



Bulletin

Santé périnatale et petite enfance

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION HAUTS-DE-FRANCE

Surveillance de la santé périnatale

Édito

La santé périnatale constitue un enjeu prioritaire de santé publique en raison de son impact durable sur la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi des disparités sociales et territoriales qu'elle met en évidence. La surveillance de la santé périnatale s'inscrit pleinement dans l'un des axes stratégiques de Santé publique France, visant à faire progresser les connaissances afin de mieux cibler sur le territoire l'investissement dans des interventions dont l'efficacité a été démontrée. La mise à disposition, pour la première fois, d'indicateurs de périnatalité décrivant l'état de santé de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né, de la grossesse au post-partum aux échelles régionale et départementale, à partir de différentes sources de données (SNDS, ENP, état civil...) permet d'enrichir les connaissances au niveau local, de mieux appréhender les disparités territoriales et d'identifier les enjeux spécifiques à chaque territoire.

En Hauts-de-France, les indicateurs de santé périnatale restent moins favorables que la moyenne nationale, reflétant des déterminants sociaux et sanitaires plus défavorables dans la région. Celle-ci présente notamment des niveaux plus élevés de précarité et de facteurs de risque maternels susceptibles d'influencer le déroulement de la grossesse et la santé des nouveau-nés. Cependant, les femmes de la région déclarent moins souvent un mauvais vécu de leur grossesse que celles du niveau national, ce qui constitue un signal encourageant quant à la qualité du suivi proposé.

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

Hélène Prouvost

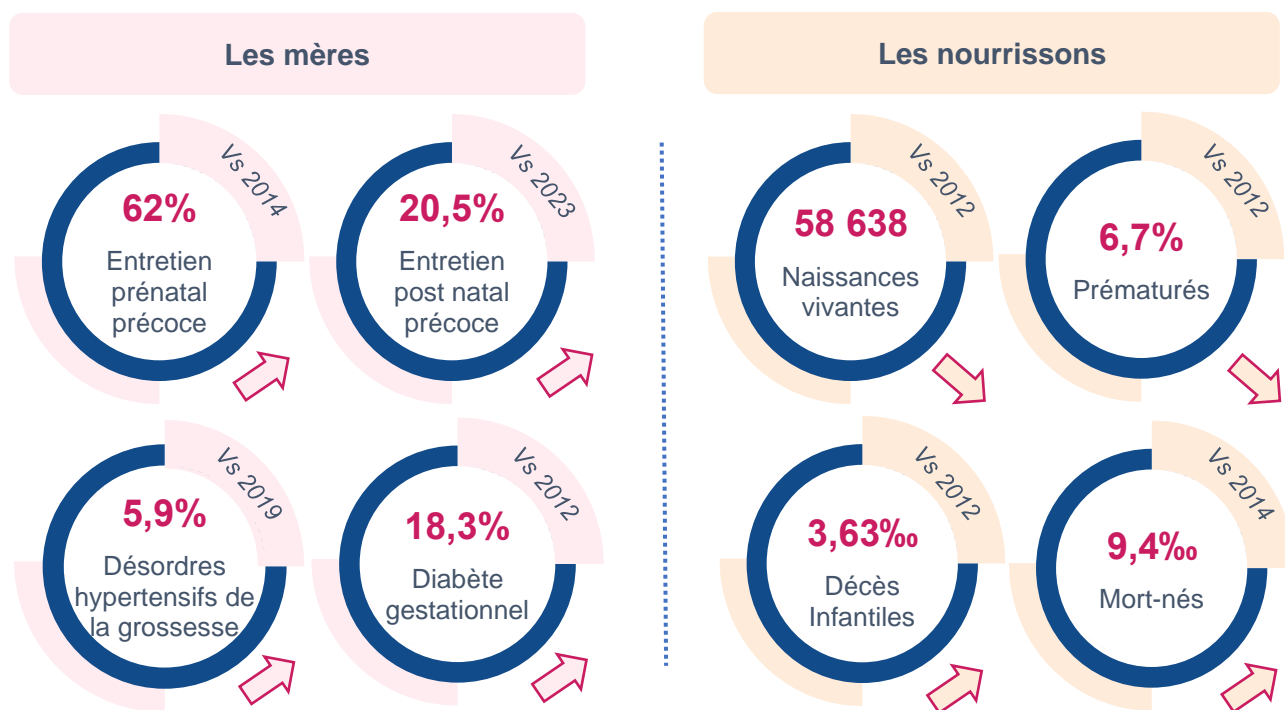
Déléguée régionale Haut-de-France

SOMMAIRE

Édito	1
8 chiffres-clés en Hauts-de-France	2
Autres points-clés en Hauts-de-France	2
Caractéristiques socio-démographiques	3
Facteurs de risque et comportementaux	6
Grossesse et accouchement	10
Naissances vivantes	21
Post-partum	23
Mortalité	29
Prévention et promotion de la santé périnatale	38
Méthodologie	42

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, de réutiliser et d'analyser librement ces informations. Les sources de données et les analyses statistiques sont décrites à la fin de ce document.

8 chiffres-clés en Hauts-de-France en 2024



Autres points-clés en Hauts-de-France

- La part des femmes de 35 ans ou plus à l'accouchement a progressé et atteint 21,1 % en 2024. À l'inverse, les grossesses « adolescentes » (< 20 ans) ont reculé (2,6 % en 2024).
- Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) étaient en légère augmentation et représentaient en 2024, 1,1 % des femmes ayant accouché en Hauts-de-France. Tandis que les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) demeurent globalement stables et représentaient en 2024, 20,3 % des femmes ayant accouché dans la région.
- La prévalence des femmes en situation de surpoids avant la grossesse (41,3 % en 2021) et du diabète préexistant (0,9 % en 2024) est en hausse dans la région, comme en France entière.
- Les parts de fumeuses un an avant leur grossesse (32,9 %), au 3^e trimestre de grossesse (17,1 %) et à 2 mois du post-partum (18,8 %) sont plus élevées dans les Hauts-de-France que celles observées en France entière en 2021.
- En 2021, 66,2 % des femmes ont tenté d'allaiter leur bébé, 57,3 % ont pu mettre en place un allaitement mixte ou exclusif en maternité et, à 2 mois, 38,2 % des enfants avaient un allaitement mixte ou exclusif dans la région, inférieures aux valeurs observées en France entière.
- Seuls 82,7 % des nourrissons couchés le sont systématiquement sur le dos deux mois après la naissance et 11,7 % sont principalement couchés dans le lit des parents (pratique à risque).
- Le taux de mortalité maternelle atteint 10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2024, soit un taux régional proche de celui observé en France (11,1 décès pour 100 000)

Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques – Hauts-de-France

Indicateurs	Source	Hauts-de-France	France	p-value
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	58 638	659 731	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	9,8	9,6	***
Caractéristiques démographiques des mères				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	2,6	1,8	***
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	21,1	25,8	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	52,6 [49,3 - 55,8]	58,0 [57,1 - 58,9]	***
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	14,7	26,2	***
Cadre de vie				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	90,6 [88,5 - 92,4]	90,6 [90,1 - 91,1]	
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	64,2 [61,1 - 67,3]	68,1 [67,3 - 68,9]	**
Bon sentiment d'aisance financière ¹ (%)	ENP (2021)	58,6 [55,4 - 61,8]	57,7 [56,8 - 58,6]	
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	21,3	17,4	***
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	1,1	2,5	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	20,3	14,9	***

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

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

Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, près de 59 000 naissances ont été enregistrées en 2024 en Hauts-de-France, soit un taux de natalité de 9,8 naissances pour 1 000 habitants (9,8 ‰). Ce taux était significativement supérieur au taux de natalité en France (9,6 ‰) et suivait la même évolution à la baisse. Sur la période de 2012 à 2024, le taux de natalité régional est passé de 13,4 ‰ à 9,8 ‰, soit environ 21 000 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 (**Figure 1**).

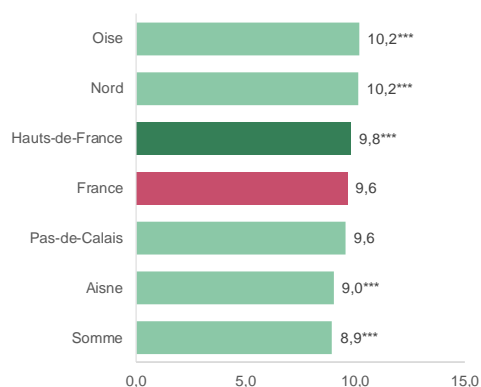
Au niveau départemental, en 2024, les taux de natalité variaient entre 8,9 ‰ dans la Somme et 10,2 ‰ dans les départements du Nord et de l'Oise (**Figure 2**).

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



Source : Etat civil

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



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

Caractéristiques démographiques

Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), un peu plus d'une femme sur cinq ayant accouché en 2024 en Hauts-de-France (21,1 %) étaient âgées de 35 ans ou plus. Cette proportion est inférieure au niveau national, mais est en constante progression depuis 2012 (**Figure 3**).

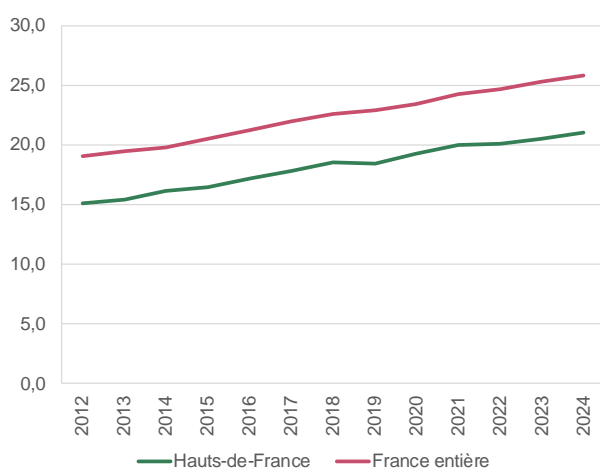
Au niveau départemental, la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus variait entre 17,3 % dans le Pas-de-Calais et 25,4 % dans l'Oise (**Figure 4**).

Sur la même période (2012-2024), la part des femmes âgées de moins de 20 ans était en diminution, passant de 4 % à 2,6 % (**Tableau 1**).

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

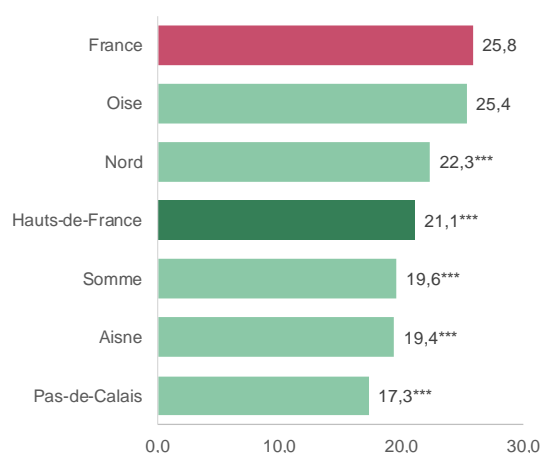
Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

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



Source : SNDS

Figure 4. Part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



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

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), 52,6 % des femmes ayant accouché en Hauts-de-France avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national) (**Tableau 1**). Cette proportion augmente légèrement par rapport aux précédentes éditions de l'ENP.

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 14,7 % des femmes accouchant en Hauts-de-France étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (**Tableau 1**). En 2018, elles étaient 12,7 %.

Cadre de vie

D'après les données de la dernière ENP de 2021, la situation conjugale des femmes ayant accouché en Hauts-de-France n'était pas différente de celle observée au niveau national.

Une large majorité d'entre elles, 90,6 %, se déclarait en couple, dans le même logement (France = 90,6 %, **Tableau 1**). Cette proportion a légèrement augmenté par rapport à la précédente enquête de 2016 (89,1 %). En revanche, l'exercice d'un emploi des femmes durant la grossesse était moins fréquent en Hauts-de-France qu'au niveau national : 64,2 % d'entre elles déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse contre 68,1 % au niveau national.

En 2021, le sentiment d'aisance financière des mères en Hauts-de-France (58,6 %) était comparable au niveau national (57,7 %).

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 Hauts-de-France, 21,3 % des femmes ayant accouché étaient en situation de faibles revenus, bénéficiaires soit de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite, soit de l'Aide médicale de l'État (AME). Cette proportion était de 20,1 % en 2014 et reste chaque année supérieure au niveau national, y compris en 2024 (France = 17,4 %) (**Figure 5**).

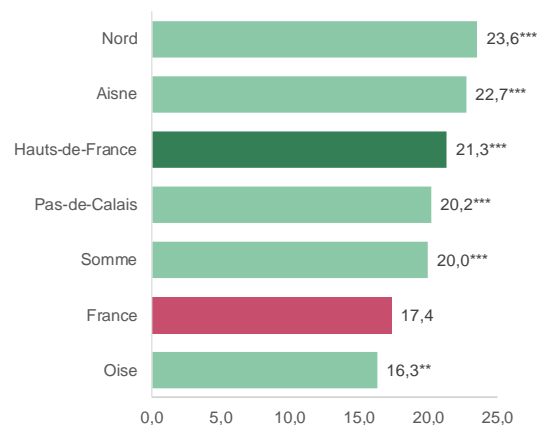
En 2024, elle variait de 16,3 % dans l'Oise à 23,6 % dans le Nord (**Figure 6**).

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



Source : SNDS

Figure 6. Part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



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

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

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

Concernant l'AME, 1,1 % des femmes qui accouchaient en Hauts-de-France étaient en situation irrégulière sur le territoire français et en étaient bénéficiaires en 2024 (2,5 % au niveau national). La part des femmes bénéficiaires de l'AME en Hauts-de-France a augmenté ces dernières années, elle était de 0,6 % en 2014 (**Tableau 1**).

Concernant la C2S gratuite (ex CMU-C), la proportion de femmes bénéficiaires en Hauts-de-France était de 20,3 % en 2024, significativement supérieure au niveau national (14,9 %) et globalement stable ces dernières années (19,5 % en 2014). A noter que le plafond maximal de ressources annuelles pour bénéficier de la C2S a également augmenté sur la même période, passant de 8 645 € pour une personne seule en 2014 à 10 166 € pour une personne seule en 2024 (**Tableau 1**).

Facteurs de risque et comportementaux

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux – Hauts-de-France

Indicateurs	Source	Hauts-de-France	France	p-value
Traitement de l'infertilité				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	6,4 [4,9 - 8,1]	6,5 [6,0 - 6,9]	
Facteur de risque				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	41,3 [38,1 - 44,5]	37,9 [37,0 - 38,7]	**
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	0,92	0,92	
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	2,11	1,63	***
Tabagisme				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	32,9 [29,9 - 36,0]	26,8 [26,0 - 27,6]	***
Fumeuses au 3 ^e trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	17,1 [14,8 - 19,7]	11,8 [11,3 - 12,4]	***
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	18,8 [15,3 - 22,7]	15,1 [14,2 - 16,0]	**

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

Traitement de l'infertilité

Selon les données de l'ENP 2021, 6,4 % des femmes venant d'accoucher en Hauts-de-France déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), taux proche de celui observé en France entière (6,5 %) (**Tableau 2**).

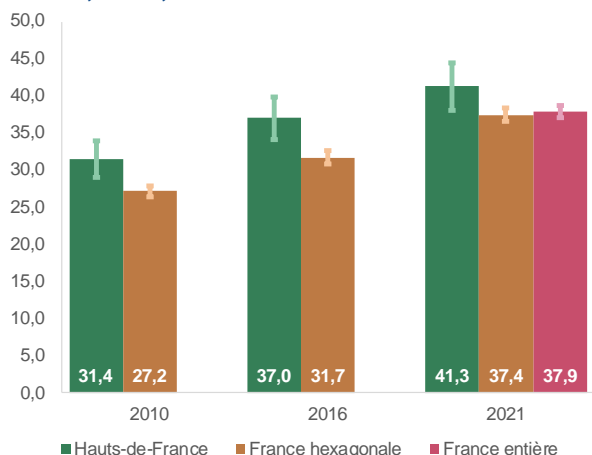
Facteurs de risque

Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse a augmenté en Hauts-de-France, passant de 31,4 % à 41,3 %. Cette prévalence est le reflet de la situation régionale vis-à-vis de la corpulence avec un peu plus de la moitié des habitants de la région en surcharge pondérale (53 %) et près d'un cinquième en situation d'obésité (19 %) selon les données du Baromètre Santé 2021 [1]. La même tendance était observée en France hexagonale mais avec des prévalences moindres (**Figure 7, Carte 1**).

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

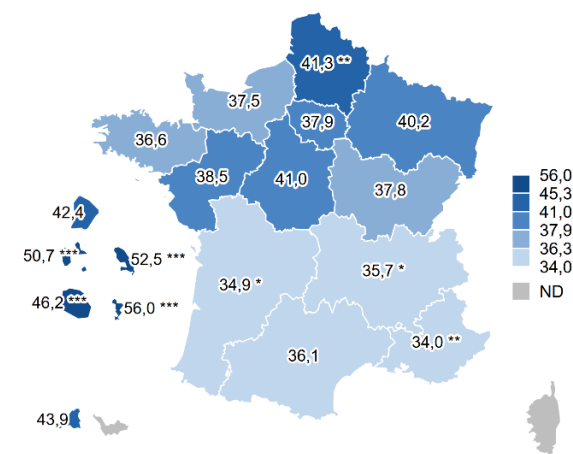
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour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



Source : ENP

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



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

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a augmenté de plus de 90 % en 12 ans en Hauts-de-France, passant de 0,48 % en 2012 à 0,92 % en 2024, avec une accélération marquée depuis 2021 (**Figure 8**). Cette même tendance était observée en France entière (0,92 % en 2024), avec une hausse accélérée depuis 2020.

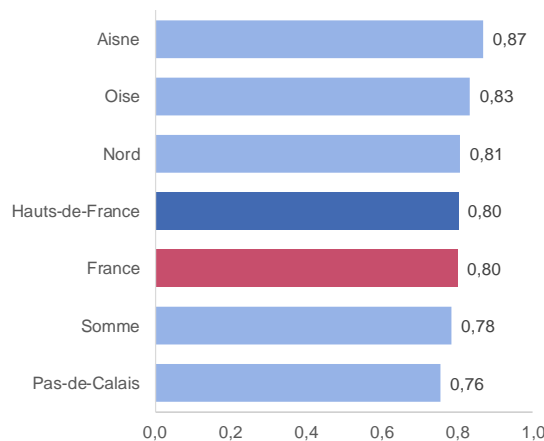
Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 0,76 % dans le Pas-de-Calais et 0,87 % dans l'Aisne, sans différence significative par rapport à la France (**Figure 9**).

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



Source : SNDS

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

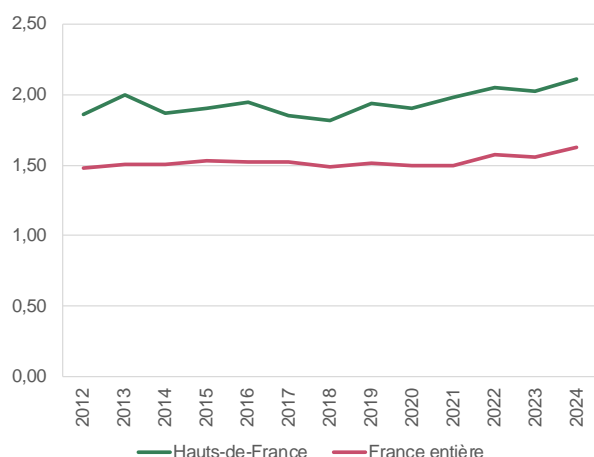


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ;

Après plusieurs années de stabilité, la prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique a légèrement progressé à partir de 2020 (de 1,86 % à 2,11 % en 2024). En 2024, la prévalence était significativement plus élevée en Hauts-de-France qu'en France entière (1,63 %) (**Figure 10**).

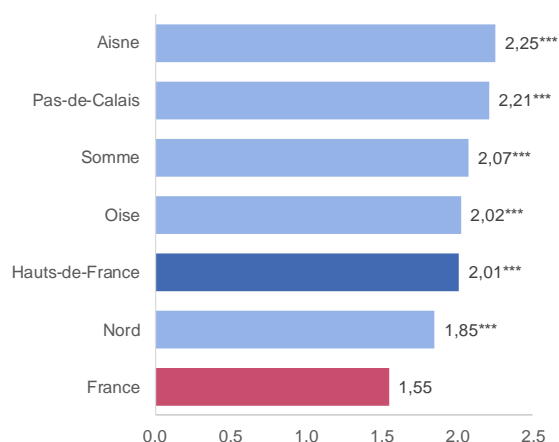
Au niveau départemental sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 1,85 % dans le Nord à 2,25 % dans l'Aisne (**Figure 11**).

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



Source : SNDS

Figure 11. Part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



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

Tabagisme

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

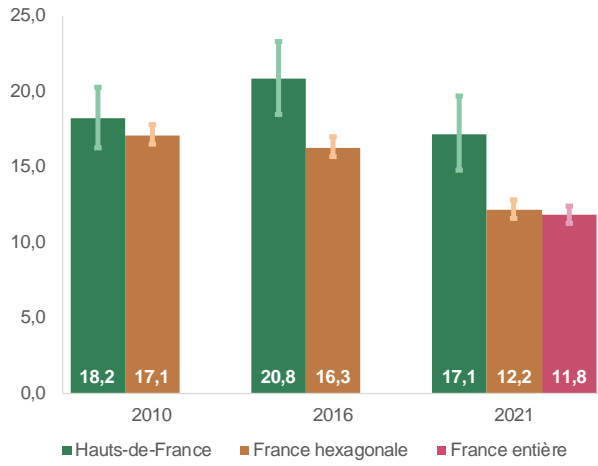
La consommation de tabac durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité materno-fœtale

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

En 2021, 32,9 % des femmes déclaraient fumer un an avant leur grossesse en Hauts-de-France (versus 26,8 % en France entière) (**Tableau 2**). Cette proportion diminuait au 3^e trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 17,1 % (versus 11,8 % en France entière), pour remonter légèrement à 2 mois du post-partum (18,8 % versus 15,1 % en France entière). Les parts des fumeuses un an avant leur grossesse, au 3^e trimestre de grossesse (**Carte 2**) et à 2 mois du post-partum étaient significativement plus élevées que celles observées en France entière.

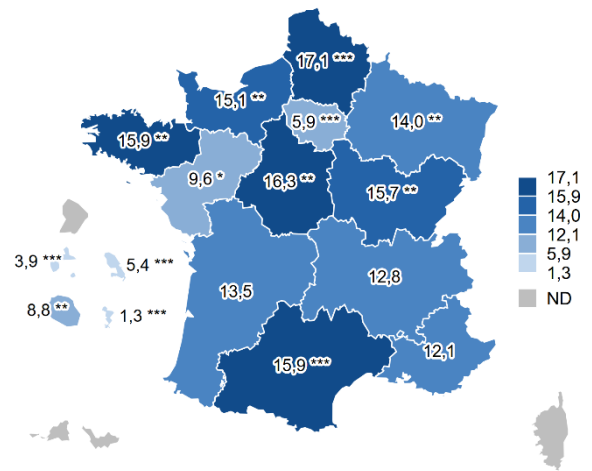
Entre 2010 et 2016, la part des fumeuses au 3^e trimestre de grossesse a augmenté dans la région Hauts-de-France (passant de 18,2 % à 20,8 %), puis à diminuer en 2021 à 17,1 % (**Figure 12**). On peut espérer que cette baisse se poursuive, car selon les données du Baromètre de Santé Publique France de 2024 [2], seules 14,4 % des femmes âgées de 18 à 29 ans déclaraient fumer quotidiennement.

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



Source : ENP

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



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

Grossesse et accouchement

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement – Hauts-de-France

Indicateurs	Source	Hauts-de-France	France	p-value
Suivi de la grossesse				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	70,7 [65,9 - 75,1]	79,5 [78,3 - 80,6]	***
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	26,4 [22,7 - 30,3]	34,4 [33,3 - 35,6]	***
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	62,0	62,1	
Prévention				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	22,6 [19,9 - 25,5]	27,2 [26,4 - 28,1]	***
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalo virus (CMV) (%)	ENP (2021)	8,1 [6,5 - 10,1]	15,7 [15,1 - 16,4]	***
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	73,0 [70,0 - 75,8]	56,4 [55,6 - 57,3]	***
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	35,1 [32,0 - 38,2]	29,0 [28,2 - 29,8]	***
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	62,5 [56,7 - 68,0]	66,7 [65,5 - 68,0]	*
Pathologies de la grossesse				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	65,7 [62,6 - 68,7]	64,1 [63,2 - 64,9]	
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	88,0	89,5	***
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	18,3	15,0	***
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	5,9	5,5	***
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	2,1	2,2	
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	2,4	2,5	*
Santé mentale				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée ¹ (%)	ENP (2021)	16,8 [14,5 - 19,4]	17,1 [16,5 - 17,8]	
Mauvais vécu de la grossesse ² (%)	ENP (2021)	10,7 [8,8 - 12,9]	12,5 [11,9 - 13,1]	*
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	30,1 [27,1 - 33,1]	31,9 [31,1 - 32,8]	
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	4,9 [3,6 - 6,5]	8,8 [8,3 - 9,3]	***
Lieu d'accouchement				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	17,2	16,1	***
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	27,8	28,4	***
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	22,0	24,3	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	33,1	31,2	***
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	23,5	19,2	***
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	4,5 [3,3 - 6,1]	7,7 [7,2 - 8,2]	***
Mode d'accouchement				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	21,7	22,0	**
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	6,8	7,0	**
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	78,3	78,0	**
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	67,0	66,9	
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	2,5	2,8	***
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	5,1	5,5	**
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	1,0	1,1	
Complications				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	7,9	7,3	***
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	0,74	0,92	***
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	1,45	1,36	*

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

² Vécu psychologique pendant la grossesse = "assez mal" ou "mal"

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

Suivi de la grossesse

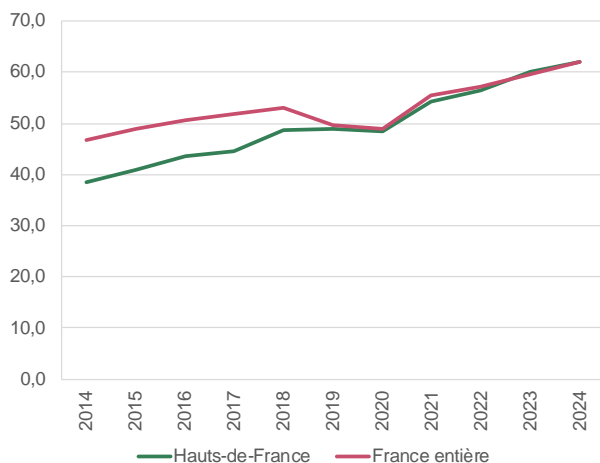
Un suivi de grossesse régulier et de qualité, incluant des temps dédiés comme l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et la préparation à la naissance, est un levier clé pour réduire les risques maternels et néonataux.

En 2024, selon les données du SNDS, 62,0 % des femmes ayant accouché en Hauts-de-France ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP) plaçant la région à un niveau proche du taux national (62,1 %). La réalisation de l'EPP a pratiquement augmenté de 25 points depuis 2014 (38,5 %), avec un rattrapage du niveau national dès 2019 (**Figure 13**).

Mais ce niveau régional est surtout porté par le département du Nord, le seul à présenter un taux supérieur au niveau national. L'écart entre les départements était assez important, variant de 53,4 % dans l'Aisne à 69,1 % dans le Nord. (**Figure 14**).

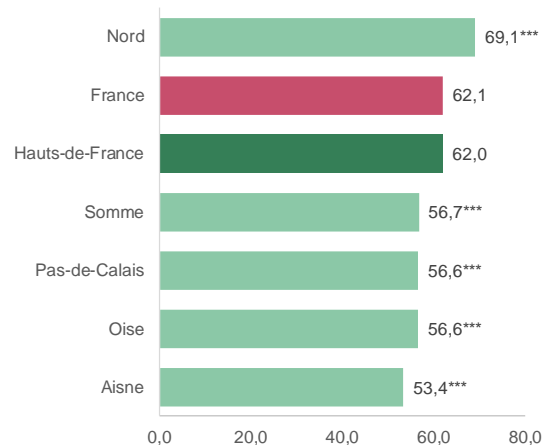
Il est à noter l'écart important entre les données autodéclarées dans l'ENP 2021, puisque 37,2 % des femmes ayant accouché en Hauts-de-France déclaraient avoir bénéficié d'un EPP (données non présentées), versus 54,2 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'EPP par les femmes, qui ne l'identifient pas comme une consultation spécifique parmi leurs suivis prénataux, 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 %), France entière et Hauts-de-France, période 2014-2024



Source : SNDS

Figure 14. Part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



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

En 2021, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 70,7 % des cas contre 26,4 % parmi les multipares. Les cours de préparation étaient moins suivis en Hauts-de-France qu'au niveau national où ces proportions atteignaient respectivement 79,5 % et 34,4 % (**Tableau 3**).

Prévention

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

En 2021, 22,6 % des femmes en Hauts-de-France déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Si ce chiffre a progressé par rapport à 2016 (18,4 %), il demeurait faible au regard des recommandations actuelles, comme dans le reste de la France. Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle (**Tableau 3**).

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

En 2021, seulement 8,1 % des femmes en Hauts-de-France déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une proportion statistiquement plus faible que la moyenne nationale (15,7 %) (**Tableau 3**).

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

Au moment de l'ENP 2021, seules les vaccinations contre la coqueluche et la grippe étaient disponibles et recommandées. En 2021, en Hauts-de-France, la vaccination grippale était proposée à 73 % des femmes enceintes, mais seulement 35,1 % 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 : 62,5 %, ce qui témoigne d'une meilleure intégration de cette recommandation. La proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche en Hauts-de-France était légèrement plus faible qu'en France hexagonale (**Tableau 3**).

Pathologies de la grossesse

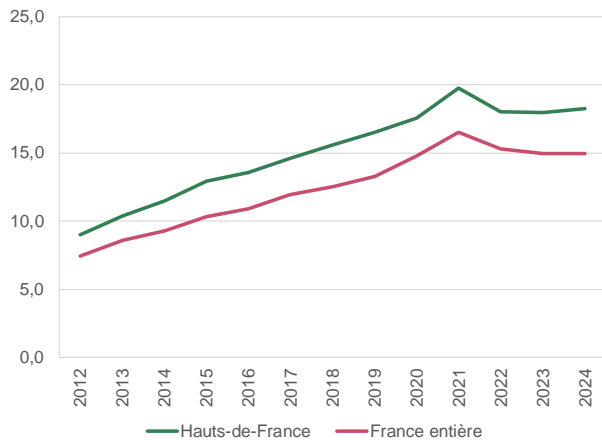
En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis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

En 2021, selon les données de l'ENP, 65,7 % des femmes ayant accouché en Hauts-de-France répondaient à ces critères de risque. Cependant, selon les données du SNDS, en 2024, près de 9 femmes sur 10 (88 %) 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 au cours du temps (87,1 % en 2012).

Entre 2012 et 2021, la prévalence du diabète gestationnel a fortement augmenté en Hauts-de-France, passant de 9 % à 19,7 %, avant de se stabiliser à partir de 2022 (**Figure 15**). Cette même évolution défavorable était observée dans le reste de la France.

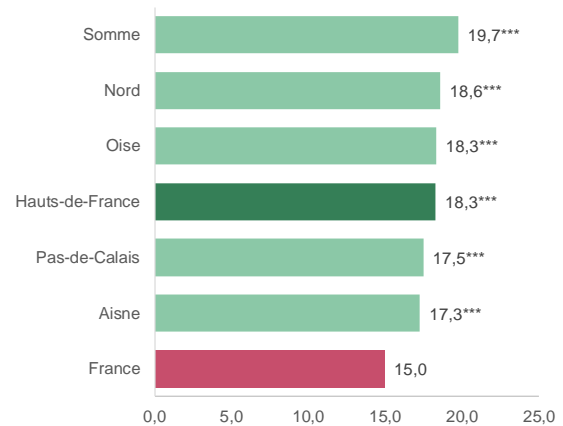
En 2024, la prévalence du diabète gestationnel en Hauts-de-France (18,3 %) était significativement plus élevée qu'au niveau national (15,0 %). Au niveau départemental, la prévalence du diabète gestationnel varie de 17,3 % dans l'Aisne à 19,7 % dans la Somme. (**Figure 16**).

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



Source : SNDS

Figure 16. Part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



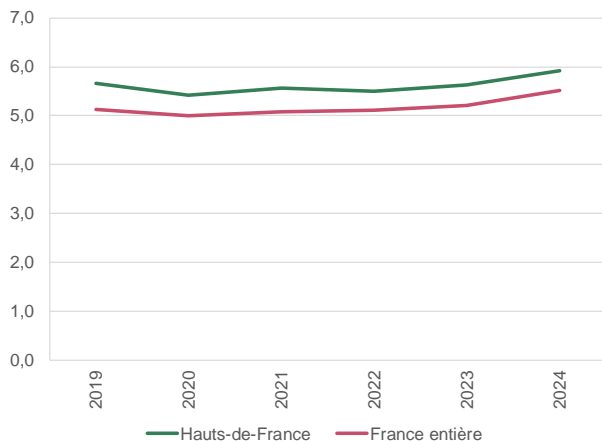
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

En 2024, 5,9 % des accouchements en Hauts-de-France étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), versus 5,7 % en 2019. Une évolution similaire était observable en France entière (**Figure 17**).

La prévalence de ces troubles est relativement homogène au niveau infrarégional en 2024. Le département de la Somme présente le taux le plus faible (5 %), inférieur à celui observé en France.

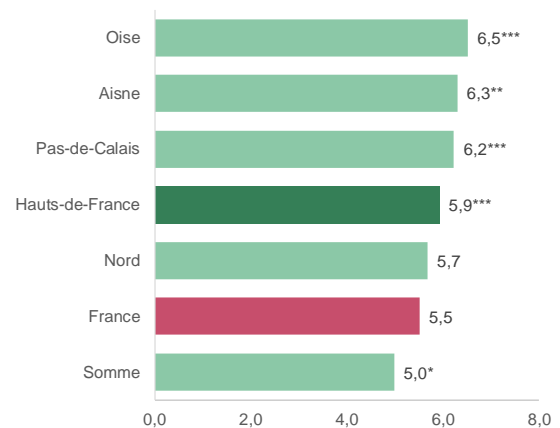
La part des accouchements en Hauts-de-France associée à un désordre hypertensif restait plus élevée que le niveau constaté en France (**Figure 18**).

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



Source : SNDS

Figure 18. Part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



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

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

En 2024, la part des femmes en Hauts-de-France présentant une HTA gestationnelle (2,1 %) rejoint le niveau national (2,2 %). Néanmoins, depuis 2022, on observe une progression, en France comme dans la région, de la part des femmes avec une HTA gestationnelle. Cette progression reste cependant moins marquée dans la région qu'au niveau national (**Figure 19**).

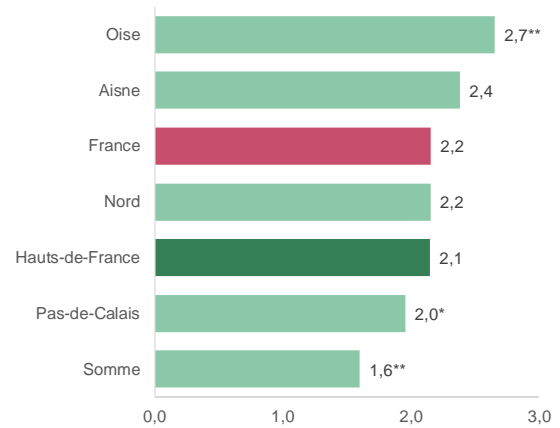
A l'échelle départementale, l'Oise présentait la prévalence d'une HTA gestationnelle la plus élevée (2,7 %) (**Figure 20**).

Figure 19. Evolution de la part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), France entière et Hauts-de-France, période 2019-2024



Source : SNDS

Figure 20. Part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024

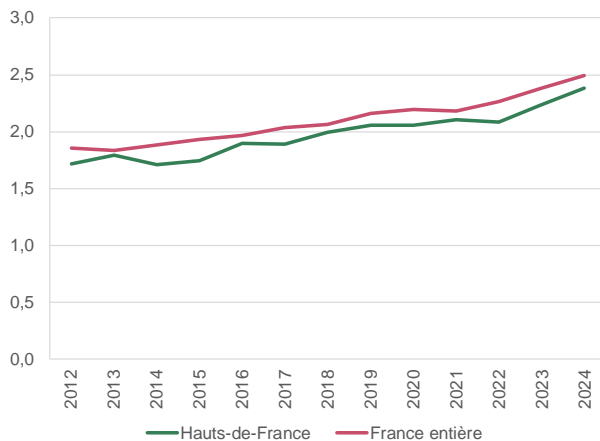


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

La prééclampsie, associée à une HTA et à une protéinurie après la 20^e semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter modérément entre 2012 (1,7 %) et 2024 (2,4 %) (**Figure 21**).

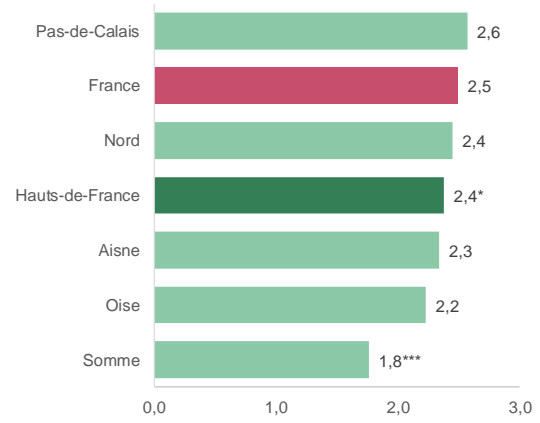
La région, et plus spécifiquement le département de la Somme, présentait une prévalence plus faible (respectivement 2,4 % et 1,8 %) que la prévalence nationale (2,5 %) (**Figure 22**).

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



Source : SNDS

Figure 22. Part des femmes avec prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière et en Hauts-de-France (région et départements), 2024



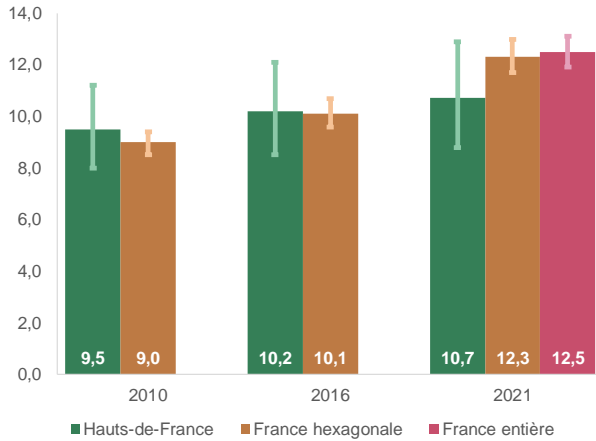
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Santé mentale

En 2021, 16,8 % des femmes en Hauts-de-France déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes, un résultat proche de celui de la France entière (17,1 %) (**Tableau 3**). Cette part évolue peu depuis 2010, où elle était de 15,1 % [13,3 - 17,1].

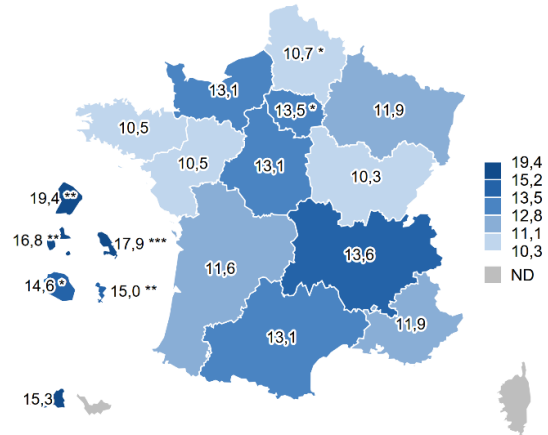
Toujours en 2021, 10,7 % des femmes en Hauts-de-France déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse, c'est moins qu'au niveau national. Depuis 2010, ce sentiment d'un mauvais vécu psychologique de la grossesse augmente légèrement en Hauts-de-France pour passer de 9,5 % en 2010 à 10,7 % en 2021 mais progresse moins vite qu'en France hexagonale (**Figure 23, Carte 3**).

Figure 23. Evolution de la part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Hauts-de-France, 2010, 2016 et 2021



Source : ENP

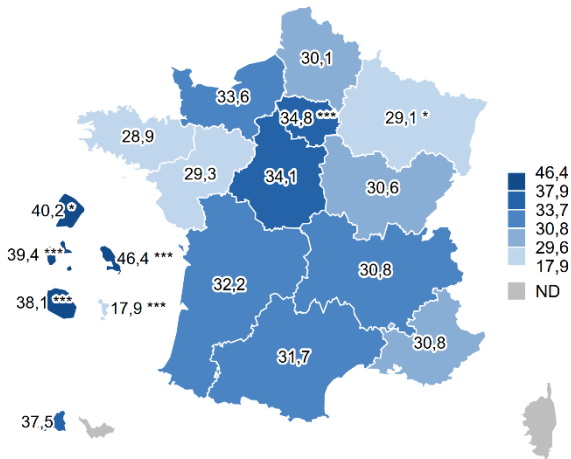
Carte 3. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

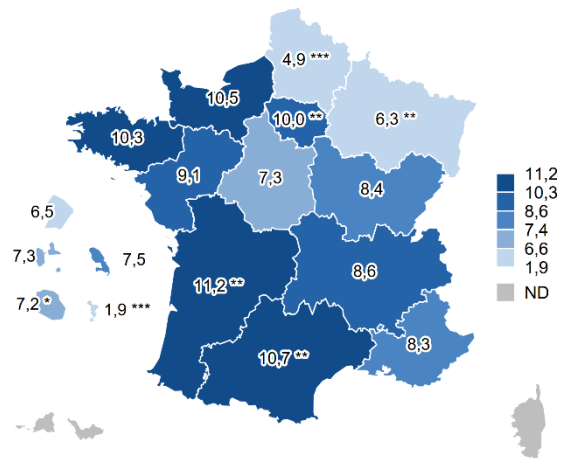
En 2021, près d'une femme sur trois en Hauts-de-France (30,1 %) déclarait un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse soit un résultat proche de celui en France entière (31,9 %) (**Carte 4**). En parallèle, 4,9 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques soit un recours beaucoup plus faible en comparaison de la France entière (8,8 %) (**Carte 5**).

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



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

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



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

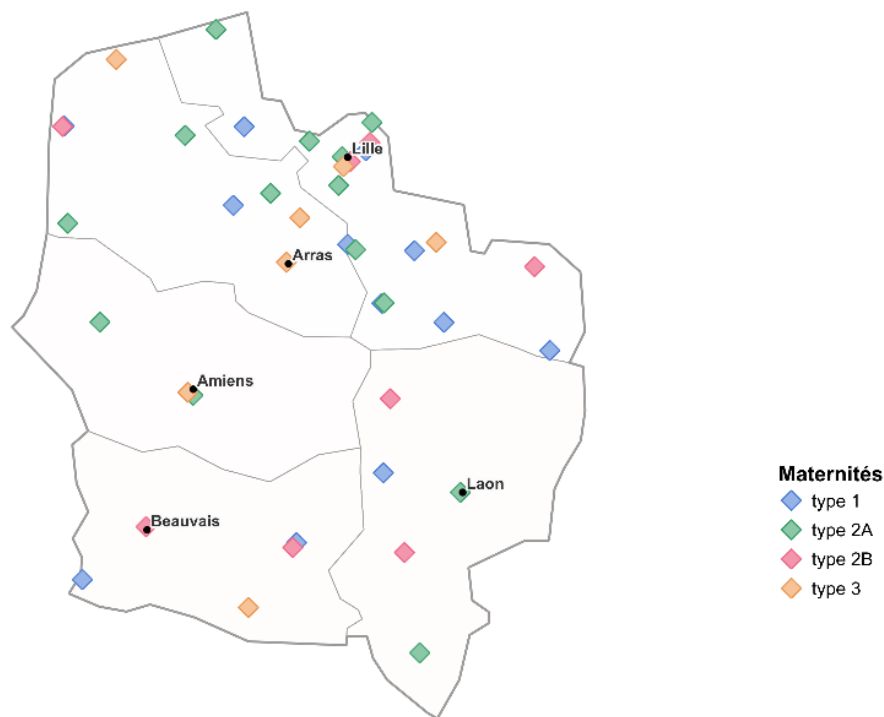
Lieu d'accouchement

Type de maternités

Depuis des décrets de 1998, les maternités sont définies en 4 types selon le niveau de soins néonataux (Carte 6).

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

Carte 6. Répartition des maternités en Hauts-de-France, selon le type, au 31 décembre 2024*



Source : DREES

*Deux maternités ont fermé dans la région depuis le 31/12/2024. La région compte actuellement 38 maternités.

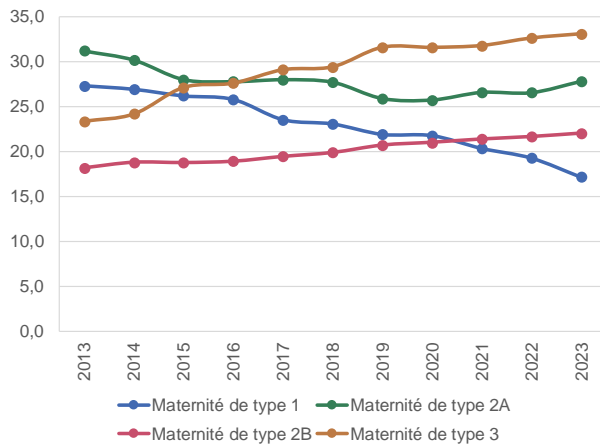
Réduction du nombre de maternités

Entre 2013 et 2023, le nombre de maternités dans l'Hexagone a diminué passant de 514 à 443 établissements [4]

En 2023, la répartition des accouchements selon le type de maternité était la suivante chez les femmes résidant en Hauts-de-France : 17,2 % en type 1, 27,8 % en type 2A, 22 % en type 2B et 33,1 % en type 3. La part des accouchements en maternités de type 1 a diminué (-10,1 pts depuis 2013), tandis que les maternités de type 3 (+9,7 pts) et de type 2B (+3,8 pts) ont vu leur part augmenter (**Figure 24**).

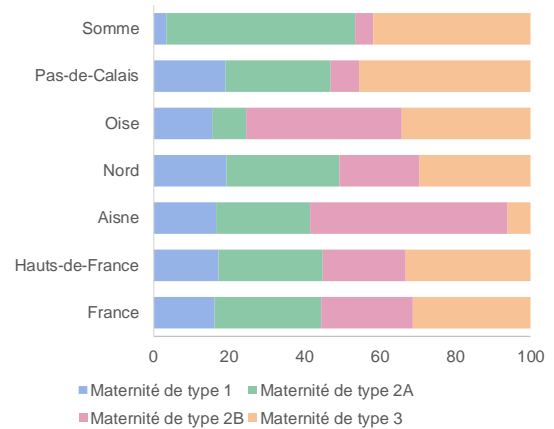
La région Hauts-de-France affichait des proportions d'accouchements en maternité de type 3 proche de la moyenne nationale (31,2 %) mais avec de fortes disparités départementales en lien avec l'offre de soins disponible sur le territoire (**Figure 25**).

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



Source : SNDS

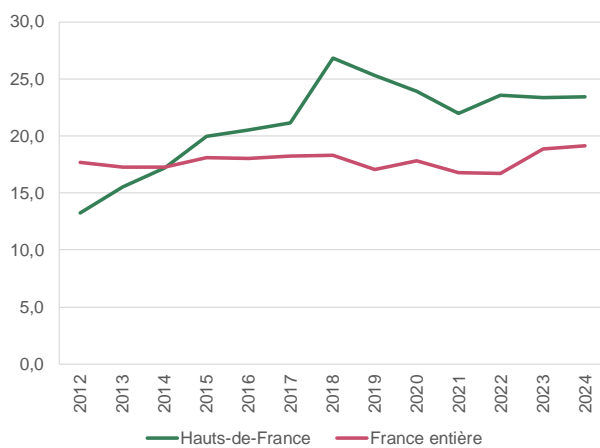
Figure 25. Part d'accouchements domiciliés par type de maternité (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2023



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

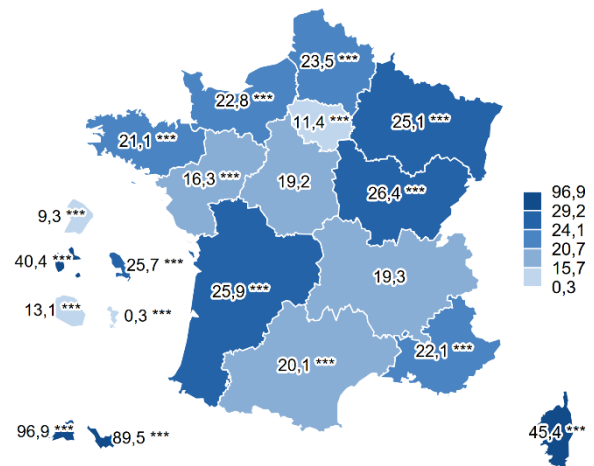
En 2024 en Hauts-de-France, près d'un accouchement sur quatre (23,5 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an, un chiffre en augmentation depuis 2012 (**Figure 26**). Malgré la fermeture de petites structures, cette proportion a augmenté, suggérant que la baisse de la natalité entraîne le passage progressif de maternités de taille moyenne sous le seuil des 1 000 accouchements annuels. Dans l'Hexagone, cette proportion variait de 11,4 % en Ile-de-France à 45,4 % en Corse, et pour la France entière, de 0,3 % à Mayotte à 96,9 % à Saint-Martin (**Carte 7**).

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



Source : SNDS

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



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

Maternité éloignée : hébergement et transport

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

En 2021, pour la région Hauts-de-France, 4,5 % des femmes déclaraient avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité, un taux significativement plus faible qu'en France (**Tableau 3**).

Dans l'Hexagone (hors Corse), cette proportion variait significativement de 4,5 % [3,3 - 6,1] en Hauts-de-France à 14,2 % [11,0 - 18,1] en Bourgogne-Franche-Comté. Dans les DROM, elle variait de 8,7 % à la Réunion [6,9 - 10,8] à 12,9 % [10,1 - 16,2] en Guadeloupe.

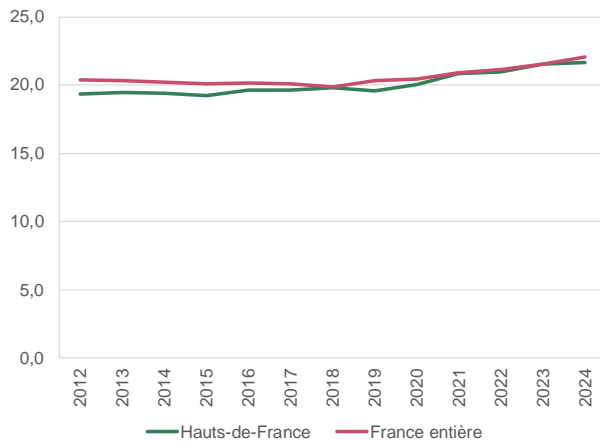
Mode d'accouchement

En Hauts-de-France entre 2012 et 2024, la part des césariennes a augmenté pour passer de 19,3 % à 21,7 % (**Figure 27**). En 2024, le niveau de césariennes en Hauts-de-France est proche de celui de la France (22,0 %).

Cette hausse récente résulte de l'augmentation des césariennes non programmées (**Tableau 3**) : effectivement, la part des césariennes programmées demeure globalement stable sur la période comprise entre 6,2 % à 6,8 %

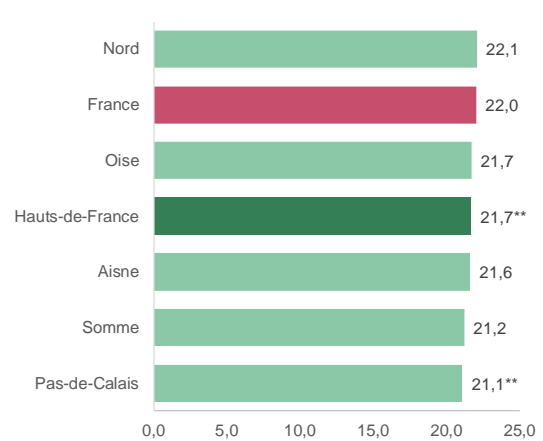
En 2024, au niveau départemental (**Figure 28**), la part des césariennes varie peu, elle est comprise entre 21,1 % dans le Pas-de-Calais à 22,1 % pour le Nord.

Figure 27. Evolution de la part des césariennes (en %), France entière et Hauts-de-France, période, 2012-2024



Source : SNDS

Figure 28. Part des césariennes (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



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

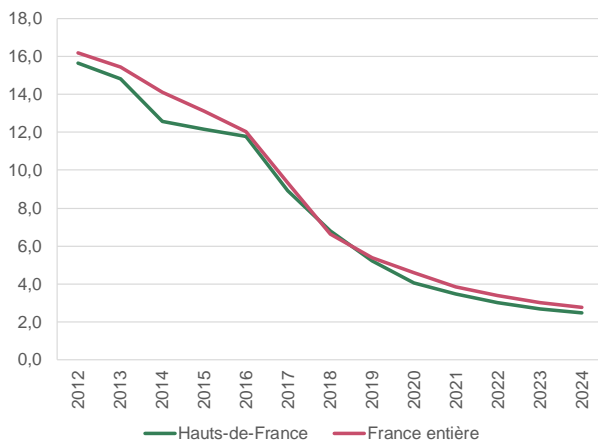
La pratique de l'épisiotomie (section de la muqueuse vaginale et des muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter le passage de l'enfant lors de l'accouchement) a beaucoup diminué depuis 2012 en Hauts-de-France suivant la même dynamique que la France entière.

En effet, 15,7 % (n ≈ 8 500) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 2,5 % (n ≈ 950) 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 plus faible dans le département du Nord (2,1 %) et elle était la plus élevée (4,5 %) dans le département de la Somme (**Figure 30**).

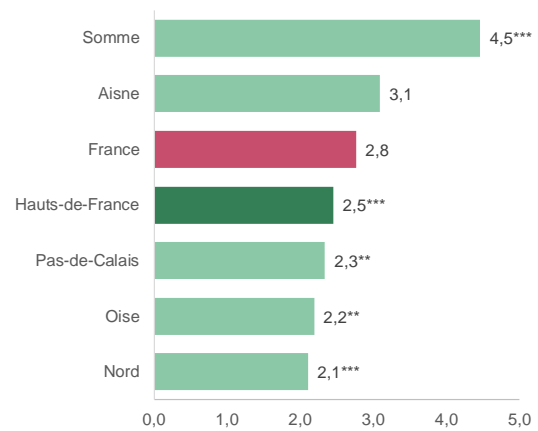
Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie sur VBNI et sur VBI (non présenté ici) et taux de déchirure sévère à partir des données régionales. Les pratiques de repérage et de codage des déchirures sévères pourraient varier selon les établissements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

Figure 29. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Hauts-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 30. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



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

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 5,1 % des primipares avec un accouchement VBNI avaient eu une épisiotomie, versus 1 % chez les 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 :

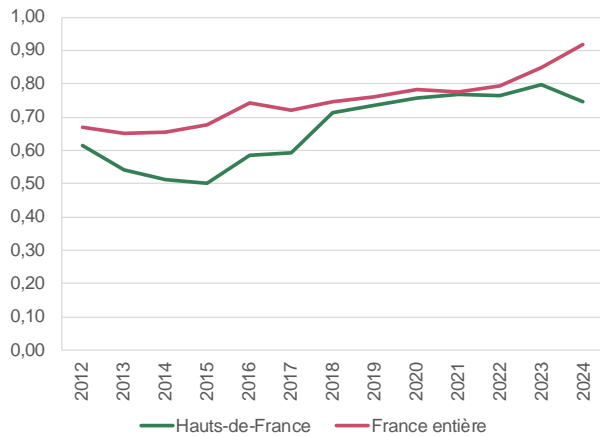
- transfusion > ½ masse sanguine,
- chirurgie (ligature, hystérectomie),
- embolisation artérielle,
- passage en unité médicale de soins critiques.

En Hauts-de-France, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du post-partum (HPP) était estimée à 7,9 %, légèrement supérieure au niveau national (7,3 %) en 2024, avec une accélération 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 subtotale, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de soins continus) a également augmenté de 0,6 % en 2012 à 0,7 % en 2024 en région (**Figure 31**).

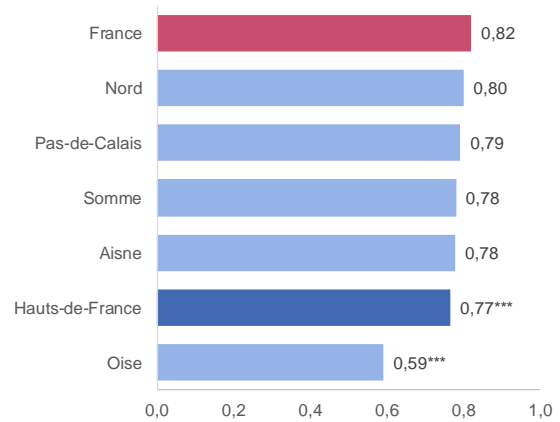
Sur la période 2020-2024, ce taux variait à l'échelle départementale de 0,59 % pour l'Oise à 0,80 % pour le département du Nord qui présente une moyenne proche à celle de la France. (**Figure 32**).

Figure 31. Evolution de la part des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Hauts-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 32. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024

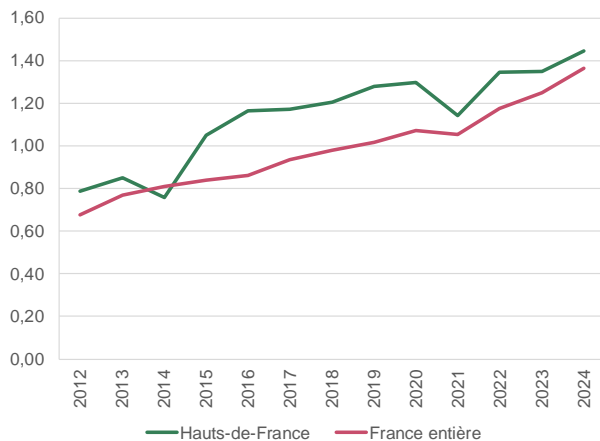


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicqué (3^e et 4^e degrés) était de 0,8 % en 2012 et de 1,4 % en 2024. L'analyse des tendances montre une forte augmentation annuelle en moyenne sur la période, à l'exception des années 2014 et 2021 qui ont connu une baisse (**Figure 33**).

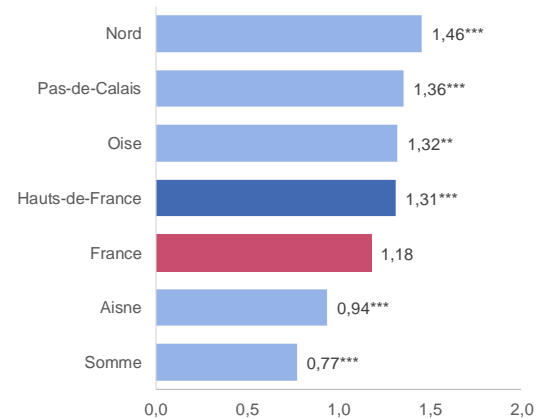
Sur la période 2020-2024, cette proportion variait selon les départements de 0,77 % dans la Somme à 1,46 % dans le Nord (**Figure 34**). Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie et taux de déchirure sévère à partir des données régionales.

Figure 33. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Hauts-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 34. Part des déchirures sévères (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



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

Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes – Hauts-de-France

Indicateurs	Source	Hauts-de-France	France	p-value
Prématurité selon l'âge gestationnel				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	6,7	6,7	
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	0,41	0,43	
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	0,72	0,70	
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	5,58	5,56	
Autres marqueurs de risque				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	2,8	3,0	**
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	7,1	7,4	**
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	9,0	9,6	***
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	10,3	8,8	***
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	10,1 [8,4 - 12,1]	11,5 [11,0 - 12,0]	

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

Prématurité selon l'âge gestationnel

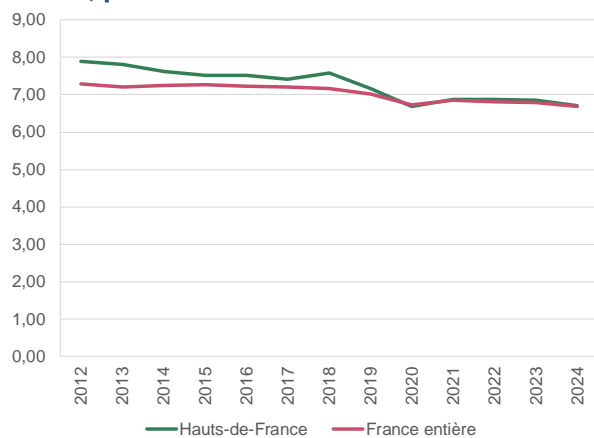
La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

De plus, les enfants nés avant 32 SA nécessitent une surveillance médicale renforcée (Réseaux de suivi d'enfants 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 Hauts-de-France, 6,7 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 7,9 % en 2012 (**Figure 35**). Cette tendance à la baisse était aussi observée en France entière. Le taux de prématurité en région a rejoint, depuis plusieurs années, celui observé en France avec un taux similaire (6,7 %) en 2024.

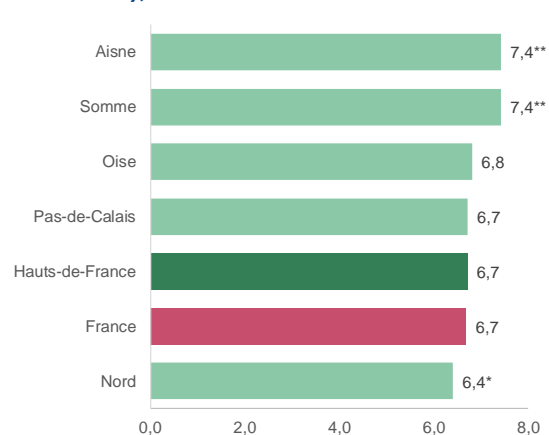
Au niveau départemental, le taux de prématurité variait de 6,4 % dans le Nord à 7,4 % dans l'Aisne en 2024 (**Figure 36**).

Figure 35. Evolution de la part des naissances prématurées (en %), France entière et Hauts-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 36. Part des naissances prématurées (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



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

En 2024, la région Hauts-de-France affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) et de grande prématurité ([28-31] SA) (respectivement 0,41 % et 0,72 %) proches des taux nationaux (respectivement 0,43 % et 0,7 %), tandis que la prématurité modérée était identique au taux national (5,6 %) (**Tableau 4**).

Autres marqueurs de risque

En Hauts-de-France, 2,8 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une grossesse multiple en 2024, taux proche de celui observé en France entière (3,0 %) (**Tableau 4**).

En 2024, les naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes représentaient 7,1 % des naissances vivantes (taux de 7,4 % en France entière).

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10^e percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [5] représentaient 9 % des naissances vivantes et les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90^e percentile 10,3 % des naissances vivantes (**Tableau 4**).

Selon les données de l'ENP 2021, 10,1 % des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en Hauts-de-France (taux de 11,5 % en France entière) (**Tableau 4**).

Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum – Hauts-de-France

Indicateurs	Source	Hauts-de-France	France	p-value
Dépistage biologique néonatal				
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)	4,3	6,3	***
Incidence des maladies dépistées				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	1,07	0,72	**
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	5,86	3,95	***
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,39	0,48	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	15,84	17,44	
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	1,91	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)	4,8	4,8	-
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	3,6	3,6	-
Alimentation du nourrisson et allaitement				
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	66,2 [63,0 - 69,3]	77,1 [76,3 - 77,9]	***
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	57,3 [54,1 - 60,5]	70,5 [69,7 - 71,3]	***
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	38,2 [33,5 - 43,1]	54,6 [53,4 - 55,9]	***
Couchage à 2 mois				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	82,7 [78,6 - 86,2]	79,2 [78,1 - 80,3]	*
Lieu de couchage				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	73,7 [68,8 - 78,2]	70,5 [69,3 - 71,6]	
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	13,3 [10,4 - 16,7]	15,2 [14,3 - 16,0]	
Lit des parents (%)	ENP (2021)	11,7 [8,2 - 16,1]	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)	84,3 [78,9 - 88,7]	84,2 [83,1 - 85,1]	**
Sage-femme (%)	ENP (2021)	77,5 [72,2 - 82,2]	79,3 [78,2 - 80,4]	
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	35,8 [31,2 - 40,7]	19,2 [18,2 - 20,3]	***
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	20,5	24,9	***
Suivi médical du nourrisson				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	28,2 [24,1 - 32,7]	43,2 [41,9 - 44,4]	***
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	55,5 [50,4 - 60,6]	42,1 [40,8 - 43,3]	***
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	13,8 [10,6 - 17,6]	12,3 [11,4 - 13,3]	
Engagement du partenaire				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	60,4 [55,4 - 65,2]	59,8 [58,6 - 61,1]	
Santé mentale post-partum				
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	14,2 [11,3 - 17,5]	16,8 [15,9 - 17,8]	*
Anxiété (%)	ENP (2021)	25,3 [21,5 - 29,3]	27,5 [26,4 - 28,7]	

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

Dépistage biologique néonatal

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

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

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

Sur cette période 2020-2024, en Hauts-de-France, le taux de refus était de 4,3 pour 10 000 enfants nés, chiffre significativement moins élevé que celui enregistré en France (6,3). Pour 5 maladies dépistées, les taux de dépistage en 2020-2024 sont les suivants (**Tableau 5**) :

- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : 1,07 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement supérieur à la France (0,72).
- Hypothyroïdie : 5,86 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 0,39 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 15,84 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement inférieur à la France (17,44).
- Mucoviscidose : 1,91 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, légèrement supérieur à la France (1,73).

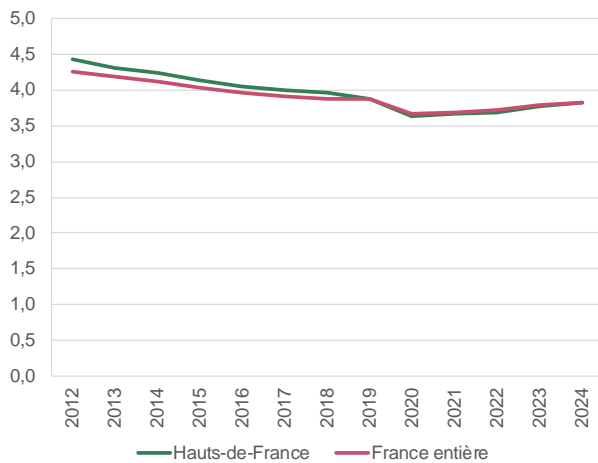
Depuis 2022, 2 maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie : le déficit en déshydrogénase des acyl CoA des acides gras à chaîne moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme. En raison des faibles effectifs concernant ces 2 pathologies, ces données ne sont pas présentées à l'échelle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

Durée de séjour en suites de couches

En 2024, la durée de séjour à la maternité en suites de couches était de 3,8 nuitées en moyenne en Hauts-de-France comme au niveau national. Au niveau départemental, les durées restent globalement identiques, comprises entre 3,7 nuitées dans l'Oise et 3,9 dans le département du Nord (**Figure 38**).

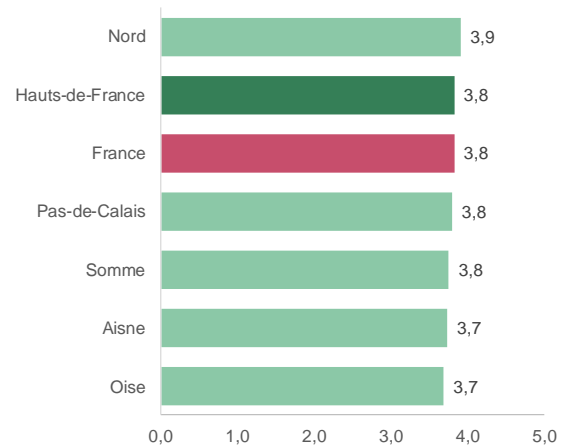
Entre 2012 et 2019, une tendance à la diminution de la durée de séjour en suites de couches était observée, tant au niveau national que régional. Cette tendance à la baisse s'est accentuée durant la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle les recommandations sanitaires encourageaient une réduction 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), France entière et Hauts-de-France, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 38. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



Source : SNDS

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

Alimentation du nourrisson et allaitement

Enquête EPIFANE

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

Selon l'ENP 2021, en Hauts-de-France, 66,2 % des femmes ont tenté d'allaiter leur enfant (**Carte 9**) et 57,3 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice (**Figure 39, Carte 8**).

A deux mois post-partum, 38,2 % déclaraient encore allaiter contre 54,6 % au niveau national (**Carte 10**). La région est celle présentant le taux le plus faible. On peut observer un gradient nord-sud, excepté pour la région Ile-de-France, qui présente le pourcentage de nourrissons allaités en maternité le plus important.

- 11,7 % des nourrissons étaient principalement couchés dans le lit des parents, pratique à risque qui souligne l'importance de renforcer les messages de prévention (**Tableau 5**).

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

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

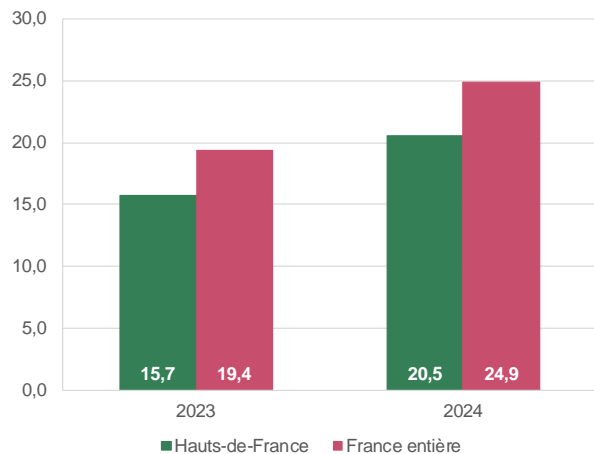
La HAS recommande deux à trois visites de sages-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h. Ces visites sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie si elles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

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

Selon l'ENP 2021, en Hauts-de-France, 84,3 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (77,5 %) et/ou par une puéricultrice (35,8 %). A l'échelle nationale, 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi (**Tableau 5**).

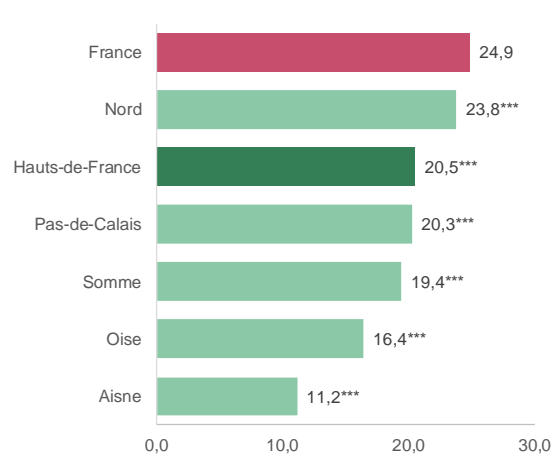
En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 20,5 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Hauts-de-France (24,9 % au niveau national). Cette proportion marque une progression significative par rapport à 2023, où seulement 15,7 % des femmes en Hauts-de-France en avaient profité (**Figure 40**). En 2024, tous les départements de la région présentaient un taux d'EPNP inférieur à celui observé en France et les femmes ayant bénéficié d'une EPNP étaient moins nombreuses dans l'Aisne et (**Figure 41**).

Figure 40. Evolution de la part de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Hauts-de-France, période 2023-2024



Source : SNDS

Figure 41. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2024



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

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

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

En 2021, en Hauts-de-France, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un généraliste (55,5 %) ou par un médecin pédiatre (28,2 %), ce qui diffère de ce qui est observé au niveau national avec une part égale entre le suivi assuré par un pédiatre (43,2 %) et celui assuré par un médecin généraliste (42,1 %). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 13,8 % des nourrissons (**Tableau 5**).

Engagement du partenaire / co-parent

Selon l'ENP 2021, en Hauts-de-France, 60,4 % des partenaires avaient pris un congé dans les deux mois suivant la naissance (59,8 % à l'échelle nationale) (**Tableau 5**).

Santé mentale post-partum

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

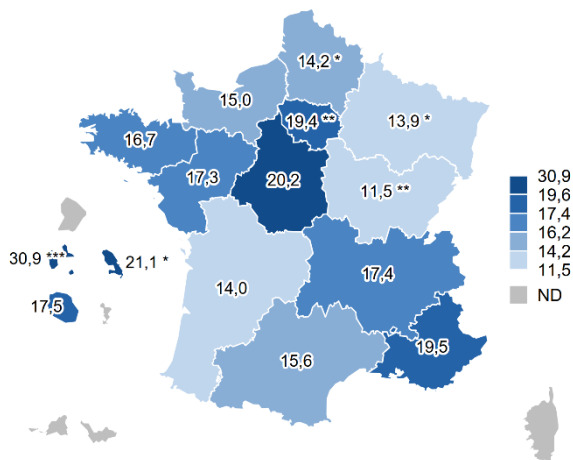
Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM). Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson.

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

En Hauts-de-France, deux mois après l'accouchement, 14,2 % des femmes présentaient des symptômes de dépression et 25,3 % de l'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale) (**Carte 11 ; Carte 12**).

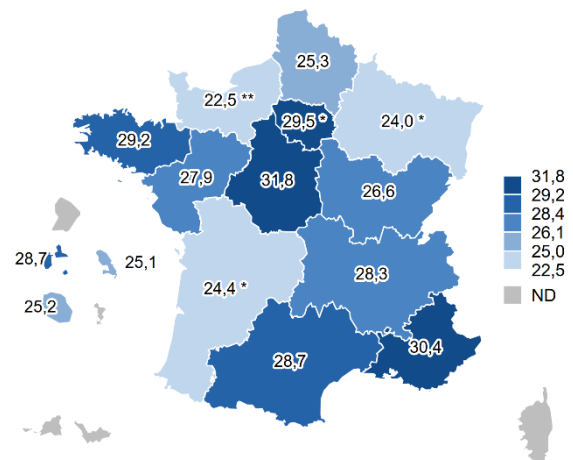
A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, et que cela a pu impacter leur santé mentale.

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

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

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

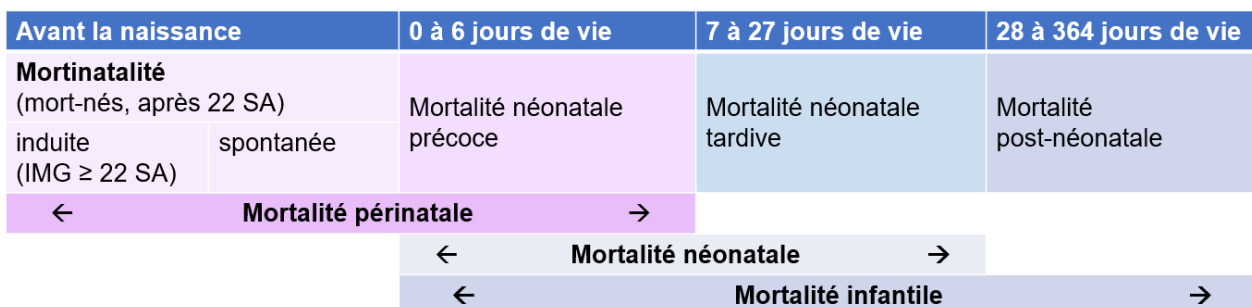


Tableau 6. Mortalité – Hauts-de-France

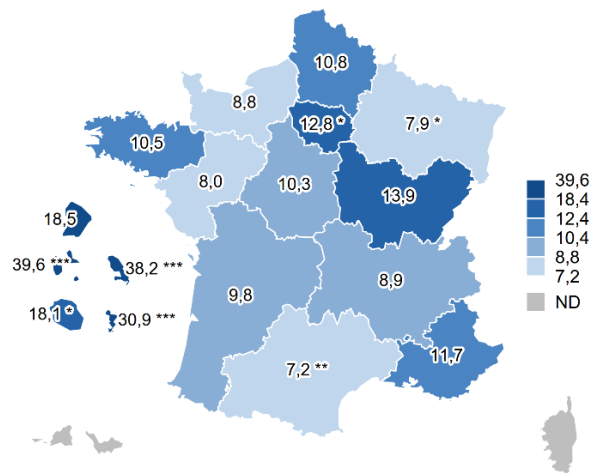
Indicateurs	Source	Hauts-de-France	France	p-value
Mortalité maternelle (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	10,8 [8,0 - 14,3]	11,1 [10,2 - 12,1]	
Mortinatalité (enfants mort-nés, après 22SA) ¹				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	556	6 094	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	9,4	9,2	
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	3,9	3,6	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	5,5	5,6	
Mortalité périnatale (décès enfant entre 22SA et 6 jours) ¹				
Nombre de décès	SNDS (2024)	635	7 398	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	10,7	11,2	
Mortalité infantile (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	213	2 690	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	3,63	4,08	*
Mortalité néonatale précoce (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	100	1 310	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	1,71	1,99	
Mortalité néonatale tardive (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	41	618	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	0,70	0,94	**
Mortalité post-néonatale (décès enfant entre 28 j et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	72	762	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	1,23	1,16	

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

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

Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement en Hauts-de-France s'élevait en moyenne à 10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux régional était proche du taux observé en France (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes) (**Carte 13**).

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

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

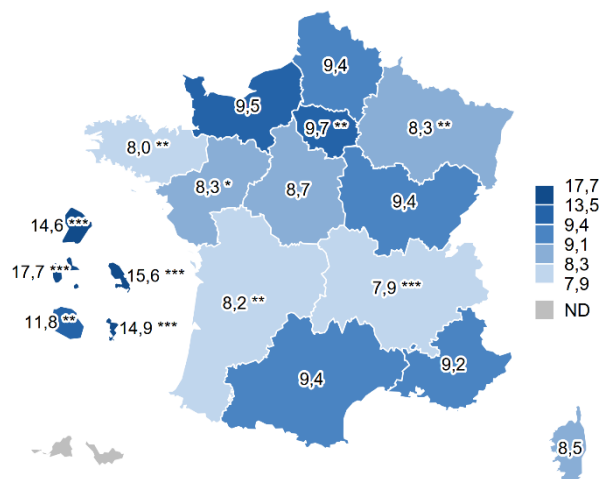
Dans l'édition 2016-2018 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [7], le suicide devenait la 1^{ère} cause de mortalité maternelle (jusqu'à un an après la fin de la grossesse), et les maladies cardiovasculaires étaient la 1^{ère} cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à 42 jours.

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 Hauts-de-France, 556 mort-nés (enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 9,4 pour 1 000 naissances, proche de celui enregistré en France (9,2) (Carte 14). Il s'agit du taux le plus élevé observé depuis 2012 (Figure 42).

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

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

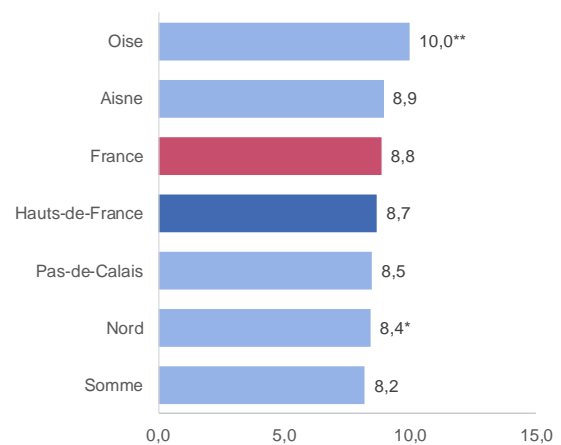
A l'échelle nationale, une hausse est observée en 2024 (9,2 pour 1 000) et les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 % par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 [3] (Figure 42). A l'échelle départementale sur la période 2020-2024, le taux de mortinatalité global variait de 8,2 ‰ dans la Somme à 10 ‰ dans l'Oise, seul département de la région qui présente un taux supérieur à celui observé en France (Figure 43).

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



Source : SNDS

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



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

Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite variait, quant à lui, de 3,1 (2020) à 4,0 (2022) mort-nés pour 1 000 naissances totales selon les années (**Figure 44**).

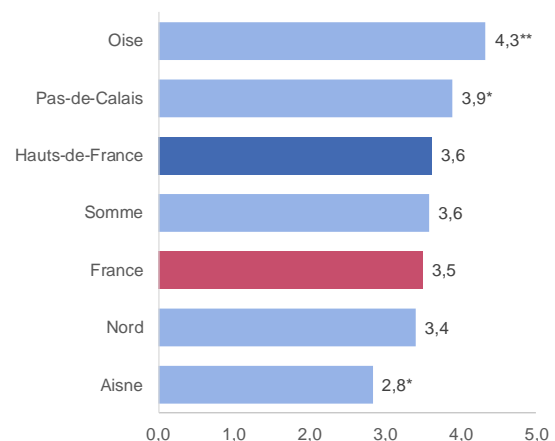
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, ce taux global variait de 2,8 (Aisne) à 4,3 (Oise) pour 1 000 naissances (**Figure 45**).

Figure 44. Evolution du taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Hauts-de-France, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 45. Taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



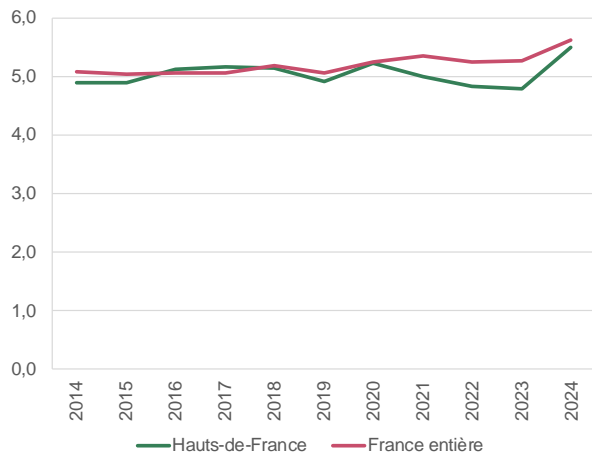
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortinatalité spontanée

Le taux de mortinatalité spontanée augmente légèrement en Hauts-de-France depuis 2014 (excepté sur la période 2021-2023), avec des taux variant de 4,8 (2023) à 5,6 (2024) mort-nés spontanés pour 1 000 naissances totales selon les années (**Figure 46**).

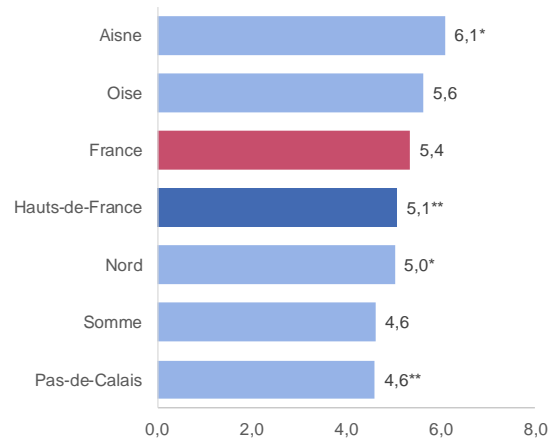
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, le taux global variait de 4,6 (Pas-de-Calais) à 6,1 (Aisne) pour 1 000 naissances (**Figure 47**). Le département de l'Aisne présentait sur la période 2020-2024 le plus bas taux global de mortinatalité induite et le plus haut taux de mortinatalité spontanée.

Figure 46. Evolution du taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Hauts-de-France, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 47. Taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



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

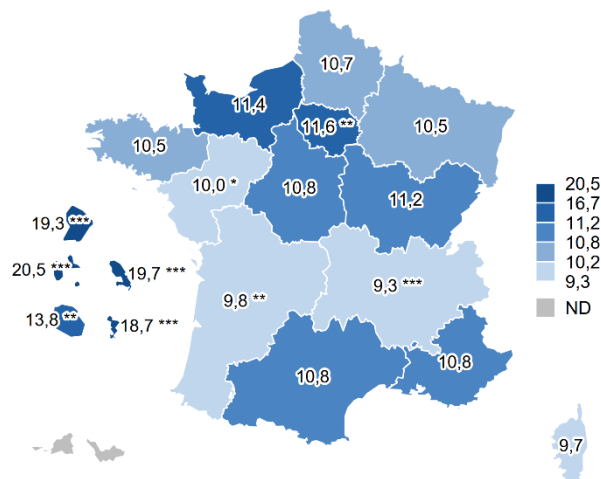
Mortalité périnatale

La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

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

En Hauts-de-France, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 10,7 décès pour 1 000 naissances (contre 11,2 en France) (**Carte 15**).

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



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

Le taux de mortalité périnatale restait de 10 décès pour 1 000 naissances sur la période 2014-2021 mais dépasse cette valeur depuis cette date, avec un maximum en 2024, suivant la tendance à la hausse observée ces dernières années au niveau national (**Figure 48**).

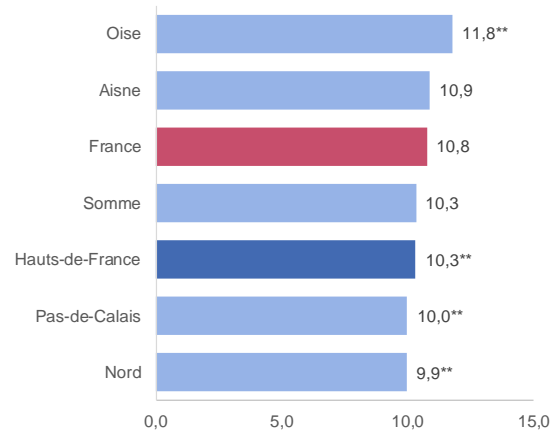
Au niveau départemental, le taux de mortalité périnatale sur la période 2020-2024 variait de 9,9 (Nord) à 11,8 (Oise) pour 1 000 naissances (**Figure 49**), seul le département de l'Oise présentait un taux de mortalité statistiquement supérieur à celui observé en France.

Figure 48. Evolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), en France entière et en Hauts-de-France, 2014-2024



Source : SNDS

Figure 49. Taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales) en France entière et en Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



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

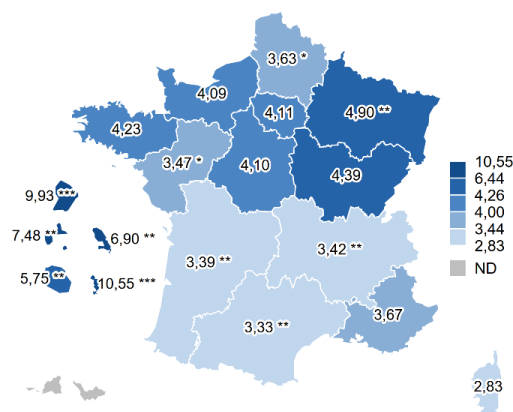
Mortalité infantile

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

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

En Hauts-de-France, 213 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 3,63 décès pour 1 000 naissances vivantes (3,3 ‰), 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 globalement stable entre 2012 et 2024, en dehors du pic de 2018, contrairement à l'échelle nationale, où la hausse est significative (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [3] (**Figure 50**).

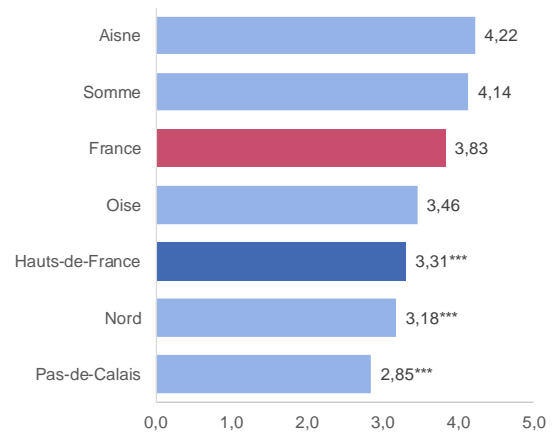
À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile sur la période 2020-2024 présentait des disparités selon les territoires : de 2,85 ‰ dans le Pas-de-Calais à 4,22 ‰ dans l'Aisne (**Figure 51**). L'Aisne, la Somme et l'Oise ne différaient pas du taux observé en France par contre le Nord et le Pas-de-Calais présentaient une sous-mortalité significative.

Figure 50. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Hauts-de-France, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 51. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



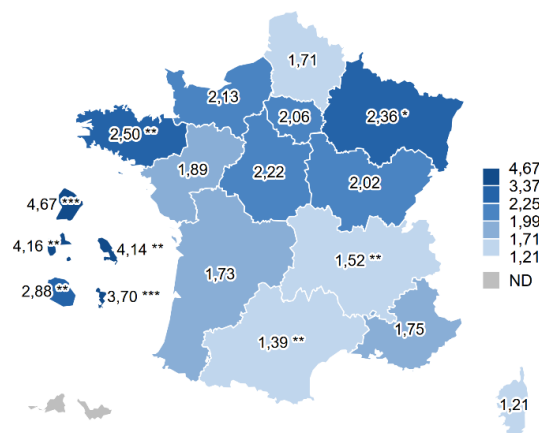
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité néonatale précoce

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

En Hauts-de-France, 100 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 1,71 décès pour 1 000 naissances vivantes (1,71 ‰), comparable à celui observé en France (1,99 ‰) (**Carte 17**).

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

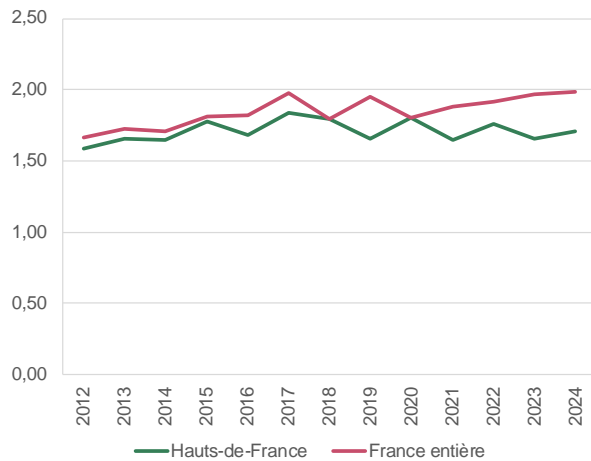


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

La mortalité néonatale précoce est restée globalement stable entre 2012 et 2024 en Hauts-de-France, tandis qu'une tendance à la hausse pouvait être observée au niveau national (+1 % de hausse chaque année entre 2012 et 2024) [3] (**Figure 52**).

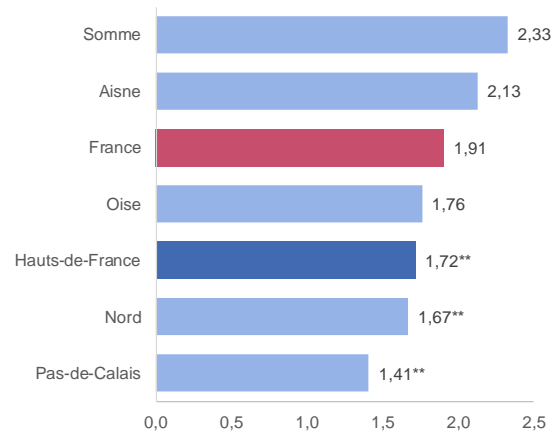
A l'échelle départementale, en 2020-2024, le taux de mortalité néonatale précoce variait de 1,41 décès pour 1 000 naissances dans le Pas-de-Calais à 2,33 décès pour 1 000 naissances dans la Somme (**Figure 53**). On retrouve les mêmes tendances que pour la mortalité infantile avec les départements du Nord et du Pas-de-Calais présentant des taux significativement plus faibles qu'au niveau national.

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



Source : Etat Civil

Figure 53. Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



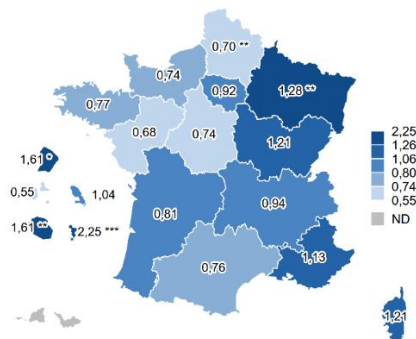
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité néonatale tardive

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

En Hauts-de-France, 41 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 0,70 décès pour 1 000 naissances vivantes (0,70 ‰), statistiquement inférieur à celui observé en France (0,94 ‰) (**Carte 18**).

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



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

Dans la région, la mortalité néonatale tardive présente de fortes variations d'une année sur l'autre et a globalement évolué à la hausse entre 2012 (0,5 ‰) et 2024 (0,7 ‰), avec un pic en 2020

(0,89 ‰). Une tendance à la hausse était par ailleurs observée au niveau national (2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [3] (Figure 54).

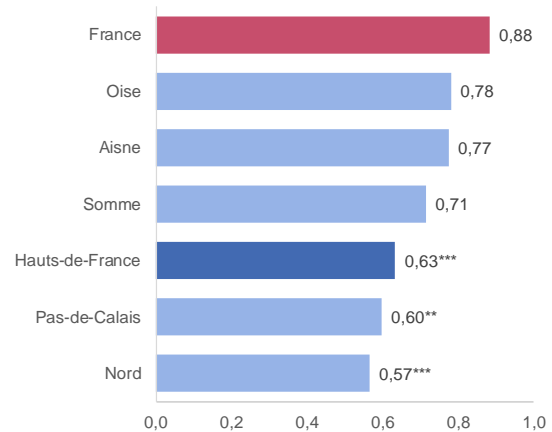
A l'échelle départementale, le taux de mortalité néonatale tardive sur la période 2020-2024 variait de 0,57 ‰ dans le Nord à 0,78 ‰ dans l'Oise (Figure 55).

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



Source : Etat Civil

Figure 55. Taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



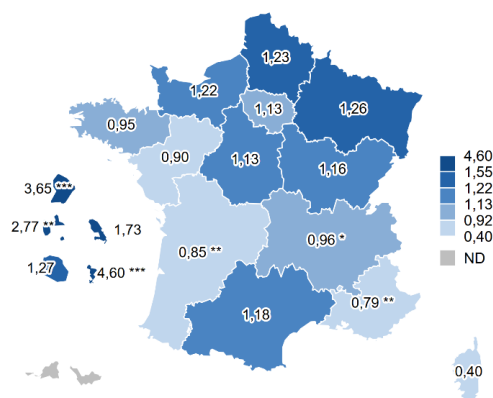
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité post-néonatale

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

En Hauts-de-France, 72 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 1,23 décès pour 1 000 naissances vivantes (1,23 ‰), sensiblement identique à celui observé en France (1,16 ‰) (Carte 19).

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



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

En Hauts-de-France, la mortalité post-néonatale présente des variations importantes d'une année sur l'autre, en lien avec les faibles effectifs. Une tendance stable était par ailleurs observée en France entre 2014 et 2024 [3] (Figure 56).

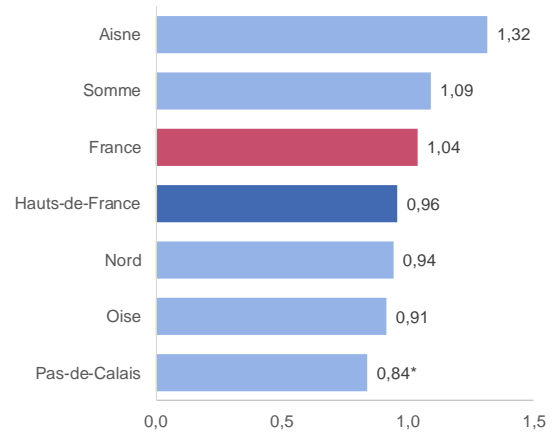
A l'échelle départementale, le taux de mortalité post-néonatale sur la période 2020-2024 montrait d'importantes disparités. Il variait de 0,84 ‰ dans le Pas-de-Calais à 1,32 ‰ dans l'Aisne (**Figure 57**) mais seul le Pas-de-Calais différait statistiquement du taux observé au niveau national.

Figure 56. Evolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Hauts-de-France, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 57. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Hauts-de-France (région et départements), 2020-2024



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

Prévention et promotion de la santé périnatale

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

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



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

Observation et promotion des interactions parents-bébé de qualité

Étude EVANE

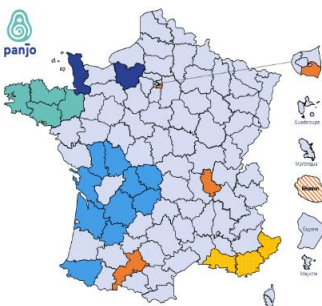


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle des parents, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression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

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

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

Panjo : L'intervention de prévention précoce à domicile



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

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

Promotion des comportements favorables à la santé

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

La vaccination



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

Calendrier vaccinal des femmes enceintes



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

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

Aide à distance



[Tabac info service](http://Tabac-info-service) est un dispositif multicanal d'aide à l'arrêt du tabac qui comprend :

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



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

Dépliants Grossesse sans tabac et sans Alcool



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

Nutrition et promotion de l'activité physique

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



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

Le Guide de l'allaitement maternel



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

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

Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

QuestionSexualité Le site [Questionsexualite.fr](https://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 1 000 premiers jours. N'hésitez pas à les 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 Hauts-de-France

Intervention des partenaires de Santé publique France

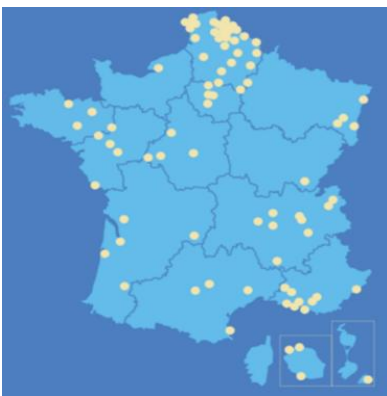
Dans le cadre de son Projet Régional de Santé 2023-2028, l'ARS Hauts-de-France a publié une feuille de route « Parcours des 1 000 premiers jours et santé de la femme et de l'enfant » dans laquelle figure l'objectif de soutenir les femmes durant la période périnatale et les 1 000 premiers jours de l'enfant (promotion de l'allaitement maternel, prise en charge des conduites addictives, bientraitance en périnatalité, santé mentale des mères...). **Pour en savoir plus**

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. Depuis la mise en place du projet FEES, près de 1 150 professionnels ont été formés, une centaine d'ambassadeurs FEES ont pu sensibiliser plus de 4 000 professionnels de santé et 2 100 futurs et jeunes parents. **Pour en savoir plus**

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 les besoins des mères et des nouveau nés. La France compte aujourd'hui 83 établissements labellisés dont plus du tiers dans les Hauts-de-France 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 1 000 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 / 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 couches ;
 - (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 (Hauts-de-France = 935 en maternité ; 602 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 ces spécificités pour éviter les erreurs d'analyse.

Plus d'informations sur les données du SNDS

État civil (Insee)

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

Limites :

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

Plus d'informations sur les bases des naissances vivantes

Plus d'informations sur les bases des décès

Enquête nationale confidentielle sur les morts maternels (ENCMM)

L'ENCMM est un dispositif dédié à l'étude de la mortalité maternelle en France, un phénomène rare mais révélateur de la qualité des soins périnataux. Il s'appuie sur quatre sources principales : les signalements des réseaux de santé périnatale, les certificats de décès du CépiDc, les données de l'Insee (liant naissances et décès maternels dans l'année suivant l'accouchement), et les bases du PMSI (décès survenus en établissement hospitalier). L'enquête permet d'analyser les causes des décès maternels, d'évaluer leur lien avec la grossesse, et d'apprécier la qualité des soins prodigués (optimaux ou non). Elle identifie également l'évitabilité des décès pour formuler des recommandations de prévention.

Limites :

- Délai dans la disponibilité des données.
- Certains décès peuvent ne pas être identifiés, surtout s'ils surviennent après le post-partum immédiat.

Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)

Le dépistage néonatal est une stratégie de santé publique qui consiste à repérer chez le nouveau-né certaines maladies graves, rares et le plus souvent d'origine génétique, avant même l'apparition des premiers signes et symptômes ; ceci dans le but de proposer à chaque enfant une prise en charge précoce adaptée. Ce dépistage est coordonné au niveau national par le Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN) depuis 2018. Le dépistage biologique concerne 6 maladies : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la drépanocytose, la mucoviscidose et le déficit en Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase.

Limites :

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

Analyses statistiques

Comparaisons entre territoires

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

Cette méthode a été utilisée pour l'ensemble des analyses 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] Données du Baromètre Santé 2021, Diagnostic régional et infrarégional. Hauts-de-France. Lutte contre le surpoids et l'obésité, 2025. 87 p. Disponible à partir de l'URL : https://www.or2s.fr/images/2025_DiagnosticObesite_HdF.pdf
- [2] Le point sur. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Édition région Hauts-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France, 118 pages, mai 2026
- [3] Surveillance de la santé périnatale. Période 2012 - 2024. Édition Nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 61 pages, juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/anomalies-congenitales/bulletin-national/sante-perinatale-et-petite-enfance-en-france-entre-2012-2024>
- [4] 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>
- [5] 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.
- [6] 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
- [7] 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 Postnatal Depression Scale*
 ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
 ENP : Enquête nationale Périnatale
 FEES : Femmes Enceintes Environnement et Santé

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

SNDS : Système national des données de Santé VBNI : Voie basse non instrumentale
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

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 Stéphanie Demeulenaere, Cheffe de projet périnatalité à l'ARS Hauts-de-France, ainsi que l'ensemble des partenaires en région qui ont contribué à la rédaction et l'interprétation des résultats de ce bulletin.

Équipe de rédaction

Rédacteur : Caroline Vanbockstael

Validation : Hélène Prouvost

Relecteur : Nadège Meunier

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 Hauts-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France, 46 pages, 8 juillet 2026

Directrice de publication : Aude de Viviés

Date de publication : 8 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr