



# Bulletin

## Santé périnatale et petite enfance

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION MARTINIQUE

# Surveillance de la santé périnatale

## Édito

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

En Martinique, comme dans le reste de la France, la situation périnatale est marquée par une baisse de la natalité, une hausse du diabète gestationnel et des défis liés à la santé mentale des femmes en période périnatale. La région se singularise par des taux élevés d'obésité avant la grossesse, une mortinatalité élevée ou le non-respect des recommandations de couchage pour les nourrissons. Cependant, la Martinique se distingue positivement, par des proportions plus faibles de comportements à risque (tabagisme pendant la grossesse), un niveau très élevé d'allaitement maternel et par une bonne mise en œuvre des entretiens prénatal et postnatal précoces, offrant ainsi un levier pour améliorer l'accompagnement des parents et renforcer les actions de prévention.

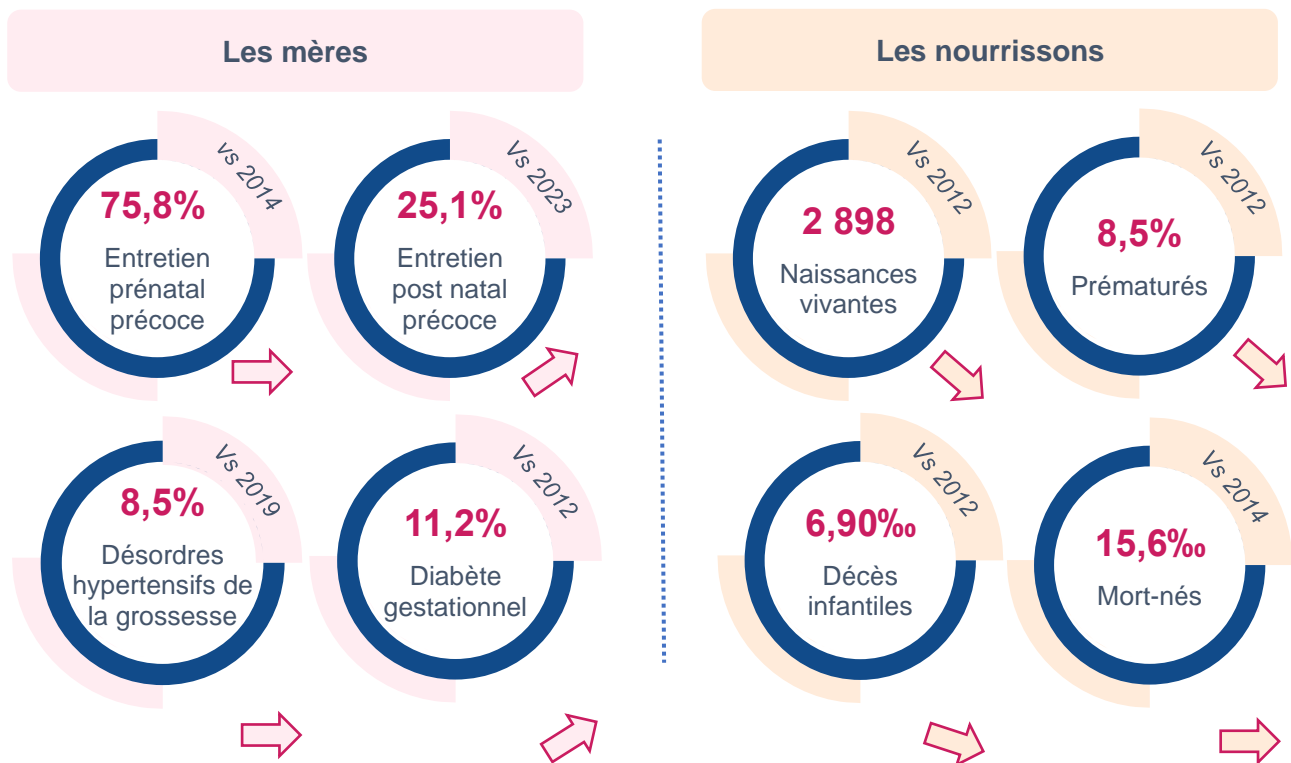
Ces travaux constituent ainsi un appui pour les décideurs publics, les institutions et les professionnels de santé. Ils apportent des éléments d'aide à la décision pour la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies territoriales adaptées. Ce panorama de la santé périnatale vise ainsi à accompagner la mise en œuvre d'actions ciblées et adaptées, au service de l'amélioration durable de la santé des femmes et des nouveau-nés à l'échelle régionale.

## SOMMAIRE

Édito.....	1
8 chiffres-clés en Martinique .....	2
Autres points-clés en Martinique.....	3
Caractéristiques socio-démographiques.....	3
Facteurs de risque et comportementaux .....	7
Grossesse et accouchement.....	10
Naissances vivantes.....	20
Post-partum.....	22
Mortalité.....	27
Prévention et promotion de la santé périnatale .....	34
Méthodologie .....	37

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

## 8 chiffres-clés en Martinique en 2024



## Autres points-clés en Martinique

- La part des femmes de 35 ans ou plus à l'accouchement a progressé depuis 2012 et atteint 29,2 % en 2024. À l'inverse, les grossesses « adolescentes » (< 20 ans) ont fortement reculé passant de 7,8 % en 2012 à 3,4 % en 2024.
- La part de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) restait élevée et représentait en 2024, 31,3% des femmes ayant accouché en Martinique, caractérisant un niveau élevé de précarité dans ce territoire. La prévalence des femmes en situation de surpoids avant la grossesse (52,5% en 2021) reste très élevée en Martinique.
- Les parts de fumeuses un an avant leur grossesse (21,1%) et au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (5,4%) étaient significativement plus basses que celles observées en France entière.
- En 2021, 95,5 % des femmes ont tenté d'allaiter leur bébé, 92,3% ont pu mettre en place un allaitement mixte ou exclusif en maternité et, à 2 mois, 76,1 % des enfants avaient un allaitement mixte ou exclusif. Ces taux sont parmi les plus élevés de France.
- En 2021, 8,5% des nouveau-nés sont hospitalisés ou transférés à la naissance, un taux plus faible que celui de la France entière (11,5 %).
- Seuls 41,3% des nourrissons couchés, le sont systématiquement sur le dos deux mois après la naissance et 31,7 % sont principalement couchés dans le lit des parents (pratique à risque).
- Le taux de mortalité maternelle atteint 38,2 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2024, soit le taux régional, avec la Guadeloupe, le plus élevé observé en France (11,1 décès pour 100 000).

## Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques - Martinique

Indicateurs	Source	Martinique	France	p-value
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	2 898	659 731	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	8,1	9,6	***
<b>Caractéristiques démographiques des mères</b>				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	3,4	1,8	***
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	29,2	25,8	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	53,9 [50,1 - 57,6]	58,0 [57,1 - 58,9]	**
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	9,2	26,2	***
<b>Cadre de vie</b>				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	55,0 [51,3 - 58,7]	90,6 [90,1 - 91,1]	***
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	57,7 [54,0 - 61,4]	68,1 [67,3 - 68,9]	***
Bon sentiment d'aisance financière <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	39,6 [36,0 - 43,3]	57,7 [56,8 - 58,6]	***
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	32,3	17,4	***
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	1,0	2,5	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	31,3	14,9	***

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

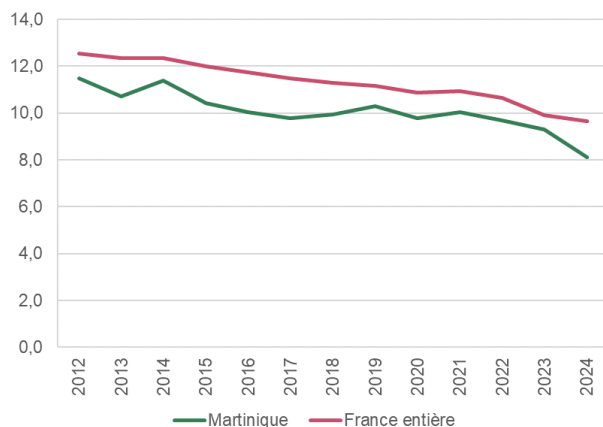
\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

## Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, près de 2 898 naissances ont été enregistrées en 2024 en Martinique, soit un taux de natalité de 8,1 naissances pour 1 000 habitants (8,1 ‰). Ce taux était significativement inférieur au taux de natalité en France (9,6 ‰) et suivait la même évolution à la baisse. Sur la période de 2012 à 2024, le taux de natalité régional est passé de 11,5 ‰ à 8,1 ‰, soit environ 1 600 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 (**Figure 1**).

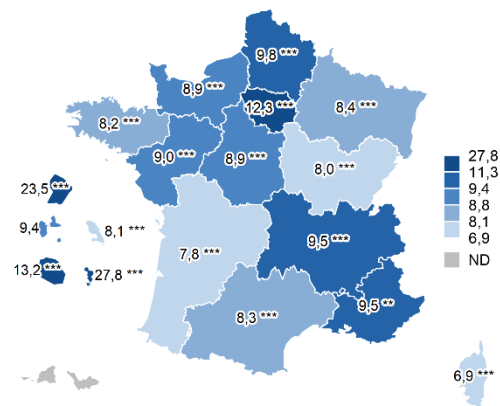
Au niveau des DROM, en 2024, les taux de natalité variaient entre 8,1 ‰ en Martinique et 27,8 ‰ à Mayotte, la Martinique a le plus faible taux de natalité parmi les régions d'Outre-Mer (**Carte 1**).

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



Source : Etat civil

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



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

## Caractéristiques démographiques

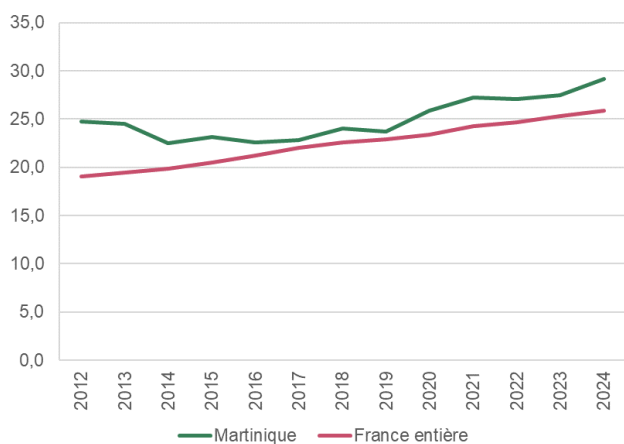
Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), plus d'un quart des femmes résidant en Martinique en 2024 (29,2 %) étaient âgées de 35 ans et plus lors de l'accouchement. Cette proportion, supérieure au niveau national (25,8 %), est en constante progression depuis 2012 (**Figure 2**).

Sur la même période (2012-2024), la part des femmes âgées de moins de 20 ans était en forte diminution, passant de 7,8 % à 3,4 % (**Tableau 1**), et est toujours supérieure à la moyenne nationale de 1,8 % ; avec l'un des taux les plus élevés après Saint-Martin (5,5 %), la Réunion (5,7 %), Mayotte (10,7 %) et la Guyane (11,7 %) (**Carte 2**).

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

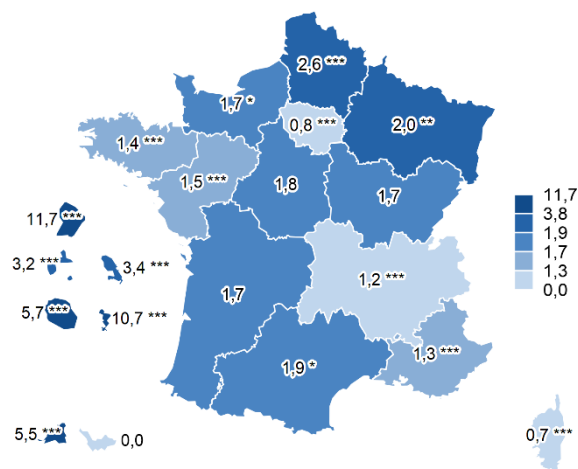
Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

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



Source : SNDS

**Carte 2. Part des femmes âgées de moins de 20 ans lors de l'accouchement (en %), par région du lieu d'accouchement, 2024**



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

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), 53,9 % des femmes ayant accouché en Martinique avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national) (**Tableau 1**).

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 9,2 % des femmes accouchant en Martinique étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (**Tableau 1**). En 2018, elles étaient 9,1 %.

## Cadre de vie

Un peu plus de la moitié des femmes ayant accouché en Martinique, 55,0 %, se déclarait en couple, dans le même logement (France = 90,6 %, **Tableau 1**). L'exercice d'un emploi des femmes durant la grossesse était moins fréquent en Martinique qu'au niveau national : 57,7 % 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 Martinique (39,6 %) était significativement inférieur 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.

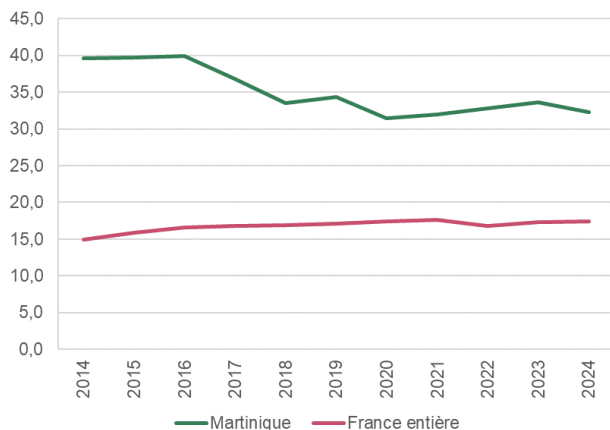
Les indicateurs issus du SNDS concernant l'AME et la C2S gratuite doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs tables sources existent, et leur combinaison peut varier selon les approches. Dans ce bulletin, nous avons retenu les femmes ayant bénéficié de ces dispositifs à tout moment entre le début 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 Martinique, 32,3 % 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 39,6 % en 2014 et reste chaque année supérieure au niveau national (France = 17,4 %) (**Figure 3**), avec près de deux fois plus de femmes bénéficiaires soit de la C2S soit de l'AME.

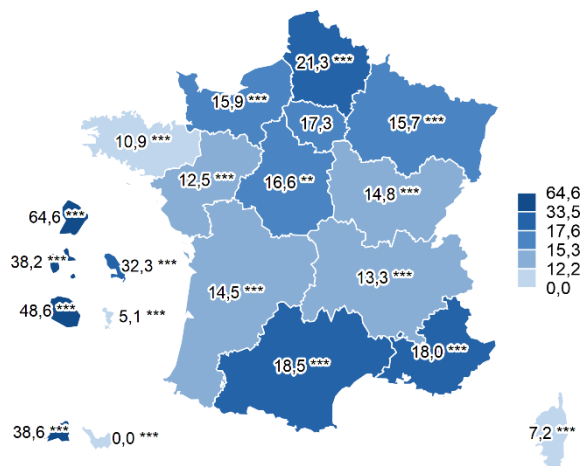
En 2024, la Martinique fait partie des régions avec la part de bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement la plus élevées, derrière la Guadeloupe (38,2 %), Saint-Martin (38,6 %), La Réunion (48,6 %) et la Guyane (64,6 %) (**Carte 3**).

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



Source : SNDS

**Carte 3. Part des femmes bénéficiaires de la C2S ou de l'AME lors de l'accouchement (en %), par région du lieu d'accouchement, 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, 1,0 % des femmes qui accouchaient en Martinique 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 Martinique 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 Martinique était de 31,3 % en 2024, significativement supérieure au niveau national (14,9 %) et en diminution ces dernières années (38,9 % 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 - Martinique

Indicateurs	Source	Martinique	France	p-value
<b>Traitement de l'infertilité</b>				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	3,7 [2,4 - 5,3]	6,5 [6,0 - 6,9]	**
<b>Facteur de risque</b>				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	52,5 [48,7 - 56,4]	37,9 [37,0 - 38,7]	***
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	1,08	0,92	
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	3,09	1,63	***
<b>Tabagisme</b>				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	21,1 [18,2 - 24,3]	26,8 [26,0 - 27,6]	***
Fumeuses au 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	5,4 [3,8 - 7,4]	11,8 [11,3 - 12,4]	***
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	9,9 [6,3 - 14,5]	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, 3,7 % des femmes venant d'accoucher en Martinique déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), taux près de deux fois inférieur à celui observé en France entière (6,5 %) (**Tableau 2**), l'un des taux les plus bas de France avec la Guadeloupe et Mayotte (données indisponibles pour la Guyane, Saint-Martin et Saint-Barthélemy).

### Facteurs de risque

En Martinique en 2021, plus d'une 1 femme sur 2 était en situation surpoids ou obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse, avec une prévalence de 52,5 % contre 37,9 % en France entière (**Carte 4**). Ce taux est l'un des plus élevés de France après Mayotte (56,0 %).

#### 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.

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a augmenté en Martinique, passant de 0,90 % en 2012 à 1,08 % en 2024 (**Figure 4**). Cette même tendance était observée en France entière (0,92 % en 2024), avec une hausse accélérée depuis 2020.



## Tabagisme

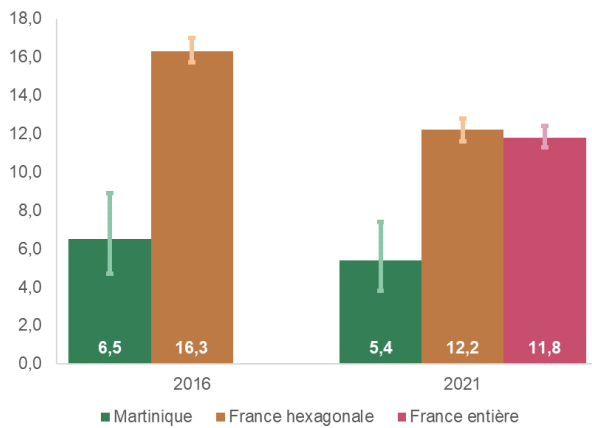
Les indicateurs présentés ici concernent la consommation de tabac (cigarettes industrielles et tabac à rouler), à l'exclusion des cigarettes électroniques et autres produits du vapotage.

### 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.

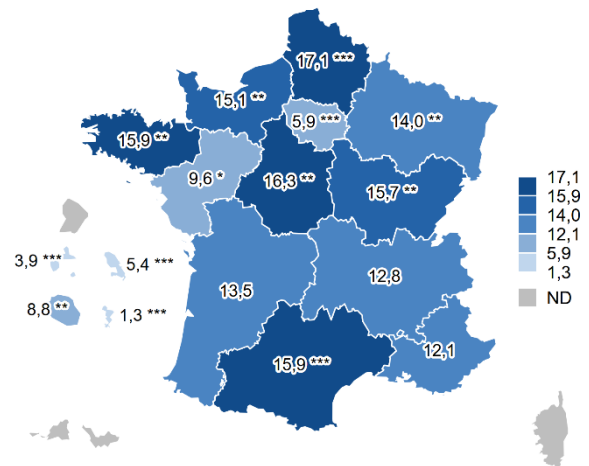
En 2021, 21,1 % des femmes déclaraient fumer un an avant leur grossesse en Martinique (versus 26,8 % en France entière) (**Tableau 2**). Cette proportion diminuait au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 5,4 % (versus 11,8 % en France entière) (**Figure 6**), pour remonter à 2 mois du post-partum (9,9 %) (versus 15,1 % en France entière). Les parts des fumeuses un an avant leur grossesse, au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (**Carte 6**) et à 2 mois du post-partum étaient significativement plus basses que celles observées en France entière.

**Figure 6. Evolution de la part des femmes fumeuses au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Martinique, 2016 et 2021**



Source : ENP

**Carte 6. Part des femmes fumeuses au 3<sup>e</sup> 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 - Martinique**

Indicateurs	Source	Martinique	France	p-value
<b>Suivi de la grossesse</b>				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	<b>87,8</b> [83,7 - 91,2]	<b>79,5</b> [78,3 - 80,6]	***
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	<b>41,5</b> [36,5 - 46,5]	<b>34,4</b> [33,3 - 35,6]	**
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	<b>75,8</b>	<b>62,1</b>	***
<b>Prévention</b>				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>8,3</b> [6,4 - 10,6]	<b>27,2</b> [26,4 - 28,1]	***
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalo virus (CMV) (%)	ENP (2021)	<b>2,4</b> [1,4 - 3,8]	<b>15,7</b> [15,1 - 16,4]	***
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	<b>15,1</b> [12,5 - 17,9]	<b>56,4</b> [55,6 - 57,3]	***
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	<b>2,1</b> [1,2 - 3,5]	<b>29,0</b> [28,2 - 29,8]	***
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	<b>44,6</b> [39,0 - 50,4]	<b>66,7</b> [65,5 - 68,0]	***
<b>Pathologies de la grossesse</b>				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	<b>80,0</b> [76,8 - 82,9]	<b>64,1</b> [63,2 - 64,9]	***
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	<b>97,5</b>	<b>89,5</b>	***
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	<b>11,2</b>	<b>15,0</b>	***
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	<b>8,5</b>	<b>5,5</b>	***
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	<b>2,6</b>	<b>2,2</b>	*
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	<b>4,1</b>	<b>2,5</b>	***
<b>Santé mentale</b>				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	<b>32,8</b> [29,4 - 36,4]	<b>17,1</b> [16,5 - 17,8]	***
Mauvais vécu de la grossesse <sup>2</sup> (%)	ENP (2021)	<b>17,9</b> [15,1 - 20,9]	<b>12,5</b> [11,9 - 13,1]	***
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>46,4</b> [42,7 - 50,2]	<b>31,9</b> [31,1 - 32,8]	***
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>7,5</b> [5,6 - 9,6]	<b>8,8</b> [8,3 - 9,3]	
<b>Lieu d'accouchement</b>				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	<b>29,3</b>	<b>16,1</b>	***
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	<b>0,1</b>	<b>28,4</b>	***
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	<b>0,1</b>	<b>24,3</b>	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	<b>70,6</b>	<b>31,2</b>	***
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	<b>25,7</b>	<b>19,2</b>	***
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	<b>10,6</b> [8,3 - 13,3]	<b>7,7</b> [7,2 - 8,2]	**
<b>Mode d'accouchement</b>				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	<b>20,8</b>	<b>22,0</b>	
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	<b>5,0</b>	<b>7,0</b>	***
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	<b>79,2</b>	<b>78,0</b>	
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	<b>71,6</b>	<b>66,9</b>	***
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	<b>2,0</b>	<b>2,8</b>	**
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	<b>4,0</b>	<b>5,5</b>	*
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	<b>0,2</b>	<b>1,1</b>	**
<b>Complications</b>				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	<b>3,6</b>	<b>7,3</b>	***
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	<b>0,69</b>	<b>0,92</b>	
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	<b>0,49</b>	<b>1,36</b>	***

<sup>1</sup> Réaction à la découverte de la grossesse = "non souhaitée" ou "souhaitée plus tard"

<sup>2</sup> Vécu psychologique pendant la grossesse = "Assez mal" ou "Mal"

\*: p &lt; 0.1 ; \*\*: p &lt; 0.05 ; \*\*\* : p &lt; 0.001

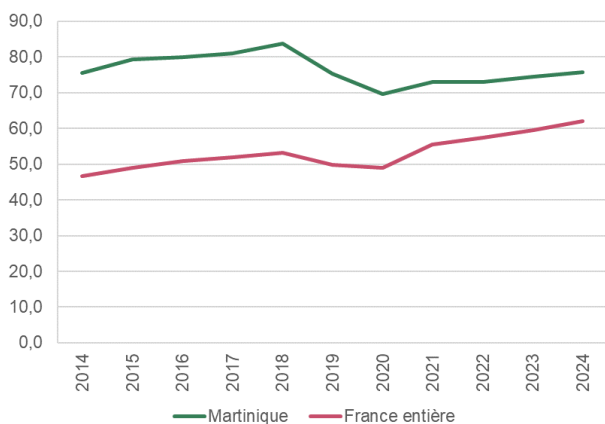
## Suivi de la grossesse

**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, 75,8 % des femmes ayant accouché en Martinique ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP) plaçant la Martinique parmi les régions pour lesquelles ce taux était significativement supérieur au niveau national (62,1 %). La réalisation de l'EPP est constante depuis 2014 (75,6 %) (**Figure 6**), et l'un des taux les plus élevés de France derrière Saint-Barthélemy (84,0 %) (**Carte 7**).

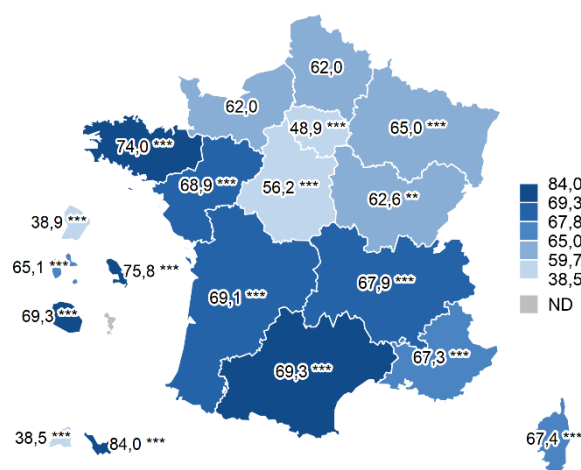
Il est à noter l'écart important entre les données autodéclarées dans l'ENP 2021, puisque 36,4% des femmes ayant accouché en Martinique déclaraient avoir bénéficié d'un EPP (données non présentées), versus 73,0 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance 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 6. Evolution de la part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Martinique, période 2014-2024**



Source : SNDS

**Carte 7. Part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), par région du lieu d'accouchement, 2024**



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

En 2021, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 87,8 % des cas contre 41,5 % parmi les multipares. Les cours de préparation étaient davantage suivis en Martinique 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) (HAS 2009).**

En 2021, 8,3 % des femmes en Martinique déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Ce chiffre était bien en-dessous de la moyenne nationale (27,2 %), et 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 2,4 % des femmes en Martinique déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une proportion bien en-dessous de 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 Martinique, la vaccination grippale était proposée à 15,1 % des femmes enceintes, mais seulement 2,1 % ont effectivement été vaccinées, révélant un décalage entre la proposition et l'adhésion (**Tableau 3**).

En Martinique, la proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années était plus élevée : 44,6 %, ce qui témoigne d'une meilleure intégration de cette recommandation ; même si cette proportion est la plus faible de France (**Tableau 3**).

## Pathologies de la grossesse

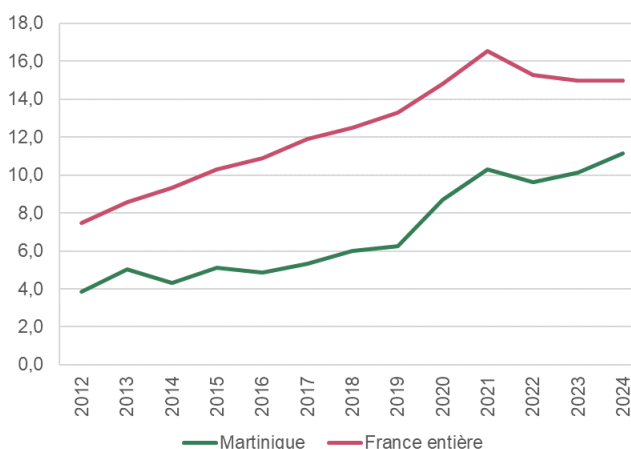
**En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis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

En 2021, selon les données de l'ENP, 80,0 % des femmes ayant accouché en Martinique répondaient à ces critères de risque. Cependant, selon les données du SNDS, en 2024, 97,5 % des femmes 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 figurait parmi les plus élevés de France, après la Réunion (98,0 %) et a augmenté au cours du temps (93,2 % en 2012).

Entre 2012 et 2024, la prévalence du diabète gestationnel a presque doublé en Martinique, passant de 3,8 % à 11,2 % (**Figure 7**). Cette même évolution défavorable était observée dans le reste de la France.

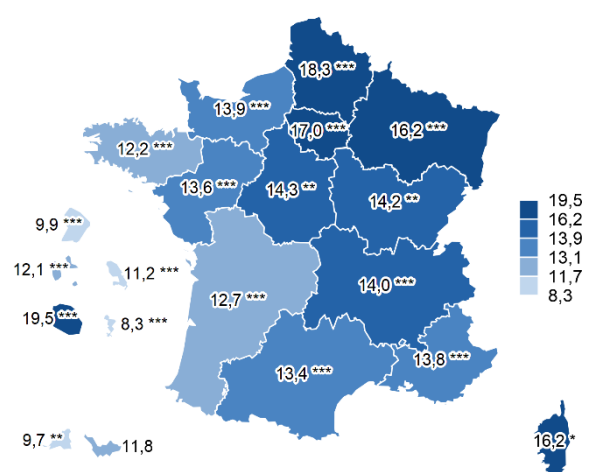
En 2024, la prévalence du diabète gestationnel en Martinique (11,2 %) était significativement plus faible qu'au niveau national (15,0 %) (**Carte 8**).

**Figure 7. Evolution de la part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), France entière et Martinique, période 2012-2024**



Source : SNDS

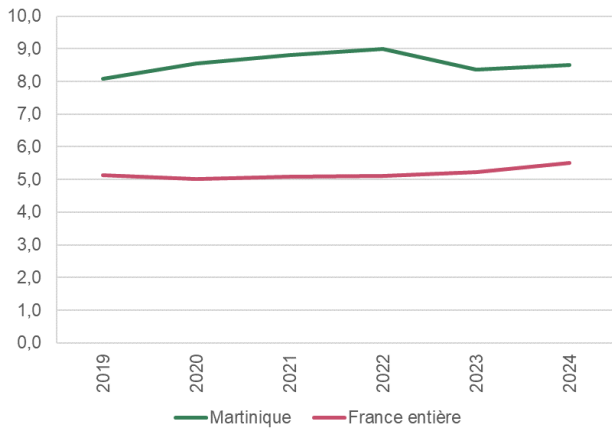
**Carte 8. Part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), par région du lieu d'accouchement, 2024**



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

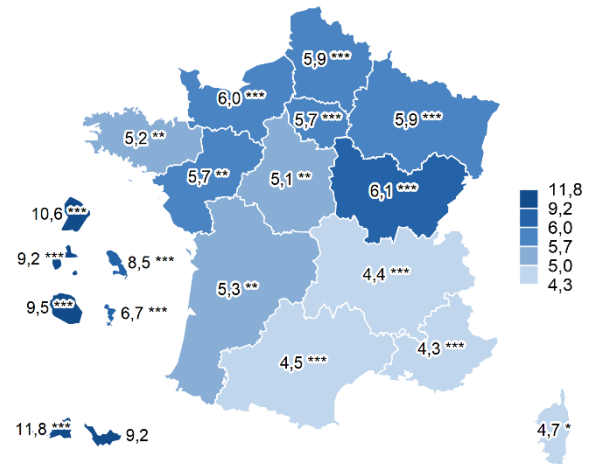
En 2024, 8,5 % des accouchements en Martinique étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), versus 8,1 % en 2019. Une évolution similaire était observable en France entière (**Figure 8**), ce taux est significativement supérieur à la moyenne de la France entière (5,5 %) et parmi les plus élevés (**Carte 9**).

**Figure 8. Evolution de la part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), France entière et Martinique, période 2019-2024**



Source : SNDS

**Carte 9. Part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), par région du lieu d'accouchement, 2024**

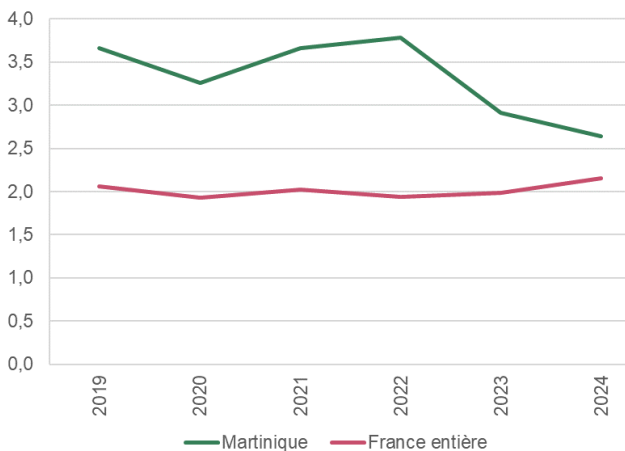


Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

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

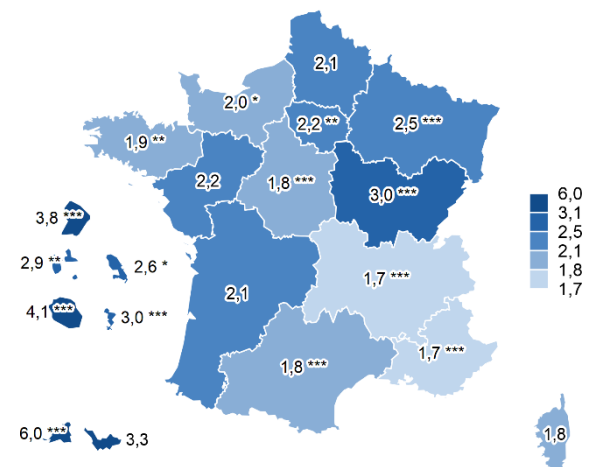
En Martinique, il était constaté une diminution de la part des femmes avec un HTA gestationnelle passant 3,7 % en 2019 à 2,6 % en 2024, s'approchant du niveau national (2,2 %) (**Figure 9, Carte 10**).

**Figure 9. Evolution de la part des femmes avec un HTA gestationnelle (en %), France entière et Martinique, période 2019-2024**



Source : SNDS

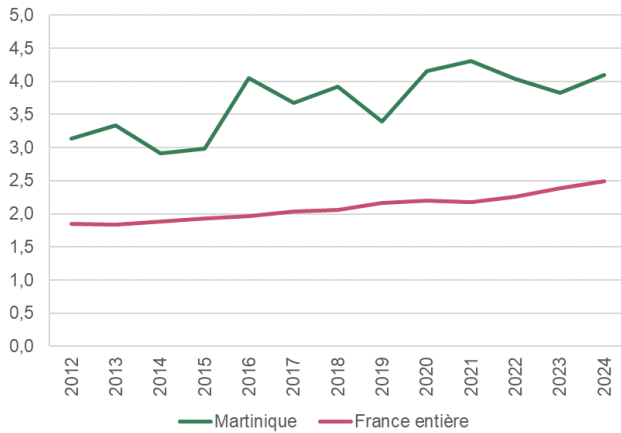
**Carte 10. Part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), par région du lieu d'accouchement, 2024**



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

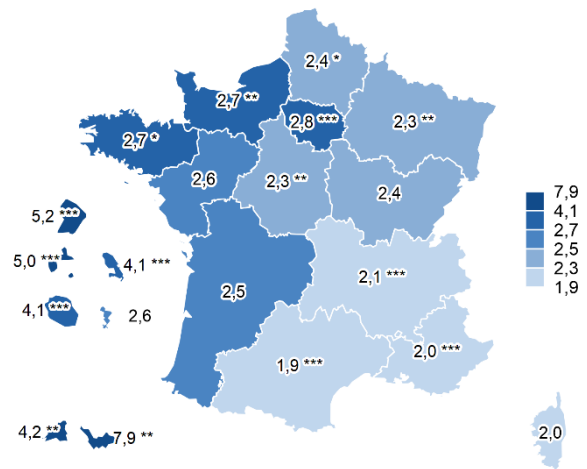
La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter modérément entre 2012 (3,1 %) et 2024 (4,1 %) (**Figure 10**) et était un taux significativement supérieur à la moyenne nationale (2,5 %) et l'un des plus élevés de France (**Carte 11**).

**Figure 10. Evolution de la part des femmes avec une prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière et Martinique, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 11. Part des femmes avec prééclampsie associée à une HTA (en %), par région du lieu d'accouchement, 2024**



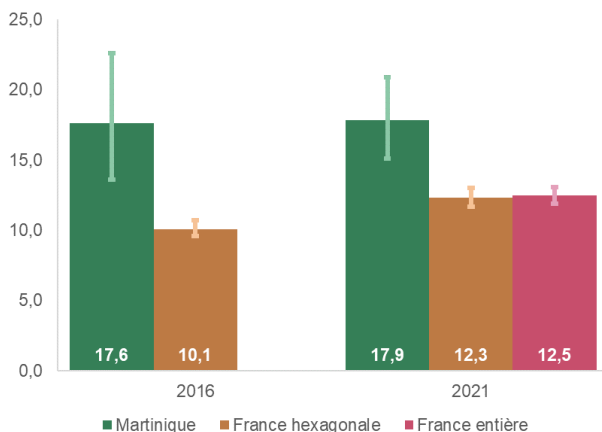
Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Santé mentale

En 2021, 32,8 % des femmes en Martinique déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes, un résultat près de deux fois supérieur à celui de la France entière (17,1 %). Cette part est similaire à 2016 (**Tableau 3**).

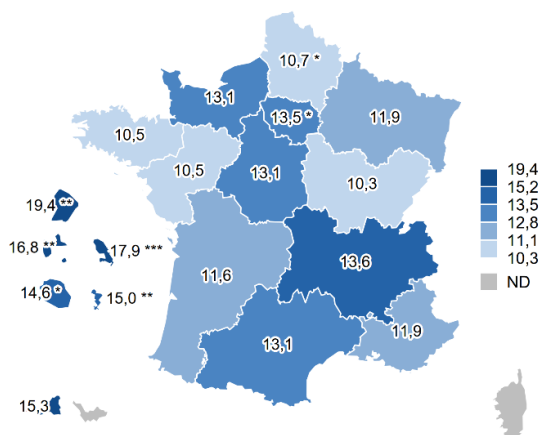
Toujours en 2021, 17,9 % des femmes en Martinique déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse, ce qui est significativement supérieur à la France entière (12,5 %), mais constant depuis 2016 (**Figure 12, Carte 12**).

**Figure 12. Evolution de la part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Martinique, 2016 et 2021**



Source : ENP

**Carte 12. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**

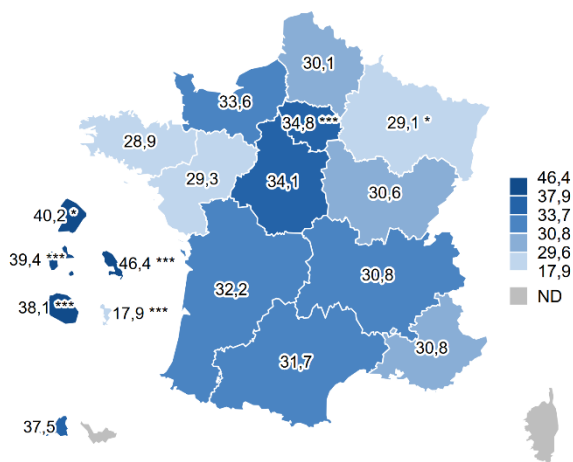


Source : ENP ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001  
ND = non disponible

En 2021, près d'une femme sur 2 en Martinique (46,4 %) déclaraient un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse soit un résultat significativement supérieur de celui en France entière (31,9 %) (**Carte 1313**). En parallèle, 7,5 % des femmes ont

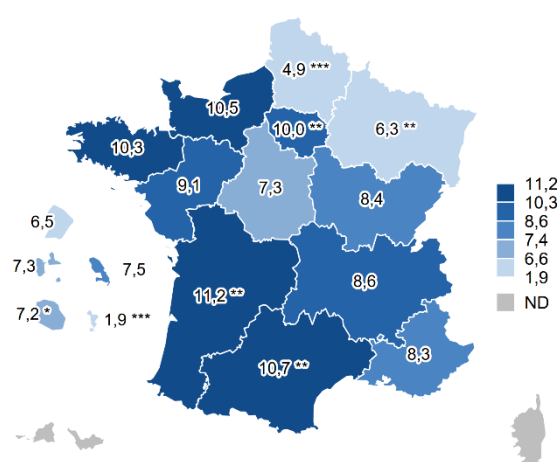
déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques soit un recours similaire à celui de la France entière (8,8 %) (**Carte 14**).

**Carte 13. 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 14. Part des femmes ayant consulté un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



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

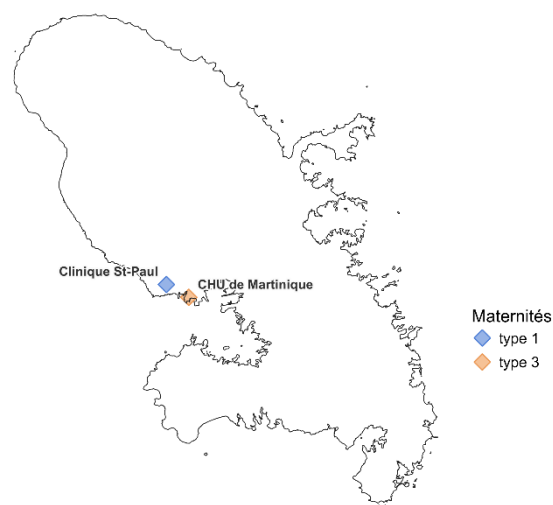
## Lieu d'accouchement

### Type de maternités

Depuis des décrets de 1998, les maternités sont définies en 4 types de maternités selon le niveau de soins néonataux (**Carte 1515**).

- 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 15. Répartition des maternités en Martinique, selon le type, au 31 décembre 2024**



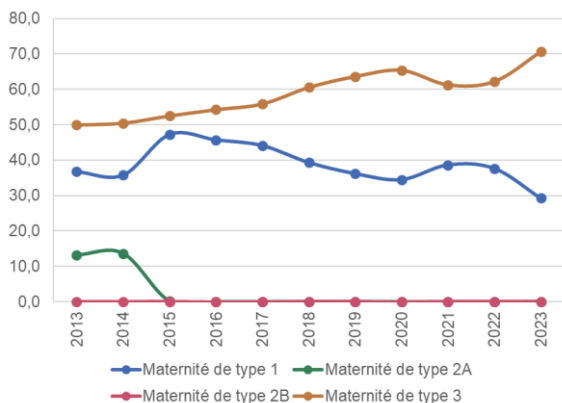
Source : DREES

### Réduction du nombre de maternités

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

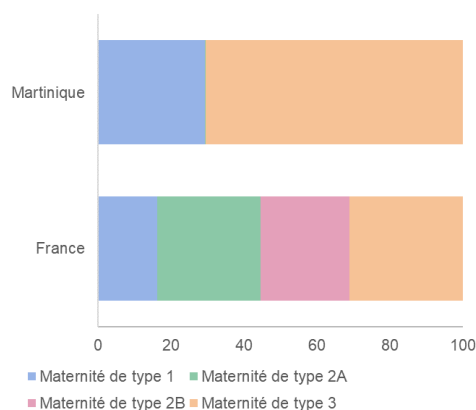
En 2023, avec seulement 2 maternités, la répartition des accouchements selon le type de maternité était la suivante chez les femmes résidant en Martinique : 29,3 % en type 1 et 70,6 % en type 3 (**Figure 13**). Depuis 2013, la répartition des accouchements en Martinique a augmenté dans la maternité de type 3 (**Figure 14**).

**Figure 13. Evolution de la répartition des accouchements selon le type de maternité en Martinique (en %), période 2013-2023**



Source : SNDS

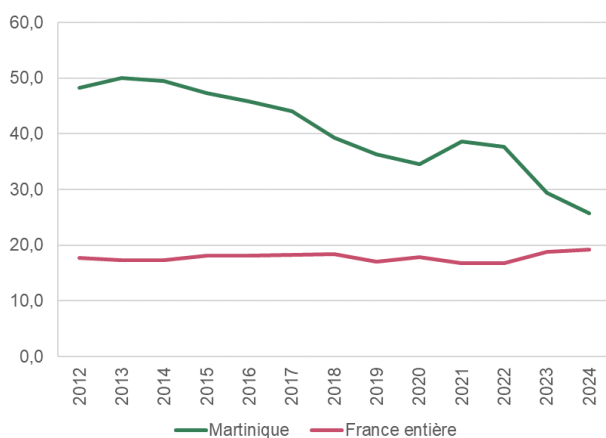
**Figure 14. Part d'accouchements domiciliés par type de maternité (en %), France entière et Martinique, 2023**



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

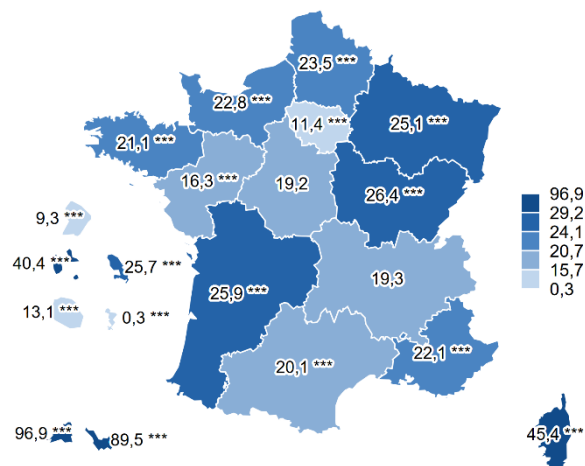
En 2024 pour la Martinique, près d'un accouchement sur quatre (25,7 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an, un chiffre en diminution depuis 2012 (**Figure 15**, **Carte 16**).

**Figure 15. Evolution de la part des accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), France entière et Martinique, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 16. 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 Martinique, 1 femme sur 10 (10,6 %) déclarait avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité (**Tableau 3**).

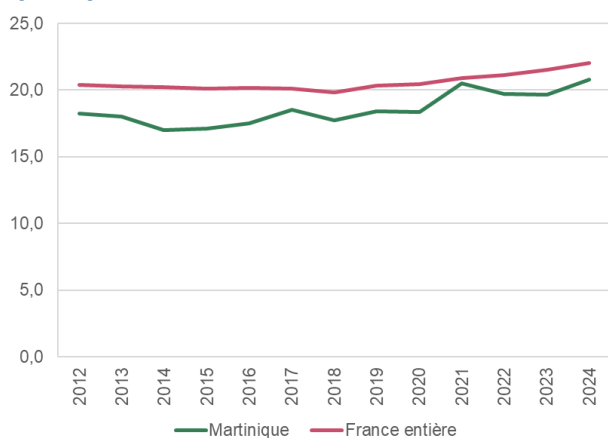
Dans l'Hexagone (hors Corse), cette proportion variait significativement de 4,5 % [3,3 - 6,1] en Hauts-de-France à 14,3 % [11,0 - 18,1] en Bourgogne-Franche-Comté. Dans les DROM, elle variait de 8,7 % à la Réunion [6,9 - 10,8] à 12,9 % [10,1 - 16,2] en Guadeloupe.

## Mode d'accouchement

En Martinique entre 2012 et 2024, la part des césariennes a augmenté pour passer de 18,3 % à 20,8 % (**Figure 16**). En 2024, le niveau de césariennes en Martinique est équivalent à celui de la France (22,0 %) (**Carte 17**).

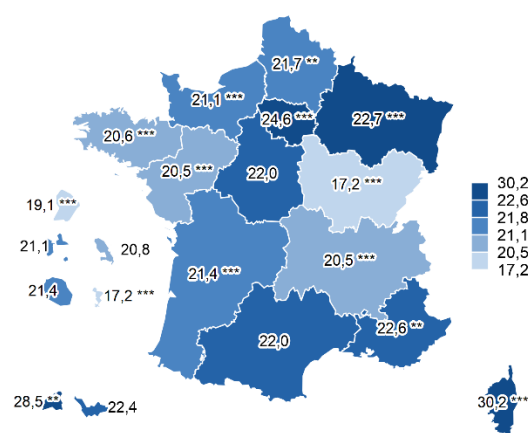
Cette hausse récente résulte notamment de l'augmentation des césariennes non programmées (**Tableau 3**), alors que les césariennes non programmées ont diminué (5,6 % en 2012 contre 5,0 en 2024).

**Figure 16. Evolution de la part des césariennes (en %), France entière et Martinique, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 13. Part des césariennes (en %), par région de domicile, 2024**



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

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

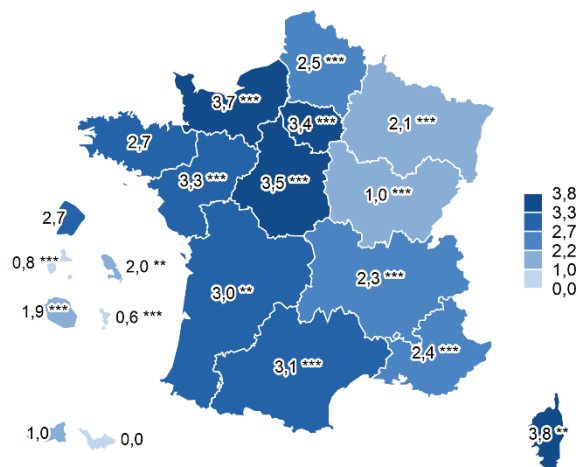
En effet, 9,8 % ( $n \approx 330$ ) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 2,0 % ( $n \approx 40$ ) en 2024 (**Figure 1717**). C'était entre 2016 et 2020 que la diminution a été la plus rapide. Cette part d'épisiotomie est significativement inférieure à celle de la France entière (2,8 %) (**Carte 18**) et l'un des plus faibles de France.

**Figure 17. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Martinique, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 14. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), par région de domicile, 2024**



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

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 4,0 % des primipares avec un accouchement VBNI avaient eu une épisiotomie, versus 0,2 % 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).

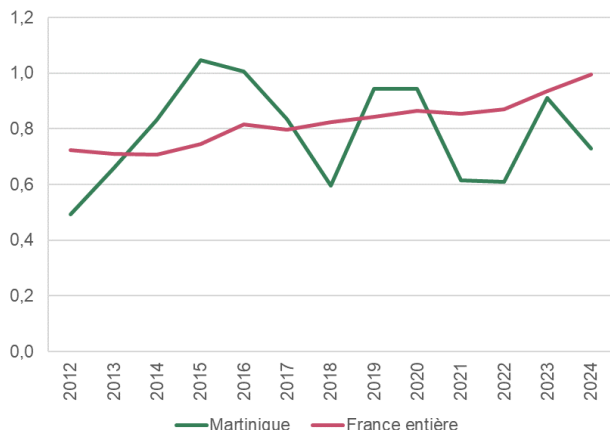
Les critères de l'HPP sévère sont :

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

En Martinique, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du postpartum (HPP) était estimée à 3,6 %, inférieure au niveau national (7,3 %) en 2024, avec une diminution depuis 2022 (**Tableau 3**).

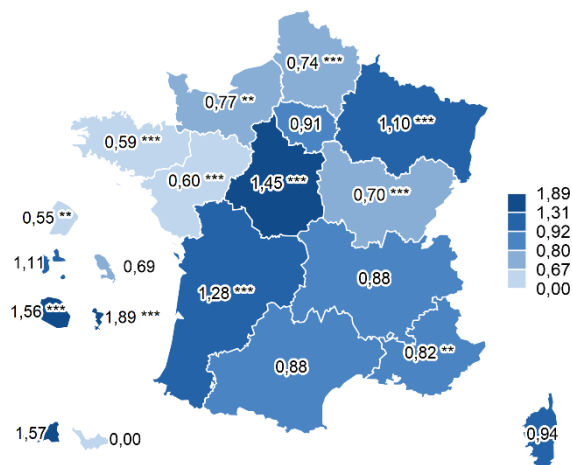
En Martinique, l'HPP sévère (HPP associé à un acte d'embolisation, de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomie totale ou subtotal, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs, ou de soins continus) était de 0,7 % en 2024, similaire à la part en France entière (1,00 %) (**Figure 18, Carte 19**).

**Figure 18. Evolution de la part des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Martinique, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 15. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %), par région de domicile, 2024**



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

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicqué (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés) était de 0,49 % en 2024, tout comme en 2012 avec une forte variabilité interannuelle (**Figure 19**).

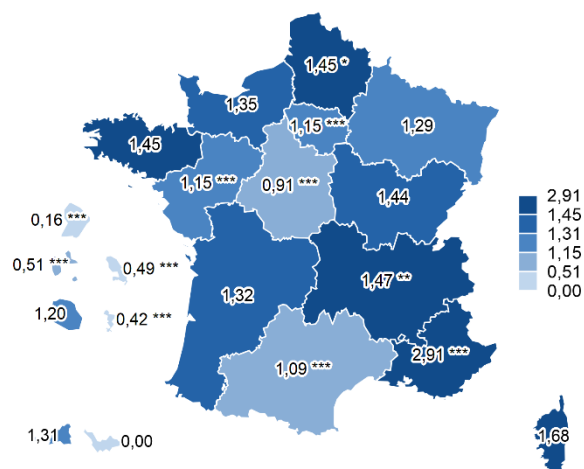
Ce taux est significativement inférieur à celui de la France entière (1,36 %) (**Carte 20**).

**Figure 19. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Martinique, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 16. Part des déchirures sévères (en %), par région de domicile, 2024**



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

## Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes - Martinique

Indicateurs	Source	Martinique	France	p-value
<b>Prématurité selon l'âge gestationnel</b>				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	<b>8,5</b>	<b>6,7</b>	***
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	<b>0,66</b>	<b>0,43</b>	*
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>1,21</b>	<b>0,70</b>	**
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>6,65</b>	<b>5,56</b>	**
<b>Autres marqueurs de risque</b>				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	<b>3,9</b>	<b>3,0</b>	**
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	<b>11,4</b>	<b>7,4</b>	***
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	<b>12,9</b>	<b>9,6</b>	***
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	<b>6,4</b>	<b>8,8</b>	***
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	<b>8,5</b> [6,6 - 10,8]	<b>11,5</b> [11,0 - 12,0]	**

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

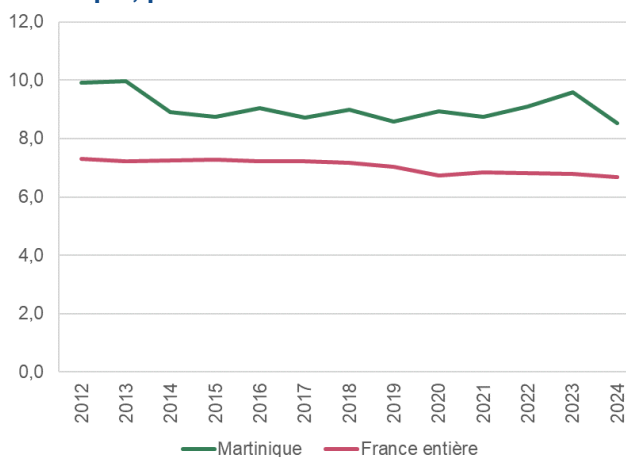
## Prématurité selon l'âge gestationnel

### La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

De plus, les enfants nés avant 32 SA nécessitent une surveillance médicale renforcée (Réseaux de suivi d'enfant vulnérables (RSEV), etc.), en raison d'un risque accru de troubles du neurodéveloppement et de handicap. Un certain nombre de facteurs de risque maternels augmentent le risque de prématurité : l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, le tabagisme, les infections, l'âge maternel (< 18 ans ou > 40 ans), l'assistance médicale à la procréation (AMP), les grossesses multiples, ainsi que les grossesses trop rapprochées.

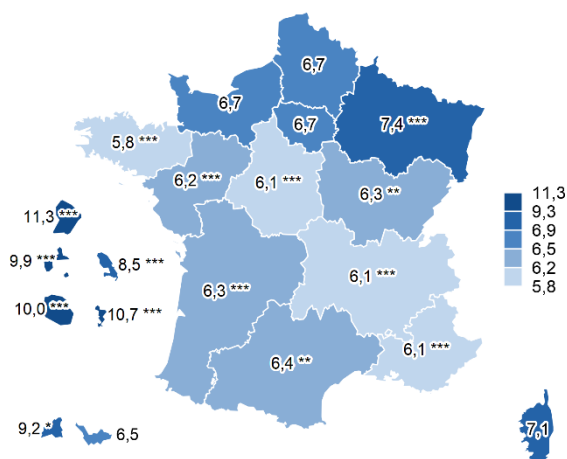
En Martinique, 8,5 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 6,9 % en 2012 (**Figure 20**). Cette tendance à la baisse était aussi observée en France entière qui présentait un taux de 6,7 % en 2024. En Martinique, ce taux est significativement supérieur à celui de la France entière (**Carte 21**).

Figure 20. Evolution de la part des naissance prématurées (en %), France entière et Martinique, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 17. Part des naissance prématurées (en %), par région de domicile, 2024



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

En 2024, la Martinique affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) de 0,66 % ; des taux de grande prématurité ([28-31] SA) et prématurité modérée ([32-36] SA) (respectivement 1,21 % et

6,65 %) significativement supérieurs aux taux nationaux (respectivement 0,70 % et 5,56 %) **(Tableau 4)**.

## Autres marqueurs de risque

En Martinique, 3,9 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une grossesse multiple en 2024, taux supérieur de celui observé en France entière (3,0 %) **(Tableau 4)**.

En 2024, les naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes représentaient 11,4 % des naissances vivantes, taux significativement supérieur à celui en France entière (7,4 %).

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10<sup>e</sup> percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] représentaient 12,9 % des naissances vivantes et les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90<sup>e</sup> percentile 6,9 % des naissances vivantes **(Tableau 4)**.

Selon les données de l'ENP 2021, 8,5 % des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en Martinique (taux de 11,5 % en France entière) **(Tableau 4)**.

# Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum - Martinique

Indicateurs	Source	Martinique	France	p-value
<b>Dépistage biologique néonatal</b>				
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)	17,5	6,3	***
<b>Incidence des maladies dépistées</b>				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,00	0,72	
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	1,18	3,95	
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	1,19	0,48	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	30,91	17,44	***
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,59	1,73	
<b>Durée de séjour en suites de couches</b>				
Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuits)	SNDS (2024)	4,0	3,8	-
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	5,5	4,8	-
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	3,5	3,6	-
<b>Alimentation du nourrisson et allaitement</b>				
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	95,5 [93,7 - 96,9]	77,1 [76,3 - 77,9]	***
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	92,3 [90,1 - 94,1]	70,5 [69,7 - 71,3]	***
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	76,1 [70,8 - 80,8]	54,6 [53,4 - 55,9]	***
<b>Couchage à 2 mois</b>				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	41,3 [35,8 - 46,9]	79,2 [78,1 - 80,3]	***
<b>Lieu de couchage</b>				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	63,7 [57,9 - 69,2]	70,5 [69,3 - 71,6]	**
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	2,5 [1,1 - 4,8]	15,2 [14,3 - 16,0]	***
Lit des parents (%)	ENP (2021)	31,7 [26,3 - 37,4]	13,0 [12,1 - 13,9]	***
<b>Suivi post-natal (2 mois après la naissance)</b>				
<b>Suivi médical</b>				
Visite à domicile (sage-femme ou puéricultrice) (%)	ENP (2021)	92,5 [89,0 - 95,2]	84,2 [83,1 - 85,1]	***
Sage-femme (%)	ENP (2021)	91,5 [87,9 - 94,3]	79,3 [78,2 - 80,4]	***
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	7,7 [4,9 - 11,5]	19,2 [18,2 - 20,3]	***
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	25,1	24,9	
<b>Suivi médical du nourrisson</b>				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	43,8 [38,3 - 49,5]	43,2 [41,9 - 44,4]	
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	38,9 [33,4 - 44,7]	42,1 [40,8 - 43,3]	
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	15,4 [11,3 - 20,3]	12,3 [11,4 - 13,3]	
<b>Engagement du partenaire</b>				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	41,3 [35,2 - 47,6]	59,8 [58,6 - 61,1]	***
<b>Santé mentale post-partum</b>				
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	21,1 [16,7 - 26,1]	16,8 [15,9 - 17,8]	*
Anxiété (%)	ENP (2021)	25,1 [20,3 - 30,4]	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 Martinique, le taux de refus était de 17,5 pour 10 000 enfants nés, chiffre significativement plus 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) : 0,00 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement supérieur à la France (0,72).
- Hypothyroïdie : 1,18 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 1,19 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 30,91 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement supérieur à la France (17,44).
- Mucoviscidose : 0,59 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement inférieur à la France (1,73).

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

## Durée de séjour en suites de couches

En 2024, la durée de séjour à la maternité en suites de couches était de 4,0 nuitées en moyenne en Martinique proche du niveau national (3,8 nuits). Une différence selon le mode d'accouchement était observée avec une durée régionale moyenne de 5,5 nuitées après césarienne et de 3,5 nuitées pour un accouchement par voie basse.

## Alimentation du nourrisson et allaitement

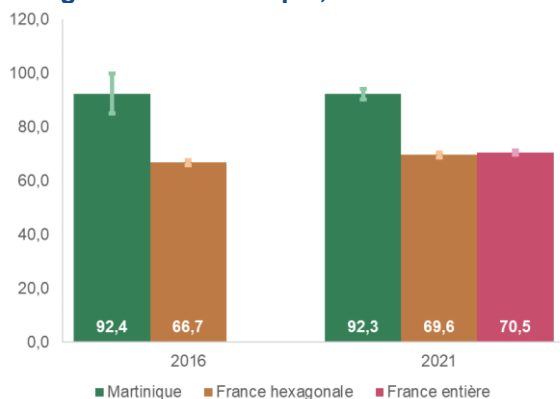
### Enquête EPIFANE

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 [5] sur les résultats observés dans EPIFANE décrit l'âge médian au début de la diversification alimentaire et la proportion d'enfants pour lesquels la diversification a débuté dans la fenêtre recommandée, située entre 4 et 6 mois de vie.

Selon l'ENP 2021, en Martinique, 95,5 % des femmes ont tenté d'allaiter leur enfant (**Carte 23**) et 92,3 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice (**Figure , Carte 22**).

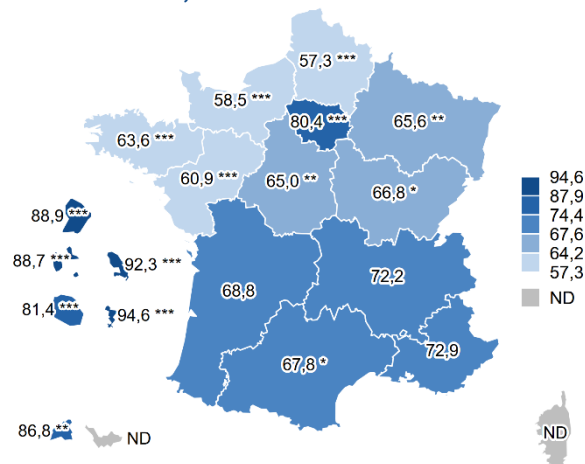
A deux mois post-partum, 76,1 % déclaraient encore allaiter (**Carte 24**). Ces proportions étaient supérieures aux données nationales, la pratique de l'allaitement étant plus fréquente dans les DROM et en Ile-de-France.

**Figure 21. Evolution de la part des nourrissons allaités en maternité (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Martinique, 2016 et 2021**



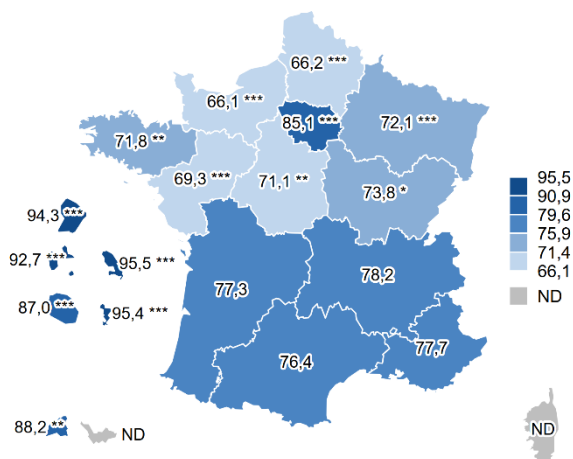
Source : ENP

**Carte 23. Part des nourrissons allaités en maternité (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



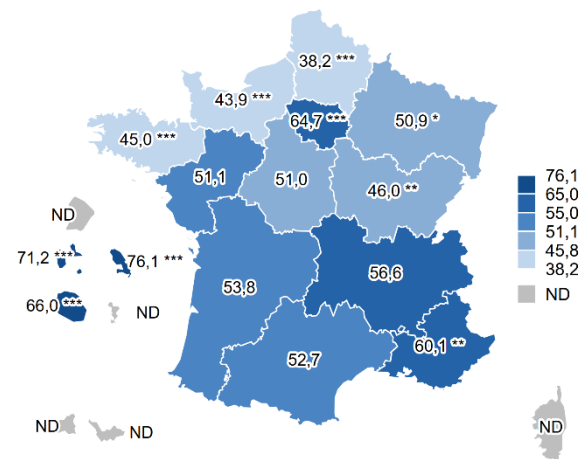
Source : ENP ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001  
ND = non disponible

**Carte 22. Part des femmes ayant tenté d'allaiter en maternité (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



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

**Carte 24. Part des femmes ayant mis en place un allaitement mixte ou exclusif à 2 mois (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



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

## Couchage

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

- Coucher systématiquement les bébés sur le dos ;
- Dans un lit séparé dans la chambre parentale jusqu'à ses 6 premiers mois ;
- Sans objets dans le lit qui risquent de couvrir sa tête (pas d'oreiller, couverture, couette, doudou, tour de lit, jouet...).

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

Selon l'ENP 2021, en Martinique, seules 41,3% des mères déclaraient systématiquement coucher leur enfant sur le dos deux mois après la naissance (79,2 % au niveau national) :

- 63,7 % déclaraient coucher le nourrisson dans un lit séparé dans la chambre parentale et 2,5 % seul dans une chambre.
- 31,7 % 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

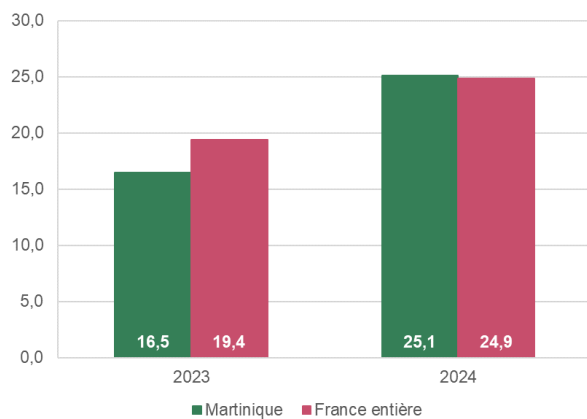
La HAS recommande deux à trois visites de sages-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h. Ces visites sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie, si 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<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> 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 Martinique, 92,5 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (91,5 %) et/ou par une puéricultrice (7,7 %). A l'échelle nationale, seules 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi (**Tableau 5**).

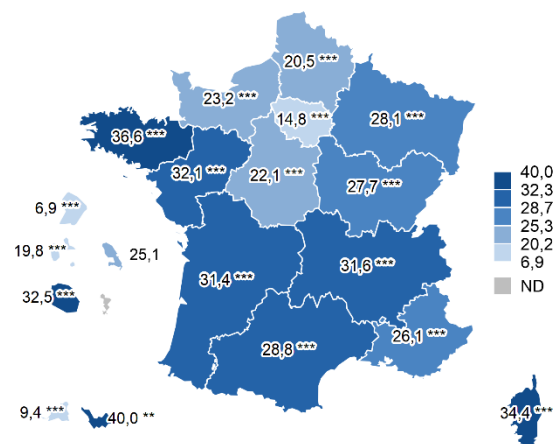
En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 25,1 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Martinique (24,9 % au niveau national (**Carte 25**)). Cette proportion marque une progression significative par rapport à 2023, où seulement 16,5 % des femmes en Martinique en avaient profité (**Figure22**).

**Figure 22. Evolution de la part de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Martinique, période 2023-2024**



Source : SNDS

**Carte 185. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



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

### 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<sup>e</sup> semaine, à 1 mois et à 2 mois.

En 2021, en Martinique, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un pédiatre (43,8 %) ou par un médecin généraliste (38,9 %). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 15,4 % des nourrissons (**Tableau 5**).

## Engagement du partenaire / co-parent

Selon l'ENP 2021, en Martinique, 41,3 % 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

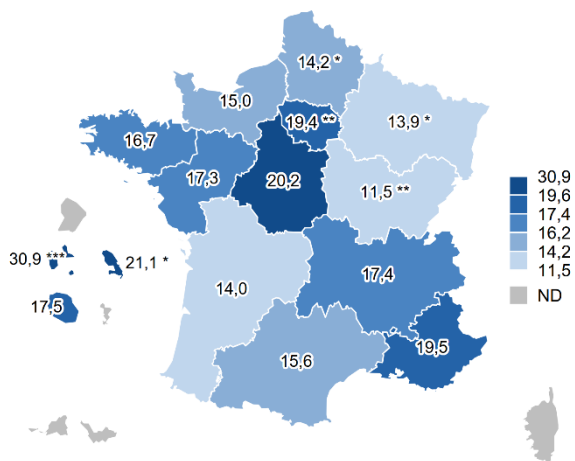
Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM). Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson.

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<sup>ère</sup> fois en France, cette échelle a été intégrée dans l'ENP 2021 afin d'évaluer ce risque à l'échelle nationale.

En Martinique, deux mois après l'accouchement, 21,1 % des femmes présentaient des symptômes de dépression et 25,1 % de l'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale) (**Carte 26 ; Carte 27**).

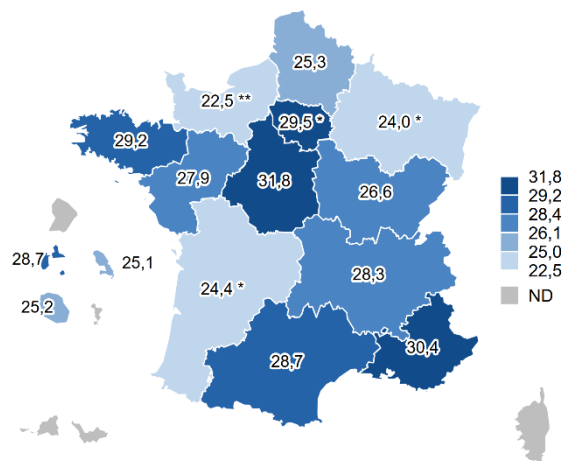
A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, et que cela a pu impacter leur santé mentale.

**Carte 26. 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 27. Part des femmes ayant un score EPDS indiquant une anxiété (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**

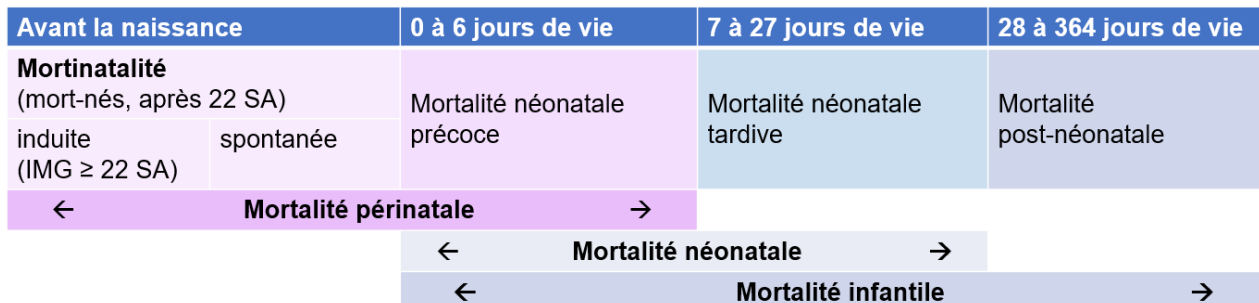


Source : ENP ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001  
ND = non disponible

## Mortalité

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

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



**Tableau 6. Mortalité - Martinique**

Indicateurs	Source	Martinique	France	p-value
<b>Mortalité maternelle</b> (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	<b>38,2</b> [17,5 - 72,5]	<b>11,1</b> [10,2 - 12,1]	***
<b>Mortinatalité</b> (enfants mort-nés, après 22SA) <sup>1</sup>				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	<b>46</b>	<b>6 094</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>15,6</b>	<b>9,2</b>	***
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>11,9</b>	<b>5,6</b>	***
<b>Mortalité périnatale</b> (décès enfant entre 22SA et 6 jours) <sup>1</sup>				
Nombre de décès	SNDS (2024)	<b>58</b>	<b>7 398</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>19,7</b>	<b>11,2</b>	***
<b>Mortalité infantile</b> (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>20</b>	<b>2 690</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>6,90</b>	<b>4,08</b>	**
<b>Mortalité néonatale précoce</b> (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>12</b>	<b>1 310</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>4,14</b>	<b>1,99</b>	**
<b>Mortalité néonatale tardive</b> (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>3</b>	<b>618</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>1,04</b>	<b>0,94</b>	
<b>Mortalité post-néonatale</b> (décès enfant entre 28 j et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>5</b>	<b>762</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>1,73</b>	<b>1,16</b>	

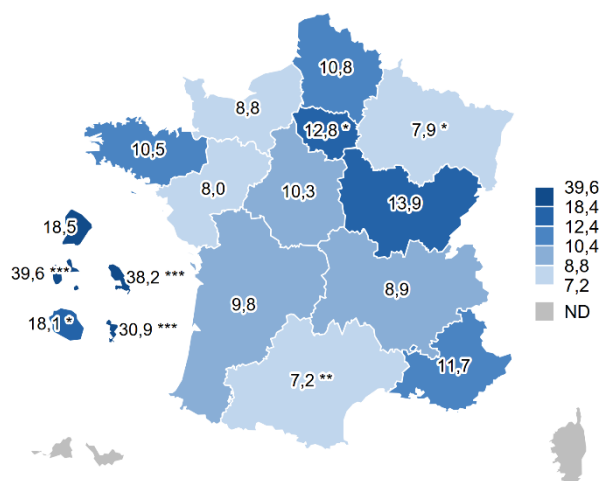
\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

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 Martinique s'élevait en moyenne à 38,2 décès pour 100 000 naissances vivantes (**Tableau 6**). Ce taux régional était l'un des plus élevés observé en France, significativement supérieur à la moyenne nationale (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes) (**Carte 2828**).

**Carte 28. Taux régional de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances totales), par région de domicile, 2013-2018**



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

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

## Mortinatalité

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

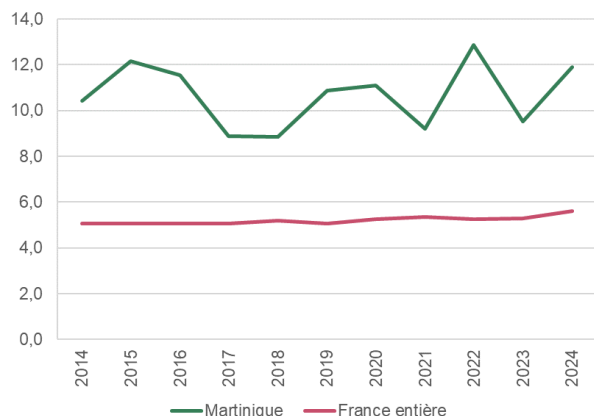
En France, environ 60 % de la mortinatalité était spontanée et 40 % était induite (données SNDS 2012-2024).

En Martinique, 46 mort-nés (enfants nés sans signe de vie  $\geq 22$  SA ou  $\geq 500$  gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 15,6 pour 1 000 naissances, significativement supérieur à celui enregistré en France (9,2) (Erreur ! Source du renvoi introuvable.29). Il s'agit d'un taux comparable à celui observé en 2014 (Figure23). En 2024, et ce depuis 2014, la mortinatalité en Martinique était l'une des plus élevées de France après la Guadeloupe (17,7 pour 1 000 naissances en 2024).

A l'échelle nationale, une hausse est observée en 2024 (9,2 pour 1 000) et les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 % par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 [1] (Figure23).

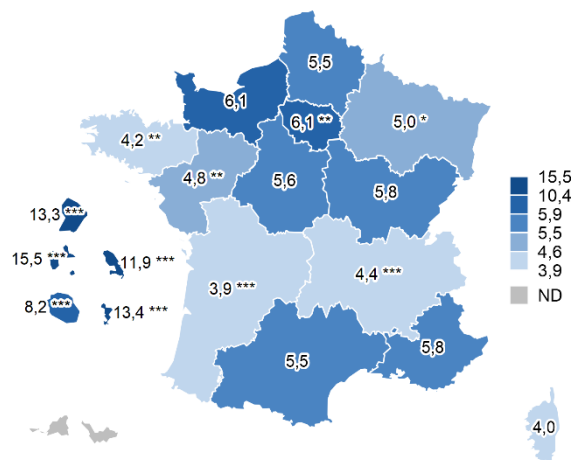


**Figure 25. Evolution du taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Martinique, période 2014- 2024**



Source : SNDS

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



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

## Mortalité périnatale

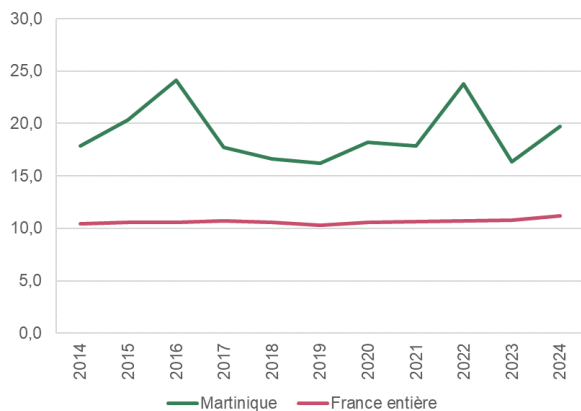
### La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

- 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 Martinique, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 19,7 décès pour 1 000 naissances, significativement supérieur à celui de la France entière (11,2) (**Carte 32**), l'un des plus élevés de France derrière la Guyane (19,3) et la Guadeloupe (20,5).

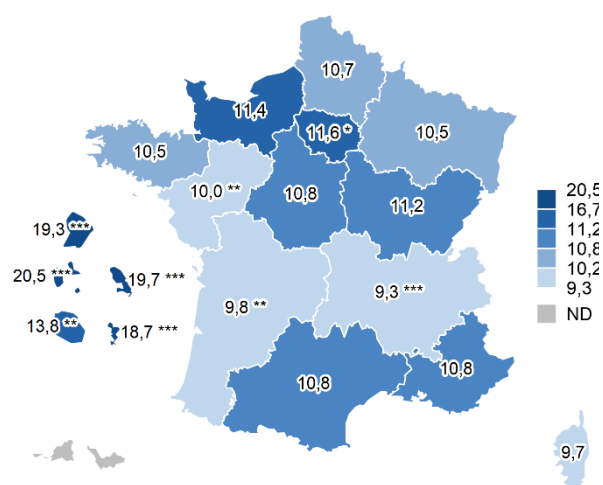
Le taux de mortalité périnatale oscillait autour de 20 décès pour 1 000 naissances sur la période 2014-2022 (**Figure 26**).

**Figure 26. Evolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), en France entière et en Martinique, 2014- 2024**



Source : SNDS

**Carte 32. Taux régional de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024**



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

## Mortalité infantile

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

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

En Martinique, 20 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 6,90 décès pour 1 000 naissances vivantes (6,90 ‰), significativement supérieur à celui observé en France entière (4,08 ‰) (**Carte 33**).

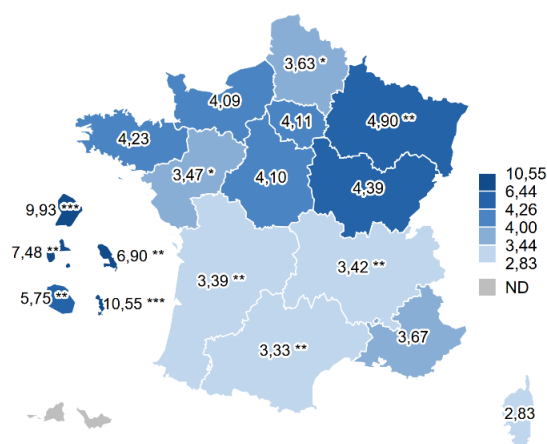
Le taux de mortalité infantile présentait une grande variabilité entre 2012 et 2024, allant de 5,12 décès pour 1 000 naissances en 2014 à 10,99 en 2017 (**Figure 27**).

**Figure 27. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Martinique, période 2012- 2024**



Source : Etat Civil

**Carte 33. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**



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

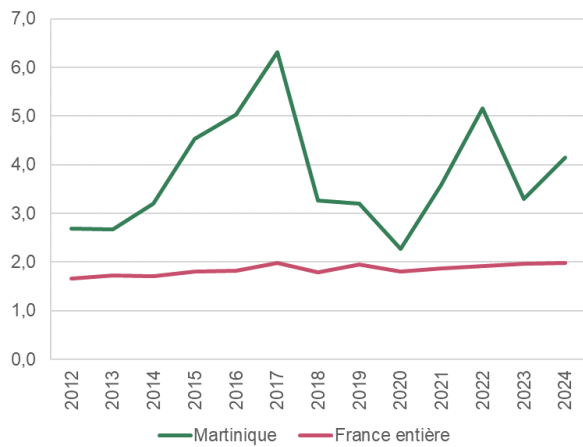
## Mortalité néonatale précoce

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

En Martinique, 12 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 4,14 décès pour 1 000 naissances vivantes (4,14 ‰), significativement plus élevé que celui observé en France (1,99 ‰) (**Carte 34**).

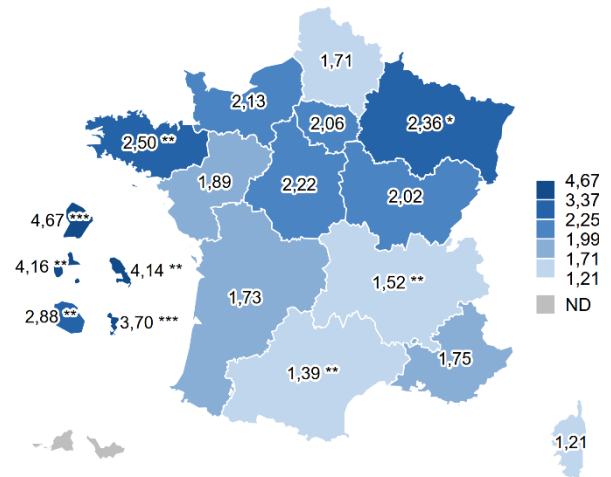
En Martinique, la mortalité néonatale précoce présentait une grande variabilité entre 2012 et 2024, allant de 2,27 décès pour 1 000 naissances en 2020 à 6,32 en 2017 (**Figure 28**) alors qu'en France entière elle augmente légèrement depuis 2012.

**Figure 28. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Martinique, période 2012- 2024**



Source : Etat Civil

**Carte 34. Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**



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

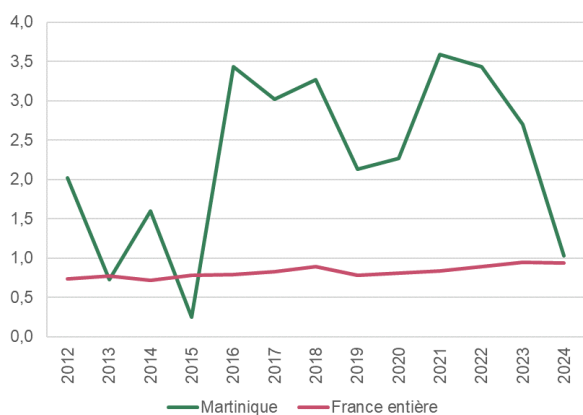
## Mortalité néonatale tardive

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

En Martinique, 3 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 1,04 décès pour 1 000 naissances vivantes (1,04 ‰), légèrement plus élevé que celui observé en France (0,94 ‰) (**Carte35**).

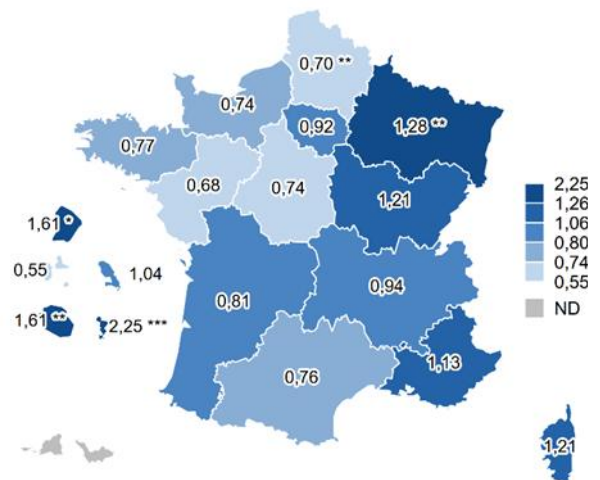
Dans la région, la mortalité néonatale tardive a diminué de 2021 à 2024. Une tendance à la hausse était par ailleurs observée au niveau national (2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 29**).

**Figure 29. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Martinique, période 2012 - 2024**



Source : Etat Civil

**Carte 35. Taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**



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

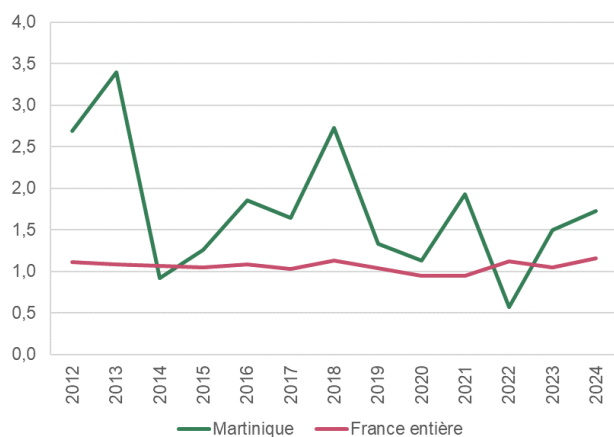
## Mortalité post-néonatale

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

En Martinique, 5 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 1,73 décès pour 1 000 naissances vivantes (1,73 ‰), sensiblement identique (pas de différence statistique) à celui observé en France (1,16 ‰) (**Carte 196**).

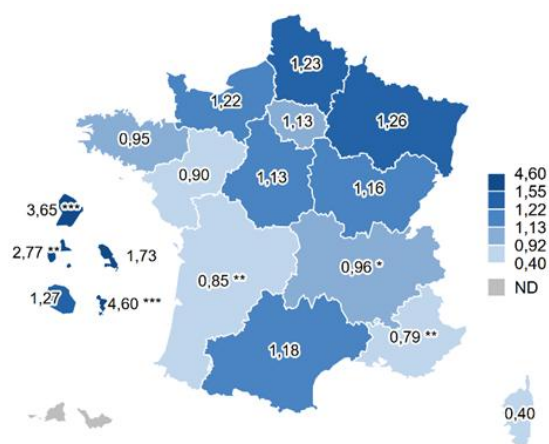
En Martinique, la mortalité post-néonatale, tend à diminuer depuis 2012. Une tendance stable était par ailleurs observée en France entre 2014 et 2024 (**Figure 30**).

**Figure 30. Evolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Martinique, période 2012- 2024**



Source : Etat Civil

**Carte 196. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**



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

## Prévention et promotion de la santé périnatale

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

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



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

### Observation et promotion des interactions parents-bébé de qualité

#### Étude EVANE

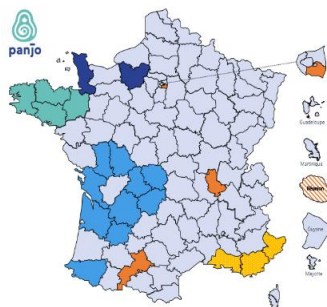


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression ressentie et sentiment de compétence parental) et certaines pratiques parentales (lecture, petits jeux, activités etc.). 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](mailto:eval.panjo@santepubliquefrance.fr)

## Promotion des comportements favorables à la santé

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

### La vaccination



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

### Calendrier vaccinal des femmes enceintes



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

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

### Aide à distance



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

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



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

### Dépliants Grossesse sans tabac et sans Alcool



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

## Nutrition et promotion de l'activité physique

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



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

## Le Guide de l'allaitement maternel



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

**MANGER BOUGER** [mangerbouger.fr](https://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 1000 premiers jours. N'hésitez pas à commander.



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

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

## Méthodologie

### Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

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

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

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

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

### Sources de données

#### Enquête nationale périnatale (ENP) et ENP-DROM

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

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

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

#### Limites :

- L'enquête n'est pas conçue pour produire des indicateurs régionaux robustes pour toutes les régions notamment celle enregistrant moins de 400 naissances (Martinique = 710 en maternité ; 427 à deux mois).
- En raison de faibles effectifs, les données sont non exploitables pour les DROM et la Corse sur les enquêtes 2010 et 2016 et pour la Corse et Saint-Barthélemy en 2021.
- En raison de perte dans le suivi à deux mois dans l'ENP 2021, certains indicateurs ne sont pas disponibles pour la Guyane, Mayotte et Saint-Martin.
- Les données autodéclarées peuvent être biaisées (mémoire, désirabilité sociale).

## Hospitalisations et consommations de soins (SNDS)

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

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

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

### Limites :

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

### Plus d'informations sur les données du SNDS

## État civil (Insee)

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

### Limites :

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

### Plus d'informations sur les bases des naissances vivantes

### Plus d'informations sur les bases des décès

## Enquête nationale confidentielle sur les morts maternels (ENCMM)

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

### Limites :

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

## Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)

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

### Limites :

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

## Analyses statistiques

### Comparaisons entre territoires

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

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

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

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

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

### Gestion des petits effectifs

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

## Références

- [1] Surveillance de la santé périnatale. Période 2012 - 2024. Édition Nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 61 pages, juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/anomalies-congenitales/bulletin-national/sante-perinatale-et-petite-enfance-en-france-entre-2012-2024>
- [2] Groupe de travail « Indicateurs ScanSanté » de la FFRSP. Indicateurs de santé périnatale, France hexagonale et DROM. Février 2026. 53 pages. Disponible à partir de l'URL : <https://ffrsp.fr>
- [3] Gomes E, Menguy C, Cahour L, Lebreton É, Regnault N et le groupe de travail sur les indicateurs en périnatalité. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019. Santé publique France. Saint-Maurice : 2024. 165 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [4] Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001 ; 80:277-285. Courbes mises à jour en 2006.
- [5] Salanave B, Lebreton E, Demiguel V, Regnault N et « Epifane2021 Study Group ». Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épipane 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 43 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [6] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7<sup>e</sup> 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](http://www.encmm.inserm.fr) et [www.santepubliquefrance.fr](http://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  
 SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie  
 VBNI : Voie basse non instrumentale

## Remerciements

Santé publique France tient à remercier

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

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

Nous remercions également l'ensemble des partenaires en région qui ont contribué à la rédaction et l'interprétation des résultats de ce bulletin (Dr Miguelle Marous, Katia Anaïs)

## Équipe de rédaction

**Rédactrice : Céline GENTIL-SERGENT**

**Relecteur / validateur : Jacques ROSINE**

**Fourniture des données & Conception de la maquette :**

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

**Pour nous citer :** Surveillance de la Santé Périnatale. Bulletin. Édition Martinique. Saint-Maurice : Santé publique France, 41 pages, 08 juillet 2026

**Directrice de publication :** Aude De Viviès

**Date de publication :** 08 juillet 2026

**Contact :** [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)