



Bulletin

Santé périnatale
et petite enfance

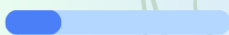
Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION CORSE

Surveillance de la santé périnatale

Profil des mères

30% a 35 ans ou +



7% bénéficiaire C2S ou AME



Facteurs de risque grossesse



diabète en pré-grossesse

x2 en 6 ans



prévalence HTA la + faible de France

Pathologies de la grossesse



diabète gestationnel

x4 en 12 ans



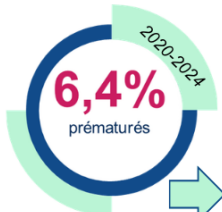
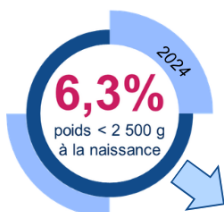
désordre hypertensif
parmi les + bas de France

30 %
césarienne

Accouchement



parmi les +
élevés de
France



67% entretien pré-natal



34% entretien post-natal précoce



7,9/1 000
décès à la naissance

Mortalité
infantile

3/1 000
décès infantiles (0 jour - 1 an)

Édito

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

En Corse, comme dans le reste de la France, la situation périnatale est marquée par des enjeux majeurs, parmi lesquels une baisse de la natalité, une hausse du diabète gestationnel et des défis majeurs liés à la santé mentale des femmes en période périnatale. En 2024, à l'accouchement, les mères étaient plus âgées qu'un niveau national, avec la proportion de femmes de plus de 35 ans la plus élevée de l'hexagone derrière l'Ile-de-France. La Corse présentait une bonne mise en œuvre des entretiens prénatal et postnatal précoces, offrant ainsi un levier pour améliorer l'accompagnement des parents et renforcer les actions de prévention.

Ce panorama, destiné aux professionnels de santé, aux décideurs publics et plus largement aux partenaires du réseau national de santé publique, vise ainsi à accompagner la mise en œuvre d'actions ciblées et adaptées, au service de l'amélioration durable de la santé des femmes et des nouveau-nés à l'échelle régionale.

SOMMAIRE

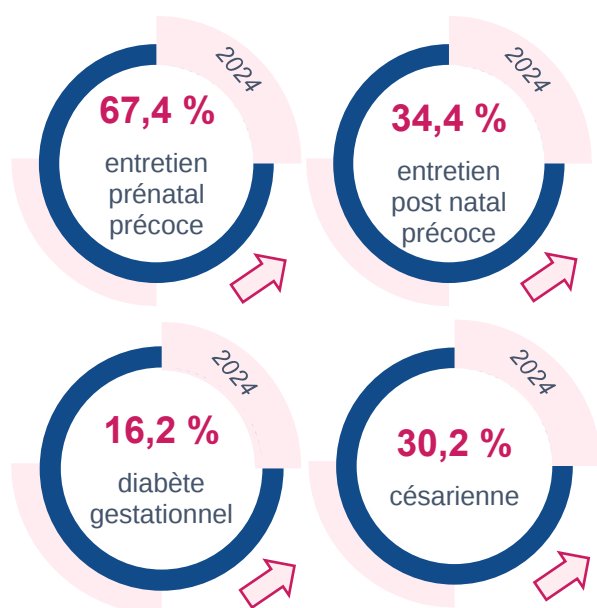
Édito.....	2
8 chiffres-clés en Corse	3
Autres points-clés en Corse.....	3
Caractéristiques socio-démographiques.....	4
Facteurs de risque et comportementaux	7
Grossesse et accouchement.....	8
Naissances vivantes	16
Post-partum.....	18
Mortalité	20
Prévention et promotion de la santé périnatale.....	27
Méthodologie	31

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

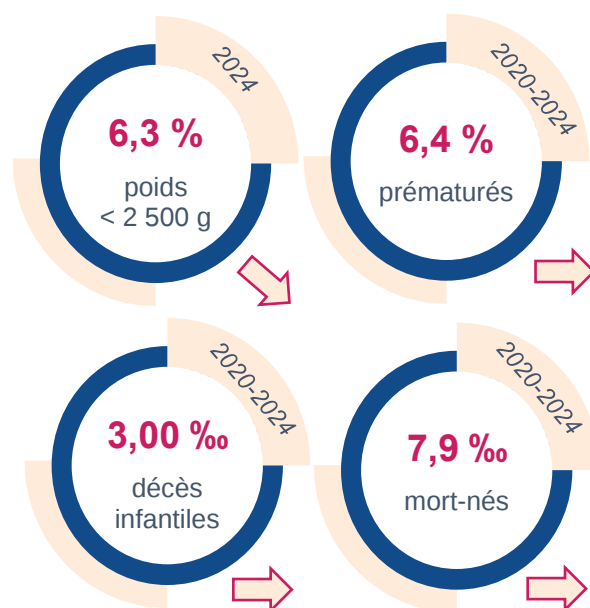
Dans le présent document, les données géographiques (région, départements) s'entendent comme les femmes résidant en Corse et ayant accouché, quel que soit le lieu de cet accouchement, même si, par commodité, ce point n'est pas rappelé à chaque fois.

8 chiffres-clés en Corse

Les mères



Les nourrissons



Autres points-clés en Corse

- Avec 6,9 ‰, la Corse avait le taux de natalité le plus faible de l'ensemble des régions française ;
- Les femmes bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) ou de la complémentaire santé solidaire (C2S) représentaient 7,2 % en Corse (respectivement 0,6 % et 6,6 %) en 2024, taux très inférieurs aux taux nationaux (17,4 % et respectivement 2,5 % et 14,9 %) ;
- La Corse était la 2^e région hexagonale avec la part de femmes de 35 ans ou plus la plus élevée lors de l'accouchement (30,4 %) ;
- Elle était la région française avec la proportion de séjours pour accouchement avec hémorragie du post-partum (HPP) la plus faible (6,1 %) ;
- Les nourrissons de petit poids pour l'âge gestationnel représentaient 8,5 % des naissances vivantes, proportion inférieure au niveau national (9,6 %) ;
- La proportion de nourrissons de gros poids pour l'âge gestationnel était également inférieure par rapport au niveau national (8,0 % des naissances vivantes en Corse vs 9,6 % au niveau national).

Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques en Corse et comparaison par rapport au niveau national

Indicateurs	Source	Corse	France	p-value
nombre de naissances	état civil (2024)	2 477	659 731	
taux de natalité (pour 1 000 habitants)	état civil (2024)	6,9	9,6	***
Caractéristiques démographiques des mères				
femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	0,7	1,8	***
femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	30,4	25,8	***
femmes nées à l'étranger (%)	état civil (2024)	24,3	26,2	**
Cadre de vie				
bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	7,2	17,4	***
bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	0,6	2,5	***
bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	6,6	14,9	***

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

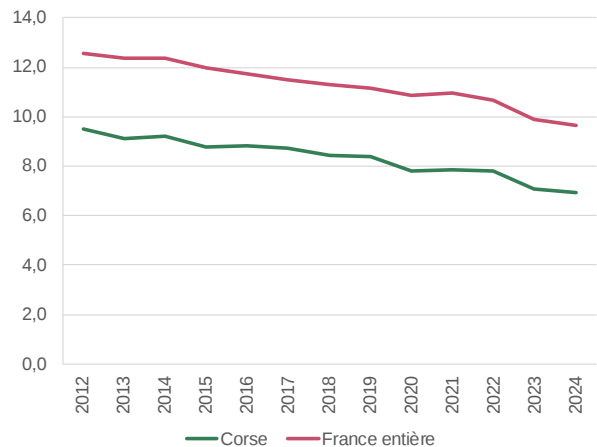
Natalité

Selon les données de l'état-civil, près de 2 500 naissances ont été enregistrées en 2024 en Corse, soit un taux de natalité de 6,9 naissances pour 1 000 habitants (6,9 ‰) (tableau 1). Ce taux était inférieur au taux de natalité national (9,6 ‰) et suivait la même évolution à la baisse. Il était légèrement plus élevé en Haute-Corse (7,1 ‰) qu'en Corse-du-Sud (6,8 ‰).

La Corse était la région avec le taux de natalité le plus faible (carte 1).

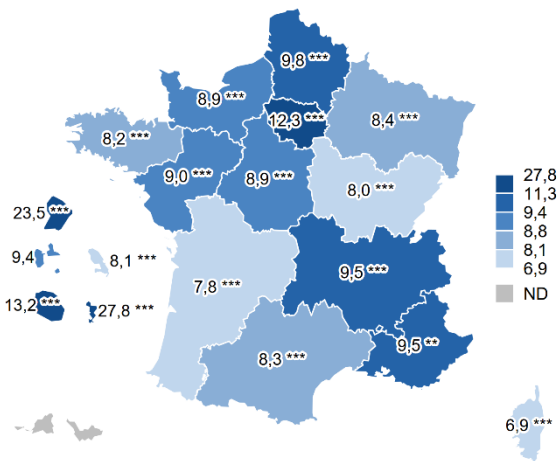
Sur la période de 2012 à 2024, le taux de natalité régional est passé de 9,5 ‰ à 6,9 ‰, soit environ 530 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 (figure 1).

Figure 1. Évolution du taux de natalité (pour 1 000 habitants) en France entière et en Corse, par région de domicile, période 2012-2024



Source : état civil

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



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

Caractéristiques démographiques

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.

Selon les données du Système national des données de santé (SNDS), trois femmes sur dix (30,4 %) habitant en Corse et ayant accouché en 2024 étaient **âgées de 35 ans ou plus** (tableau 1). Cette proportion, supérieure au niveau national, était en constante progression depuis 2012 (figure 3). Elle était équivalente dans les deux départements en 2024.

En 2024, la Corse était la deuxième région hexagonale avec la proportion de femmes de 35 ans ou plus la plus élevée lors de l'accouchement, après l'Île-de-France (carte 2).

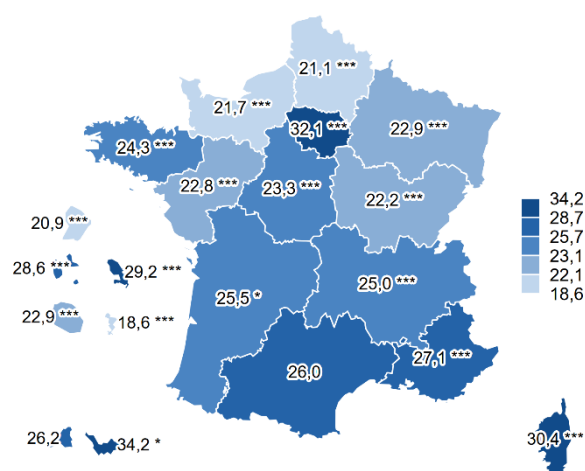
Sur la période 2012-2024, la proportion des femmes **âgées de moins de 20 ans** était en diminution, passant de 1,6 % à 0,7 % (tableau 1). En 2024, cette proportion était légèrement plus élevée en Haute-Corse (0,9 %) qu'en Corse-du-Sud (0,5 %).

Figure 2. Évolution de la proportion des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

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



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

En 2024 en Corse, d'après les données de l'état civil, 24,3 % des femmes ayant accouché étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (tableau 1). En 2018, elles étaient 27,0 %.

Cadre de vie

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 Corse, 7,2 % des femmes ayant accouché étaient **bénéficiaires soit de la complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite, soit de l'aide médicale de l'État (AME)** (tableau 1). Cette proportion était relativement stable sur la période 2014-2024 et toujours nettement inférieure au niveau national (France = 17,4 %) (figure 5).

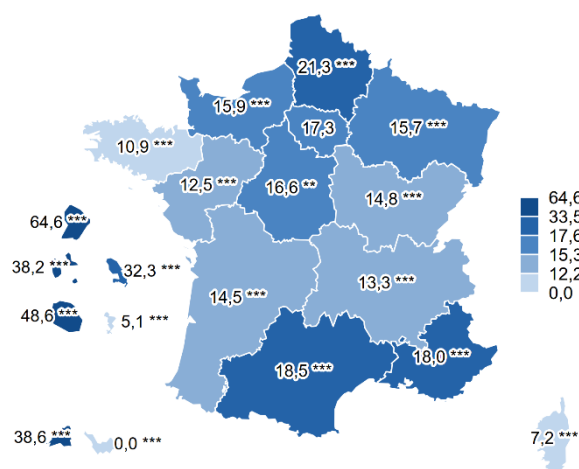
En 2024, la Corse était la région hexagonale avec la proportion de femmes bénéficiaires la plus faible (carte 3). Par ailleurs, cette proportion était plus élevée en Haute-Corse (8,6 %) qu'en Corse-du-Sud (5,4 %).

Figure 3. Évolution de la proportion des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), France entière et en Corse, période 2014-2024



Source : SNDS

Carte 3. Proportion des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), par région de domicile, 2024



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

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

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

En Corse, 0,6 % des femmes qui ont accouché en 2024 **bénéficiaient de l'AME**, niveau nettement inférieur au niveau national (2,5 %) (tableau 1). Cette proportion était nettement plus élevée en Haute-Corse (1,0 %) qu'en Corse-du-Sud (0,2 %). La proportion des femmes bénéficiaires de l'AME en Corse était assez stable sur la période 2014-2024.

Concernant la **C2S gratuite (ex CMU-C)**, la proportion de femmes bénéficiaires en Corse était de 6,6 % en 2024, inférieure de plus de moitié au niveau national (14,9 %) (tableau 1) et stable sur la

période 2014-2024 (7,0 % en 2014). Cette proportion était là-aussi plus élevée en Haute-Corse (7,7 %) qu'en Corse-du-Sud (5,2 %). À noter que le plafond maximal de ressources annuelles pour bénéficier de la C2S a également augmenté sur la même période, passant de 8 645 € pour une personne seule en 2014 à 10 166 € pour une personne seule en 2024.

Facteurs de risque et comportementaux

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux - Corse

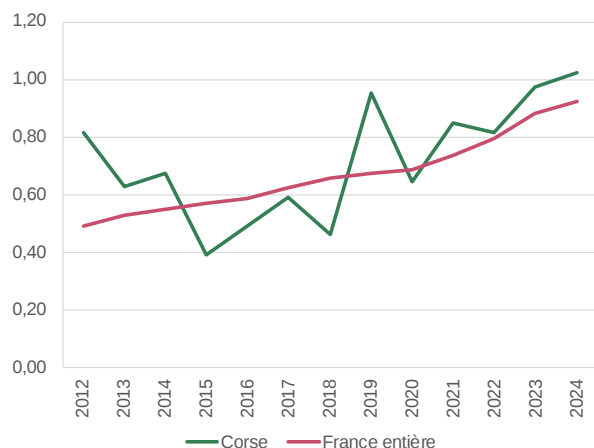
Indicateurs	Source	Corse	France	p-value
Facteur de risque				
femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	1,02	0,92	
femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	1,19	1,63	***

* : $p < 0,1$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Sur la période 2012-2024, la **prévalence de femmes atteinte d'un diabète** (type 1 ou 2), préexistant à la conception, a tout d'abord diminué jusque dans les années 2015-2018, puis a augmenté jusqu'en 2024 (figure 4). Cette prévalence tendait à être légèrement plus élevée qu'au niveau national en 2024.

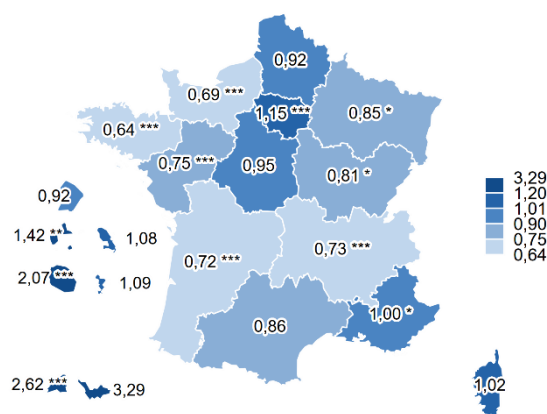
Sur la période 2020-2024, la Corse était l'une des régions hexagonales où cette prévalence était la plus élevée (carte 4). Par ailleurs, la Haute-Corse présentait une prévalence plus élevée (1,1 %) qu'en Corse-du-Sud (0,6 %).

Figure 4. Évolution de la prévalence de femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 4. Prévalence de femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), par région de résidence, 2020-2024

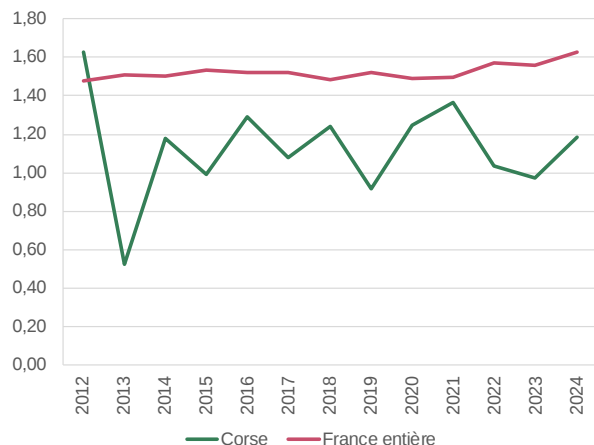


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$;

Sur la période 2012-2024, la prévalence de femmes enceintes présentant une **hypertension artérielle (HTA) chronique** était globalement stable (fluctuation autour de 1,1 %) et inférieure au niveau national (1,63 % en 2024) (figure 5). Sur 2020-2024, cette prévalence n'était pas différente entre les deux départements.

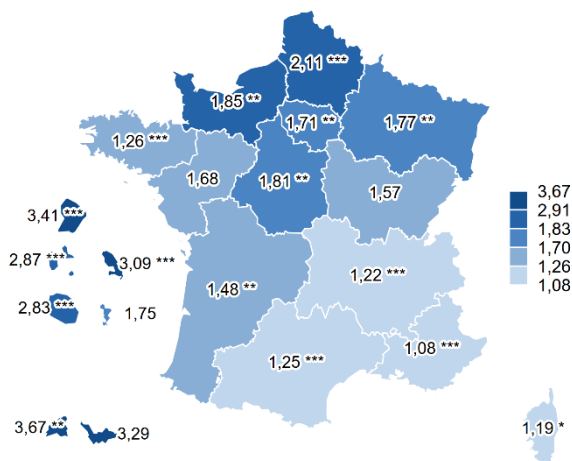
Sur la période 2020-2024, la Corse faisait partie des régions avec la prévalence d'HTA la plus faible (carte 5).

Figure 5. Évolution de la prévalence des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 5. Prévalence des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), par région de résidence, 2020-2024



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

Grossesse et accouchement

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement - Corse

Indicateurs	Source	Corse	France	p-value
Suivi de la grossesse				
entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	67,4	62,1	***
Pathologies de la grossesse				
dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	94,0	89,5	***
diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	16,2	15,0	*
désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	4,7	5,5	*
HTA gestationnelle (%)	SNDS (2024)	1,8	2,2	
pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	2,0	2,5	
Lieu d'accouchement				
maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	13,8	16,1	**
maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	0,2	28,4	***
maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	84,5	24,3	***
maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	1,4	31,2	***
Mode d'accouchement				
accouchement par césarienne (%)	SNDS (2024)	30,2	22,0	***
césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	9,9	7,0	***
accouchement par voie basse (%)	SNDS (2024)	69,8	78,0	***
voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	56,3	66,9	***
épisiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	3,8	2,8	**
épisiotomie sur VBNI primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	6,7	5,5	
épisiotomie sur VBNI multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	1,2	1,1	
Complications				
hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	6,1	7,3	**
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	0,94	0,92	
déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	1,68	1,36	

* : $p < 0,1$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Suivi de la grossesse

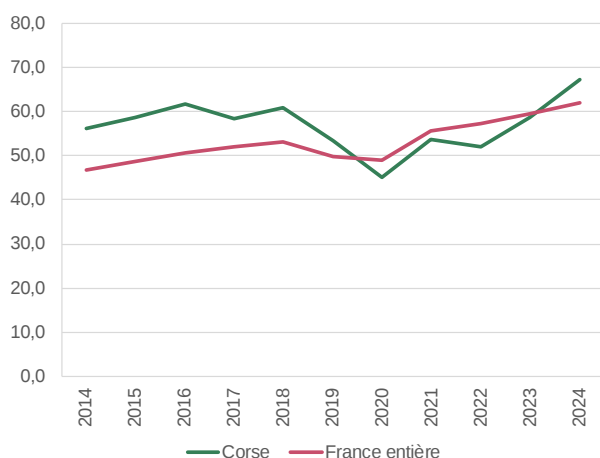
Un suivi de grossesse régulier et de qualité, incluant des temps dédiés comme l'entretien prénatal précoce (EPP) et la préparation à la naissance, est un levier-clé pour réduire les risques maternels et néonataux.

En 2024 en Corse, selon les données du SNDS, 67,4 % des femmes ayant accouché ont bénéficié d'un **entretien prénatal précoce (EPP)** (tableau 3). La réalisation de l'EPP a augmenté de 10 points depuis 2014, année où il était de 56,3 % (figure 6).

Après une première période où elle était nettement supérieure au niveau national (2014-2018), la proportion a ensuite baissé à un niveau équivalent ou inférieur au niveau national entre 2019 et 2023, avant de repasser à une proportion légèrement supérieure en 2024 (proportion nationale de 62,1 %).

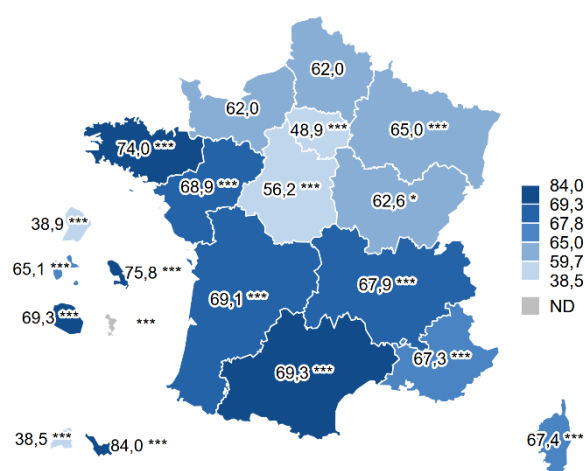
En 2024, la proportion était nettement plus importante en Haute-Corse (78,6 %) qu'en Corse-du-Sud (54,3 %). La Corse avait une proportion la situant parmi la moyenne des régions (carte 6).

Figure 6. Évolution de la proportion des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Corse, période 2014-2024



Source : SNDS

Carte 6. Proportion des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), par région de résidence, 2024



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

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 Corse, selon les données du SNDS, en 2024, plus de 9 femmes sur 10 (94,0 %) ont bénéficié d'un **dépistage du diabète gestationnel** au cours de la grossesse, soit une proportion proche d'un dépistage universel et non sur facteurs de risque (tableau 3). Cette proportion a augmenté de 10 points depuis 2014 (84,5 %). La Corse était la région hexagonale avec la proportion la plus importante.

Entre 2012 et 2024, la prévalence de femmes présentant un **diabète gestationnel** a quadruplé en Corse, augmentation de 3,7 % à 16,2 %, passant pour la première fois au-dessus du niveau national (figure 7).

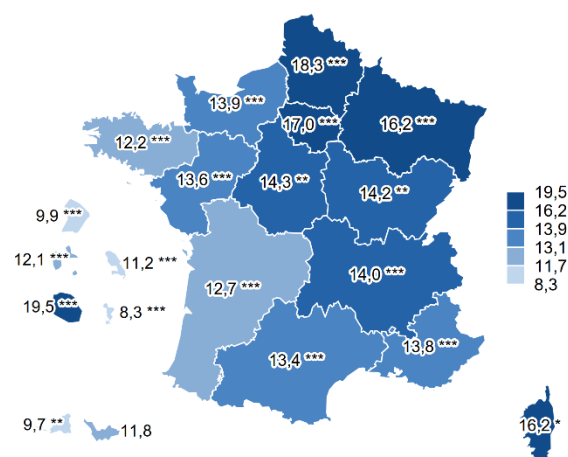
En 2024, la Corse était une des régions hexagonales avec une prévalence du diabète gestationnel la plus élevée (Carte 7). Cette prévalence tendait à être légèrement plus élevée en Haute-Corse (16,7 %) qu'en Corse-du-Sud (15,6 %).

Figure 7. Évolution de la prévalence des femmes avec un diabète gestationnel (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 7. Prévalence des femmes avec un diabète gestationnel (en %), par région, 2024

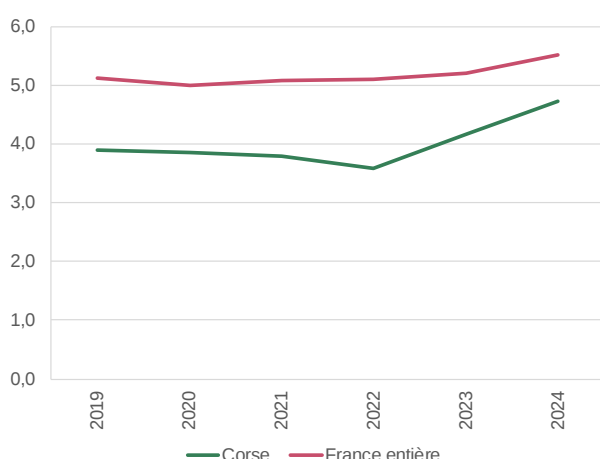


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

En 2024, 4,7 % des accouchements en Corse étaient associés à un **désordre hypertensif de la grossesse** (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie) *versus* 3,9 % en 2019. Une évolution similaire était observable en France entière (figure 8).

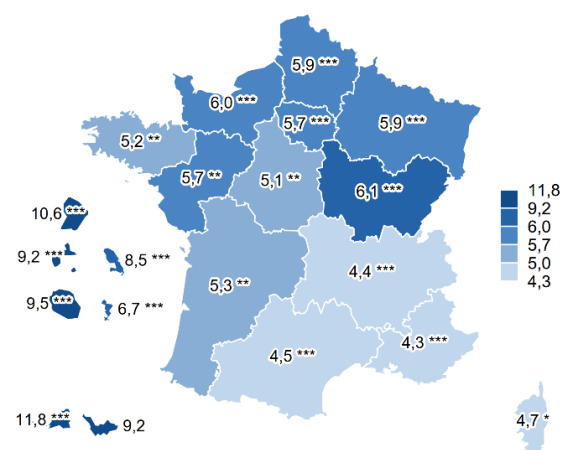
La Corse était une des régions présentant une prévalence de désordre hypertensif parmi les plus faibles (carte 8). Cette prévalence n'était pas différente entre les deux départements.

Figure 8. Évolution de la prévalence des femmes avec un désordre hypertensif (en %), France entière et Corse, période 2019-2024



Source : SNDS

Carte 8. Prévalence des femmes avec un désordre hypertensif (en %), par région, 2024

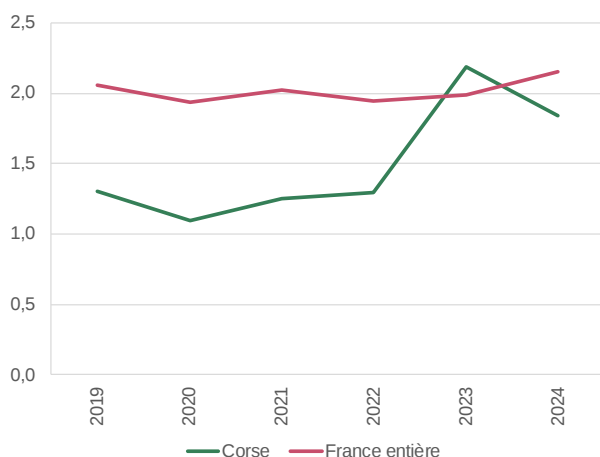


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

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

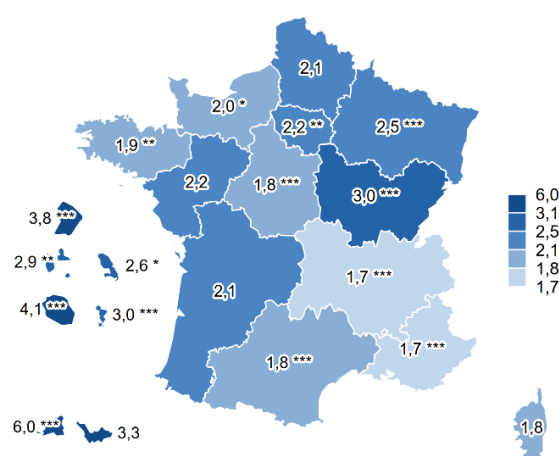
En 2024, la prévalence des femmes en Corse présentant une **HTA gestationnelle** (1,8 %) tendait à être inférieure au niveau national (2,2 %). Cette prévalence semblait évoluer à la hausse depuis 2019 (1,3 %) (figure 9). La Corse se situait dans la moyenne des régions pour cet indicateur (carte 9). La Haute-Corse présentait une prévalence d'un point supérieur à celle de la Corse-du-Sud (2,3 % *versus* 1,3 %).

Figure 9. Évolution de la prévalence des femmes avec un HTA gestationnelle (en %), France entière et Corse, période 2019-2024



Source : SNDS

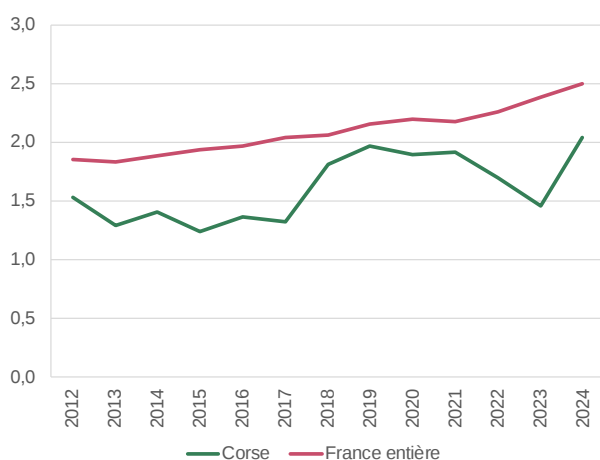
Carte 9. Prévalence des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), par région de résidence, 2024



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

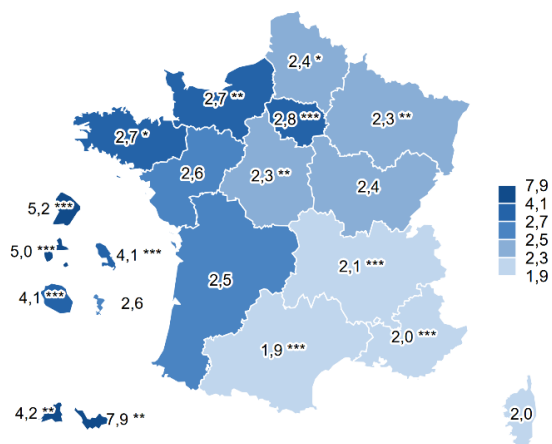
La **prééclampsie**, qui associe dans sa forme typique une HTA et une protéinurie après la 20^e semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter modérément entre 2012 (1,5 %) et 2024 (2,0 %) (figure 10). La Corse faisait partie des régions présentant une des plus faibles prévalences de prééclampsie associée à une HTA (carte 10). Aucune différence n'était retrouvée entre les deux départements.

Figure 10. Évolution de la prévalence des femmes avec une prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 10. Prévalence des femmes avec une prééclampsie associée à une HTA (en %), par région, 2024



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

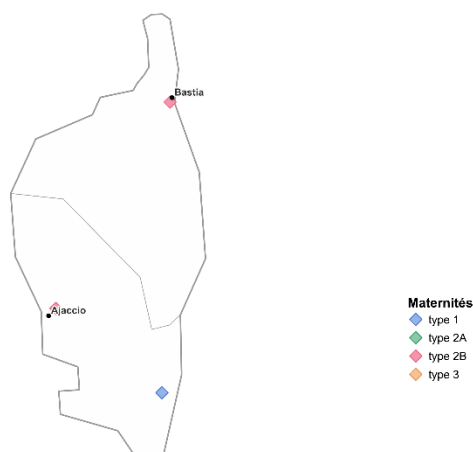
Lieu d'accouchement

Type de maternités

Depuis les décrets de 1998, les maternités sont définies en 4 types de maternités selon le niveau de soins néonataux (carte 11).

- 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 11. Répartition des maternités en Corse, selon le type, au 31 décembre 2024



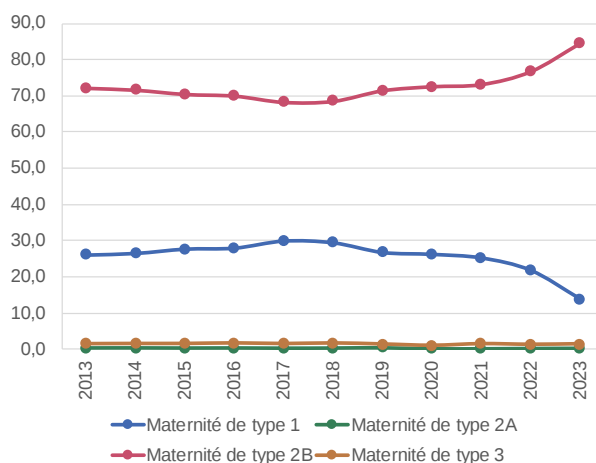
Source : DREES

Réduction du nombre de maternités

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

En 2023, les femmes habitant en Corse accouchaient principalement en maternité de type 2B (84,5 %), puis en maternité de type 1 (13,8 %). Les autres accouchements s'effectuaient en maternité de type 3 (1,4 %) et 2A (0,2 %), c'est-à-dire sur le continent. La proportion des accouchements en maternité de type 1 a diminué (-12,3 pts depuis 2013), se reportant d'autant sur les maternités de type 2B qui ont donc vu leur part augmenter de 12,3 pts depuis 2013 (figure 11). Ces évolutions ont principalement été observées depuis 2021.

Figure 11. Évolution de la répartition des accouchements selon le type de maternité en Corse (en %), période 2013-2023



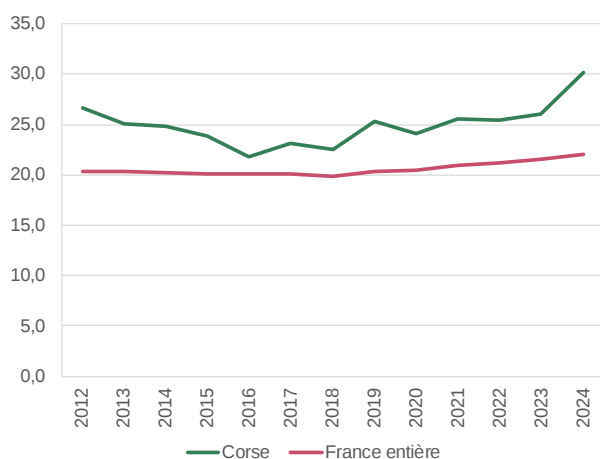
Source : SNDS

Mode d'accouchement

Entre 2012 et 2024, la **proportion des césariennes** a augmenté, passant de 26,7 % à 30,2 % (figure 12). Sur la période 2020-2024, la Corse était la région présentant la proportion de césariennes la plus élevée de l'ensemble des régions (carte 12).

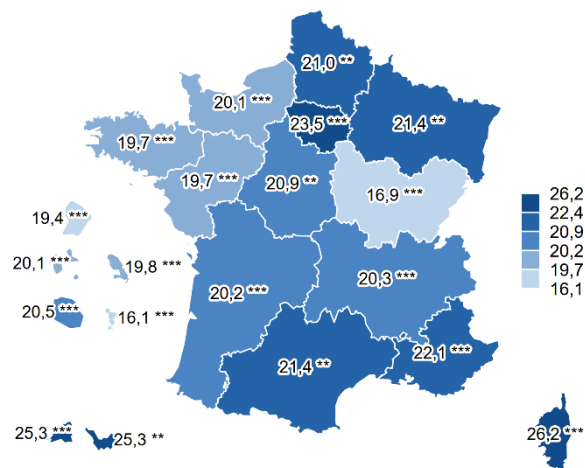
Sur 2020-2024, la Haute-Corse avait une proportion de césarienne de 7,5 points supérieure à la Corse-du-Sud (29,8 % versus 22,2 %).

Figure 12. Évolution de la proportion des césariennes (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 12. Proportion des césariennes (en %), par région de résidence, 2020-2024



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

Les **césariennes programmées** ont augmenté d'un point sur la période (8,8 % en 2012 à 9,9 % en 2024) (tableau 3) et celles non programmées de plus de deux points (17,9 % en 2012 à 20,3 % en 2024).

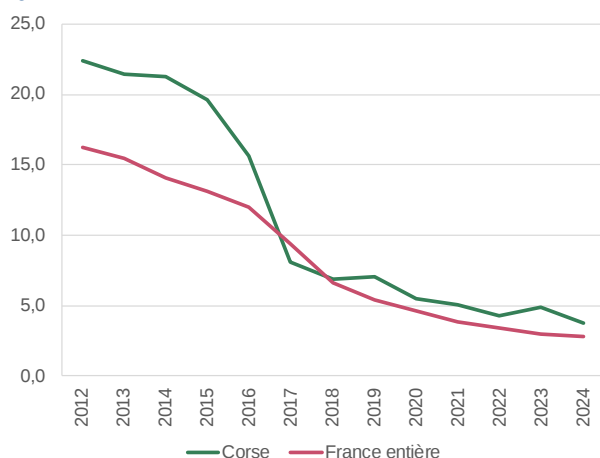
L'épisiotomie est une incision chirurgicale réalisée au niveau du périnée pendant l'accouchement pour faciliter la naissance du bébé.

La pratique de l'**épisiotomie** a diminué de façon très importante depuis 2012 en Corse, rejoignant depuis 2017 le niveau retrouvé au niveau national (figure 13). En 2012, 22,4 % des accouchements, soit plus de 400 femmes qui ont accouché par voie basse non instrumentale (VBNI) ont fait l'objet d'une épisiotomie ; en 2024, cette proportion n'était plus que de 3,8 % (soit environ 50 femmes). La diminution a été particulièrement marquée entre 2015 et 2017.

Sur la période 2020-2024, la Corse était en tête des régions pour la pratique de l'épisiotomie (carte 13), avec une proportion d'épisiotomie parmi les accouchements VBNI qui était de 4,7%, plus importante en Corse-du-Sud qu'en Haute-Corse (5,3 % versus 4,2 %).

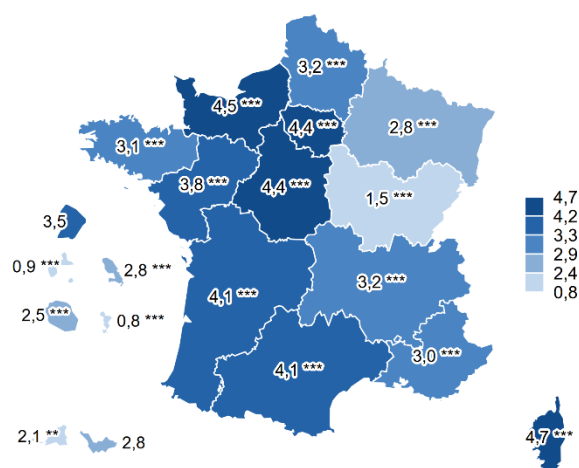
Sur la période 2017-2024, la diminution de la pratique de l'épisiotomie interroge sur un impact possible en termes de fréquence des déchirures périnéales sévères de grade 3 ou 4 (figure 15). À noter toutefois que la différence observée entre les deux départements pour la pratique de l'épisiotomie n'était pas retrouvée pour les déchirures périnéales.

Figure 13. Évolution de la proportion des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 13. Proportion des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), par région de résidence), 2020-2024



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

En 2024, l'épisiotomie était plus fréquemment réalisée chez les femmes accouchant par VBNI de leur premier enfant (6,7 % des primipares versus 1,2 % des multipares) (tableau 3, p. 8).

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.

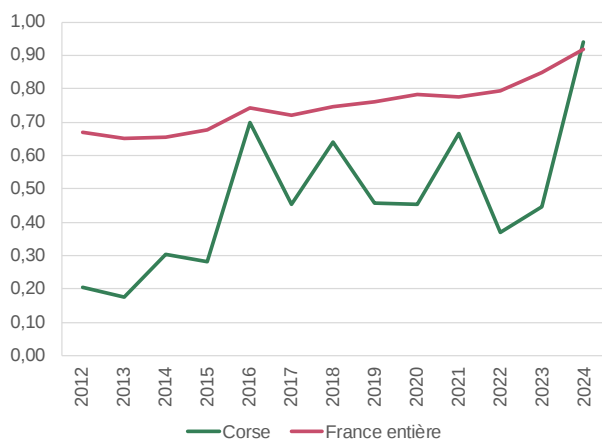
En Corse en 2024, la proportion de séjours pour accouchement codés **hémorragie du post-partum (HPP)** était estimée à 6,1 %, inférieure au niveau national (7,3 %) (tableau 3, p. 8).

Au niveau régional, cette proportion était en augmentation depuis 2012. 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.

L'HPP sévère a également augmenté, passant de 0,2 % en 2012 à 0,9 % en 2024 (figure 14).

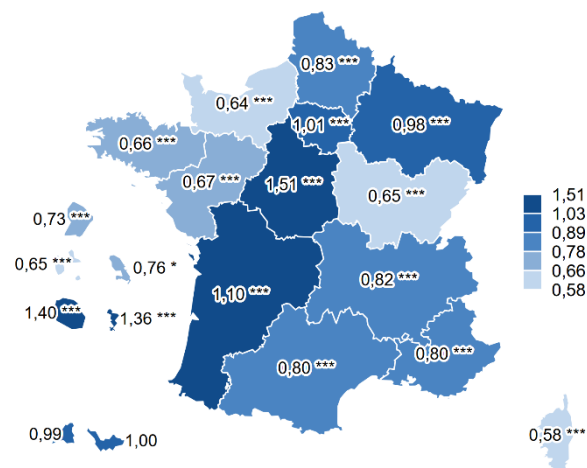
Sur la période 2020-2024, la Corse était la région avec la proportion d'HPP sévère la plus faible (0,6 %) (carte 14). La proportion de HPP sévère était supérieure de 0,2 point en Haute-Corse par rapport à la Corse-du-Sud.

Figure 14. Évolution de la proportion des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 14. Proportion des hémorragies du post-partum sévères (en %), par région de résidence, 2020-2024



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

La proportion de **déchirure du périnée complet et complet-complicqué** (3^e et 4^e degrés) était de 1,7 % en 2024 (tableau 3), tendant à être supérieure au niveau national (1,4 %). Cette proportion était en augmentation depuis 2015 (figure 15) et oscillait depuis cette date autour de la valeur nationale.

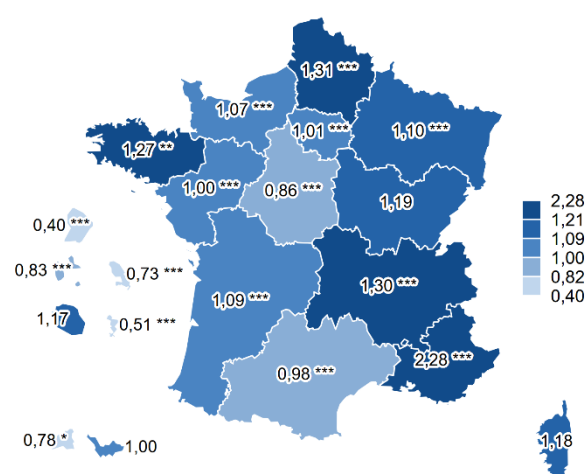
Sur la période 2020-2024, la Corse tendait à être une région avec l'une des proportions les plus élevées de déchirure sévère du périnée (carte 15).

Figure 15. Évolution de la proportion des déchirures sévères (en %), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 15. Proportion des déchirures sévères (en %), en région de résidence, 2020-2024



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

Sur la période 2020-2024, la Corse affichait une proportion de **très grande prématurité**, définie comme une naissance avant 28 SA), inférieure de moitié à celui du niveau national (0,2 % versus 0,4 % au niveau national) (tableau 4). Ce résultat était également retrouvé pour la **grande prématurité** ([28-31] SA), avec une proportion de 0,5 % versus 0,7 % au niveau national. La **prématurité modérée** était, quant à elle, équivalente à celle du niveau national (5,6 % versus 5,7 %).

Autres marqueurs de risque

En Corse, 2,9 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une **grossesse multiple** en 2024, proportion équivalente à celui observé France entière (3,0 %) (tableau 4). La Haute-Corse présentait néanmoins une proportion plus élevée que la Corse-du-Sud (3,3 % *versus* 2,5 %).

En 2024, les naissances vivantes avec un **poids < 2 500 grammes** représentaient 6,3 % de l'ensemble des naissances vivantes, proportion inférieure au taux France entière (7,4 %). Là aussi, la proportion en Haute-Corse (6,6 %) était supérieure à celui de Corse-du-Sud (5,8 %).

Les nourrissons de **petits poids pour l'âge gestationnel** (PAG), au 10^e percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4], représentaient 8,5 % des naissances vivantes, proportion inférieure au niveau national (9,6 %) et ceux de **gros poids pour l'âge gestationnel** (GAG), au 90^e percentile, représentaient 8,0 % des naissances vivantes. Cette dernière proportion tendait à être également inférieure au niveau national (8,8 %) (tableau 4). Ces proportions étaient supérieures pour la Haute-Corse par rapport à la Corse-du-Sud (PAG, respectivement 8,8 % et 8,0 % ; GAG, resp. 8,4 % et 7,6 %).

Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum – Corse

Indicateurs	Source	Corse	France	p-value
Durée de séjour en suites de couches				
durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuits)	SNDS (2024)	3,9	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	-
Suivi post-natal (2 mois après la naissance)				
entretien post-natal précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	34,4	24,9	***

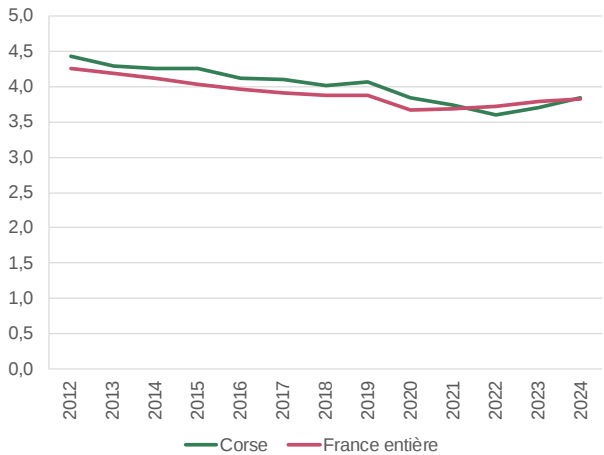
* : p< 0.1 ; ** : p <0.05 ; *** : p <0.001

Durée de séjour en suites de couches

En 2024, la **durée de séjour** à la maternité en suites de couches était de 3,9 nuitées en moyenne en Corse, équivalente au niveau national (tableau 5). La durée était plus courte en Haute-Corse (3,5 j) qu'en Corse-du-Sud (4,3 j). La Corse tendait à être dans la première moitié des régions avec une durée plus longue, même si les durées moyennes pour l'ensemble des régions hexagonales étaient relativement proches (carte 17).

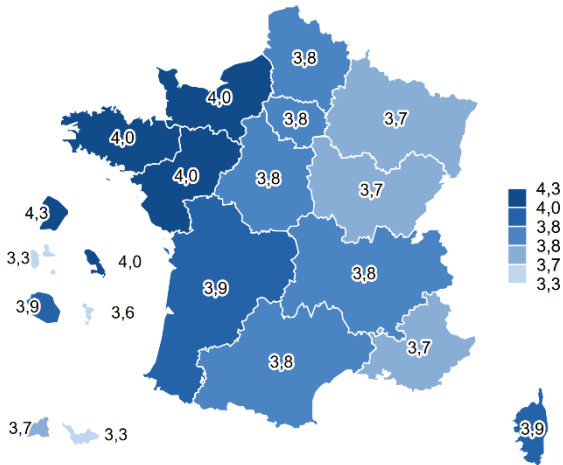
Entre 2012 et 2019, une tendance à la diminution de la durée de séjour en suites de couches était observée, tant au niveau national que régional (figure 17). Depuis 2021, on note une stabilisation voire un léger allongement de cette durée pour atteindre en 2024 une durée moyenne proche de celle de 2019.

Figure 17. Évolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 17. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), par région de domicile, 2024



Source : SNDS

Une différence, attendue selon le mode d'accouchement, était observée avec une durée régionale moyenne de 4,7 nuitées après césarienne (4,8 j au niveau national) et de 3,5 nuitées pour un accouchement par voie basse (3,6 j au niveau national) (tableau 5).

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

Organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né

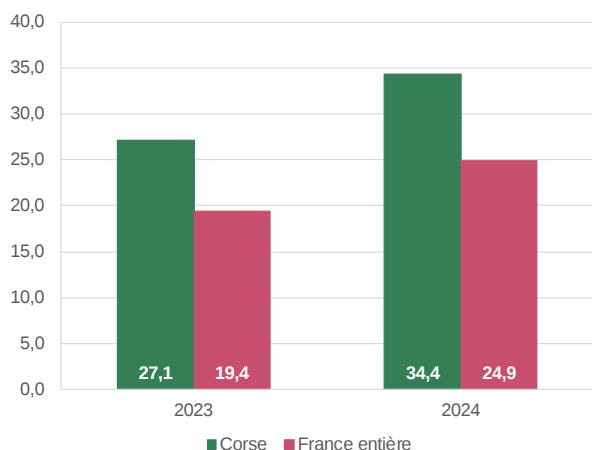
La HAS recommande deux à trois visites de sage-femme, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24 h. Ces visites sont remboursées à 100 % par l'Assurance maladie, si elles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

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

En 2024, deux ans après l'instauration de l'**entretien postnatal précoce** (EPNP), 34,4 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Corse. Cette proportion était supérieure de dix points au taux national (24,9 %) (figure 18).

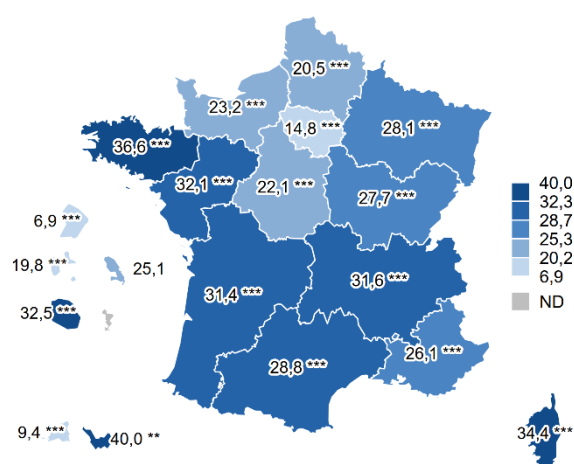
La Corse-du-Sud avait une proportion légèrement supérieure à la Haute-Corse (36,4 % contre 32,7 %). La Corse était la deuxième région hexagonale avec la proportion la plus élevée (carte 18).

Figure 18. Évolution de la proportion de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Corse, période 2023-2024



Source : SNDS

Carte 18. Proportion des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), par région de domicile, 2024



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

Mortalité

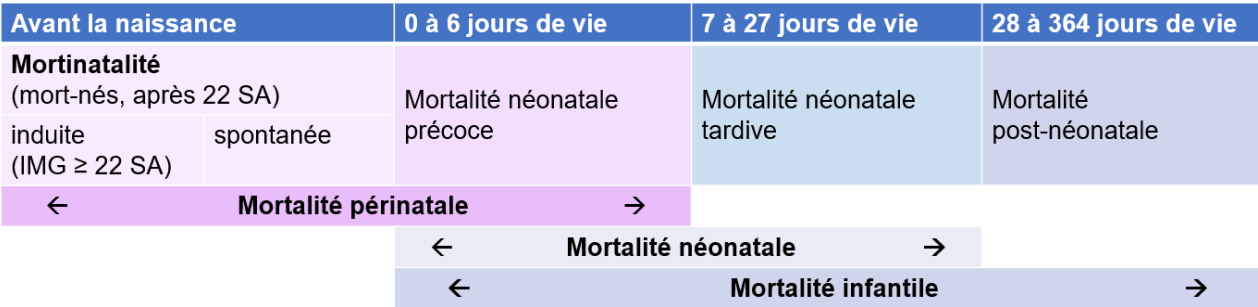
Tableau 6. Indicateurs de mortalité - Corse

Indicateurs	Source	Corse	France	p-value
Mortinatalité (enfants mort-nés, après 22SA) ¹				
nombre de mort-nés	SNDS (2020-2024)	104	31 361	
taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2020-2024)	7,9	8,8	
mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2020-2024)	3,6	3,5	
mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2020-2024)	4,3	5,4	
Mortalité périnatale (décès enfant entre 22SA et 6 jours) ¹				
nombre de décès	SNDS (2020-2024)	121	38 139	
taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2020-2024)	9,2	10,8	
Mortalité infantile (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
nombre de décès	état civil (2020-2024)	39	13 541	
taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	état civil (2020-2024)	2,97	3,83	
Mortalité néonatale précoce (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
nombre de décès	état civil (2020-2024)	20	6 746	
taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	état civil (2020-2024)	1,52	1,91	
Mortalité néonatale tardive (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
nombre de décès	état civil (2020-2024)	13	3 122	
taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	état civil (2020-2024)	0,99	0,88	
Mortalité post-néonatale (décès enfant entre 28 j et 1 an)				
nombre de décès	état civil (2020-2024)	6	3 673	
taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	état civil (2020-2024)	0,46	1,04	

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

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

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



Mortalité maternelle

Étant donné les très faibles effectifs pour la Corse (< 5 sur la période 2013-2018), il n'a pas été possible de fournir des données sur le taux de mortalité maternelle en Corse.

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

Mortinatalité

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

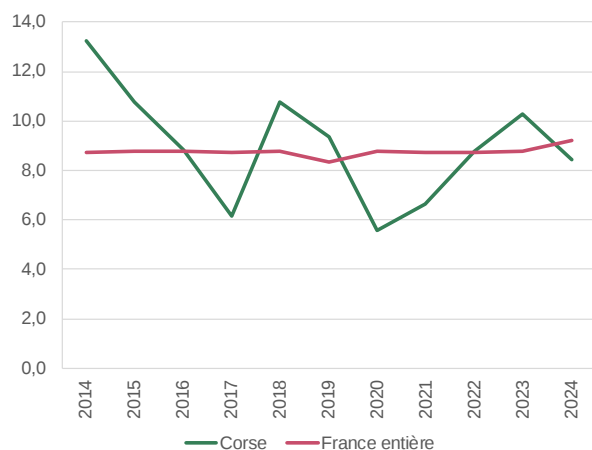
En France, environ 60 % de la mortinatalité était spontanée et 40 % était induite (données SNDS 2012-2024).

En Corse, 104 enfants mort-nés (nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 gr) ont été recensés sur la période 2020-2024, soit un taux de mortinatalité de 7,9 pour 1 000 naissances, tendant à être inférieur à celui enregistré en France (8,8 ‰) (tableau 6).

Sur la période 2014-2024, le taux régional fluctuait autour de la valeur nationale (figure 19). À l'échelle nationale, une hausse était observée en 2024 (9,2 ‰). Cette hausse faisait suite à une période de 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].

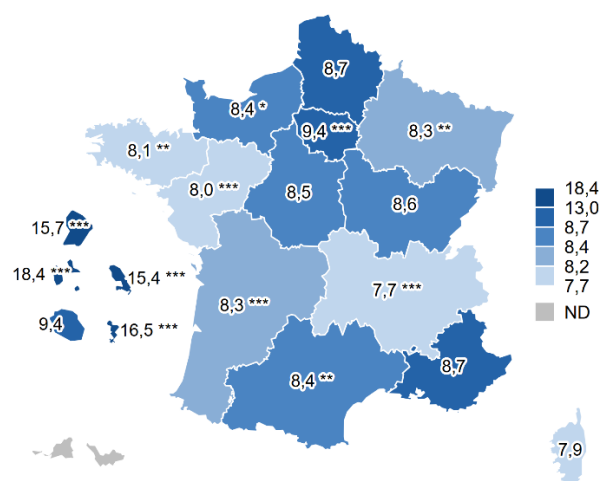
Sur 2020-2024, le taux en Corse tendait à être un des plus faibles en France (carte 19). Il était plus élevé de deux points en Corse-du-Sud (9,0 ‰) qu'en Haute-Corse (6,9 ‰).

Figure 19. Évolution du taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Corse, période 2014- 2024



Source : SNDS

Carte 19. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2020-2024



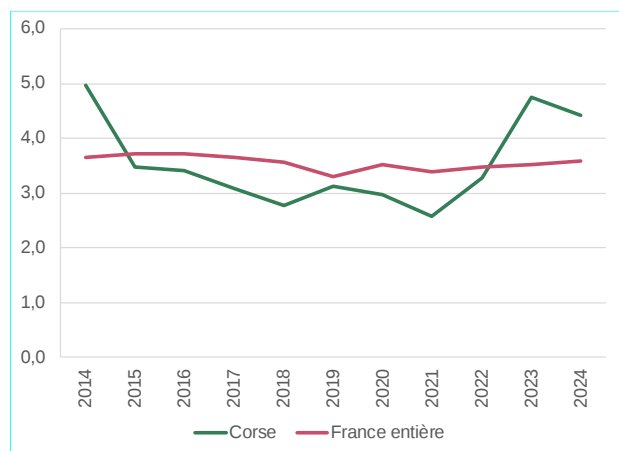
Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$; ND = non disponible

Mortinatalité induite

Sur 2020-2024, le taux de mortinatalité induite en Corse était équivalent au taux national (tableau 6) et peu différent des autres régions (carte 20). Il n'y avait pas non plus de différence entre les deux départements.

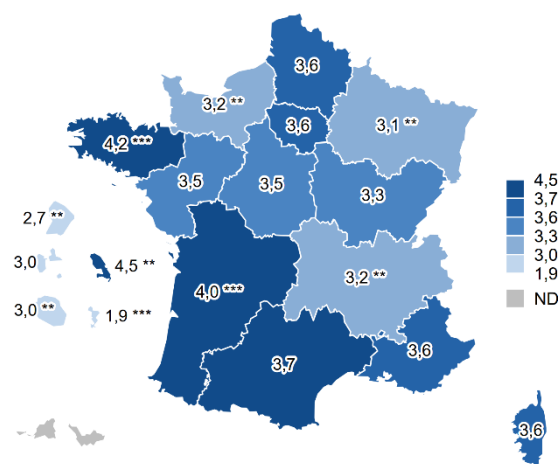
Ce taux semblait cependant supérieur au taux national sur les deux dernières années (figure 20), mais les faibles effectifs nécessitent de considérer ce résultat avec précaution.

Figure 20. Évolution du taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Corse, période 2014- 2024



Source : SNDS

Carte 20. Taux régional de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2020-2024



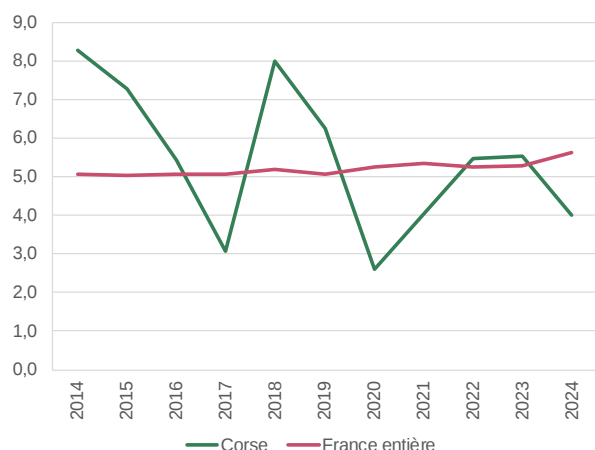
Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Mortinatalité spontanée

Sur la période 2020-2024, le taux de mortinatalité spontanée en Corse (4,3 ‰) tendait à être inférieur au taux national (5,4 ‰) (tableau 6). Entre 2014 et 2024, ce taux fluctuait néanmoins autour de la valeur nationale (figure 21).

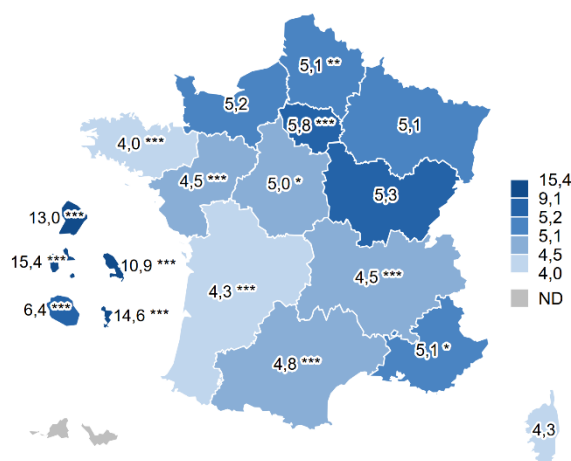
Entre 2020 et 2024, la Corse tendait à être l'une des régions avec le taux le plus faible (carte 21), avec un taux plus faible en Haute-Corse (3,5 ‰) qu'en Corse-du-Sud (5,3 ‰).

Figure 21. Évolution du taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Corse, période 2014- 2024



Source : SNDS

Carte 21. Taux régional de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2020-2024



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

Mortalité périnatale

La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

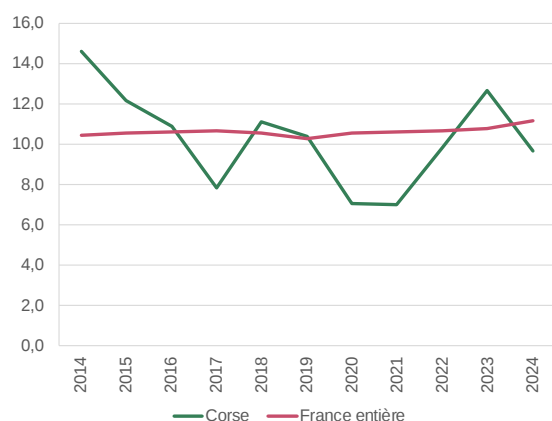
- la mortinatalité (cf. partie dédiée) : les enfants mort-nés (décès in utero à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou 500 gr), qui représentent 85 % des cas en France ;
- la mortalité néonatale précoce (cf. partie dédiée) : décès néonataux précoces (enfants nés vivants mais décédés dans les 7 premiers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

Sur la période 2020-2024, le taux de mortalité périnatale en Corse était de 9,2 décès pour 1 000 naissances (versus 10,8 pour 1 000 en France) (tableau 6). La Corse tendait à être la région avec le taux le plus faible (carte 22).

Sur la période 2020-2024, le taux retrouvé en Haute-Corse (8,8 ‰) tendait à être légèrement plus faible que celui de Corse-du-Sud (9,6 ‰).

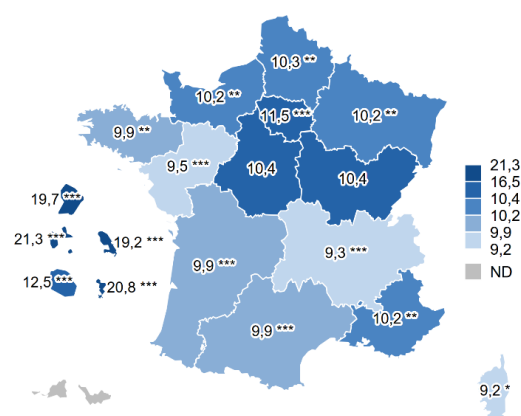
Depuis 2016, ce taux était globalement équivalent ou inférieur au niveau national, sauf en 2023 (figure 22).

Figure 22. Évolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), en France entière et en Corse, 2014- 2024



Source : SNDS

Carte 22. Taux régional de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2020-2024



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

Mortalité infantile

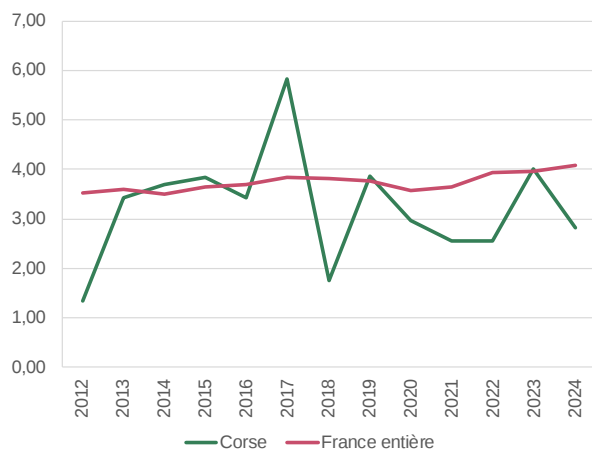
La mortalité infantile concerne les décès survenus entre 0 et 364 jours de vie.

Elle se décompose en trois périodes distinctes : entre 0 et 6 jours de vie (environ 50 % de décès), entre 7 et 27 jours de vie (environ 20 % des décès) et entre 28 et 364 jours de vie (environ 30 % des décès).

En Corse, sur 2020-2024, le taux de mortalité infantile était de 2,97 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus faible que celui observé en France (3,83 ‰) (tableau 6). La Corse tendait à être la région avec le taux le plus faible (carte 22). À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile était plus faible en Corse-du-Sud (2,04 ‰) qu'en Haute-Corse (3,85 ‰).

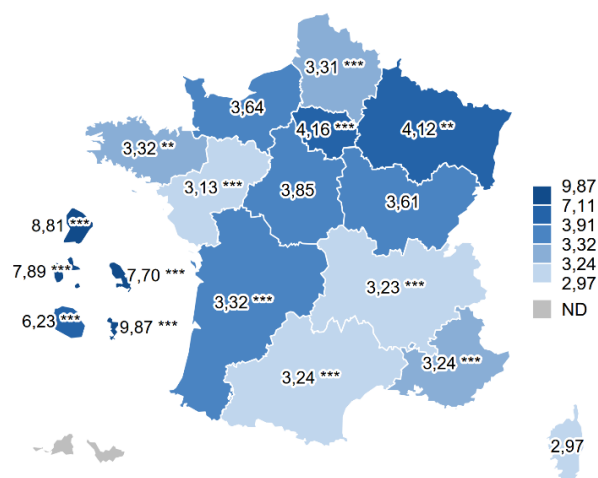
Sur la période 2012-2024, le taux de mortalité infantile en Corse était globalement équivalent ou inférieur à celui retrouvé au niveau national, sauf en 2017 (Figure 22figure 22). Le taux national présentait une hausse significative sur la période, de + 1 % chaque année entre 2014 et 2024) [1].

Figure 22. Évolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Corse, période 2012- 2024



Source : état civil

Carte 22. Taux régional de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2020-2024



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

Mortalité néonatale précoce

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

En Corse, sur 2020-2024, le taux de mortalité néonatale précoce était de 1,52 décès pour 1 000 naissances vivantes (tableau 6). La comparaison avec les autres régions (carte 23) semblait montrer que la Corse était l'une des régions avec le taux le plus faible, même si les faibles effectifs nécessitent de considérer ce résultat avec prudence.

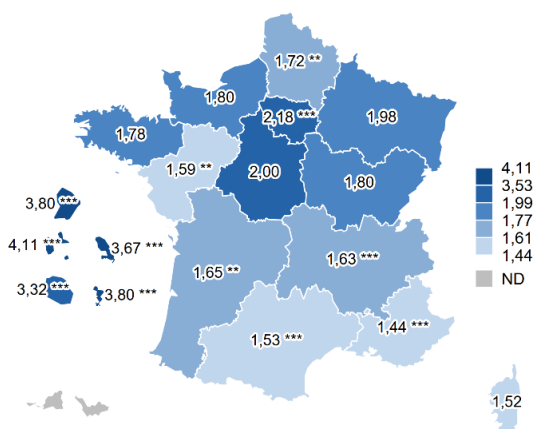
La mortalité néonatale précoce semblait globalement inférieure à celle du niveau national entre 2012 et 2024 (figure 23). Une tendance à la hausse pouvait être observée au niveau national (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [1].

Figure 23. Évolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Corse, période 2012- 2024



Source : état civil

Carte 23. Taux régional de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2020-2024



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

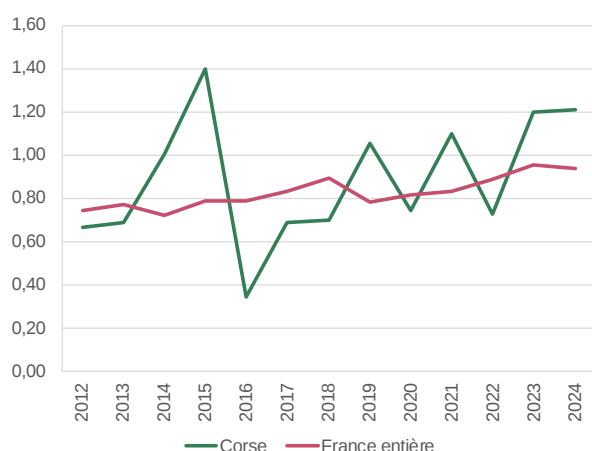
Mortalité néonatale tardive

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

En Corse, sur 2020-2024, le taux de mortalité néonatale tardive était de 0,99 décès pour 1 000 naissances vivantes (tableau 6). Ce taux semblait être un des taux régionaux les plus élevés, mais les faibles effectifs nécessitent de considérer ce résultat avec prudence (carte 24).

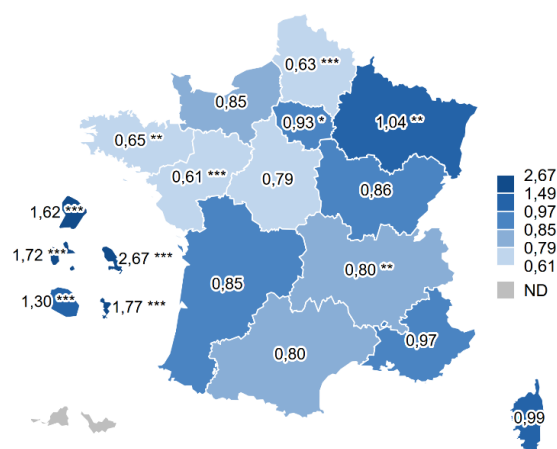
Le taux de mortalité néonatale tardive était assez fluctuant sur la période 2012-2024 (figure 24). Néanmoins, ces fluctuations restaient autour du niveau national. Celui-ci présentait une tendance à la hausse (+ 2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [1].

Figure 24. Évolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Corse, période 2012-2024



Source : état civil

Carte 24. Taux régional de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2020-2024



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

Mortalité post-néonatale

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

En Corse, le taux de mortalité post-néonatale était de 0,46 pour 1 000 naissances vivantes (tableau 6). Ce taux tendait à être le taux régional le plus faible (carte 25). Étant donné les faibles effectifs, ce résultat doit être interprété avec prudence.

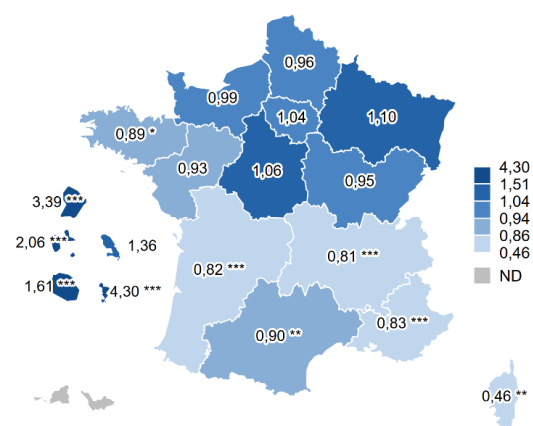
La mortalité post-néonatale semblait être globalement équivalente ou inférieure au niveau national sur l'ensemble de la période 2012-2024, hormis en 2017 (figure 25). Les très faibles effectifs nécessitent d'interpréter avec précaution ces résultats. Une tendance stable était observée en France entre 2014 et 2024 [1].

Figure 25. Évolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Corse, période 2012- 2024



Source : état civil

Carte 25. Taux régional de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2020-2024



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

Prévention et promotion de la santé périnatale

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

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



Le site 1000-premiers-jours.fr informe les (futurs) parents de l'impact de l'environnement physico-chimique et de l'environnement affectif et relationnel sur le développement de l'enfant et la santé tout au long de sa vie. Il propose des pistes d'actions concrètes pour agir en faveur de la santé des parents et de celle de leur enfant. Basé sur les recommandations institutionnelles nationales et internationales, il aborde avec une approche bienveillante, une grande variété de thèmes comme la santé mentale des parents, la sobriété d'exposition à des substances chimiques dans la vie quotidienne et la qualité des interactions précoces parent-bébé.

Observation et promotion des interactions parents-bébé de qualité

Étude EVANE

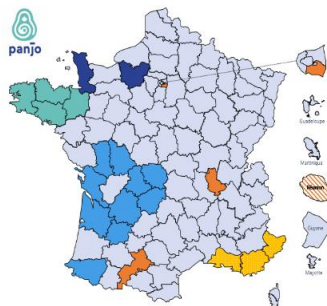


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression ressentie et sentiment de compétence parental) et certaines pratiques parentales (lecture, petits jeux, activités etc.). 5 235 pères et 5 050 mères d'enfants de 0-2 ans vivant en France hexagonale ont participé. Des synthèses thématiques de résultats seront diffusées d'ici fin 2026, début 2027.

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

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

Panjo : l'intervention de prévention précoce à domicile



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

Depuis 2022, les PMI de 23 départements dans 8 régions se sont impliquées dans le déploiement de PANJO.

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

Promotion des comportements favorables à la santé

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

La vaccination



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

Calendrier vaccinal des femmes enceintes



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

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

Aide à distance



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

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



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

Dépliants Grossesse sans tabac et sans alcool



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

Nutrition et promotion de l'activité physique

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



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

N'hésitez pas à le commander.

Le Guide de l'allaitement maternel



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

N'hésitez pas à le commander.

MANGER BOUGER

mangerbouger.fr est le site de référence institutionnel sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité. Le site, qui répond aux enjeux du Programme national nutrition santé, met à disposition des conseils et services en ligne qui aident à aller pas à pas vers une alimentation équilibrée et un mode de vie actif, tout en se faisant plaisir. Son service phare : La Fabrique à menus. Femmes enceintes et parents de jeunes enfants peuvent générer en un clic des menus hebdomadaires équilibrés, de saison et personnalisés.

Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

QuestionSexualité

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

Promouvoir la santé périnatale des personnes migrantes

Les livrets de santé bilingues



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



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

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

Les projets prévention de la région Corse

FEES



Le projet « FEES – femmes enceintes, environnement et santé » est un projet de prévention en santé environnementale et périnatalité visant à former les professionnels de santé et sensibiliser les futurs et jeunes parents aux expositions domestiques aux polluants. Il est porté par l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (Appa) et certaines unions régionales de la Mutualité française. Cette sensibilisation a pour but de créer un environnement favorable à la santé de la femme enceinte et du nourrisson, afin de réduire l'exposition aux polluants des futurs et jeunes parents et les risques sanitaires associés (perturbations endocriniennes, cancers, asthme et allergies, etc). Il s'inscrit dans le cadre du PRSE 4 de Corse dans la fiche action 3.4 de l'axe 3 : sensibiliser les femmes enceintes aux risques santé – environnement et faire évoluer leur pratique et leur comportement.

Le Réseau périnatalité Méditerranée a organisé l'intervention de l'Appa pour la région Corse, qui a dispensé deux sessions de formations en 2025 (1 sur Ajaccio, 1 sur Bastia). Depuis le début du projet et jusqu'à fin 2025, 77 professionnels ont été formés en Corse.

Organisation de la journée régionale de psypérinatale en Corse

À l'initiative du Réseau périnatalité Méditerranée, une journée régionale de psychiatrie périnatale a été organisée en Corse le 26 juin 2026, en partenariat entre l'ARS Corse, la Collectivité de Corse et le Réseau périnatalité Méditerranée.

La journée visait à mieux appréhender les vulnérabilités psychiques autour de la naissance et à accompagner la parentalité, en cohérence avec la politique des 1 000 premiers jours et les orientations du plan régional de santé et du projet territorial de santé mentale en matière de santé mentale périnatale. Elle a contribué à fédérer les acteurs de terrain, valoriser les dynamiques déjà à l'œuvre et faire émerger des pistes de travail communes à l'échelle régionale. Le public cible a associé l'ensemble des professionnels de la périnatalité et de la santé mentale.

Méthodologie

Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

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

Quand cela a été possible (SNDS, état 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 l'ensemble des indicateurs (SNDS, état civil, CépiDC), la déclinaison territoriale est réalisée selon le domicile de la femme ou de l'enfant.

Sources de données

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

Analyses statistiques

Comparaisons entre territoires

Pour identifier d'éventuelles différences significatives entre un territoire spécifique et le reste de la France, des tests statistiques adaptés ont été appliqués avec des tests du χ^2 pour comparer les proportions ou les distributions catégorielles.

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

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

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

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

Gestion des petits effectifs

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

Références

- [1] Santé publique France. Surveillance de la Santé Périnatale. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 62 pages, 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'État

C2S : complémentaire santé solidaire

CépiDc : centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CMV : cytomégalo virus

CNAF : Caisse nationale des allocations familiales

Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNCDN : Centre national de coordination du dépistage néonatal

DIM : département de l'information médicale

DROM : département et région d'outre-mer

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

ENCMM : enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles

ENP : enquête nationale périnatale

FEES : femmes enceintes environnement et santé

FFRSP : fédération française des réseaux de santé périnatale

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de santé publique

HPP : hémorragie post-partum

HTA : hypertension artérielle

IHAB : initiative hôpital ami des bébés

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : infection sexuellement transmissible

MIN : mort inattendue du nourrisson

MCAD : *Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase*

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PANJO : promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents

PMI : protection maternelle et infantile

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

RSEV : réseaux de suivi d'enfant vulnérables

SA : semaine d'aménorrhée

SNDS : système national des données de santé

SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

VBNI : voie basse non instrumentale

Remerciements

Santé publique France tient à remercier

- Nathalie LELONG et Camille LE RAY (Inserm, équipe Oppale)
- Émilie MARRER (Réseau Périnatal Lorrain) et Hélène TILLAUT (Réseau périnatalité Bretagne) pour le GT indicateurs de la FFRSP

Tous quatre ont contribué à sélectionner les indicateurs à diffuser dans ce bulletin.

Équipe de rédaction

Auteurs : Guillaume HEUZE, Dr Céline CASERIO-SCHÖNEMANN

Fourniture des données & conception de la maquette :

- Élodie 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 SEMPE (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 RIVIERE, Emmanuelle VAISSIERE, 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 Corse. Saint-Maurice : Santé publique France, 33 pages, 8 juillet 2026

Directrice de publication : Aude DE VIVIES

Date de publication : 8 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr