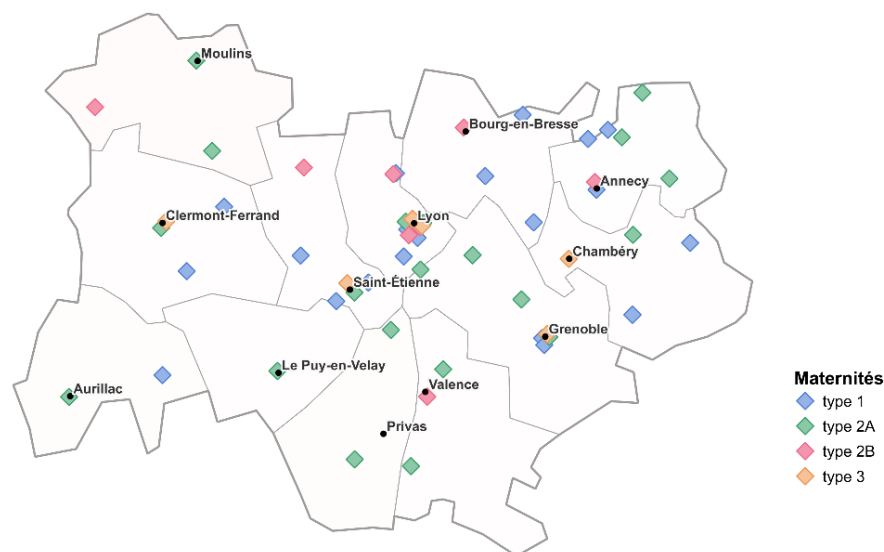
Lieu d'accouchement

Type de maternités

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

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

Carte 6. Répartition des maternités en Auvergne-Rhône-Alpes, selon le type, au 31 décembre 2024



Source : DREES

Remarque : les maternités, géolocalisées à l'adresse, peuvent se superposer dans les plus grandes agglomérations de la région

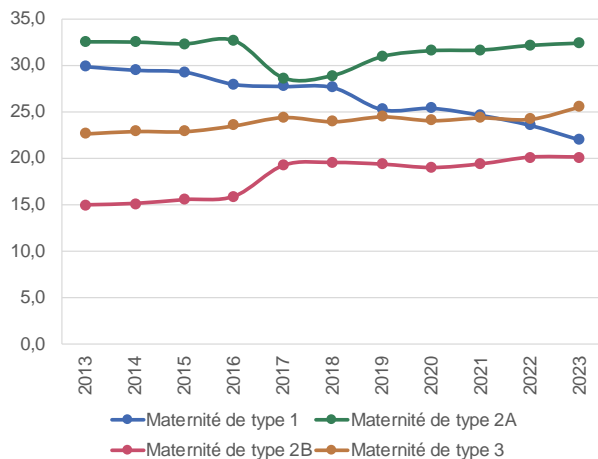
Réduction du nombre de maternités

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

En 2023, la répartition des accouchements selon le type de maternité en Auvergne-Rhône-Alpes était la suivante : 22,0 % en type 1, 32,4 % en type 2A, 20,1 % en type 2B et 25,5 % en type 3. La part d'accouchements en maternités de type 1 a diminué (-7,9 points depuis 2013), tandis que les maternités de type 2B (+5,1 pts) et de type 3 (+2,8 pts) ont vu leur part augmenter (**Figure 24**).

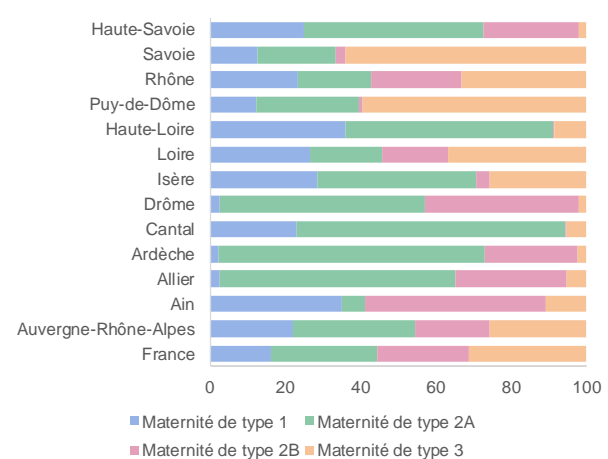
En 2023, la région affichait une proportion d'accouchements en maternités de type 3 inférieure à la moyenne nationale (31,2 %) au profit des maternités de type 1 et 2A, mais qui pouvait s'élever jusqu'à 63,9 % en Savoie et 59,4 % dans le Puy-de-Dôme (**Figure 25**). Dans ces deux départements, les maternités de type 3 concentrent la majorité des accouchements, l'offre étant moins développée en maternités de type 1, 2A ou 2B.

Figure 24. Evolution de la répartition des accouchements selon le type de maternité, domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes (en %), période 2013-2023



Source : SNDS

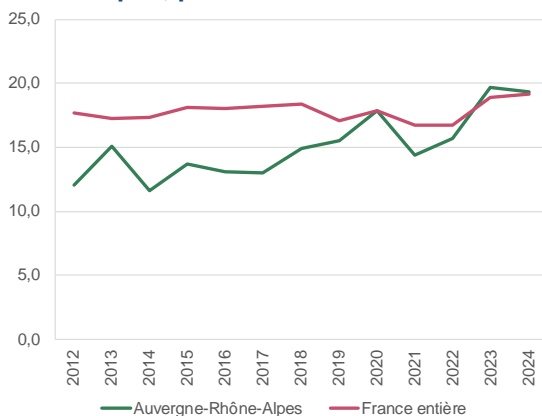
Figure 25. Part d'accouchements par type de maternité (en %), domiciliés en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2023



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

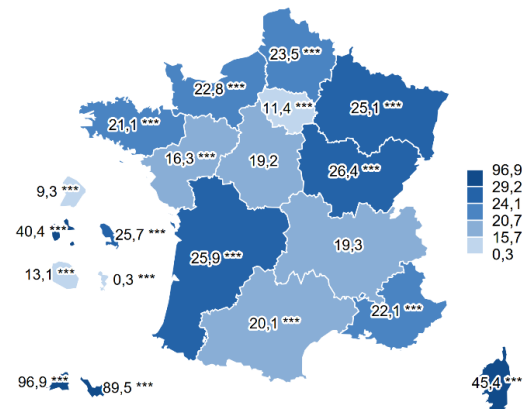
En 2024, près d'un accouchement sur cinq en Auvergne-Rhône-Alpes (19,3 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an (19,2 % au niveau national) (**Carte 7**). Malgré la fermeture de nombreuses petites structures, ce chiffre est en augmentation depuis 2012, suggérant que la baisse de la natalité entraîne le passage progressif de maternités de taille moyenne sous le seuil des 1 000 accouchements annuels (**Figure 26**).

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



Source : SNDS

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



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

Maternité éloignée : hébergement et transport

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

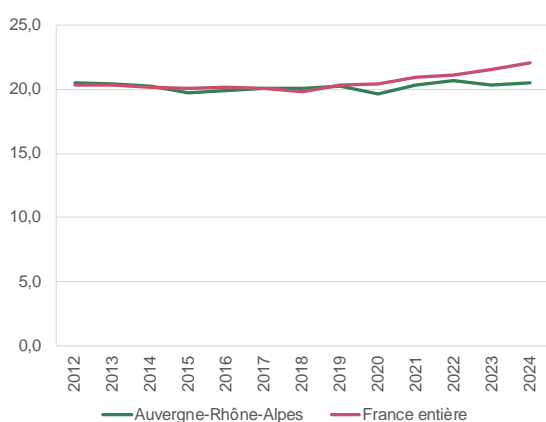
En 2021, près d'1 femme sur 10 (7,9 %) ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclarait avoir mis plus de 45 minutes de temps de trajet pour se rendre à la maternité (**Tableau 3**). Cette proportion était très proche de la proportion moyenne au niveau national (7,7 %). Il est à noter que parmi les répondantes, certaines femmes ont eu des grossesses à risque nécessitant un accouchement en maternité de type 3 et impliquant, pour certaines d'entre elles, des temps de trajet plus longs que si elles s'étaient rendues dans la maternité la plus proche de leur lieu de domicile.

Mode d'accouchement

En 2024, la part des accouchements par césarienne en Auvergne-Rhône-Alpes était de 20,5 %, soit plus faible qu'au niveau national (22,0 %). Cette part est restée stable dans la région entre 2012 et 2024, alors qu'elle est en légère progression en France depuis 2020 (**Figure 27**).

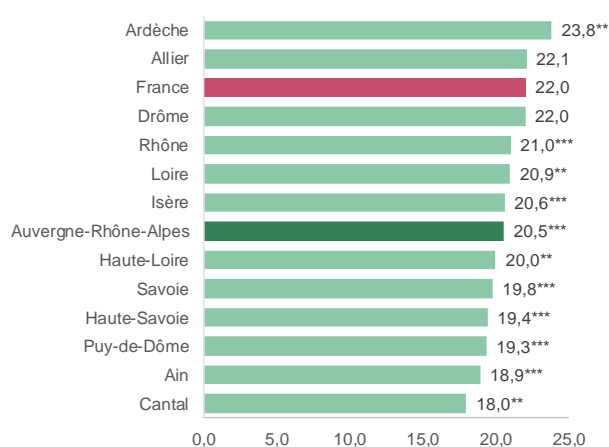
En 2024, au niveau départemental (**Figure 28**), la part des césariennes variait de 18,0 % dans le Cantal à 23,8 % en Ardèche où elle était supérieure à la moyenne nationale. Ces écarts peuvent refléter en partie l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements [3].

Figure 27. Evolution de la part des césariennes (en %) parmi les accouchements, selon le lieu de domicile de la mère en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 28. Part des césariennes (en %) parmi les accouchements, selon le lieu de domicile de la mère en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



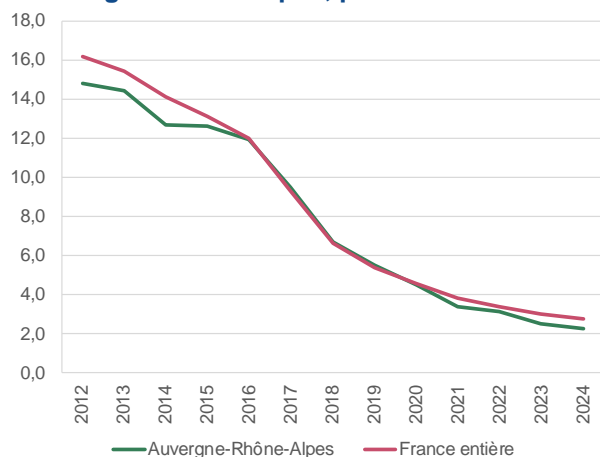
Source : SNDS . * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

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 Auvergne-Rhône-Alpes, suivant la même dynamique qu'en France entière.

En effet, 14,8 % (n ≈ 9 700) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 2,3 % (n ≈ 1 200) en 2024 (**Figure 29**). C'est entre 2016 et 2020 que la diminution a été la plus rapide.

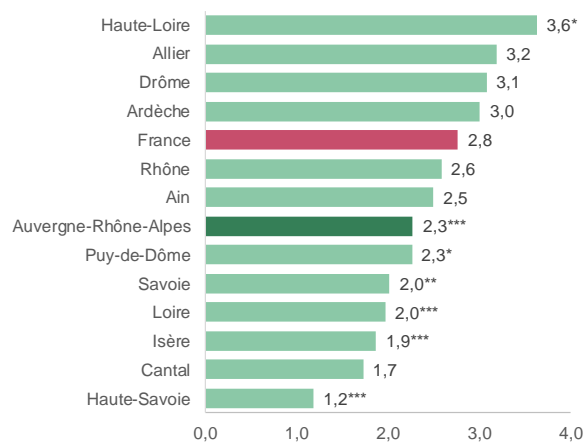
En 2024, la proportion d'épisiotomie parmi les accouchements VBNI était la plus faible en Haute-Savoie (1,2 %) et elle était la plus élevée (3,6 %) en Haute-Loire (**Figure 30**).

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



Source : SNDS

Figure 30. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), selon le lieu de domicile de la mère en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



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

L'épisiotomie était plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 4,4 % des primipares en Auvergne-Rhône-Alpes avec un accouchement VBNI avaient eu une épisiotomie, contre seulement 0,9 % des multipares avec un accouchement VBNI (**Tableau 3**).

Complications de l'accouchement

Hémorragie du postpartum (HPP)

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

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

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

Les critères de l'HPP sévère sont :

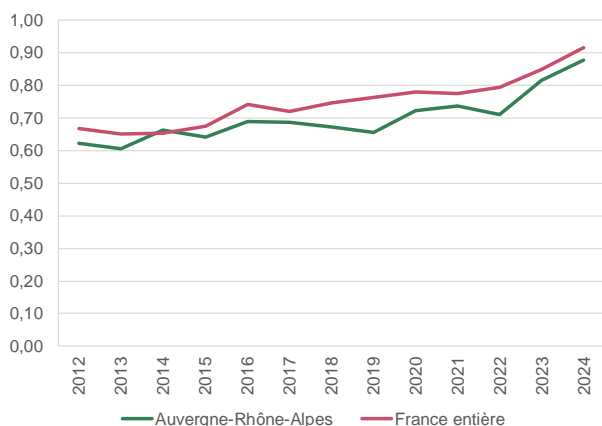
- transfusion > ½ masse sanguine,
- chirurgie (ligature, hystérectomie),
- embolisation artérielle,
- passage en unité médicale de soins critiques.

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, la proportion de séjours pour accouchements codés comme HPP était estimée à 8,8 %, supérieure au niveau national (7,3 %), avec une accélération de la tendance à la hausse depuis 2022. Cette hausse doit cependant être interprétée avec prudence, car elle pourrait refléter une amélioration de la détection et du codage hospitalier plutôt qu'une augmentation réelle de l'incidence (**Tableau 3**).

L'HPP sévère (HPP associée à un acte d'embolisation, de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomie totale ou subtotal, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de soins continus) a également augmenté dans la région, passant de 0,62 % en 2012 à 0,88 % en 2024 (**Figure 31**).

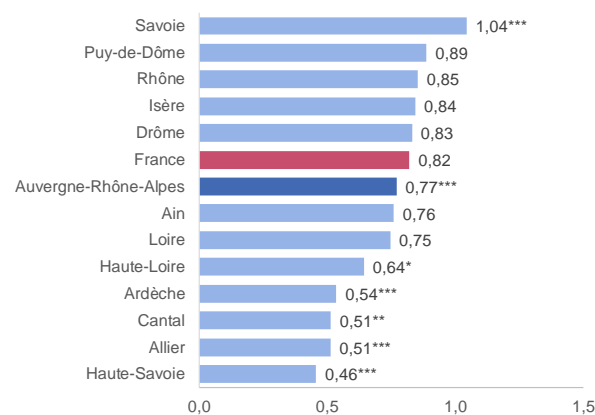
Sur la période 2020-2024 à l'échelle départementale, ce taux variait de 0,46 % en Haute-Savoie à 1,04 % en Savoie, où il était supérieur à la moyenne nationale (0,82 %) (**Figure 32**).

Figure 31. Evolution de la part des hémorragies du post-partum sévères (en %) parmi les accouchements, selon le lieu de domicile de la mère en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 32. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %) parmi les accouchements, selon le lieu de domicile de la mère en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024

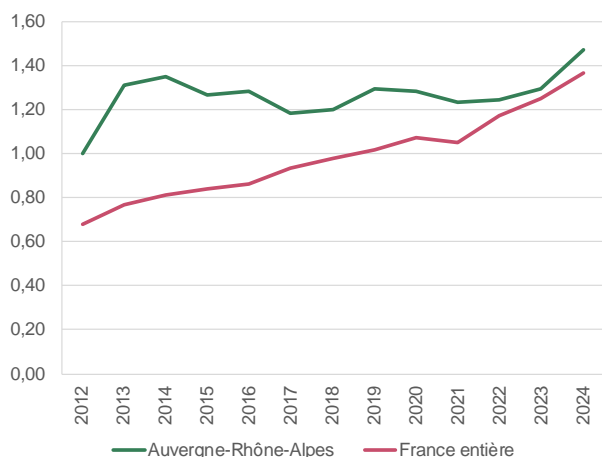


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux de déchirures du périnée complet (3^e degré) et complet-complicqué (4^e degré) est passé de 1,00 % en 2012 à 1,47 % en 2024 (**Figure 33**). Ce taux est resté supérieur au taux de la France entière sur l'ensemble de la période même si l'écart s'est réduit à partir de 2022.

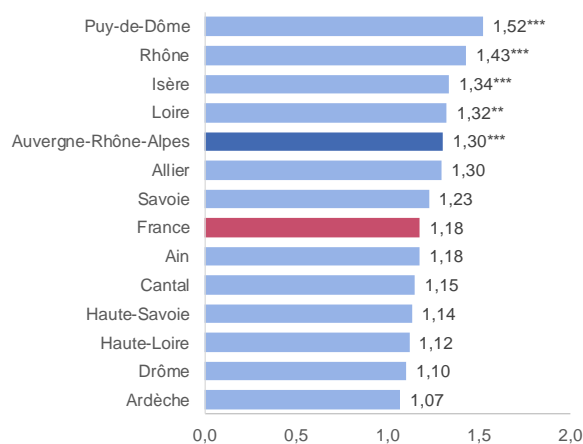
Sur la période 2020-2024, cette proportion variait selon les départements de 1,07 % en Ardèche à 1,52 % dans le Puy-de-Dôme (**Figure 34**). Sur les 12 départements de la région, un tiers (Puy-de-Dôme, Rhône, Isère et Loire) présentait des taux supérieurs au taux national (1,18 %).

Figure 33. Evolution de la part des déchirures sévères (en %) parmi les accouchements, selon le lieu de domicile de la mère en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 34. Part des déchirures sévères (en %) parmi les accouchements, selon le lieu de domicile de la mère en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024



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

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. Par ailleurs, les pratiques de repérage et de codage des déchirures sévères pourraient varier selon les établissements de santé, entraînant une hétérogénéité importante entre eux.

Naissances vivantes à risque

Tableau 4. Naissances vivantes à risque – Auvergne-Rhône-Alpes et France

Indicateurs	Source	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Prématurité selon l'âge gestationnel			
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	6,1	6,7
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	0,37	0,43
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	0,66	0,70
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	5,11	5,56
Autres marqueurs de risque			
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	3,2	3,0
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	6,9	7,4
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	9,5	9,6
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	8,4	8,8
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	9,1 [7,7-10,6]	11,5 [11,0-12,0]

Prématurité selon l'âge gestationnel

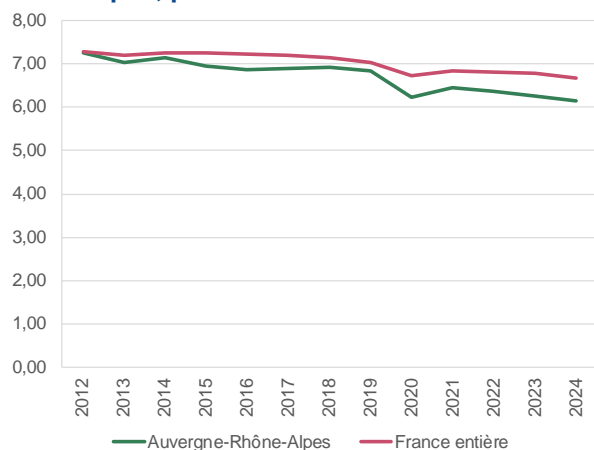
La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

De plus, les enfants nés avant 32 semaines d'aménorrhée (SA) nécessitent une surveillance médicale renforcée (Réseaux de suivi d'enfant vulnérables (RSEV), etc.), en raison d'un risque accru de troubles du neurodéveloppement et de handicap. Un certain nombre de facteurs de risque maternels augmente 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 Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, 6,1 % des naissances vivantes étaient prématurées (< 37 SA), ce qui était inférieur à la proportion nationale (6,7 %) (**Tableau 4**). Le taux de prématurité montrait une tendance à la baisse depuis 2012, au niveau régional comme au niveau national (**Figure 35**).

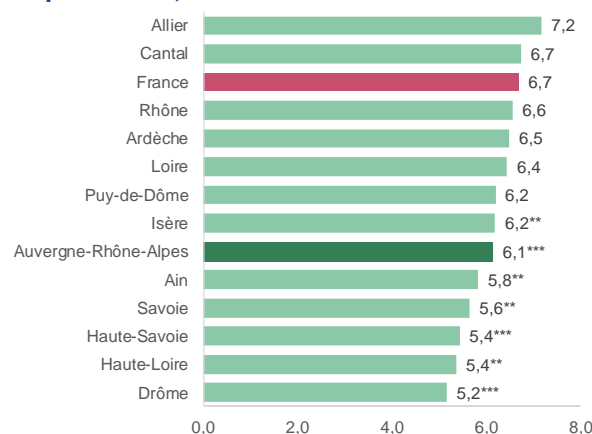
Au niveau départemental, le taux de prématurité variait de 5,2 % dans la Drôme à 7,2 % dans l'Allier en 2024, sans toutefois excéder le taux national (**Figure 36**).

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



Source : SNDS

Figure 36. Part des naissances prématurées (en %) parmi les accouchements domiciliés en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



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

En 2024, la région Auvergne-Rhône-Alpes affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) et de prématurité modérée ([32-36] SA) (respectivement 0,37 % et 5,11 %) inférieurs aux taux nationaux (respectivement 0,43 % et 5,56 %), tandis que la grande prématurité ([28-31] SA) (0,66 %) était proche du taux national (0,70 %) (**Tableau 4**).

Autres marqueurs de risque

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, 3,2 % des naissances vivantes étaient issues d'une grossesse multiple, taux plus élevé qu'au niveau national (3,0 %) (**Tableau 4**).

Les naissances vivantes avec un poids inférieur à 2 500 grammes représentaient 6,9 % des naissances vivantes, taux plus faible qu'au niveau national (7,4 %).

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10^e percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] représentaient 9,5 % des naissances vivantes, proportion comparable au niveau national (9,6 %), tandis que les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90^e percentile représentaient 8,4 % des naissances vivantes, ce qui était inférieur au niveau national (8,8 %) (**Tableau 4**).

En 2021, 9,1 % des nouveau-nés de mères ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes ont été hospitalisés ou transférés à la naissance, taux inférieur au taux national (11,5 %) (**Tableau 4**).

Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum – Auvergne-Rhône-Alpes et France

Indicateurs	Source	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Dépistage biologique néonatal			
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)	6,6	6,3
Incidence des maladies dépistées			
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,70	0,72
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	4,37	3,95
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,63	0,48
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	13,43	17,44
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	1,83	1,73
Durée de séjour en suites de couches			
Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuits)	SNDS (2024)	3,8	3,8
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	4,7	4,8
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	3,5	3,6
Alimentation du nourrisson et allaitement			
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	78,2 [76,0-80,4]	77,1 [76,3-77,9]
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	72,2 [69,8-74,5]	70,5 [69,7-71,3]
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	56,6 [52,7-60,5]	54,6 [53,4-55,9]
Couchage à 2 mois			
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	84,3 [80,1-88,0]	79,2 [78,1-80,3]
Lieu de couchage			
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	70,9 [66,9-74,7]	70,5 [69,3-71,6]
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	18,6 [16,0-21,5]	15,2 [14,3-16,0]
Lit des parents (%)	ENP (2021)	9,4 [6,2-13,4]	13,0 [12,1-13,9]
Suivi post-natal (2 mois après la naissance)			
Suivi médical			
Visite à domicile (sage-femme ou puéricultrice) (%)	ENP (2021)	88,0 [85,5-90,2]	84,2 [83,1-85,1]
Sage-femme (%)	ENP (2021)	82,5 [79,6-85,2]	79,3 [78,2-80,4]
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	16,7 [14,0-19,6]	19,2 [18,2-20,3]
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	31,6	24,9
Suivi médical du nourrisson			
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	37,9 [34,1-41,8]	43,2 [41,9-44,4]
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	50,2 [46,2-54,2]	42,1 [40,8-43,3]
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	9,7 [6,4-13,9]	12,3 [11,4-13,3]
Engagement du partenaire			
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	64,0 [60,2-67,6]	59,8 [58,6-61,1]
Santé mentale post-partum			
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	17,4 [14,7-20,2]	16,8 [15,9-17,8]
Anxiété (%)	ENP (2021)	28,3 [25,2-31,5]	27,5 [26,4-28,7]

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 données du Centre National de Coordination de Dépistage Néonatal (CNCNDN) concernant le dépistage de certaines maladies rares 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 Auvergne-Rhône-Alpes, le dépistage biologique néonatal était refusé pour 6,6 enfants nés sur 10 000, taux équivalent à celui enregistré en France (6,3).

Parmi les enfants dépistés, les taux d'incidence étaient, pour les 5 maladies suivantes (**Tableau 5**):

- hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : 0,70 / 10 000 ;
- hypothyroïdie : 4,37 / 10 000 ;
- hyperplasie des surrénales : 0,63 / 10 000 ;
- drépanocytose : 13,43 / 10 000 ;
- mucoviscidose : 1,83 / 10 000.

Ces taux d'incidence régionaux étaient comparables aux taux nationaux, sauf celui de la drépanocytose qui était inférieur.

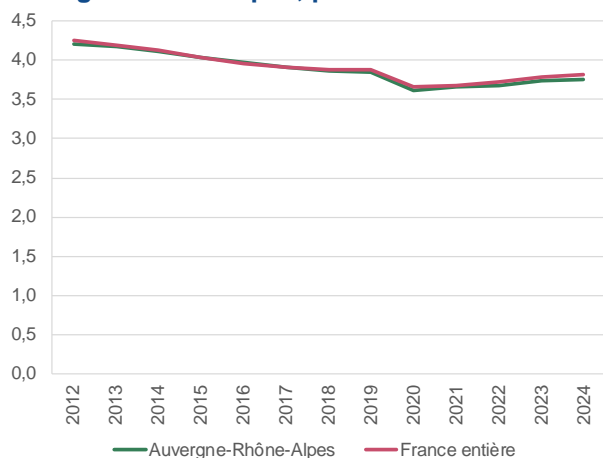
Depuis 2022, deux maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie mais du fait d'effectifs faibles, elles ne sont pas présentées à l'échelle régionale : le déficit en déshydrogénase des acyl CoA des acides gras à chaîne moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme.

Durée de séjour en suites de couches

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, la durée de séjour à la maternité en suites de couches était de 3,8 nuitées en moyenne, comme au niveau national. Au niveau départemental, des durées plus courtes étaient enregistrées dans l'Ain et le Rhône (3,6 nuitées en moyenne) et des durées plus longues dans le Cantal et le Puy-de-Dôme (4,2 nuitées) (**Figure 38**).

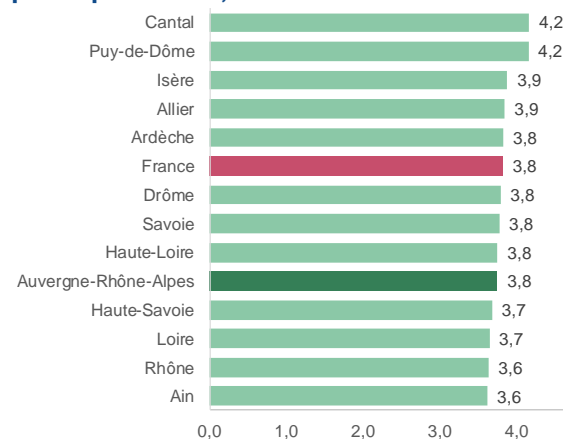
Entre 2012 et 2019, une tendance à la diminution de la durée de séjour en suites de couches était observée, tant au niveau national que régional. Cette tendance à la baisse s'est accentuée durant la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle les recommandations sanitaires encourageaient une réduction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

Figure 37. Evolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées) des femmes domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 38. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées) des femmes domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



Source : SNDS

La durée moyenne de séjour variait selon le mode d'accouchement : elle était plus élevée après une césarienne (4,7 nuitées) qu'après un accouchement par voie basse (3,5 nuitées).

Couchage

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

- coucher systématiquement les bébés sur le dos ;
- dans un lit séparé dans la chambre parentale pour les 6 premiers mois minimum ;
- sans objets dans le lit qui risquent de couvrir sa tête (pas d'oreiller, couverture, couette, doudou, tour de lit, jouet...).

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

En 2021, 84,3 % des mères ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient systématiquement coucher leur enfant sur le dos, deux mois après la naissance, ce qui est supérieur au niveau national (79,2 %).

En ce qui concerne le lieu de couchage :

- 70,9 % déclaraient coucher le nourrisson dans un lit séparé dans la chambre parentale (similaire au niveau national) et 18,6 % seul dans une chambre (plus fréquent qu'au niveau national).
- 9,4 % des nourrissons étaient principalement couchés dans le lit des parents (similaire au niveau national), une 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 sage-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 post-natal 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.

En 2021, 88,0 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (82,5 %) et/ou par une puéricultrice (16,7 %). A l'échelle nationale, cette proportion était plus faible : en effet, seules 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi (**Tableau 5**).

En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien post-natal précoce (EPNP), seules 31,6 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Auvergne-Rhône-Alpes, ce qui était toutefois supérieur au niveau national (24,9 %). Cette proportion marque une progression par rapport à 2023 (**Figure 40**).

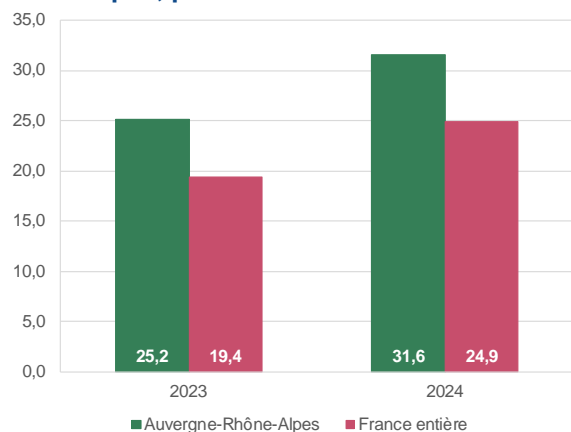
En 2024, au niveau départemental, le taux d'EPNP variait de 26,0 % dans le Rhône à 44,3 % en Haute-Loire (**Figure 41**). Les écarts entre départements étaient donc importants mais tous dépassaient le taux national.

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**.

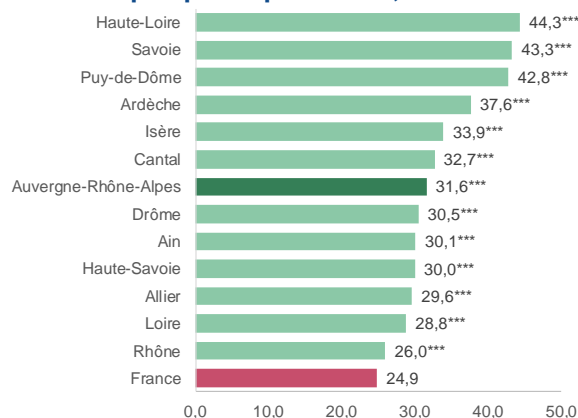
En 2021, le suivi médical des nourrissons nés de mères ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes était principalement assuré par un médecin généraliste (50,2 %) ou par un pédiatre (37,9 %) durant leurs deux premiers mois de vie. La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 9,7 % des nourrissons (**Tableau 5**).

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



Source : SNDS

Figure 41. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), selon leur lieu de domicile en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2024



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

Engagement du partenaire / co-parent

En 2021, 64,0 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient que leur partenaire avait pris un congé dans les deux mois suivant la naissance, une proportion similaire au niveau national (59,8 %) (**Tableau 5**).

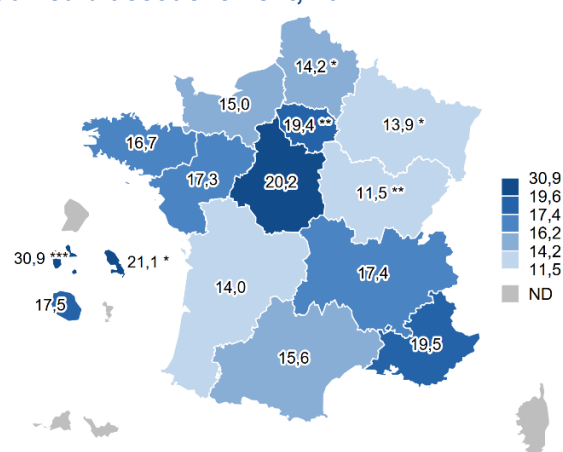
Santé mentale post-partum

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

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

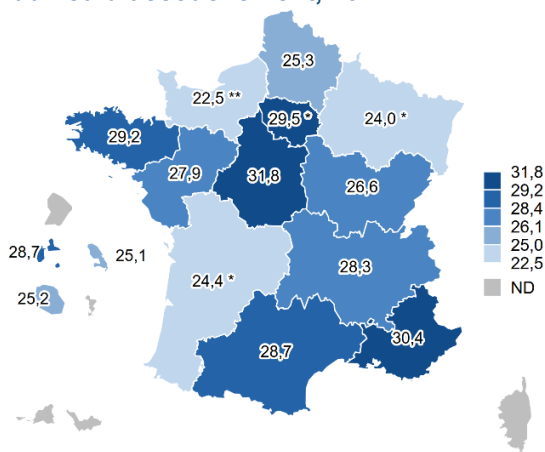
En 2021, deux mois après l'accouchement, 17,4 % des femmes ayant accouché en Auvergne-Rhône-Alpes présentaient des symptômes de dépression et 28,3 % de l'anxiété, ce qui était comparable au niveau national (**Carte 11** ; **Carte 12**). A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, et que cela a pu impacter leur santé mentale.

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



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

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



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

Mortalité de la mère et de l'enfant

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 :

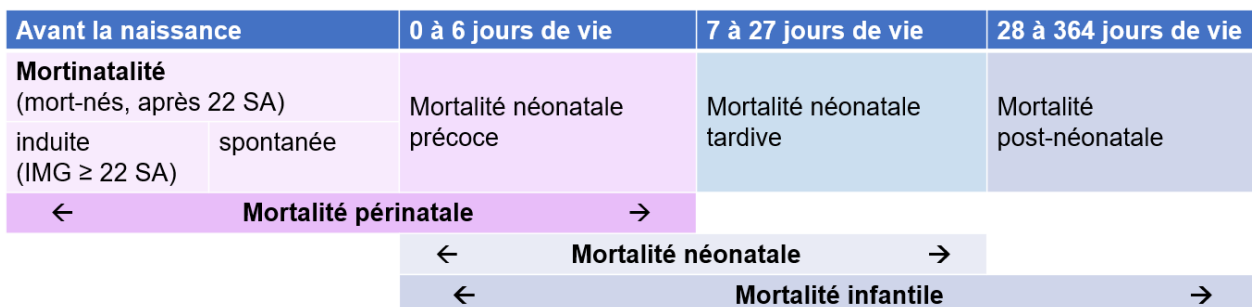


Tableau 6. Mortalité de la mère et de l'enfant – Auvergne-Rhône-Alpes et France

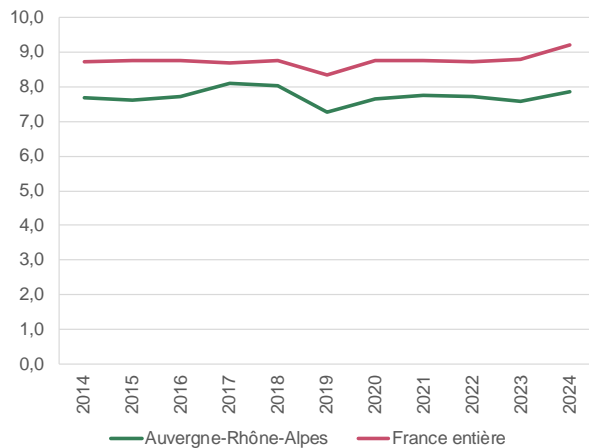
Indicateurs	Source	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Mortalité maternelle (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)			
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	8,9 [6,6 - 11,8]	11,1 [10,2 - 12,1]
Mortinatalité (enfants mort-nés, après 22SA) ¹			
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	614	6 094
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	7,9	9,2
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	3,4	3,6
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	4,4	5,6
Mortalité périnatale (décès enfant entre 22SA et 6 jours) ¹			
Nombre de décès	SNDS (2024)	723	7 398
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	9,3	11,2
Mortalité infantile (décès enfant entre 0 jour et 1 an)			
Nombre de décès	Etat civil (2024)	266	2 690
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	3,42	4,08
Mortalité néonatale précoce (décès enfant entre 0 et 6 j.)			
Nombre de décès	Etat civil (2024)	118	1 310
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	1,52	1,99
Mortalité néonatale tardive (décès enfant entre 7 et 27 j.)			
Nombre de décès	Etat civil (2024)	73	618
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	0,94	0,94
Mortalité post-néonatale (décès enfant entre 28 j et 1 an)			
Nombre de décès	Etat civil (2024)	75	762
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	0,96	1,16

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

A l'échelle nationale, une hausse est observée en 2024 (9,2 ‰) : les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 ‰ par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 ‰ par an jusqu'en 2024 [1] (**Figure 42**). Le taux de mortinatalité en Auvergne-Rhône-Alpes suit la même dynamique tout en se maintenant à un niveau inférieur.

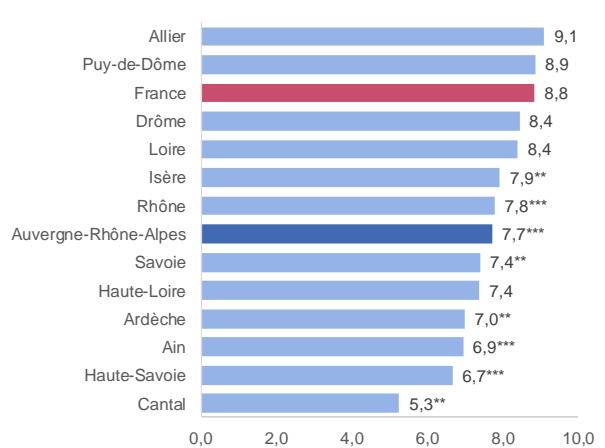
A l'échelle départementale sur la période 2020-2024, le taux de mortinatalité variait de 5,3 ‰ dans le Cantal à 9,1 ‰ dans l'Allier (**Figure 43**).

Figure 42. Evolution du taux de mortinatalité pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 43. Taux de mortinatalité pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024



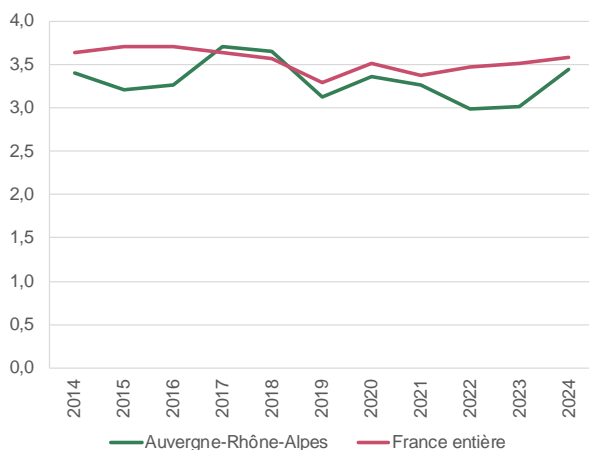
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

• Mortinatalité induite

En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux de mortinatalité induite était de 3,4 mort-nés pour 1 000 naissances totales en 2024, comparable au niveau national. Il était globalement stable depuis 2014 (**Figure 44**).

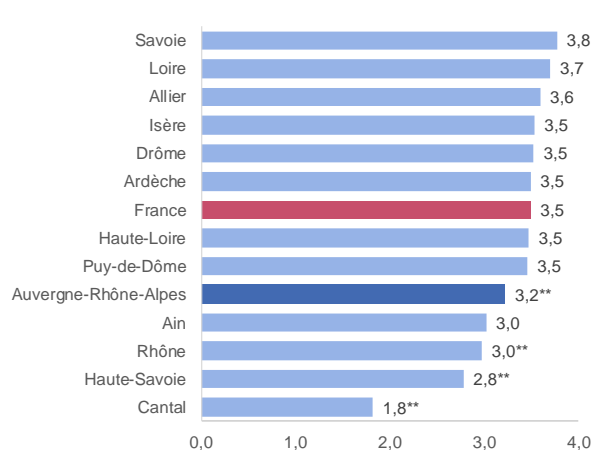
Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, ce taux variait de 1,8 ‰ dans le Cantal à 3,8 ‰ en Savoie (**Figure 45**). Le Cantal, le Rhône et la Haute-Savoie présentaient un taux inférieur au taux national (3,5 ‰).

Figure 44. Evolution du taux de mortinatalité induite pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 45. Taux de mortinatalité induite pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024



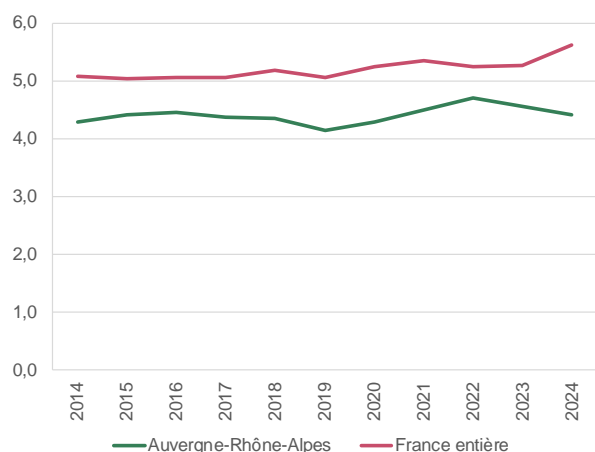
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

• Mortinatalité spontanée

Le taux de mortinatalité spontanée était de 4,4 mort-nés pour 1 000 naissances totales en 2024, inférieur au taux national (5,6 ‰). Depuis 2020, il suit une légère tendance à l'augmentation au niveau national mais reste relativement stable au niveau régional (**Figure 46**).

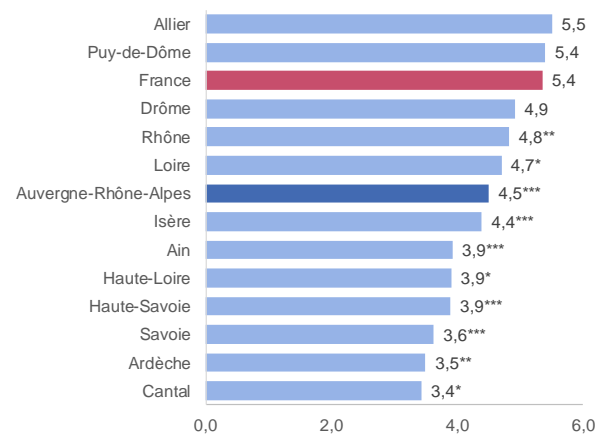
Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, le taux était compris entre 3,4 ‰ dans le Cantal et 5,5 ‰ dans l'Allier. L'Allier et du Puy-de-Dôme présentaient les taux les plus élevés de la région, tout en étant proches du taux national (**Figure 47**).

Figure 46. Evolution du taux de mortinatalité spontanée pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 47. Taux de mortinatalité spontanée pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024



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

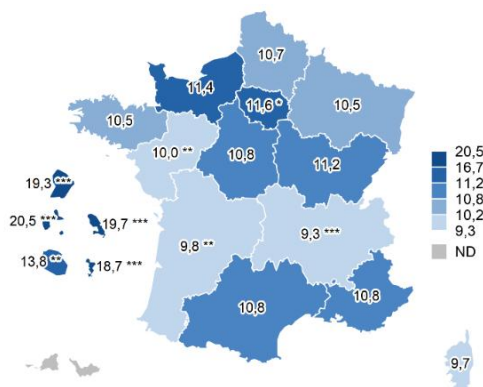
Mortalité périnatale

La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

- **La mortinatalité** (cf. supra) : les enfants mort-nés (décès in utero à partir de 22 SA ou 500 g), qui représentent 85 % des cas en France,
- **La mortalité néonatale précoce** (cf. infra) : décès néonataux précoces (enfants nés vivants mais décédés dans les 6 premiers jours de vie (J0 à J6)), comptant pour les 15 % restants.

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 9,3 décès pour 1 000 naissances. Il s'agit du taux le plus bas relevé en France en 2024 (**Carte 15**).

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

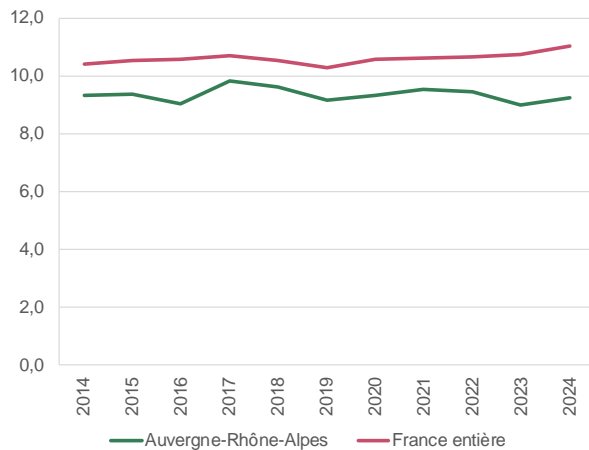


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ; ND = non disponible

Le taux de mortalité périnatale en Auvergne-Rhône-Alpes restait stable et inférieur à 10 décès pour 1 000 naissances sur la période 2014-2024, soit en dessous du taux national (**Figure 48**).

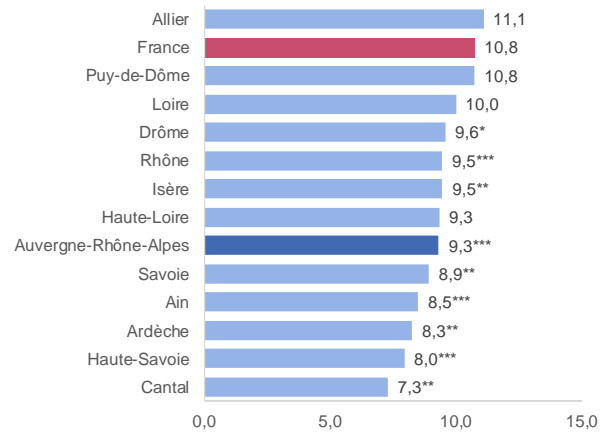
Au niveau départemental, le taux de mortalité périnatale sur la période 2020-2024 variait de 7,3 ‰ dans le Cantal à 11,1 ‰ dans l'Allier (**Figure 49**). La mortalité périnatale étant en grande partie constituée des décès d'enfants mort-nés, le classement des départements varie peu par rapport à la mortinatalité (**Figure 43**).

Figure 48. Evolution du taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 49. Taux de mortalité périnatale pour 1 000 naissances totales domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024



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

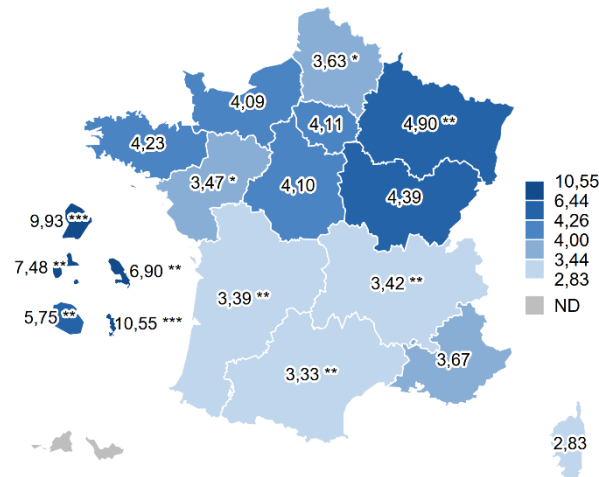
Mortalité infantile

La mortalité infantile est composée d'environ 50 % de décès survenus entre 0 et 6 jours, d'environ 20 % de décès survenus entre 7 et 27 jours et d'environ 30 % de décès survenus entre 28 et 364 jours de vie.

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

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, 266 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie, soit un taux de mortalité infantile de 3,42 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus faible que celui observé en France (4,08 ‰) (**Carte 16**).

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

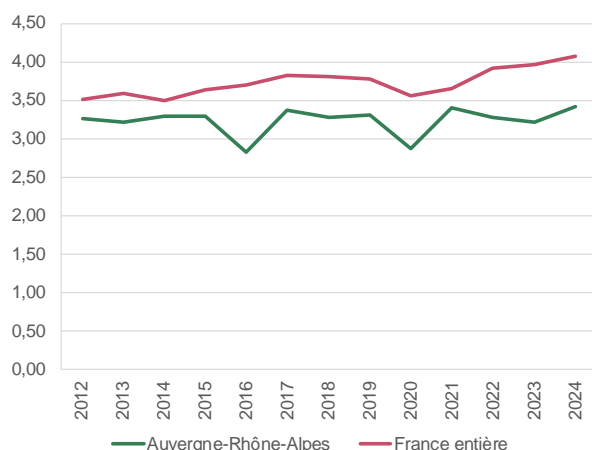


Source : Etat Civil ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$
ND = non disponible

Le taux de mortalité infantile présentait une tendance relativement stable dans la région, alors qu'elle était en hausse à l'échelle nationale [1] (**Figure 50**).

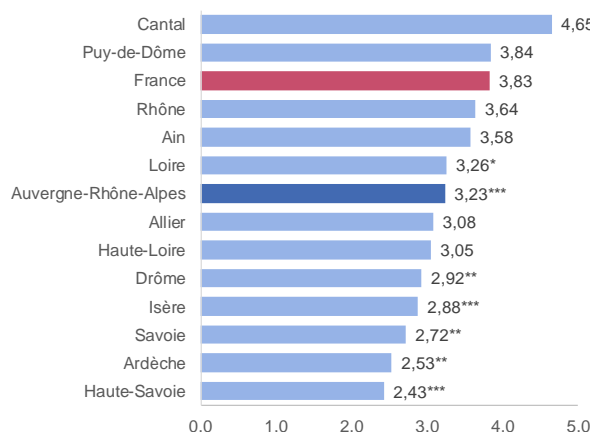
À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile sur la période 2020-2024 présentait des disparités, variant du simple au double selon les territoires : de 2,43 ‰ en Haute-Savoie à 4,65 ‰ dans le Cantal (**Figure 51**).

Figure 50. Evolution du taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 51. Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024



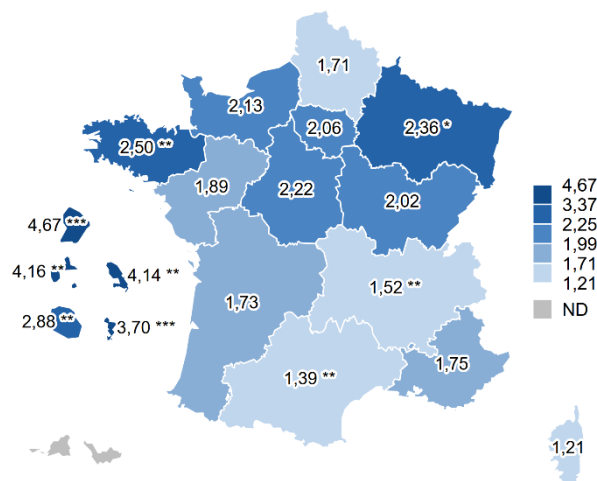
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

• Mortalité néonatale précoce

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

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, 118 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 1,52 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus faible que celui observé en France (1,99 ‰) (**Carte 17**).

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

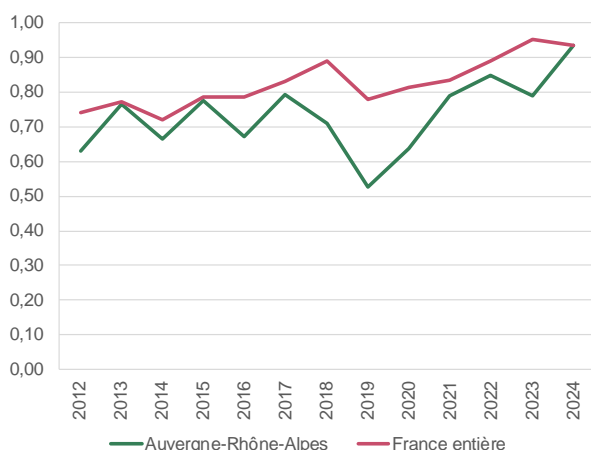


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

Dans la région, la mortalité néonatale tardive a nettement augmenté entre 2019 et 2024 (+77 %), rejoignant la courbe nationale en 2024. Une tendance à la hausse était également observée en France [1] (Figure 54).

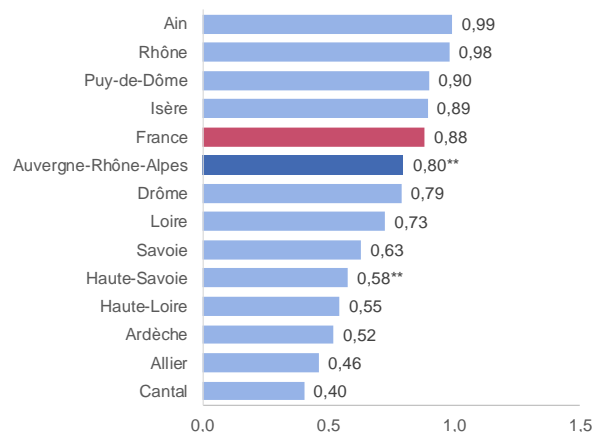
A l'échelle départementale, le taux de mortalité néonatale tardive sur la période 2020-2024 variait de 0,40 ‰ dans le Cantal à 0,99 ‰ dans l'Ain (Figure 55).

Figure 54. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012-2024



Source : Etat Civil

Figure 55. Taux de mortalité néonatale tardive pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024



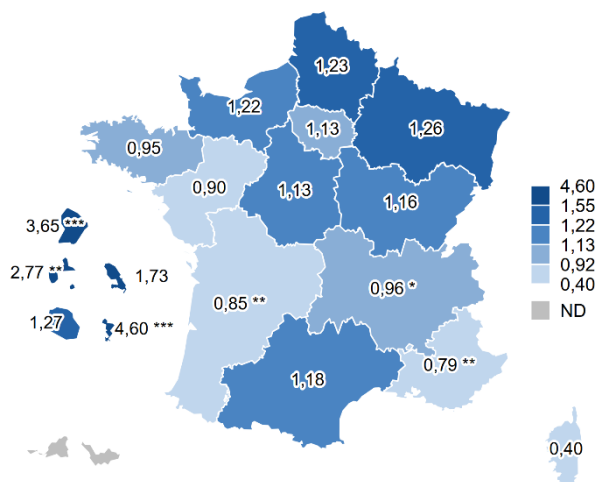
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

• Mortalité post-néonatale

La mortalité post-néonatale est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 28 et 364 jours de vie.

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, 75 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie, soit un taux de mortalité post-néonatale de 0,96 décès pour 1 000 naissances vivantes, comparable à celui observé en France (1,16 ‰) (Carte 19).

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

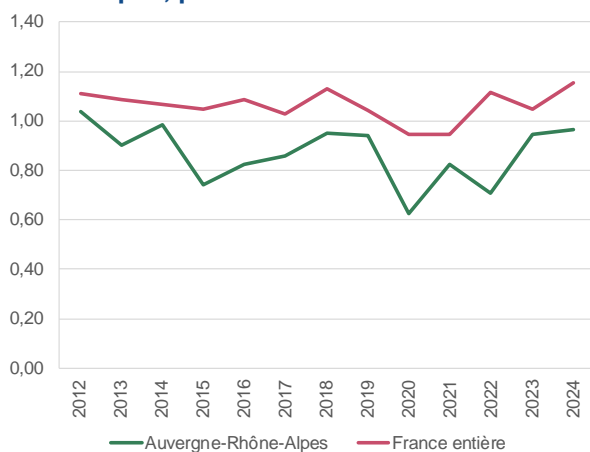


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

La mortalité post-néonatale dans la région était relativement fluctuante, se maintenant à des niveaux inférieurs à 1 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2013 et 2024. Une tendance stable était par ailleurs observée en France [1] (**Figure 56**).

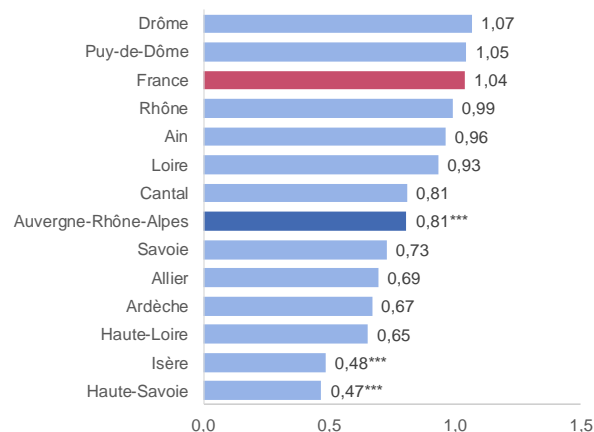
A l'échelle départementale, le taux de mortalité post-néonatale, sur la période 2020-2024, montrait d'importantes disparités. Il variait de 0,47 ‰ en Haute-Savoie à 1,07 ‰ dans la Drôme (**Figure 57**).

Figure 56. Evolution du taux de mortalité post-néonatale pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes, période 2012-2024



Source : Etat Civil

Figure 57. Taux de mortalité post-néonatale pour 1 000 naissances vivantes domiciliées en France entière et en Auvergne-Rhône-Alpes par département, 2020-2024



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

Prévention et promotion de la santé périnatale

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

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



Le site [1000-premiers-jours.fr](https://www.1000-premiers-jours.fr) informe les (futurs) parents sur l'impact de l'environnement physico-chimique et de l'environnement affectif et relationnel sur le développement de l'enfant, et la santé tout au long de sa vie. Il propose des pistes d'actions concrètes pour agir en faveur de la santé des parents et de celle de leur enfant. Basé sur les recommandations institutionnelles nationales et internationales, il aborde 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

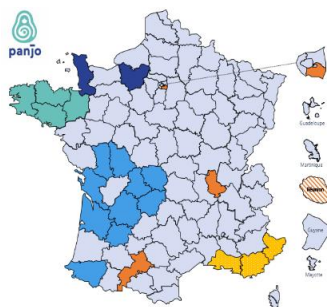


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression ressentie et sentiment de compétence parental) et certaines pratiques parentales (lecture, petits jeux, activités, etc.). Au total, 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 risque. 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. En Auvergne-Rhône-Alpes, la PMI de la Métropole de Lyon est engagée dans le projet depuis sa phase pilote en 2011-2014.

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://www.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 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](https://www.tabac-info-service.fr) est un dispositif multicanal d'aide à l'arrêt du tabac qui comprend :

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



Les sites [Alcool-info-service.fr](https://www.alcool-info-service.fr) et [Drogues-info-service.fr](https://www.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/>

Les projets prévention en région Auvergne-Rhône-Alpes

Interventions des partenaires de Santé publique France

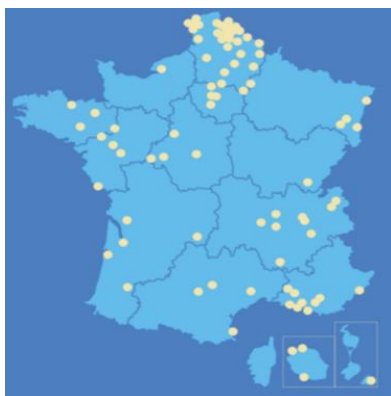
- FEES



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

En Auvergne-Rhône-Alpes, au 31 décembre 2025, 656 professionnels étaient formés et 97% des établissements de santé comptait dans leurs effectifs un ambassadeur du projet FEES.

- IHAB



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

Méthodologie

Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

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

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

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

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

Sources de données

Enquête nationale périnatale (ENP) et ENP-DROM

L'Enquête nationale périnatale (ENP) est une enquête transversale répétée environ tous les six ans depuis 1995 (données 2010, 2016 et 2021 dans ce bulletin). Le recueil est réalisé dans toutes les maternités (publiques et privées) et les maisons de naissance pendant une semaine. Toutes les naissances vivantes et 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 représentatives des inclusions en maternité.

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

Limites :

- L'enquête n'est pas conçue pour produire des indicateurs régionaux robustes pour toutes les régions notamment celles enregistrant moins de 400 naissances. En Auvergne-Rhône-Alpes, lors de l'édition 2021 : 1 396 mères ont été incluses durant leur séjour en maternité ; dont 952 ayant répondu au questionnaire de suivi 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 maternelles (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 (MCAD).

Limites :

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

Analyses statistiques

Comparaisons entre territoires

Pour identifier d'éventuelles différences significatives entre un territoire spécifique et le reste de la France, des tests statistiques adaptés ont été appliqués avec des tests du Chi² pour comparer les proportions ou les distributions catégorielles.

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

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

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

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

Gestion des petits effectifs

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

Références

- [1] Santé publique France. Surveillance de la Santé Périnatale. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 62 p., 8 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
 CNCND : 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 Post-natal Depression Scale*
 ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
 ENP : Enquête nationale Périnatale
 FEES : Femmes Enceintes Environnement et Santé
 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
 FFRSP : Fédération française des réseaux de Santé périnatale

Remerciements

Santé publique France tient à remercier :

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

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

Nous remercions également l'ensemble des partenaires en région qui ont contribué à la rédaction et l'interprétation des résultats de ce bulletin : Dr Isabelle Bertrand-Salles, Anne Robin, Dr Gilles Manuel, Pauline Mercier, Solenn Regnault et Christelle Carbonne (Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Anne Legrand (Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne).

Équipe de rédaction

Auteurs : Emmanuelle Vaissière, Alexandra Thabuis, Guillaume Spaccaverri

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 Auvergne-Rhône-Alpes. Saint-Maurice : Santé publique France, 44 pages, 8 juillet 2026

Directrice de publication : Aude de Viviés

Date de publication : 8 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr