



Bulletin

Santé périnatale et petite enfance

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION NORMANDIE

Surveillance de la santé périnatale

Édito

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

La mise à disposition, pour la première fois, d'indicateurs de périnatalité décrivant l'état de santé de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né, de la grossesse au postpartum, aux échelles régionale et départementale, constitue à ce titre une avancée importante. Ce bulletin, qui s'appuie sur différentes sources de données **permet d'enrichir les connaissances locales et mieux appréhender les disparités territoriales.**

En Normandie, comme dans le reste de la France, la situation périnatale est marquée par des enjeux majeurs, parmi lesquels : baisse de la natalité, hausse du diabète gestationnel et défis liés à la santé mentale des femmes en période périnatale. **D'une manière générale, les mesures de préventions sont bien suivies dans la région** : vaccinations, dépistage du diabète gestationnel, couchage du nourrisson, réduction du tabagisme pendant la grossesse (bien que les prévalences restent plus élevées en Normandie qu'au niveau national). Il est à noter que la région présente le plus faible le score de mesure de l'anxiété en post-partum, inférieur à la moyenne nationale. Enfin, la Normandie est historiquement investie dans l'amélioration de la connaissance des causes et la lutte contre la mortalité maternelle, ce qui concourt probablement à expliquer le taux régional, parmi les plus bas, observé en France et incite à poursuivre en ce sens.

Cependant, la région se singularise par des taux très bas en matière d'allaitement maternel. La mise en œuvre des entretiens prénatal et postnatal précoces, offrant un levier pour améliorer l'accompagnement des parents et renforcer les actions de prévention, présentent des taux proches du national mais avec **des disparités territoriales fortes.** Il en est de même pour les visites à domicile en post-natal.

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

Dr Marie-Françoise Merlin-Bernard

Référente régionale périnatalité
Direction de l'offre de soins, ARS Normandie

Mélanie Martel

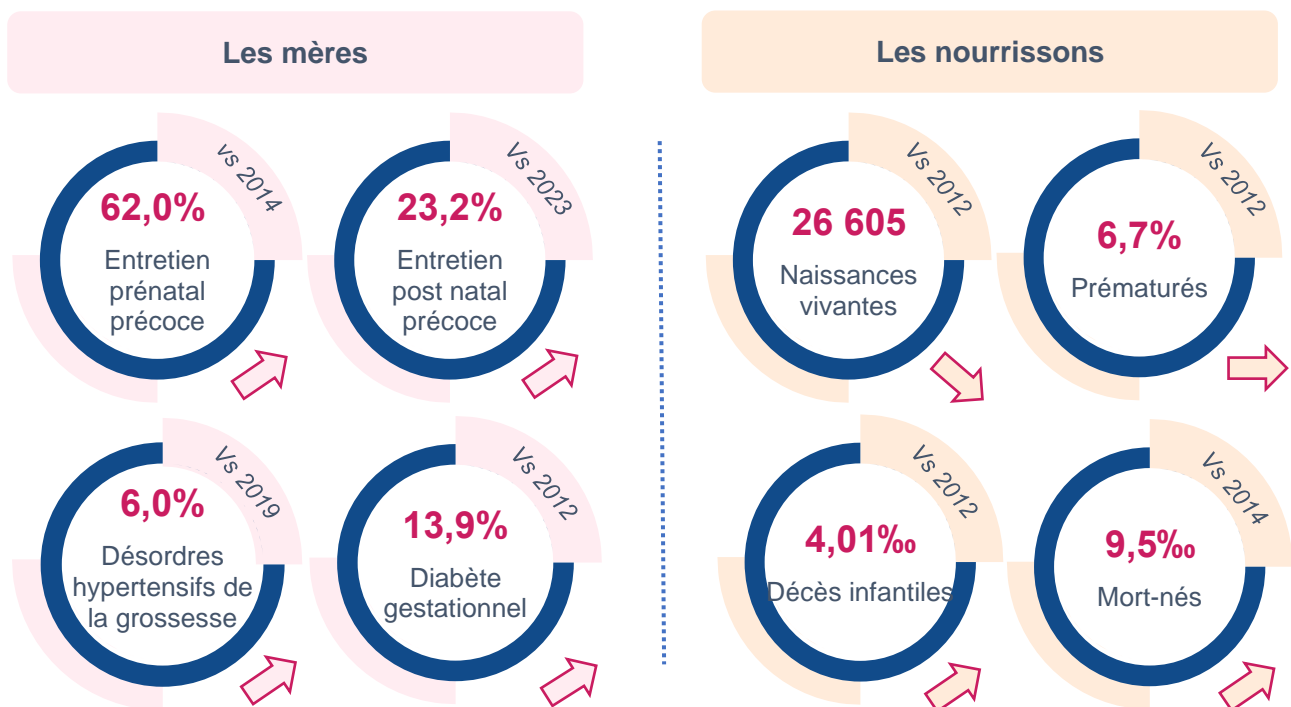
Déléguée régionale Normandie
Santé publique France

SOMMAIRE

Édito	1
8 chiffres-clés en Normandie	2
Autres points-clés en Normandie	3
Caractéristiques socio-démographiques	4
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	36
Méthodologie	40

L'ensemble de ces données, accompagnées de leurs métadonnées incluant une description des requêtes utilisées, est accessible en open data sur la plateforme **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 Normandie en 2024



Autres points-clés en Normandie

- La prévalence des femmes en situation de surpoids avant la grossesse (37,5 % en 2021) et du diabète préexistant (0,7 % en 2024) sont en hausse dans la région, comme en France entière.
- La prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique présente une progression depuis 2022 (de 1,61 % à 1,85 % en 2024), avec une prévalence significativement plus élevée en Normandie qu'en France entière (1,63 %).
- Les parts de fumeuses un an avant leur grossesse (31,5 %), au 3e trimestre de grossesse (15,1 %) et à 2 mois du post-partum (19,3 %) sont plus élevées en Normandie que celles observées en France entière en 2021.
- Bonne pratique de recommandation de vaccination grippe (68,1 % vs 56,4 % au national), de vaccination grippe réalisée (33,0 % vers 29,0 % au national) et de vaccination coqueluche à jour pendant la grossesse (83,1 % vs 66,7 % au national) en 2021.
- La part des femmes de 35 ans ou plus à l'accouchement a progressé et atteint 21,7 % en 2024. À l'inverse, les grossesses « adolescentes » (< 20 ans) ont reculé (1,7 % en 2024).
- Santé mentale :
 - Progression des femmes déclarant un mauvais vécu psychologique de la grossesse (13,1 % en 2021) ;
 - A contrario, la Normandie présente l'un des taux le plus faible d'anxiété chez les femmes en post-partum (22,5 % contre 27,5 % à l'échelle nationale en 2021).
- Augmentation du nombre d'accouchements dans des maternités réalisant moins de 1 000 naissances par an, notamment dans les départements plus ruraux comme l'Orne.
- La pratique de l'épisiotomie a beaucoup diminué depuis 2012, mais la Normandie présente toujours en 2024, un taux de pratique plus élevé chez les femmes primipares (7,3 % vs 5,5% au niveau national).
- En 2021, 58,5 % des femmes avaient mis en place un allaitement mixte ou exclusif en maternité et, à 2 mois, 43,9 % des enfants avaient un allaitement mixte ou exclusif, proportions très inférieures au niveau national (respectivement 70,5% et 54,6 %).
- En 2021, seules 60,2 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité contre 84,2 % à l'échelle nationale.

Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques - Normandie

Indicateurs	Source	Normandie	France	p-value
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	29 605	659 731	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	8,9	9,6	***
Caractéristiques démographiques des mères				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	1,7	1,8	*
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	21,7	25,8	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	48,1 [43,8 - 52,5]	58,0 [57,1 - 58,9]	***
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	14,7	26,2	***
Cadre de vie				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	92,8 [90,3 - 94,9]	90,6 [90,1 - 91,1]	
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	71,5 [67,5 - 75,3]	68,1 [67,3 - 68,9]	*
Bon sentiment d'aisance financière ¹ (%)	ENP (2021)	57,5 [53,2 - 61,8]	57,7 [56,8 - 58,6]	
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	15,9	17,4	***
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	1,1	2,5	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	14,9	14,9	

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

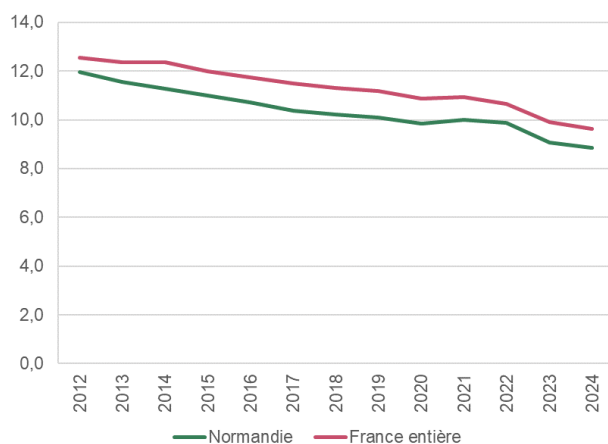
* : p < 0.1 ; ** : p < 0.05 ; *** : p < 0.001

Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, près de 30 000 naissances ont été enregistrées en 2024 en Normandie, soit un taux de natalité de 8,9 naissances pour 1 000 habitants (8,9 ‰). 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 12,0 ‰ à 8,9 ‰, soit plus de 10 000 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 (**Figure 1**).

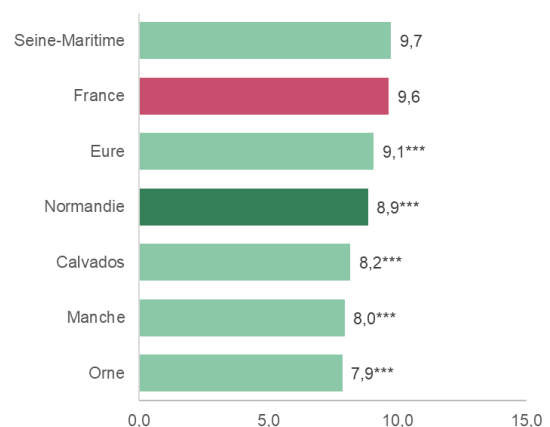
Au niveau départemental, en 2024, les taux de natalité variaient entre 7,9 ‰ dans le l'Orne et 9,7 ‰ en Seine-Maritime, seul département de la région qui se démarquait avec un taux de natalité proche de la moyenne nationale (**Figure 2**).

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



Source : Etat civil

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



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

Caractéristiques démographiques

Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), moins d'un quart des femmes ayant accouché en 2024 en Normandie (21,7 %) étaient âgées de 35 ans ou plus. Cette proportion est inférieure au niveau national, est en constante progression depuis 2012 (**Figure 3**).

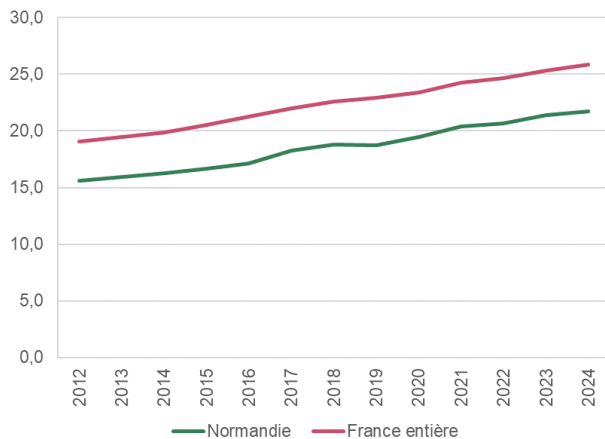
Au niveau départemental, la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus variait entre 19,8 % dans la Manche et 23,2 % dans le Calvados, toutes inférieures au niveau national (**Figure 4**).

Sur la même période (2012-2024), la part des femmes âgées de moins de 20 ans était en diminution, passant de 2,8 % à 1,7 % (**Tableau 1**).

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

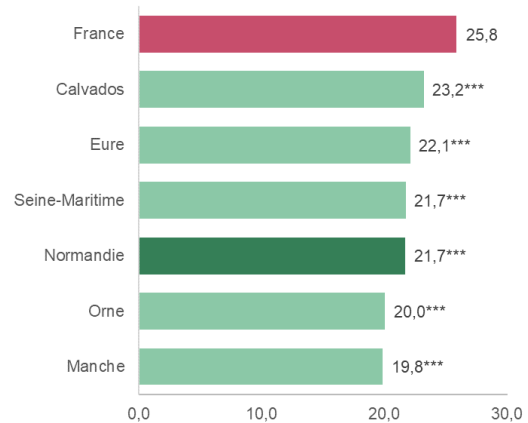
Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

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



Source : SNDS

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



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

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), 48,1 % des femmes ayant accouché en Normandie avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national) (**Tableau 1**). Cette proportion est stable par rapport aux précédentes éditions de l'ENP alors qu'elle est en augmentation au niveau national.

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

Cadre de vie

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

Une large majorité d'entre elles, 92,8 %, se déclarait en couple, dans le même logement (90,6 % au national, **Tableau 1**). Cette proportion a légèrement baissé par rapport à la précédente enquête de 2016 (95,5 %). La proportion de femme exerçant un emploi durant leur grossesse en Normandie était proche du niveau national : 71,5 % contre 68,1 % au niveau national.

En 2021, le sentiment d'aisance financière des mères en Normandie (57,5 %) était également proche du 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.

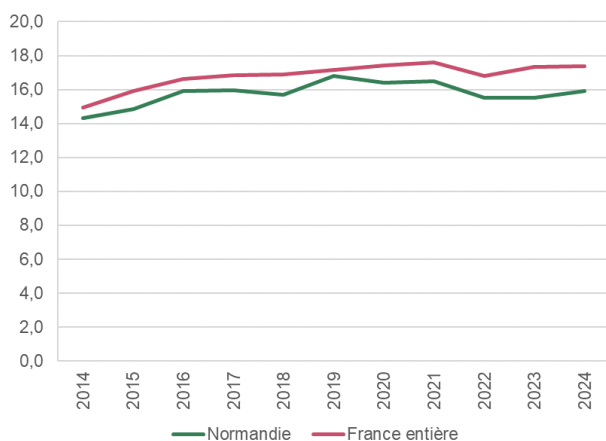
Les indicateurs issus du SNDS concernant l'AME et la C2S gratuite doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs tables sources existent, et leur combinaison peut varier selon les approches. Dans ce bulletin, nous avons retenu les femmes ayant bénéficié de ces dispositifs à tout moment entre le début 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 Normandie, 15,9 % 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 14,3 % en 2014 et reste chaque année inférieure au niveau national (**Figure 5**).

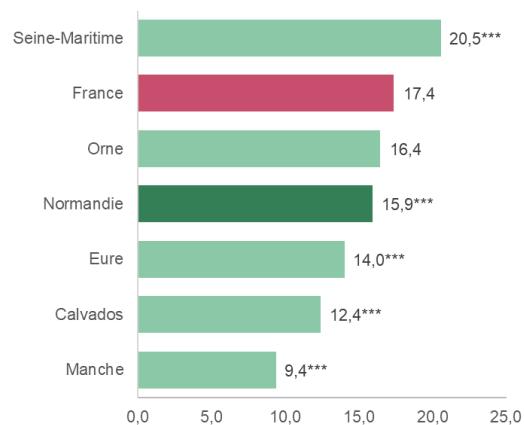
En 2024, elle variait de 9,4 % dans la Manche à 20,5 % en Seine-Maritime, taux supérieur au niveau national (**Figure 6**).

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



Source : SNDS

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



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

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

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

Concernant l'AME, 1,1 % des femmes qui accouchaient en Normandie 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 Normandie a peu évolué 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 Normandie était de 14,9 % en 2024, similaire au niveau national (14,9 %) et stable ces dernières années (13,8 % 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 - Normandie

Indicateurs	Source	Normandie	France	p-value
Traitement de l'infertilité				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	5,7 [3,9 - 8,1]	6,5 [6,0 - 6,9]	
Facteur de risque				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	37,5 [33,4 - 41,8]	37,9 [37,0 - 38,7]	
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	0,69	0,92	***
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	1,85	1,63	**
Tabagisme				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	31,5 [27,6 - 35,7]	26,8 [26,0 - 27,6]	**
Fumeuses au 3 ^e trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	15,1 [12,2 - 18,4]	11,8 [11,3 - 12,4]	**
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	19,3 [14,8 - 24,5]	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, 5,7 % des femmes venant d'accoucher en Normandie déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), taux proche de celui observé en France entière (6,5 %) (**Tableau 2**).

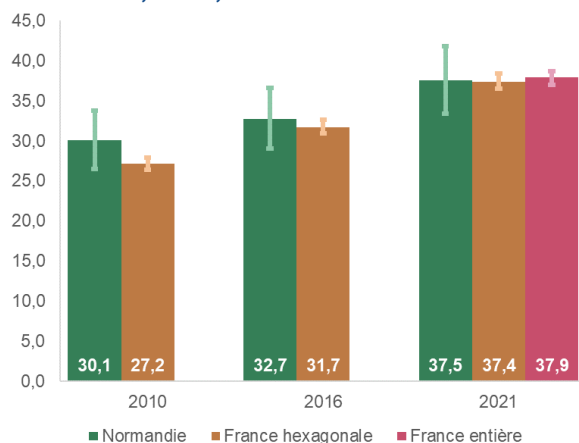
Facteurs de risque

Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse est passée de 30,1 % à 37,5 % ; la même tendance était observée en France hexagonale (**Figure 7, Carte 1**).

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

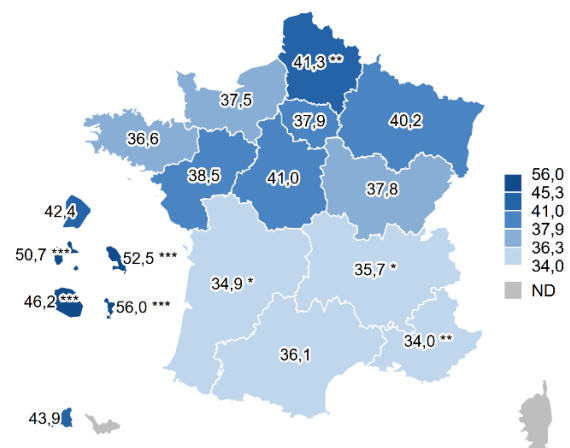
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour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

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



Source : ENP

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



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

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a doublé en 12 ans en Normandie, passant de 0,32 % en 2012 à 0,69 % en 2024, tout en restant inférieur à la prévalence nationale (0,92% en 2024) (**Figure 8**). Cette tendance à l'augmentation était observée en France entière, avec une hausse accélérée depuis 2020.

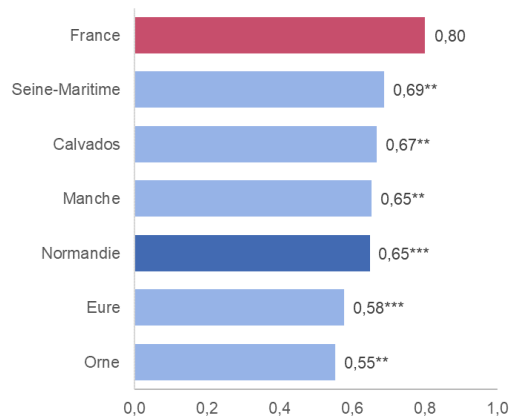
Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 0,55 % dans l'Orne et 0,69 % en Seine-Maritime (**Figure 9**).

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



Source : SNDS

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

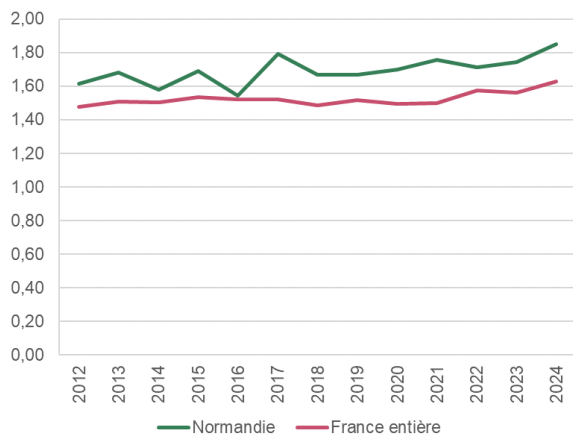


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001 ;

La prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique est en légère augmentation depuis 2012, avec une progression plus importante après 2022 (de 1,61 % à 1,85 % en 2024). En 2024, la prévalence était significativement plus élevée en Normandie qu'en France entière (1,63 %) (**Figure 10**).

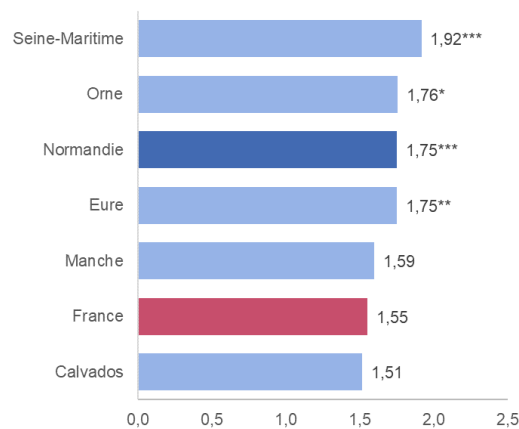
Au niveau départemental sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 1,51 % dans le Calvados et 1,92 % en Seine-Maritime (**Figure 11**).

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



Source : SNDS

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



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

Tabagisme

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

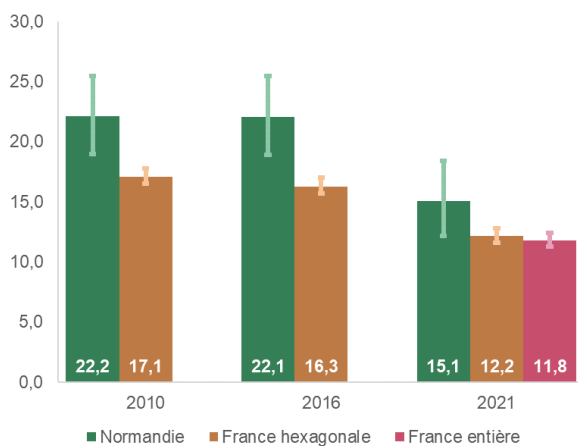
La consommation de tabac durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité materno-fœtale

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

En 2021, 31,5 % des femmes déclaraient fumer un an avant leur grossesse en Normandie (*versus* 26,8 % en France entière) (**Tableau 2**). Cette proportion diminuait au 3^e trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 15,1 % (*versus* 11,8 % en France entière), pour remonter légèrement à 2 mois du post-partum (19,3 %) (*versus* 15,1 % en France entière). Les parts des fumeuses un an avant leur grossesse, au 3^e trimestre de grossesse (**Carte 2**) et à 2 mois du post-partum étaient significativement plus élevées que celles observées en France entière.

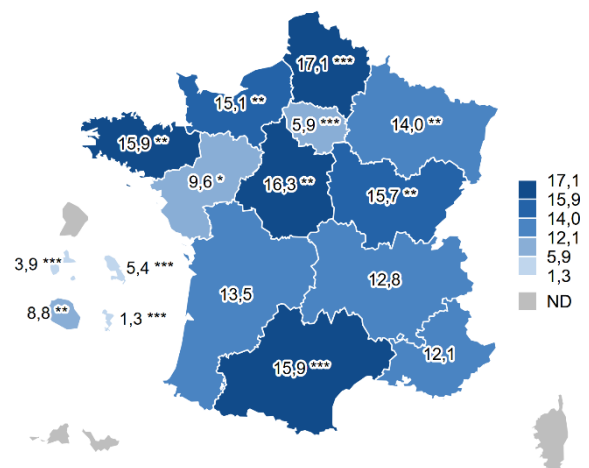
Stable entre 2010 et 2016, la part des fumeuses au 3^e trimestre de grossesse en Normandie a diminué sur la dernière enquête de 2021 (**Figure 12**).

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



Source : ENP

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



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

Grossesse et accouchement

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement - Normandie

Indicateurs	Source	Normandie	France	p-value
Suivi de la grossesse				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	74,3 [67,7 - 80,1]	79,5 [78,3 - 80,6]	*
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	31,3 [26,3 - 36,8]	34,4 [33,3 - 35,6]	
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	62,0	62,1	
Prévention				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	30,3 [26,3 - 34,6]	27,2 [26,4 - 28,1]	
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalo virus (CMV) (%)	ENP (2021)	14,4 [11,5 - 17,7]	15,7 [15,1 - 16,4]	
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	68,1 [64,0 - 72,1]	56,4 [55,6 - 57,3]	***
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	33,0 [28,9 - 37,2]	29,0 [28,2 - 29,8]	**
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	83,1 [78,0 - 87,4]	66,7 [65,5 - 68,0]	***
Pathologies de la grossesse				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	57,5 [53,2 - 61,8]	64,1 [63,2 - 64,9]	**
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	91,9	89,5	***
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	13,9	15,0	***
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	6,0	5,5	***
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	2,0	2,2	*
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	2,7	2,5	**
Santé mentale				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée ¹ (%)	ENP (2021)	16,8 [13,7 - 20,3]	17,1 [16,5 - 17,8]	
Mauvais vécu de la grossesse ² (%)	ENP (2021)	13,1 [10,3 - 16,2]	12,5 [11,9 - 13,1]	
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	33,6 [29,6 - 37,9]	31,9 [31,1 - 32,8]	
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	10,5 [8,0 - 13,4]	8,8 [8,3 - 9,3]	
Lieu d'accouchement				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	12,4	16,1	***
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	38,6	28,4	***
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	14,6	24,3	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	34,4	31,2	***
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	22,8	19,2	***
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	7,5 [5,3 - 10,2]	7,7 [7,2 - 8,2]	
Mode d'accouchement				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	21,1	22,0	***
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	6,4	7,0	***
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	78,9	78,0	***
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	67,9	66,9	***
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	3,7	2,8	***
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	7,3	5,5	***
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	1,5	1,1	***
Complications				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	7,2	7,3	
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	0,77	0,92	**
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	1,35	1,36	

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

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

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

Suivi de la grossesse

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

En 2024, selon les données du SNDS, 62,0 % des femmes ayant accouché en Normandie ont bénéficié d'un Entretien Pérénatal Précoce (EPP), taux similaire au niveau national (62,1 %). La réalisation de l'EPP a pratiquement augmenté de 20 points depuis 2014 (42,8 %) (**Figure 13**).

Au niveau départemental en 2024, l'écart entre les départements était important, variant de 56,1 % dans l'Orne à 71,5 % dans le Calvados (**Figure 14**).

Il est à noter un écart entre les données autodéclarées dans l'ENP 2021, puisque 48,1 % des femmes ayant accouché en Normandie déclaraient avoir bénéficié d'un EPP (données non présentées), *versus* 54,0 % 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.

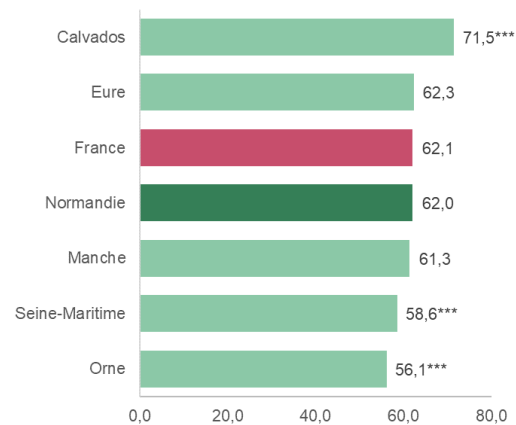
Par ailleurs, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 74,3 % des cas contre 31,3 % parmi les multipares, taux proche du niveau national (**Tableau 3**).

Figure 13. Evolution de la part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Normandie, période 2014-2024



Source : SNDS

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



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

Prévention

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

En 2021, 30,3 % des femmes en Normandie déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Si ce chiffre a progressé par rapport à 2016 (27,5 %), il demeurait faible au regard des recommandations actuelles, comme dans le reste de la France (27,2 %). Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle (**Tableau 3**).

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

En 2021, seulement 14,4 % des femmes en Normandie déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une proportion comparable à la moyenne nationale (15,7 %) (**Tableau 3**).

En 2026, quatre vaccins sont recommandés aux femmes enceintes (coqueluche, grippe, Covid-19 et bronchiolite) afin de protéger la mère, le 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 Normandie, la vaccination grippale était proposée à 68,1 % des femmes enceintes, mais seulement 33,0 % ont effectivement été vaccinées, révélant un décalage entre la proposition et l'adhésion (**Tableau 3**).

La proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années était plus élevée : 83,1 %, ce qui témoigne d'une meilleure intégration de cette recommandation (**Tableau 3**). Cette proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche en Normandie était la plus haute en France hexagonale.

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, 57,5 % des femmes ayant accouché en Normandie répondaient à ces critères de risque. Cependant, selon les données du SNDS, en 2024, plus de 9 femmes sur 10 (91,9 %) ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel au cours de la grossesse, soit un pourcentage proche d'un dépistage universel et non sur facteurs de risque (**Tableau 3**).

Entre 2012 et 2021, la prévalence du diabète gestationnel a presque doublé en Normandie, passant de 7,3 % à 16,5 %, avant de baisser à partir de 2022 pour atteindre 13,9 % en 2024 (**Figure 15**). Cette même évolution était observée dans le reste de la France.

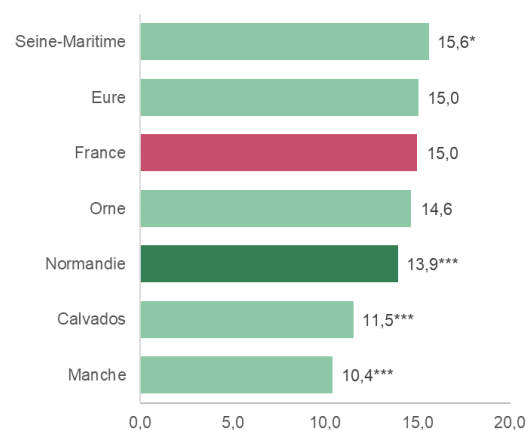
Le niveau régional masquait des contrastes entre départements, avec une prévalence du diabète gestationnel variant de 10,4 % dans la Manche à 15,6 % en Seine-Maritime (**Figure 16**).

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



Source : SNDS

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

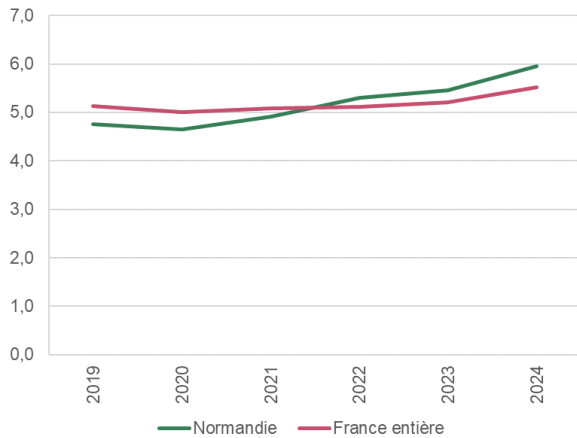


Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

En 2024, 6,0 % des accouchements en Normandie étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), *versus* 4,8 % en 2019. Une évolution similaire était observable en France entière, avec un taux normand supérieur au taux national depuis 2022 (**Figure 17**).

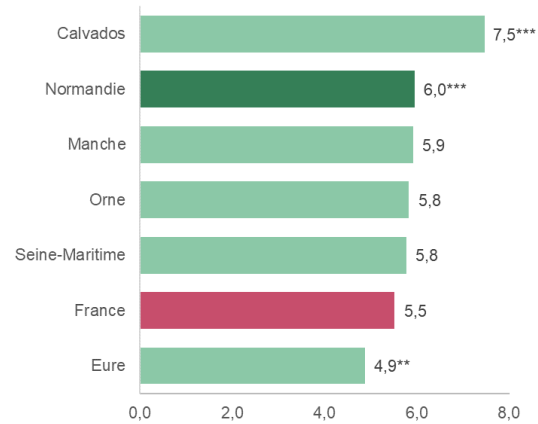
Ces troubles présentaient une répartition géographique départementale contrastée en 2024 avec le taux le plus bas dans l'Eure (4,9 %) et le plus élevé dans le Calvados ((7,5 %) (**Figure 18**).

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



Source : SNDS

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



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

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

En 2024, la part des femmes en Normandie présentant une HTA gestationnelle (2,0 %) demeurait inférieure au niveau national (2,2 %). Néanmoins, depuis 2022, il est constaté une progression de la part des femmes avec une HTA gestationnelle suivant la même dynamique que la France entière (**Figure 19**).

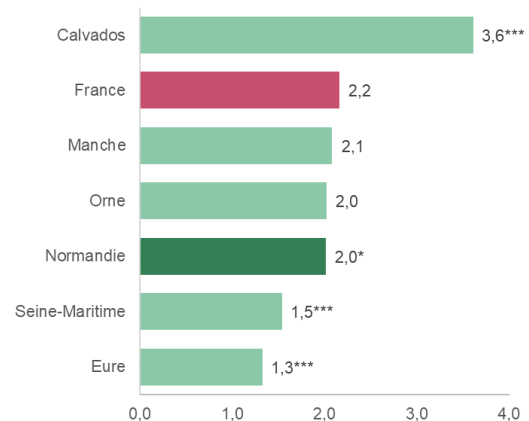
A l'échelle départementale, le Calvados présentait la prévalence d'une HTA gestationnelle la plus élevée (3,6 %) (**Figure 20**).

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



Source : SNDS

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

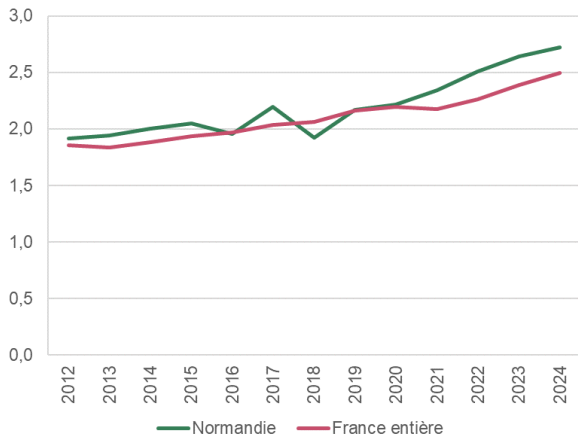


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20^e semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter modérément entre 2012 (1,9 %) et 2024 (2,7 %) (**Figure 21**).

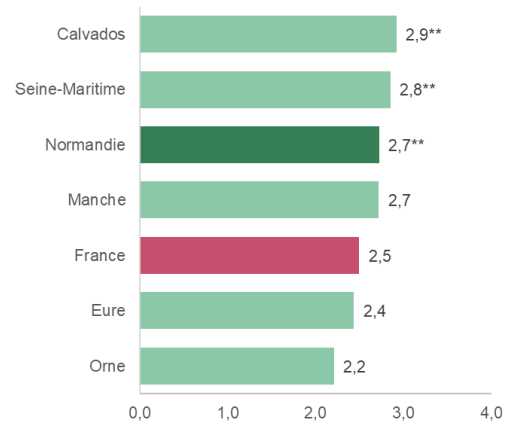
Les départements du Calvados et de la Seine-Maritime présentaient une prévalence plus élevée (respectivement 2,9 % et 2,8 %) que la prévalence régionale (**Figure 22**).

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



Source : SNDS

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



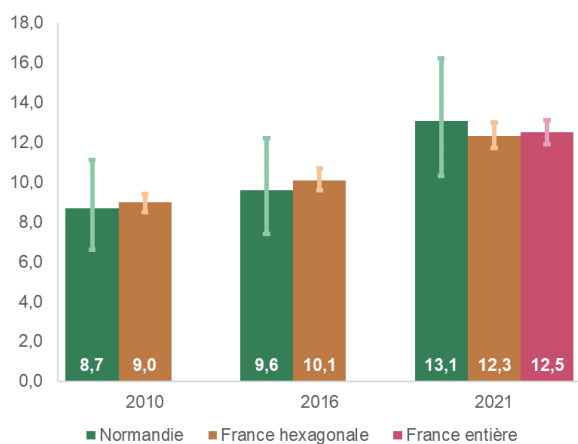
Source : SNDS ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Santé mentale

En 2021, 16,8 % des femmes en Normandie déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes, un résultat proche de celui de la France entière (17,1 %). Cette part a évolué à la hausse avec une augmentation de 5 points entre 2010 et 2021 (**Tableau 3**).

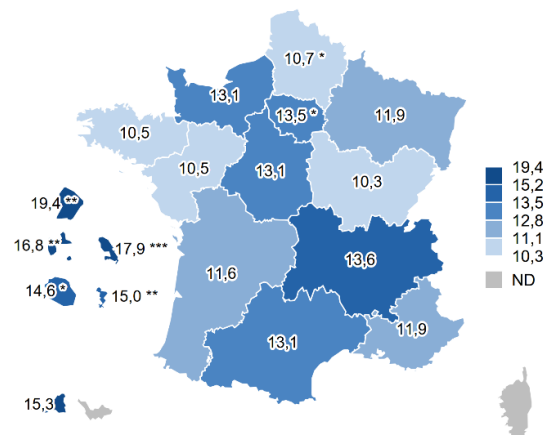
Toujours en 2021, 13,1 % des femmes en Normandie déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse. Depuis 2010, ce sentiment d'un mauvais vécu psychologique de la grossesse a progressé de 5 points en Normandie pour passer de 8,7 % en 2010 à 13,1 % en 2021 soit, une dynamique plus rapide par rapport à la France hexagonale (**Figure 23, Carte 3**).

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



Source : ENP

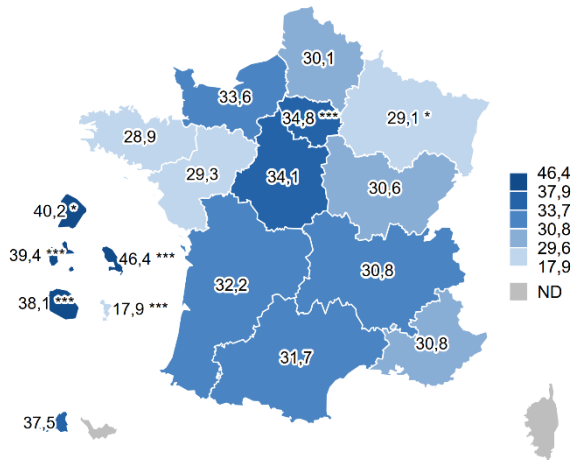
Carte 3. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



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

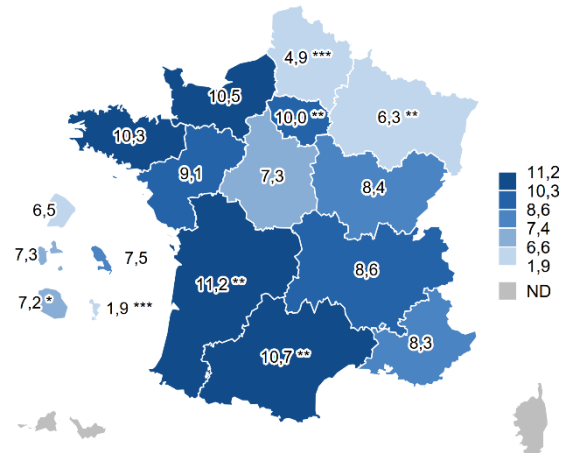
En 2021, une femme sur 3 en Normandie (33,6 %) déclarait un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse soit un résultat proche de celui en France entière (31,9 %) (**Carte 4**). En parallèle, 10,5 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques (**Carte 5**).

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



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

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



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

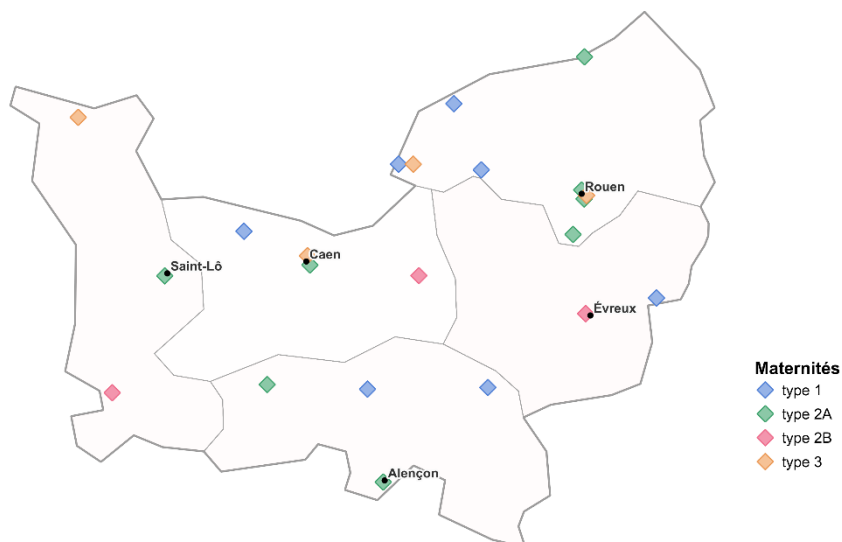
Lieu d'accouchement

Type de maternités

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

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

Carte 6. Répartition des maternités en Normandie, selon le type, au 31 décembre 2024



Source : DREES

Réduction du nombre de maternités

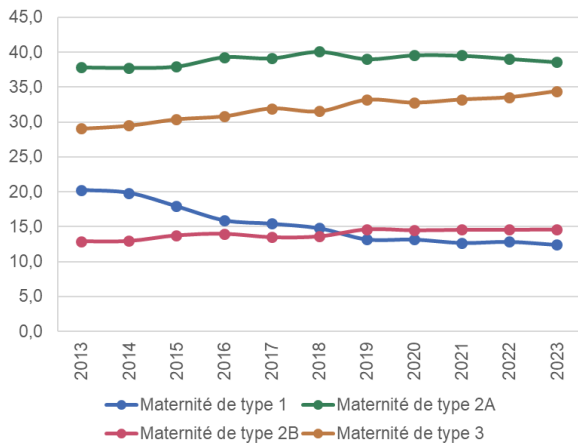
Entre 2013 et 2023, le nombre de maternités dans l'Hexagone a diminué passant de 514 à 443 établissements [2]

En Normandie, entre 2013 et 2023, 5 maternités ont été transformées en Centres Périnataux et Gynécologiques et Proximité.

En 2023, la répartition des accouchements selon le type de maternité était la suivante chez les femmes résidant en Normandie : 12,4 % en type 1, 38,6 % en type 2A, 14,6 % en type 2B et 34,4 % en type 3. La part des accouchements en maternités de type 1 a diminué (-7,8 points depuis 2013), tandis que les maternités de type 3 (+5,4 points) ont vu leur part augmenter (**Figure 24**).

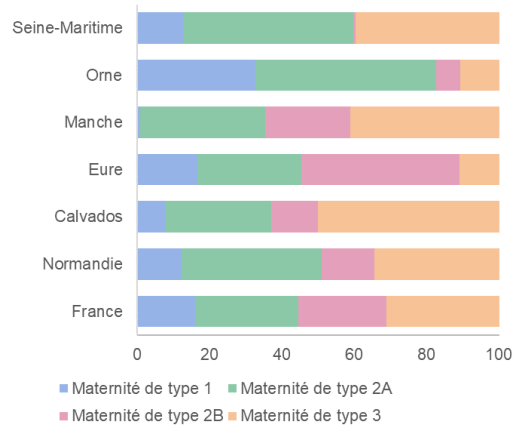
La région Normandie affichait des proportions d'accouchements en maternités de type 2B inférieures à la moyenne nationale (24,3 %) (**Figure 25**).

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



Source : SNDS

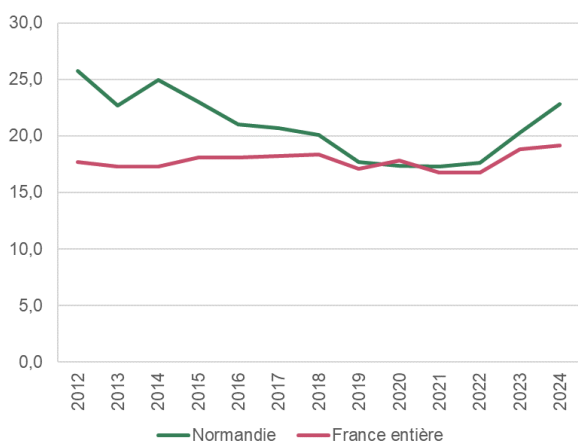
Figure 25. Part d'accouchements domiciliés par type de maternité (en %), France entière et Normandie (région et départements), 2023



Source : SNDS 1

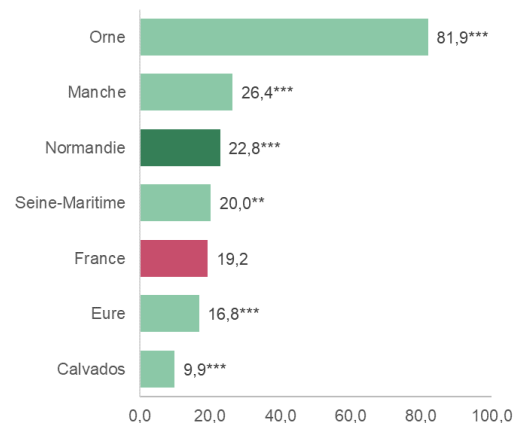
En 2024 pour la Normandie, près d'un accouchement sur cinq (22,8 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an, notamment d'an l'Orne (81,9 %). Ce taux est en augmentation depuis 2022 (**Figure 26 a et b**).

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



Source : SNDS

Figure 27b. Part des femmes accouchant dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an (en %), France entière et en Normandie (région et départements), 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.

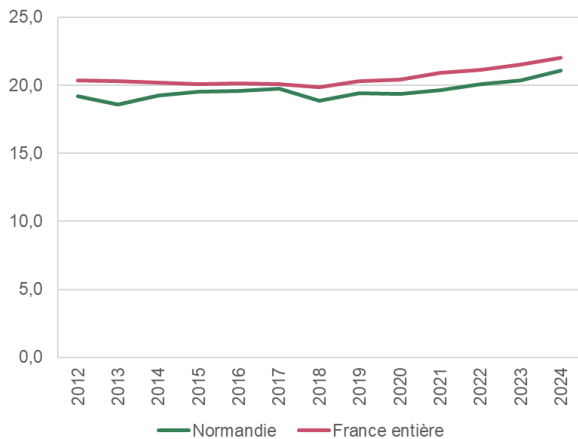
En 2021, pour la région Normandie, 7,5 % des femmes déclaraient avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité (**Tableau 3**).

Mode d'accouchement

En Normandie entre 2012 et 2024, la part des césariennes a légèrement augmenté pour passer de 19,2 % à 21,1 %, suivant les tendances du niveau national (**Figure 28**).

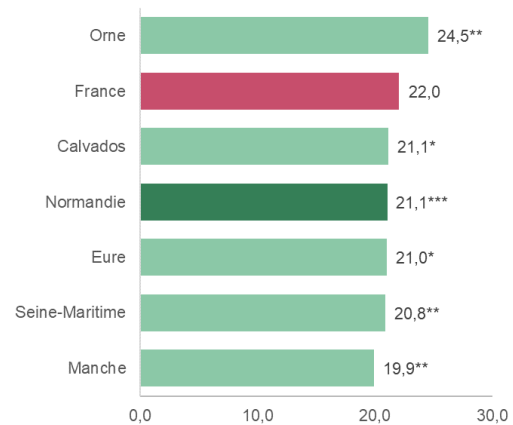
En 2024, au niveau départemental (**Figure 29**), la part des césariennes variait de 19,9 % dans la Manche à 24,5 % dans l'Orne. Ces écarts peuvent refléter en partie l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements [3].

Figure 28. Evolution de la part des césariennes (en %), France entière et Normandie, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 29. Part des césariennes (en %), France entière et Normandie (région et départements), 2024



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

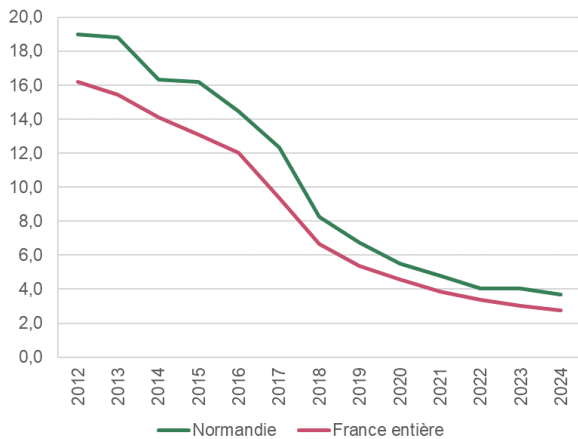
La pratique de l'épisiotomie (section de la muqueuse vaginale et des muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter le passage de l'enfant lors de l'accouchement) a beaucoup diminué depuis 2012 en Normandie suivant la même dynamique que France entière.

En effet, 19,0 % ($n \approx 5\,200$) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, *versus* seulement 3,7 % ($n \approx 730$) en 2024 (**Figure 30**).

En 2024, la proportion d'épisiotomie parmi les accouchements VBNI était plus élevée dans les départements de l'Eure (4,5 %) et de Seine-Maritime (4,3 %) (**Figure 31**).

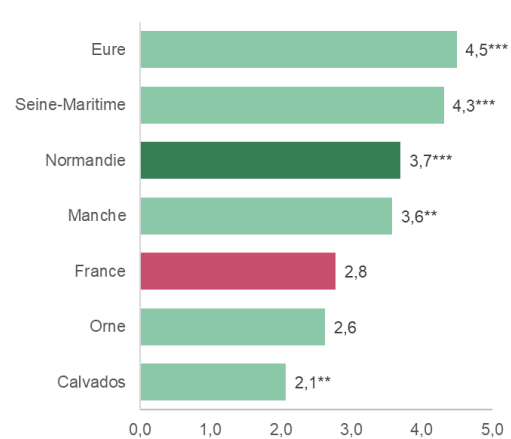
Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie sur VBNI et sur VBI (non présenté ici) et taux de déchirure sévère à partir des données régionales. Les pratiques de repérage et de codage des déchirures sévères pourraient varier selon les établissements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

Figure 30. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Normandie, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 31. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Normandie (région et départements), 2024



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

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 7,3 % des primipares avec un accouchement VBNI avaient eu une épisiotomie, *versus* 1,5 % 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 :

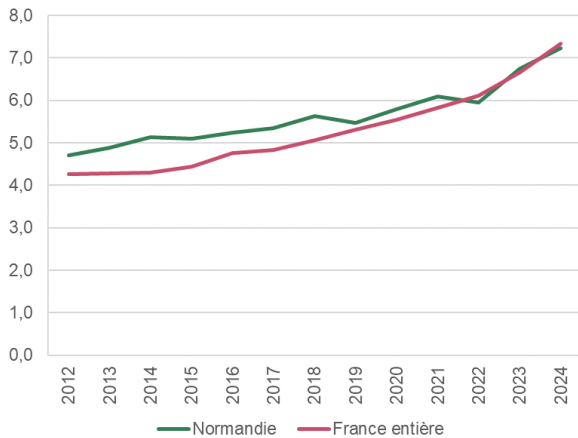
- transfusion > ½ masse sanguine,
- chirurgie (ligature, hystérectomie),
- embolisation artérielle,
- passage en unité médicale de soins critiques.

En Normandie, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du postpartum (HPP) était estimée à 7,2 %, similaire au niveau national (7,3 %) en 2024, avec une accélération depuis 2022. Cette hausse doit cependant être interprétée avec prudence, car elle pourrait refléter une amélioration de la détection et du codage hospitalier plutôt qu'une augmentation réelle de l'incidence (**Figure 32**) (**Tableau 3**).

Sur la période 2020-2024, ce taux variait à l'échelle départementale de 4,8 % dans l'Orne à 7,2 % en Seine-Maritime (**Figure 33**).

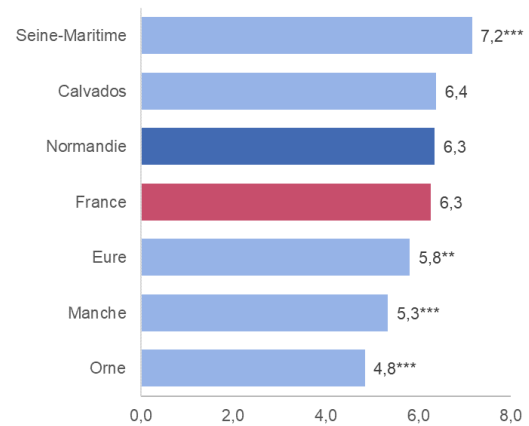
En Normandie, l'HPP sévère (HPP associé à un acte d'embolisation, de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomie totale ou subtotale, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs, ou de soins continus) a également augmenté de 0,7 % en 2022 à 0,8 % en 2024 (**Tableau 3**).

Figure 32. Evolution de la part des hémorragies du post-partum (en %), France entière et Normandie, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 33. Part des hémorragies du post-partum (en %), France entière et Normandie (région et départements), 2020-2024



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

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicqué (3^e et 4^e degrés) était de 0,6 % en 2012 et de 1,4 % en 2024, avec une forte augmentation depuis 2022 (**Figure 34**).

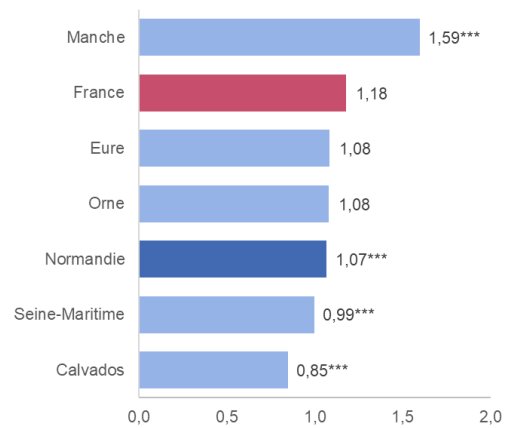
Sur la période 2020-2024, cette proportion variait selon les départements de 0,8 % dans le Calvados à 1,6 % dans la Manche, qui présente un taux supérieur à la moyenne nationale (**Figure 35**). Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie et taux de déchirure sévère à partir des données régionales.

Figure 34. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Normandie, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 35. Part des déchirures sévères (en %), France entière et Normandie (région et départements), 2020-2024



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

Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes - Normandie

Indicateurs	Source	Normandie	France	p-value
Prématurité selon l'âge gestationnel				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	6,7	6,7	
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	0,39	0,43	
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	0,77	0,70	
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	5,57	5,56	
Autres marqueurs de risque				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	3,0	3,0	
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	7,3	7,4	
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	8,7	9,6	***
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	10,1	8,8	***
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	12,3 [9,7 - 15,4]	11,5 [11,0 - 12,0]	

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

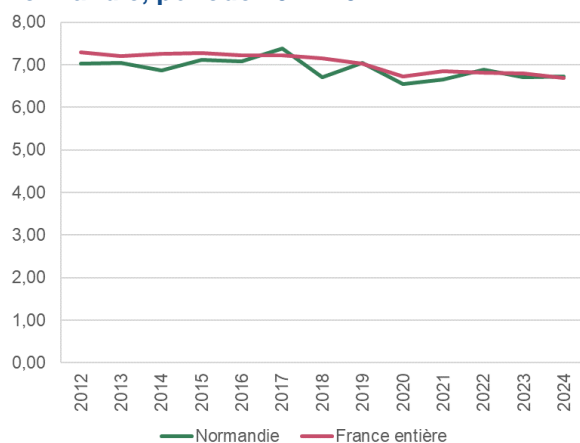
Prématurité selon l'âge gestationnel

La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

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

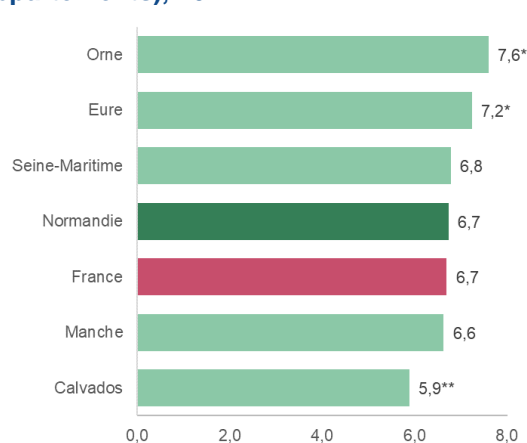
En Normandie, 6,7 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), avec une légère tendance à la baisse, comme au niveau national (**Figure 36**). Au niveau départemental, le taux de prématurité variait de 5,9 % dans le Calvados à 7,6 % dans l'Orne en 2024 (**Figure 37**).

Figure 36. Evolution de la part des naissance prématurées (en %), France entière et Normandie, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 37. Part des naissance prématurées (en %), France entière et Normandie (région et départements), 2024



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

En 2024, la région Normandie affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA), de grande prématurité ([28-31] SA) et de prématurité modérée (respectivement 0,4 %, 0,8 % et 5,6 %) proches des taux nationaux (**Tableau 4**).

Autres marqueurs de risque

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

En 2024, les naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes représentaient 7,3 % des naissances vivantes (taux de 7,4 % en France entière).

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10^e percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] représentaient 8,7 % des naissances vivantes et les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90^e percentile 10,1 % des naissances vivantes (**Tableau 4**).

Selon les données de l'ENP 2021, 12,3 % des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en Normandie (11,5 % en France entière) (**Tableau 4**).

Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum - Normandie

Indicateurs	Source	Normandie	France	p-value
Dépistage biologique néonatal				
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)	7,3	6,3	
Incidence des maladies dépistées				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,89	0,72	
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	2,98	3,95	**
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,45	0,48	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	16,45	17,44	
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	2,48	1,73	**
Durée de séjour en suites de couches				
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)	5,2	4,8	-
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	3,7	3,6	-
Alimentation du nourrisson et allaitement				
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	66,1 [61,8 - 70,2]	77,1 [76,3 - 77,9]	***
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	58,5 [54,2 - 62,7]	70,5 [69,7 - 71,3]	***
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	43,9 [37,9 - 50,0]	54,6 [53,4 - 55,9]	***
Couchage à 2 mois				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	84,5 [79,8 - 88,4]	79,2 [78,1 - 80,3]	**
Lieu de couchage				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	73,2 [67,9 - 78,0]	70,5 [69,3 - 71,6]	
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	17,7 [13,7 - 22,2]	15,2 [14,3 - 16,0]	
Lit des parents (%)	ENP (2021)	8,2 [5,3 - 11,9]	13,0 [12,1 - 13,9]	**
Suivi post-natal (2 mois après la naissance)				
Suivi médical				
Visite à domicile (sage-femme ou puéricultrice) (%)	ENP (2021)	60,2 [54,5 - 65,7]	84,2 [83,1 - 85,1]	***
Sage-femme (%)	ENP (2021)	52,7 [47,1 - 58,2]	79,3 [78,2 - 80,4]	***
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	13,7 [10,1 - 18,0]	19,2 [18,2 - 20,3]	**
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	23,2	24,9	***
Suivi médical du nourrisson				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	23,7 [19,2 - 28,8]	43,2 [41,9 - 44,4]	***
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	58,7 [52,8 - 64,4]	42,1 [40,8 - 43,3]	***
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	14,6 [10,6 - 19,2]	12,3 [11,4 - 13,3]	
Engagement du partenaire				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	60,4 [54,6 - 66,0]	59,8 [58,6 - 61,1]	
Santé mentale post-partum				
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	15,0 [11,3 - 19,3]	16,8 [15,9 - 17,8]	
Anxiété (%)	ENP (2021)	22,5 [18,2 - 27,4]	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 Normandie, le taux de refus était de 7,3 pour 10 000 enfants nés, chiffre proche de 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) : 0,89 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 0,72).
- Hypothyroïdie : 2,98 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement inférieur à la France (3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 0,45 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 16,45 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 17,44).
- Mucoviscidose : 2,48 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement supérieur à la France (1,73).

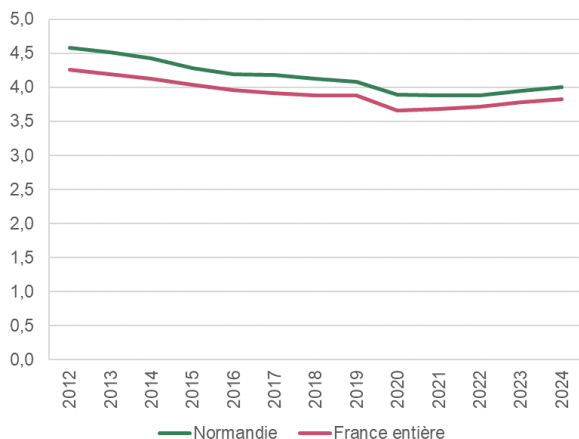
Depuis 2022, 2 maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie mais du fait d'effectifs faibles, elles ne sont pas présentées à l'échelle régionale : le déficit en déshydrogénase des acyl CoA des acides gras à chaîne moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme.

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 Normandie comme au niveau national. Au niveau départemental, la durée la plus courte était observée dans l'Orne (3,9 nuitées en moyenne) et la plus longue dans le Calvados (4,1 nuitées) (**Figure 39**).

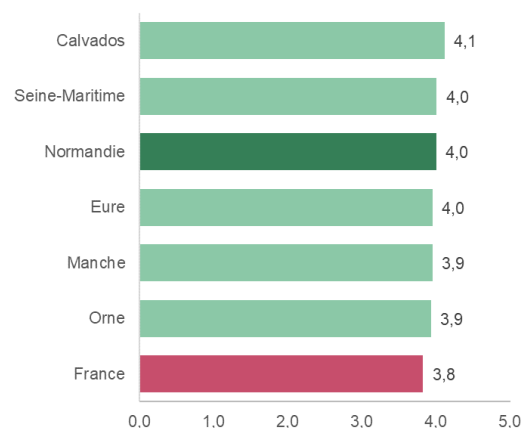
Entre 2012 et 2019, une tendance à la diminution de la durée de séjour en suites de couches était observée, tant au niveau national que régional. Cette tendance à la baisse s'est accentuée durant la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle les recommandations sanitaires encourageaient une réduction des durées d'hospitalisation afin de limiter les risques de transmission et les contacts en milieu hospitalier. Depuis 2021, on note un léger allongement de cette durée pour atteindre en 2024 une durée moyenne proche de celle de 2019 (**Figure 38**).

Figure 38. Evolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Normandie, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 39. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Normandie (région et départements), 2024



Source : SNDS

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 Normandie, 84,5 % des mères déclaraient systématiquement coucher leur enfant sur le dos deux mois après la naissance (79,2 % au niveau national) :

- 73,2 % déclaraient coucher le nourrisson dans un lit séparé dans la chambre parentale et 17,7 % seul dans une chambre.
- 8,2 % 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 sage-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h. Ces visites sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie, si elles ont lieu dans les 12 jours qui suivent la naissance.

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

Selon l'ENP 2021, en Normandie, seules 60,2 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (52,7 %) et/ou par une puéricultrice (13,7 %). A l'échelle nationale, 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi (**Tableau 5**).

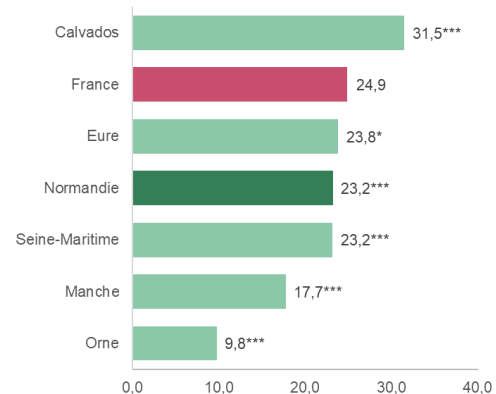
En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 23,2 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Normandie (24,9 % au niveau national). Cette proportion marque une progression par rapport à 2023, où 18,2 % des femmes en Normandie en avaient profité (**Figure 41**). En 2024, le taux d'EPNP variait de 9,8 % dans l'Orne à 31,5 % dans le Calvados (**Figure 42**).

Figure 41. Evolution de la part de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Normandie, période 2023-2024



Source : SNDS

Figure 42. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Normandie (région et départements), 2024



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

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

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

En 2021, en Normandie, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un médecin généraliste (58,7 %) ou par un pédiatre (23,7 %). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 14,6 % des nourrissons (**Tableau 5**).

Engagement du partenaire / co-parent

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

Santé mentale post-partum

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

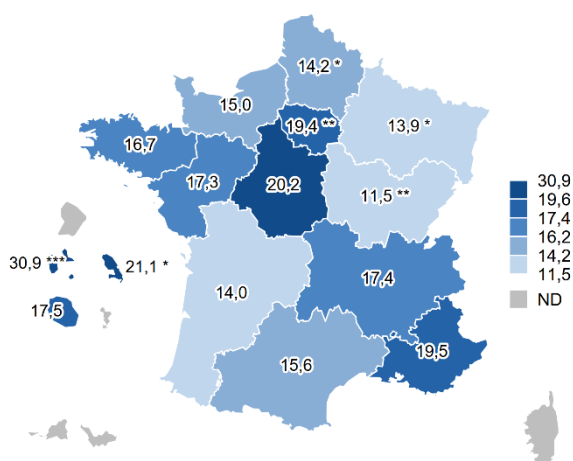
Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM). Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson.

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

En Normandie, deux mois après l'accouchement, 15,0 % des femmes présentaient des symptômes de dépression et 22,5 % de l'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale) (**Carte 10 ; Carte 11**).

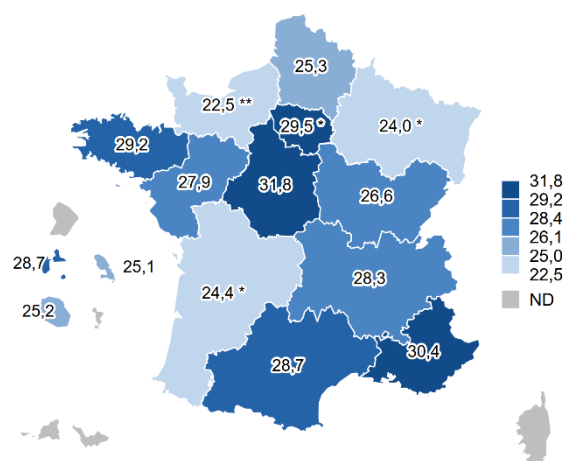
A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, et que cela a pu impacter leur santé mentale.

Carte 10. 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 11. 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 :

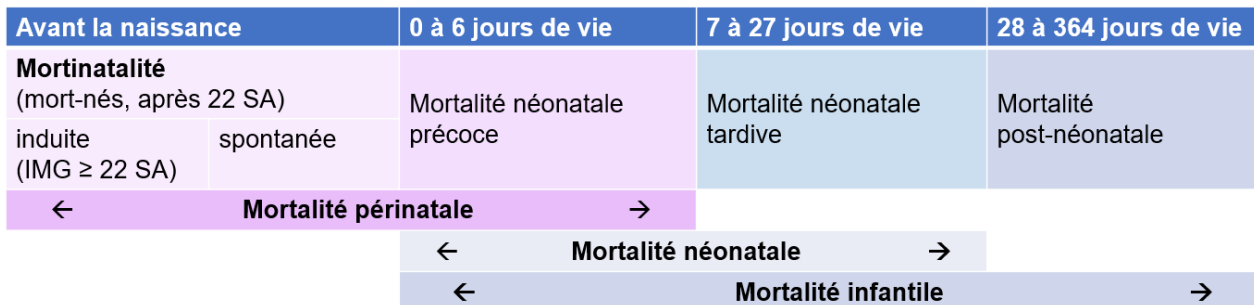


Tableau 6. Mortalité - Normandie

Indicateurs	Source	Normandie	France	p-value
Mortalité maternelle (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	8,8 [5,3 - 13,7]	11,1 [10,2 - 12,1]	
Mortinatalité (enfants mort-nés, après 22SA) ¹				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	283	6 094	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	9,5	9,2	
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	3,4	3,6	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	6,1	5,6	
Mortalité périnatale (décès enfant entre 22SA et 6 jours) ¹				
Nombre de décès	SNDS (2024)	339	7 398	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	11,4	11,2	
Mortalité infantile (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	121	2 690	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	4,09	4,08	
Mortalité néonatale précoce (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	63	1 310	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	2,13	1,99	
Mortalité néonatale tardive (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	22	618	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	0,74	0,94	
Mortalité post-néonatale (décès enfant entre 28 j et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	36	762	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	1,22	1,16	

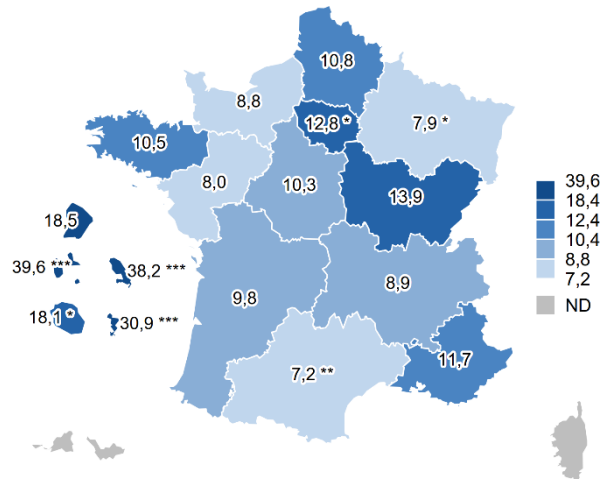
* : p < 0.1 ; ** : p < 0.05 ; *** : p < 0.001

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

Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement en Normandie s'élevait en moyenne à 8,8 décès pour 100 000 naissances vivantes (**Carte 12**).

Carte 12. 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^{ère} cause de mortalité maternelle (jusqu'à un an après la fin de la grossesse), et les maladies cardiovasculaires étaient la 1^{ère} cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à 42 jours. Les causes de mortalité maternelle ne peuvent être décrites au niveau régional.

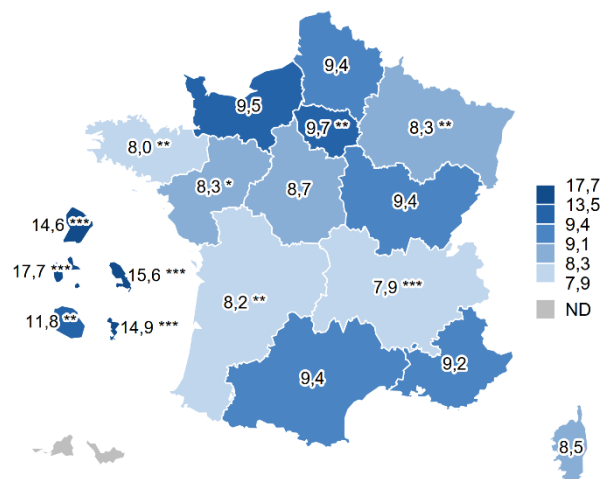
Mortinatalité

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

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

En Normandie, 283 mort-nés (enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 9,5 pour 1 000 naissances, comparable à celui enregistré en France (9,2) (**Carte 13**). Il s'agit du taux le plus élevé observé depuis 2012 (Figure 43).

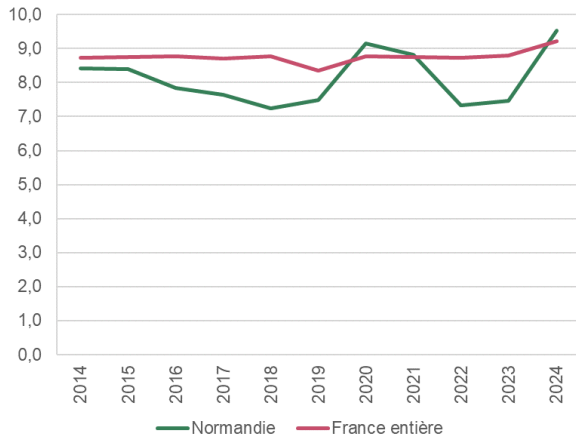
Carte 13. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024



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

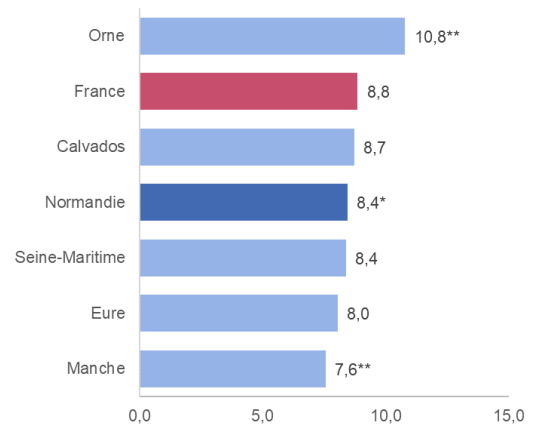
A l'échelle nationale, une hausse est observée en 2024 (9,2 pour 1 000) et les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 % par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 [1] (**Figure 43**). A l'échelle départementale sur la période 2020-2024, le taux de mortinatalité global variait de 7,6 ‰ dans la Manche à 10,8 ‰ dans l'Orne (**Figure 44**).

Figure 43. Evolution du taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Normandie, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 44. Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Normandie (région et départements), 2020-2024



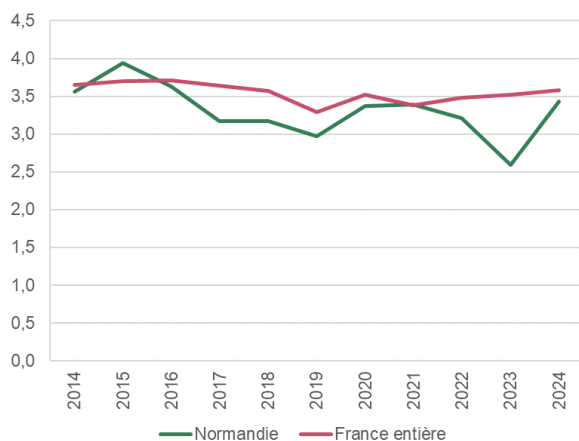
Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite variait, quant à lui, de 2,6 (2023) à 3,4 (2024) mort-nés pour 1 000 naissances totales selon les années (**Figure 45**).

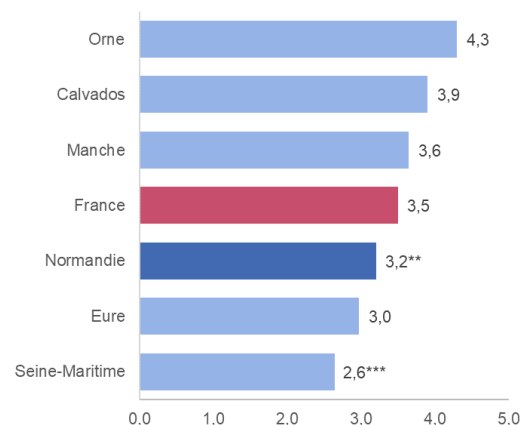
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, ce taux global variait de 2,6 en Seine-Maritime à 4,3 dans l'Orne pour 1 000 naissances (**Figure 46**).

Figure 45. Evolution du taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Normandie, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 46. Taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Normandie (région et départements), 2020-2024



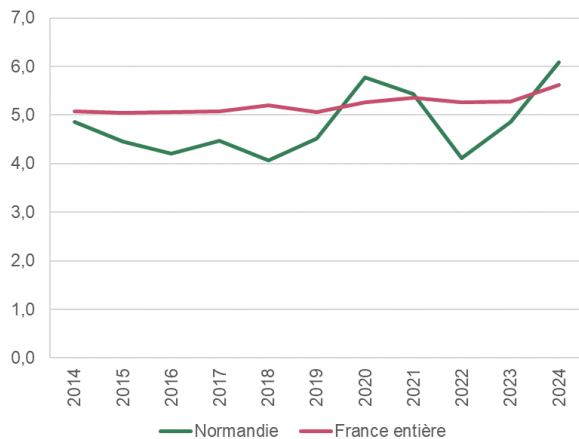
Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Mortinatalité spontanée

Le taux de mortinatalité spontanée est resté globalement stable en Normandie depuis 2014, avec une augmentation en 2024 (6,1 mort-nés spontanés pour 1 000 naissances totales contre 4,9 en 2014) (**Figure 47**).

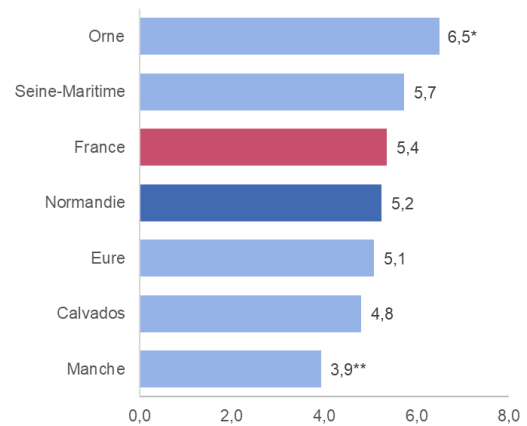
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, le taux global variait de 3,9 (Manche) à 6,5 (Orne) pour 1 000 naissances (**Figure 48**).

Figure 47. Evolution du taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Normandie, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 48. Taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Normandie (région et départements), 2020-2024



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

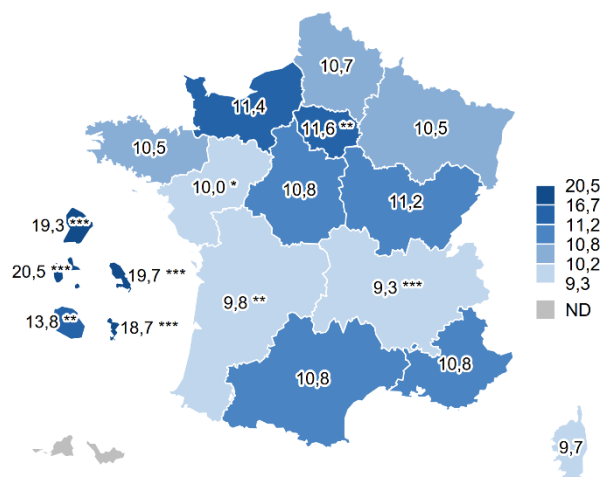
Mortalité périnatale

La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

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

En Normandie, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 11,4 décès pour 1 000 naissances (contre 11,2 en France) (**Carte 14**).

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

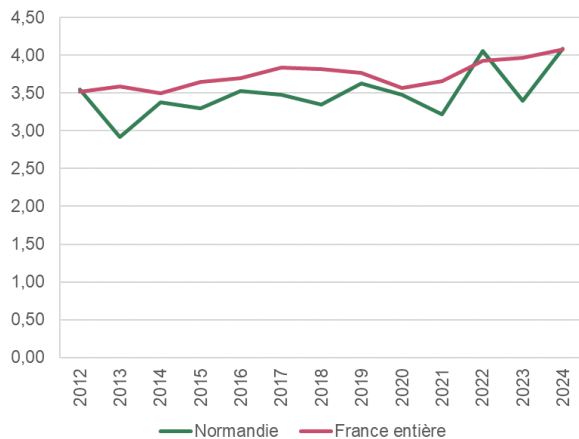


Source : SNDS ; * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$; ND = non disponible

Le taux de mortalité infantile présentait une tendance à la hausse entre 2012 et 2024, qui s'avérait significative à l'échelle nationale (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 51**).

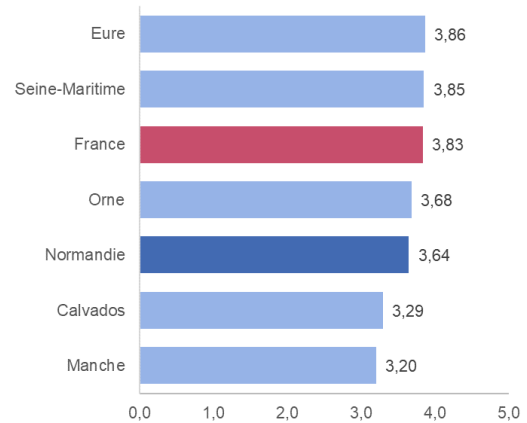
À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile sur la période 2020-2024 étaient plus importantes dans l'Eure (3,86 ‰) et la Seine Maritime (3,85 ‰) tout en restant proche du taux national (**Figure 52**).

Figure 51. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Normandie, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 52. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Normandie (région et départements), 2020-2024



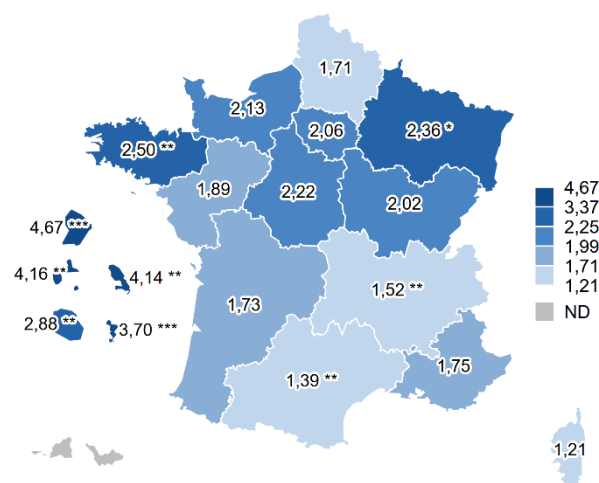
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité néonatale précoce

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

En Normandie, 63 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 2,13 décès pour 1 000 naissances vivantes, proche du taux observé en France (1,99 ‰) (**Carte 16**).

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

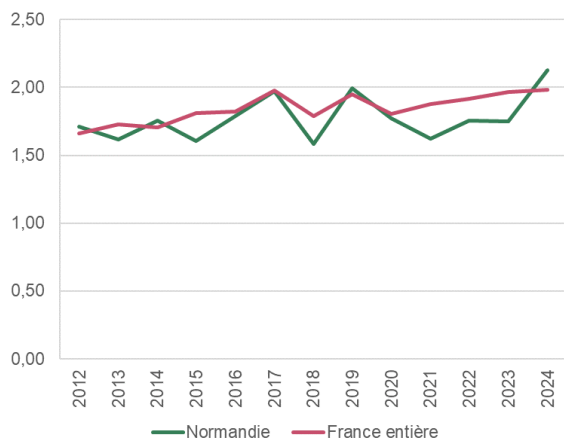


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

La mortalité néonatale précoce est restée globalement stable entre 2012 et 2023 en Normandie, avec une augmentation marquée en 2024. Une tendance à la hausse est également observée au niveau national (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [1] (Figure 53).

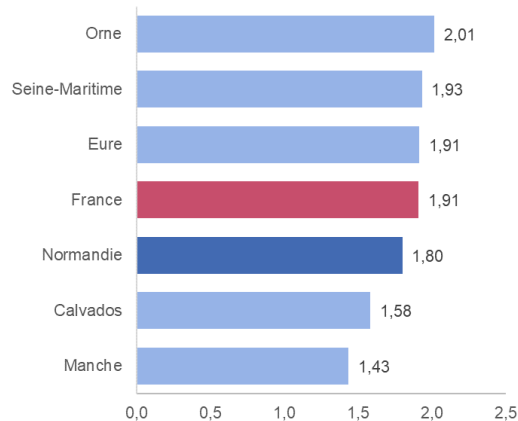
A l'échelle départementale, en 2020-2024, le taux de mortalité néonatale précoce étaient plus important dans l'Orne (2,01 ‰), la Seine Maritime (1,93 ‰) et l'Eure (1,91 ‰) tout en restant proche du taux national (Figure 54).

Figure 53. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Normandie, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 54. Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Normandie (région et départements), 2020- 2024



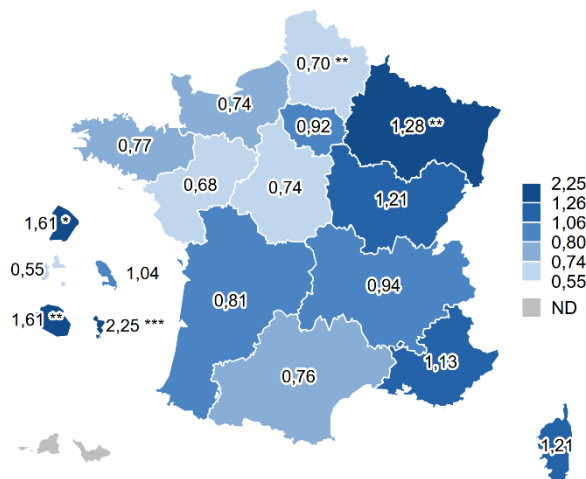
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité néonatale tardive

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

En Normandie, 22 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 0,74 décès pour 1 000 naissances vivantes, légèrement plus faible que celui observé en France (0,94 ‰) (Carte 17).

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

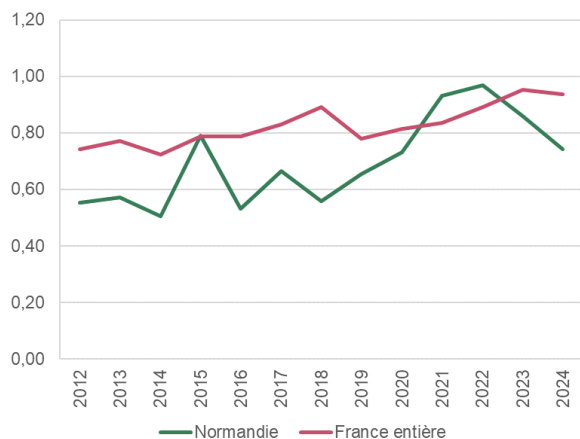


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

Dans la région, la mortalité néonatale tardive a globalement évolué à la hausse entre 2012 (0,55 ‰) et 2024 (0,74 ‰), avec un pic en 2022 (0,97 ‰). Une tendance à la hausse était par ailleurs observée au niveau national (2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 55**).

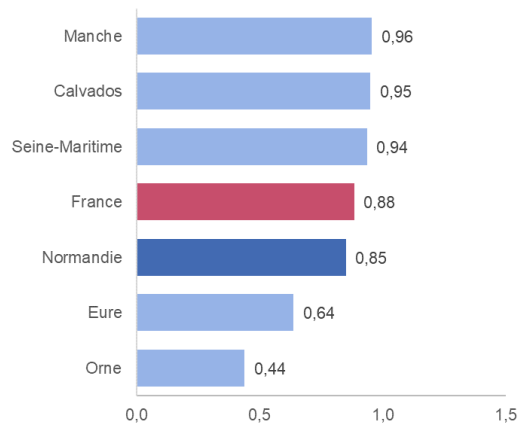
A l'échelle départementale, le taux de mortalité néonatale tardive sur la période 2020-2024 étaient plus important dans la Manche (0,96 ‰), le Calvados (0,95 ‰) et la Seine-Maritime (0,94 ‰) tout en restant proche du taux national (**Figure 56**).

Figure 55. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Normandie, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 56. Taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Normandie (région et départements), 2020-2024



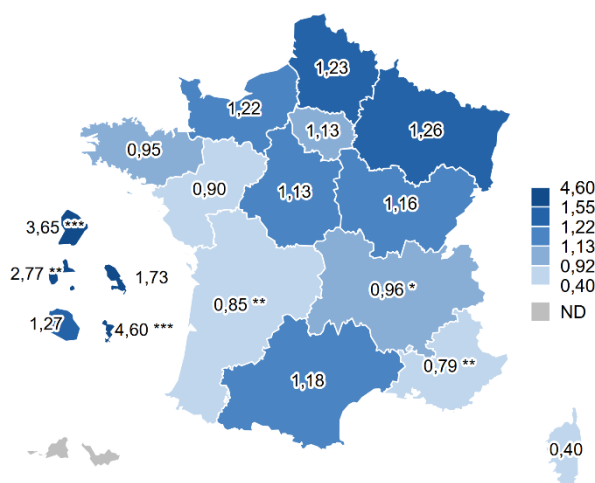
Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001

Mortalité post-néonatale

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

En Normandie, 36 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 1,22 décès pour 1 000 naissances vivantes, sensiblement identique à celui observé en France (1,16 ‰) (**Carte 18**).

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

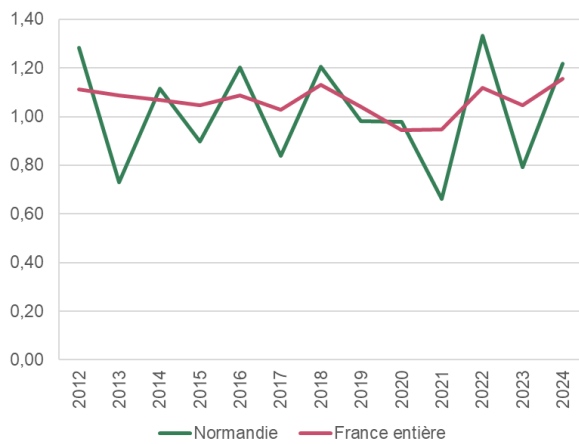


Source : Etat Civil ; * : p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

En Normandie, la mortalité post-néonatale fluctue autour de la moyenne nationale et semble relativement stable [1] (**Figure 57**).

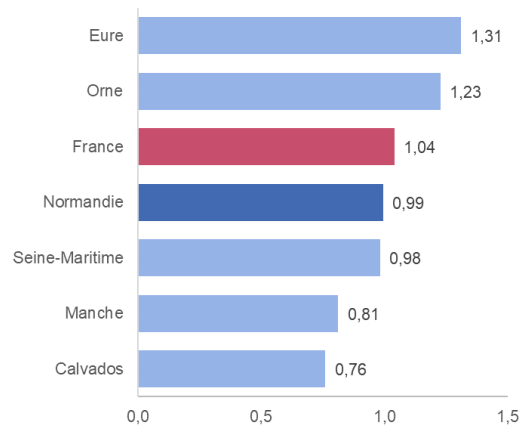
A l'échelle départementale, le taux de mortalité post-néonatale sur la période 2020-2024 étaient plus important dans l'Eure (1,31 ‰) et l'Orne (1,23 ‰) tout en restant proche du taux national (**Figure 58**).

Figure 57. Evolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Normandie, période 2012- 2024



Source : Etat Civil

Figure 58. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Normandie (région et départements), 2020-2024



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

Prévention et promotion de la santé périnatale

La période de la conception aux deux premières années de la vie après la naissance sont déterminantes 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.

Promotion des comportements favorables à la santé

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

La vaccination



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

Calendrier vaccinal des femmes enceintes



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

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

Aide à distance



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

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



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

Dépliants Grossesse sans tabac et sans Alcool



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

Nutrition et promotion de l'activité physique

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



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

Le Guide de l'allaitement maternel



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

MANGER BOUGER

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

Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

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

Promouvoir la santé périnatale des personnes migrantes

Les livrets de santé bilingues



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



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

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

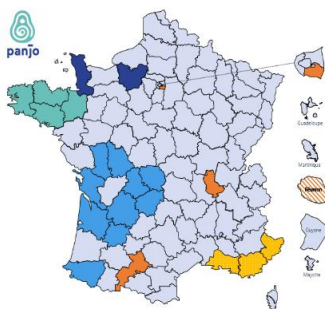
Les projets prévention de la région Normandie

Addictions en Période Périnatale : Enquête régionale sur les connaissances et pratiques, dans le champ des addictions, des professionnels prenant en charge des femmes enceintes en Normandie

Une étude observationnelle menée par Santé publique France Normandie en 2022 auprès de 563 professionnels de la périnatalité avait mis en évidence un besoin important de renforcement des compétences concernant la prise en charge des femmes enceintes consommant des substances psychoactives. Si le tabac et l'alcool étaient globalement bien connus, les connaissances sur les autres substances, les modalités d'orientation vers les structures spécialisées et les ressources disponibles restaient insuffisantes. Près d'un professionnel sur deux déclarait rencontrer des difficultés dans cette prise en charge. L'étude soulignait ainsi la nécessité de développer des formations portant sur les connaissances fondamentales, le positionnement des professionnels en consultation et l'organisation du réseau de soins en addictologie périnatale.

Cette étude a fait l'objet d'une thèse [accessible ici](#).

Panjo : L'intervention de prévention précoce à domicile

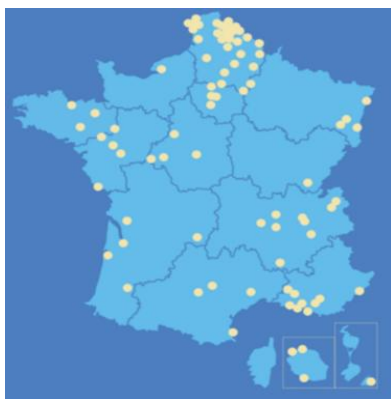


Santé publique France a conçu l'intervention Panjo pour promouvoir la santé et l'attachement des jeunes enfants. Cette intervention à domicile est proposée par les PMI aux futurs parents vivant dans un contexte psychosocial à risques. 6 à 12 visites programmées de la grossesse à douze mois de l'enfant 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

En Normandie, le Conseil départemental de l'Eure a formé 57 intervenantes à domicile de PMI qui proposent PANJO sur tout le territoire. Le Conseil départemental de la Manche lance ses formations au second semestre 2026.

IHAB



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

Réseau périnatalité de Normandie : <https://www.perinat-normandie.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 (Normandie = 528 en maternité ; 363 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 CépîDc, les données de l'Insee (liant naissances et décès maternels dans l'année suivant l'accouchement), et les bases du PMSI (décès survenus en établissement hospitalier). L'enquête permet d'analyser les causes des décès maternels, d'évaluer leur lien avec la grossesse, et d'apprécier la qualité des soins prodigués (optimaux ou non). Elle identifie également l'évitabilité des décès pour formuler des recommandations de prévention.

Limites :

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

Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)

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

Limites :

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

Analyses statistiques

Comparaisons entre territoires

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

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

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

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

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

Gestion des petits effectifs

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

Références

- [1] Surveillance de la santé périnatale. Période 2012 - 2024. Édition Nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 61 pages, juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/anomalies-congenitales/bulletin-national/sante-perinatale-et-petite-enfance-en-france-entre-2012-2024>
- [2] Groupe de travail « Indicateurs ScanSanté » de la FFRSP. Indicateurs de santé périnatale, France hexagonale et DOM. Février 2026. 53 pages. Disponible à partir de l'URL : <https://ffrsp.fr>
- [3] Gomes E, Menguy C, Cahour L, Lebreton É, Regnault N et le groupe de travail sur les indicateurs en périnatalité. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019. Santé publique France. Saint-Maurice : 2024. 165 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- [4] Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001 ; 80:277-285. Courbes mises à jour en 2006.
- [5] Salanave B, Lebreton E, Demiguel V, Regnault N et « Epifane2021 Study Group ». Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épifane 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 43 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- [6] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 232 p. Disponible à partir de l'URL : www.encmm.inserm.fr et www.santepubliquefrance.fr

Glossaire

AFTN : Anomalies de fermeture du tube neural
 AME : Aide Médicale d'Etat
 C2S : Complémentaire santé solidaire
 CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
 CMV : Cytomégalovirus
 CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
 Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie
 CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
 CNCND : Centre national de coordination du dépistage néonatal
 DIM : Département de l'information médicale
 DROM : Département et région d'outre-mer
 DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
 ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
 ENP : Enquête nationale Périnatale
 FEES : Femmes Enceintes Environnement et Santé
 FFRSP : Fédération française des réseaux de Santé périnatale

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

Remerciements

Santé publique France tient à remercier

- Nathalie Lelong et Camille Le Ray (Inserm, équipe Oppale),
- 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 Marie-Françoise Merlin-Bernard, conseillère médicale à la direction de l'offre de soins de l'ARS Normandie pour sa relecture et ses commentaires pertinents sur l'interprétation des résultats.

Équipe de rédaction

Auteur : Mélanie Martel

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 Normandie. Saint-Maurice : Santé publique France, 44 pages, 8 juillet 2026

Directrice de publication : Aude de Viviés, directrice par intérim

Date de publication : 8 juillet 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr