



## Surveillance de la santé périnatale

### Édito

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

En Guyane, la situation périnatale est marquée par un fort taux de natalité, des grossesses à un âge précoce, un suivi insuffisant pour réduire les pathologies de grossesse et complications néonatales et des taux de mortalité néonatale et infantile parmi les plus élevés des régions françaises. La Guyane se distingue positivement par une moindre consommation de tabac, un plus grand nombre d'accouchement par voie basse, moins de complications de l'accouchement, une meilleure adhésion au dépistage des maladies rares et graves et une pratique de l'allaitement plus répandue. Bien qu'en légère progression, les entretiens prénatal précoce et post natal ne sont réalisés que pour moins de la moitié des femmes et doivent se généraliser pour améliorer l'accompagnement des parents et renforcer la prévention des pathologies de la grossesse, réduire la morbidité néonatale ou encore repérer les premiers signes de dépression du post partum.

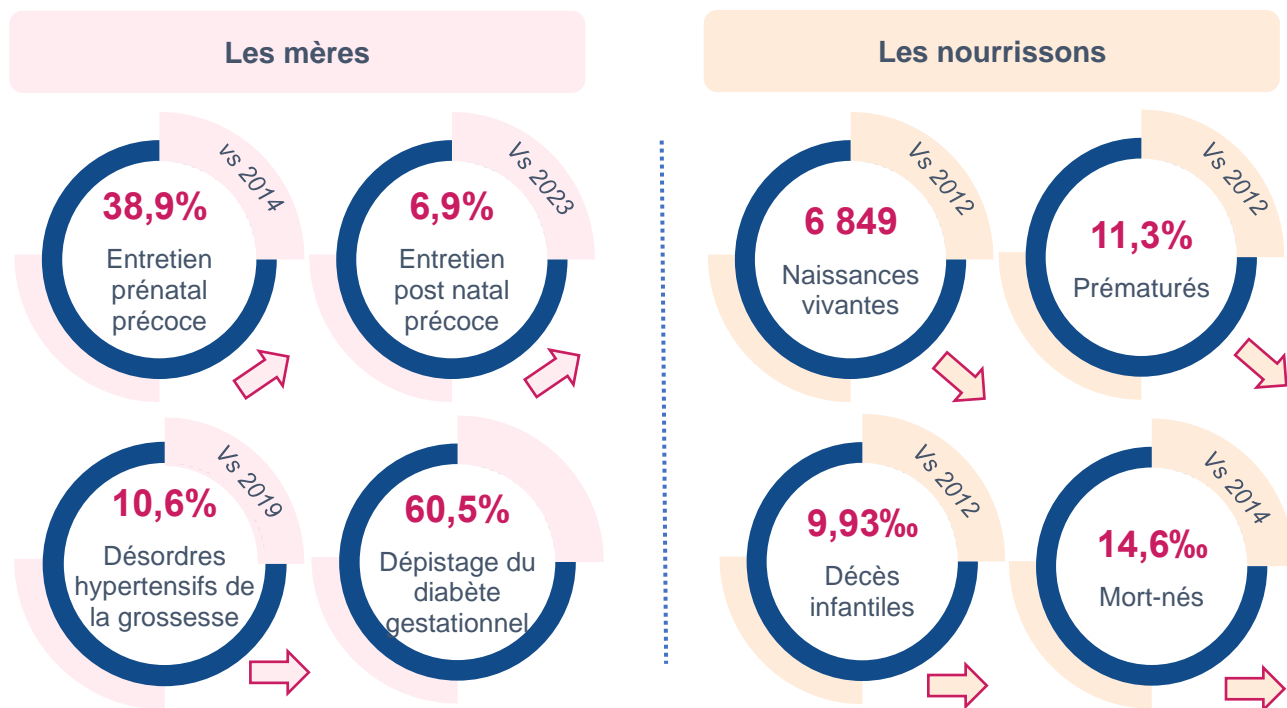
Ces travaux constituent un appui pour les décideurs publics, les institutions et les professionnels de santé pour la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies territoriales adaptées au service de l'amélioration durable de la santé des femmes et des nouveau-nés à l'échelle régionale.

### SOMMAIRE

Édito.....	1
8 chiffres-clés en Guyane en 2024 .....	2
Autres points-clés en Guyane.....	2
Caractéristiques socio-démographiques.....	4
Facteurs de risque et comportementaux .....	7
Grossesse et accouchement.....	9
Naissances vivantes .....	17
Post-partum.....	19
Mortalité .....	22
Prévention et promotion de la santé périnatale.....	28
Méthodologie .....	31

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

## 8 chiffres-clés en Guyane en 2024



## Autres points-clés en Guyane

- La Guyane enregistre le taux de natalité le plus élevé après Mayotte faisant de la périnatalité un enjeu de santé publique majeur.
- La proportion de femmes de moins de 20 ans parmi les accouchements est 6 fois plus élevée qu'au niveau national (12 % *versus* 2 %) : les grossesses précoces en particulier chez les adolescentes entraînent un risque de complications pour l'enfant à naître (faible poids de naissance, prématurité, anomalies congénitales...) mais aussi un risque d'isolement social et de décrochage scolaire pour la mère avec un renforcement des inégalités liées au genre.
- En Guyane, les grossesses sont moins souvent désirées, planifiées et moins suivies alors que la prise de folates en phase pré-conceptionnelle, la préparation et un suivi régulier et de qualité durant la grossesse constituent deux leviers pour réduire les risques maternels et néonataux :
  - En Guyane, 29 % des femmes ayant accouché ont déclaré ne pas avoir désiré ou planifié leur grossesse contre 17 % au niveau national ;
  - En Guyane, la prise de folates en phase pré-conceptionnelle est trois fois moins fréquente qu'au niveau national (8 % *versus* 27 %) ;
  - Les femmes enceintes suivent les séances de préparation à la grossesse deux fois moins souvent en Guyane qu'au niveau national (43 % chez les primipares *versus* 80 %) et la Guyane est la région où l'entretien prénatal précoce est le moins souvent réalisé (39 % *versus* 62 %). La réalisation de cet entretien est toutefois en hausse depuis plusieurs années.

- En Guyane, les femmes déclarent moins souvent fumer dans l'année précédant leur grossesse qu'au niveau national (10 % *versus* 27 %) : la consommation de tabac pendant la grossesse constitue un risque important de morbidité materno-fœtal.
- En Guyane, seulement 61 % des femmes enceintes ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel alors que celui-ci devrait être systématique que la femme enceinte présente ou non des facteurs de risque : cette faible proportion reflète le manque de suivi des grossesses en Guyane. Le dépistage du diabète gestationnel permet d'assurer une prise en charge le plus précocement possible de cette pathologie en particulier par l'application de mesures hygiéno-diététiques afin de réduire les risques de complications durant la grossesse.
- Les désordres hypertensifs au cours de la grossesse sont deux fois plus fréquents en Guyane qu'au niveau national (11% *versus* 6 %) : ils constituent un risque de complications pendant la grossesse et nécessitent un dépistage précoce et un suivi.
- En Guyane, les césariennes sont moins fréquentes et on dénombre moins de complications liées à l'accouchement (hémorragies du post partum et déchirures) : ceci peut en partie s'expliquer par un âge moyen des femmes à l'accouchement plus faible et un plus grand nombre de femmes multipares.
- Les indicateurs sur les naissances sont préoccupants :
  - La prématurité est plus fréquente en Guyane qu'au niveau national (11 % *versus* 7 %) alors qu'elle augmente le risque de troubles du neurodéveloppement et de handicap. Une légère tendance à la baisse de la prématurité est toutefois observée en Guyane depuis 2012 ;
  - Tous les indicateurs de mortalité sont plus défavorables en Guyane qu'au niveau national : les taux de mortalité périnatale (enfants mort-nés et décès avant 6 jours de vie ; 19 ‰ en Guyane *versus* 11 ‰ au national) et infantile (décès au cours de la première année de vie ; 10 ‰ en Guyane et 4 ‰ au national) sont plus élevés en Guyane.
- Le dépistage des maladies rares et graves est moins souvent refusé en Guyane (0,3 ‰ de refus en Guyane *versus* 0,6 ‰ au national). Les résultats montrent une incidence des maladies moins élevée à l'exception de la drépanocytose qui est quatre fois plus fréquente.
- La pratique de l'allaitement est plus répandue en Guyane qu'au niveau national : près de 9 femmes sur 10 (88,9 %) allaitent (mixte ou exclusif) en suites de couches en Guyane contre 70 % au national.

## Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques - Guyane

Indicateurs	Source	Guyane	France	p-value
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	<b>6 849</b>	<b>659 731</b>	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	<b>23,5</b>	<b>9,6</b>	***
<b>Caractéristiques démographiques des mères</b>				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	<b>11,7</b>	<b>1,8</b>	***
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	<b>20,9</b>	<b>25,8</b>	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	<b>17,2</b> [10,2 - 26,4]	<b>58,0</b> [57,1 - 58,9]	***
Femmes immigrées (%)	Etat civil (2024)	<b>47,0</b>	<b>26,2</b>	***
<b>Cadre de vie</b>				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	<b>53,8</b> [43,1 - 64,2]	<b>90,6</b> [90,1 - 91,1]	***
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>22,0</b> [14,0 - 31,9]	<b>68,1</b> [67,3 - 68,9]	***
Bon sentiment d'aisance financière <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	<b>38,5</b> [28,4 - 49,2]	<b>57,7</b> [56,8 - 58,6]	***
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	<b>64,6</b>	<b>17,4</b>	***
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	<b>26,9</b>	<b>2,5</b>	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	<b>39,1</b>	<b>14,9</b>	***

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

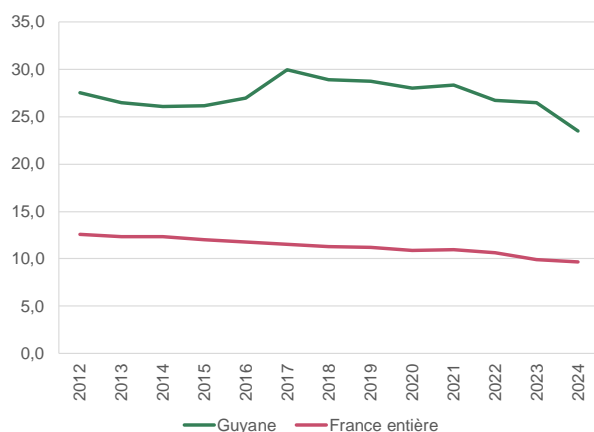
\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

## Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, 6 849 naissances ont été enregistrées en 2024 en Guyane, soit un taux de natalité de 23,5 naissances pour 1 000 habitants (23,5 ‰). Ce taux était largement supérieur au taux de natalité en France (9,6 ‰). En Guyane, une tendance à la baisse est observée depuis 2017 où le taux de natalité était de 30,0 ‰ (**Figure 1**).

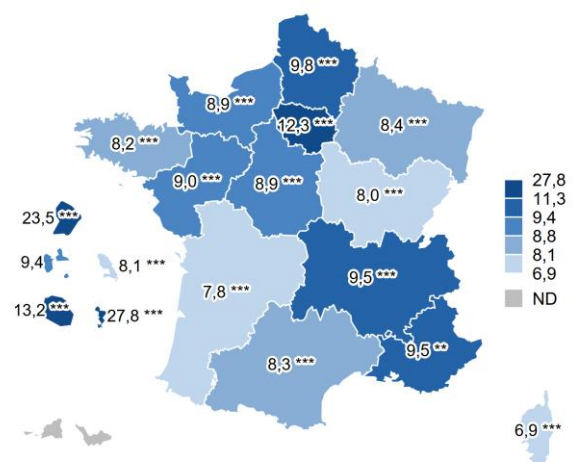
La Guyane est le deuxième département français avec le taux de natalité le plus élevé, après Mayotte (27,8 ‰) (**Carte 1**).

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



Source : Etat civil

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



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

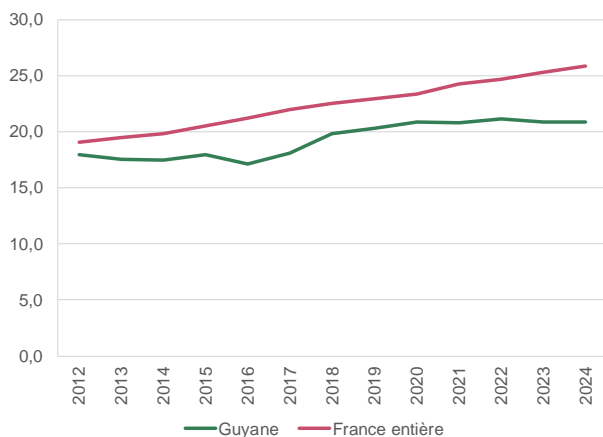
## Caractéristiques démographiques

Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), la Guyane est la région où la part de femmes ayant moins de 20 ans au moment de l'accouchement était la plus importante en 2024 (11,7 % vs 1,8 % au niveau national) (**Carte 2**). Cette proportion était en légère diminution dans la région sur la période 2012-2024, à l'inverse de la proportion de femmes âgées de 35 ans ou plus (20,9% vs 25,8 % au niveau national) qui était en légère progression depuis 2012 (**Figure 2**).

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

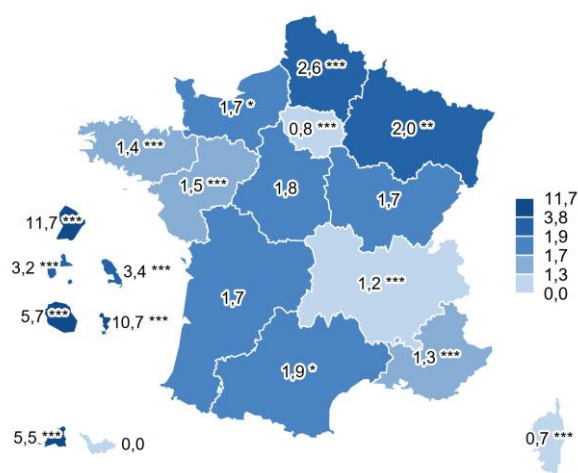
Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

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



Source : SNDS

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



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

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), 17,2 % des femmes ayant accouché en Guyane avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national) (**Tableau 1**).

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 47,0 % des femmes accouchant en Guyane étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (**Tableau 1**). En 2018, elles étaient 56,9 %.

## Cadre de vie

D'après les données de la dernière ENP de 2021, à peine plus de la moitié des femmes ayant accouché en Guyane (53,8 %) se déclaraient vivre en couple, dans le même logement (vs 90,6 % en France, **Tableau 1**) et seules 22,0 % déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse contre 68,1 % au niveau national.

En 2021, le sentiment d'aisance financière des mères en Guyane (38,5 %) était significativement inférieur au niveau national (57,7 %) et parmi les plus faibles des régions françaises.

### En France, deux dispositifs permettent l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité

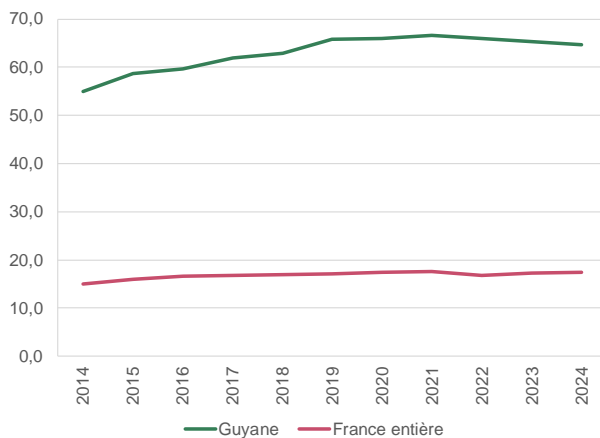
- La Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite (ex CMU-C) offre une prise en charge gratuite des soins de santé aux résidents légaux dont les revenus annuels sont inférieurs à 60 % du seuil de pauvreté.
- L'Aide médicale de l'État (AME) permet de bénéficier d'une couverture médicale gratuite pour 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.

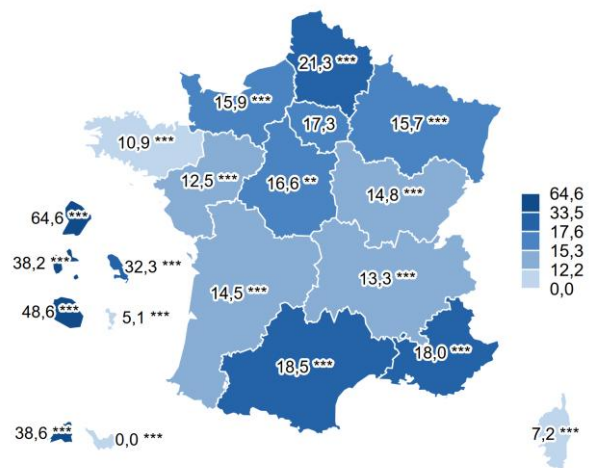
En 2024, en Guyane, 64,6 % des femmes ayant accouché étaient en situation de faibles revenus, bénéficiant soit de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite, soit de l'Aide médicale de l'État (AME). Cette proportion a légèrement augmenté entre 2014 et 2024 (**Figure 3**) et la Guyane était la région où elle était la plus élevée en 2024 (**Carte 3**). Une amélioration de l'accès aux droits peut impacter en partie cet indicateur.

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



Source : SNDS

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



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

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

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

En 2024, 26,9% des femmes ayant accouché en Guyane étaient bénéficiaires de l'AME vs 2,5 % au niveau national, et 39,1% étaient bénéficiaires de la C2S gratuite (ex CMU-C) vs 14,9 % au niveau national (**Tableau 1**).

## Facteurs de risque et comportementaux

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux - Guyane

Indicateurs	Source	Guyane	France	p-value
<b>Facteur de risque</b>				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	<b>42,4</b> [30,3 - 55,2]	<b>37,9</b> [37,0 - 38,7]	
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	<b>0,92</b>	<b>0,92</b>	
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	<b>3,41</b>	<b>1,63</b>	***
<b>Tabagisme</b>				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>9,7</b> [4,5 - 17,6]	<b>26,8</b> [26,0 - 27,6]	***

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

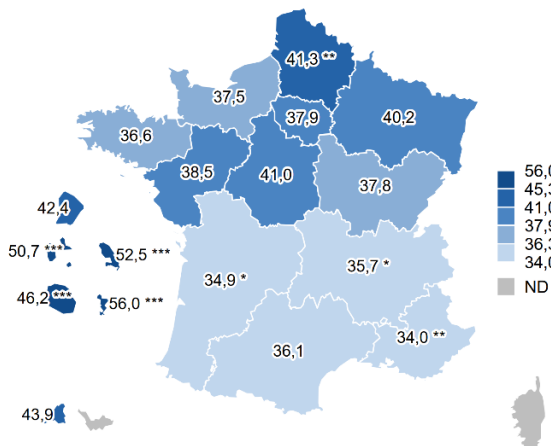
### Facteurs de risque

En 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse était de 42,4 % en Guyane vs 37,9 % au niveau national (**Tableau 2, Carte 4**).

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

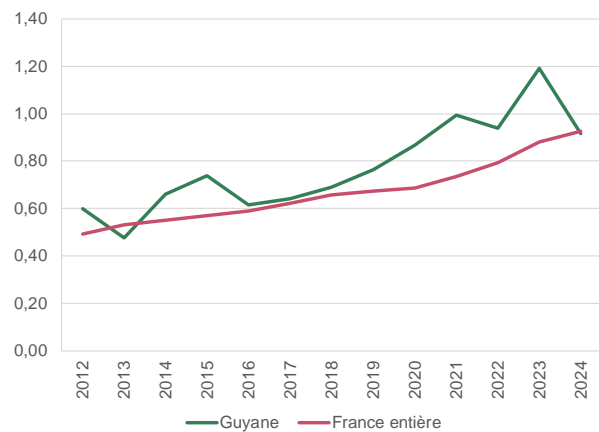
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour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

Carte 4. 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

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

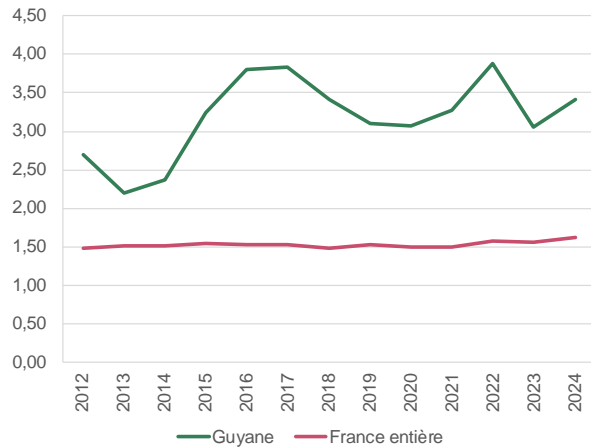


Source : SNDS

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a augmenté en Guyane sur la période 2012-2024, passant de 0,60 % en 2012 à 0,92 % en 2024 (**Figure 4**). Cette proportion inclut les femmes dont le diabète était connu et donc diagnostiqué avant la grossesse. Ainsi, cette proportion sous-estime le nombre réel de femmes ayant un diabète préexistant avant la grossesse.

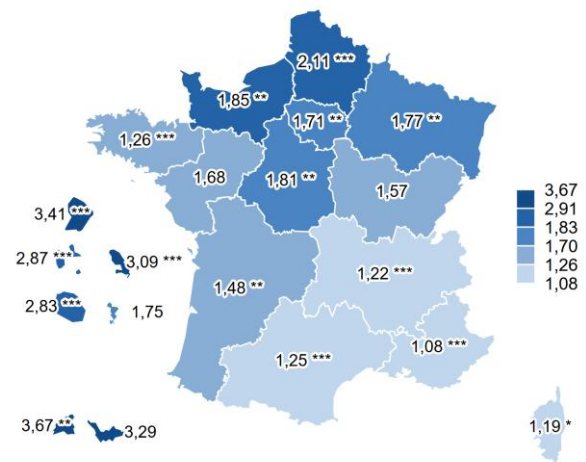
La prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) chronique chez les femmes enceintes en Guyane s'élevait à 3,41 % en 2024, un taux significativement plus élevé que le niveau national (1,63 %) (**Figure 5**). La Guyane est la région où cette prévalence était la plus forte (**Carte 5**).

**Figure 5. Evolution de la part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), France entière et Guyane, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 5. Part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %) par région d'accouchement, 2024**



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

## Tabagisme

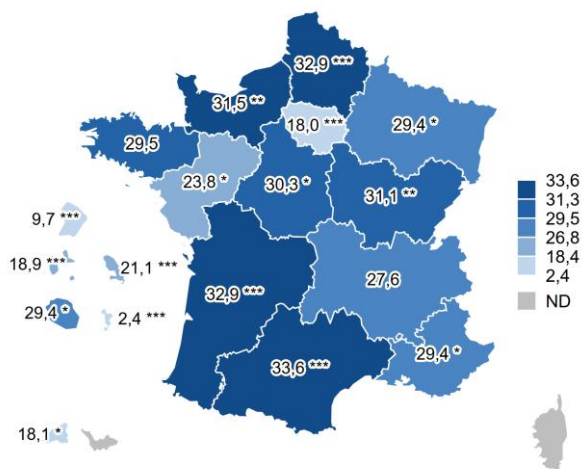
Les indicateurs présentés ici concernent la consommation de tabac (cigarettes industrielles et tabac à rouler), à l'exclusion des cigarettes électroniques et autres produits du vapotage.

**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, seules 9,7 % des femmes ayant accouché en Guyane déclaraient fumer un an avant leur grossesse (**Tableau 2**) reflétant la moindre consommation de tabac en Guyane (**Carte 6**).

**Carte 6. Part des femmes fumeuses un an avant leur 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 - Guyane

Indicateurs	Source	Guyane	France	p-value
<b>Suivi de la grossesse</b>				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	42,9 [24,5 - 62,8]	79,5 [78,3 - 80,6]	***
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	12,5 [5,6 - 23,2]	34,4 [33,3 - 35,6]	***
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	38,9	62,1	***
<b>Prévention</b>				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	8,1 [3,3 - 16,1]	27,2 [26,4 - 28,1]	***
<b>Pathologies de la grossesse</b>				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	66,7 [55,5 - 76,6]	64,1 [63,2 - 64,9]	
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	60,5	89,5	***
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	10,6	5,5	***
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	3,8	2,2	***
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	5,2	2,5	***
<b>Santé mentale</b>				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	29,0 [20,1 - 39,4]	17,1 [16,5 - 17,8]	**
Mauvais vécu de la grossesse <sup>2</sup> (%)	ENP (2021)	19,4 [11,9 - 28,9]	12,5 [11,9 - 13,1]	**
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	40,2 [30,1 - 51,0]	31,9 [31,1 - 32,8]	*
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	6,5 [2,4 - 13,5]	8,8 [8,3 - 9,3]	
<b>Mode d'accouchement</b>				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	19,1	22,0	***
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	4,1	7,0	***
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	80,9	78,0	***
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	79,4	66,9	***
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	2,7	2,8	
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	5,2	5,5	
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	1,4	1,1	*
<b>Complications</b>				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	5,7	7,3	***
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	0,55	0,92	**
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	0,16	1,36	***

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

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

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

## Suivi de la grossesse

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

En 2024, selon les données du SNDS, seules 38,9 % des femmes ayant accouché en Guyane ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP) plaçant la Guyane en dernière position au niveau national (**Carte 7**). Cette part a toutefois augmenté sur la période 2014-2024 (**Figure 6**).

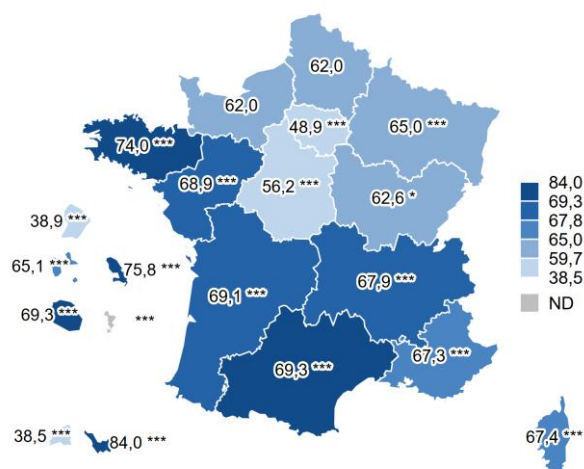
Il est à noter l'écart important entre les données autodéclarées dans l'ENP 2021, puisque 28,1 % des femmes ayant accouché en Guyane déclaraient avoir bénéficié d'un EPP (données non présentées), vs 38,9 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'EPP par les femmes, qui ne l'identifient pas comme une consultation spécifique parmi leurs suivis prénataux, et un codage différent dans le SNDS, où des consultations standards pourraient être enregistrées à tort comme des EPP.

**Figure 6. Evolution de la part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Guyane, période 2014-2024**



Source : SNDS

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



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

En 2021, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 42,9 % des cas contre 12,5 % parmi les multipares. Les cours de préparation étaient bien moins suivis en Guyane qu'au niveau national où ces proportions atteignaient respectivement 79,5 % et 34,4 % (**Tableau 3**).

## Prévention

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

Malgré ces recommandations, en 2021, seules 8,1 % des femmes en Guyane déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse contre 27,2 % au niveau national. Ce résultat pourrait refléter un manque de planification des grossesses ou d'information pré-conceptionnelle ou de compréhension de l'intérêt d'une supplémentation (**Tableau 3**).

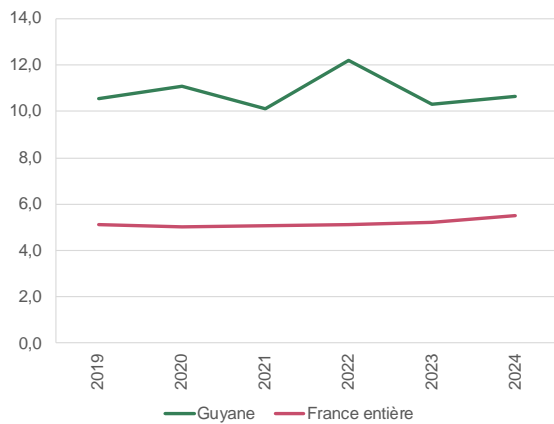
## Pathologies de la grossesse

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

Selon les données de l'ENP, 66,7 % des femmes ayant accouché en Guyane répondaient à ces critères de risque en 2021, et en 2024, selon les données du SNDS, 6 femmes sur 10 (60,5 %) ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel au cours de la grossesse (**Tableau 3**). Cette proportion apparaît insuffisante au regard de la stratégie régionale visant à dépister toutes les femmes enceintes avec ou sans facteurs de risque.

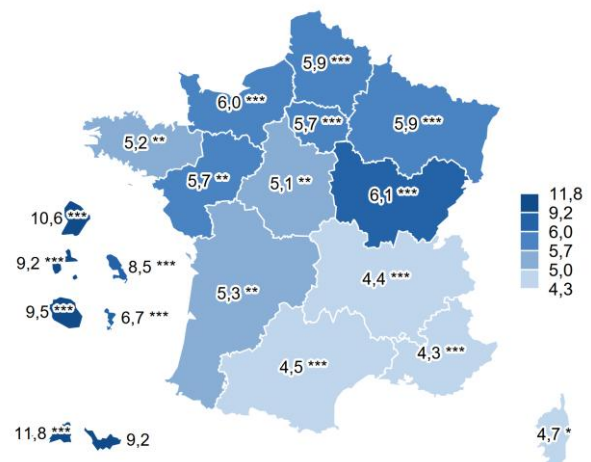
En 2024, 10,6 % des accouchements en Guyane étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), proportion similaire à celle observée en 2019 (**Figure 7**) et supérieure à celle observée dans les autres régions françaises (**Carte 8**). Ces indicateurs sont d'autant plus défavorables qu'ils ne tiennent pas compte de l'âge à l'accouchement : les femmes parturientes sont plus jeunes en Guyane et présentent toutefois une plus grande prévalence des désordres hypertensifs.

**Figure 7. Evolution de la part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), France entière et Guyane, période 2019-2024**



Source : SNDS

**Carte 8. Part des femmes avec un désordre hypertensif (en %) par région d'accouchement, 2024**



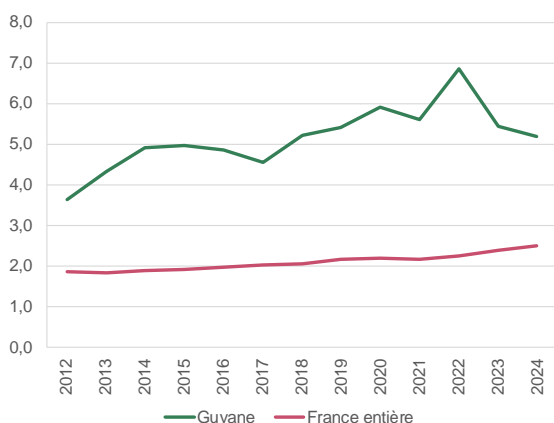
Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

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

En 2024, la part des femmes en Guyane présentant une HTA gestationnelle (3,8 %) était également supérieure au niveau national (2,2 %).

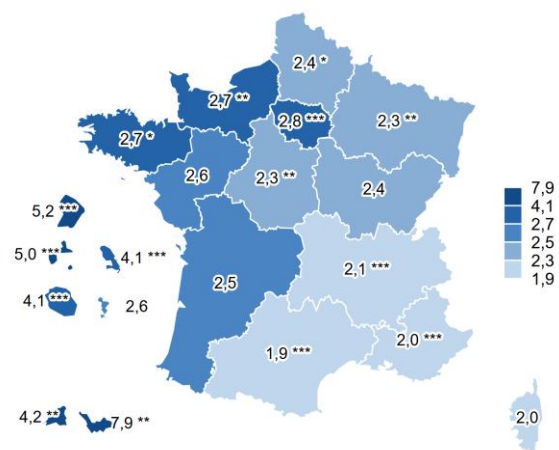
La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence globalement augmenter dans la région entre 2012 et 2024, passant de 3,6 % à 5,2 % ; **(Figure 8)** ; la Guyane fait partie des régions pour lesquelles cette complication était la plus fréquente **(Carte 9)**.

**Figure 8. Evolution de la part des femmes avec une prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière et Guyane, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 9. Part des femmes avec prééclampsie associée à une HTA (en %) par région d'accouchement, 2024**

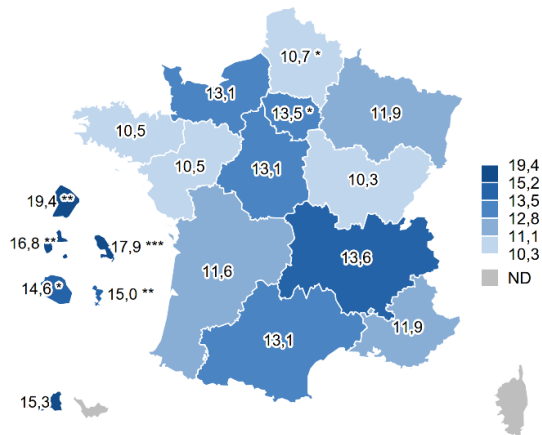


Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Santé mentale

En 2021, 29,0 % des femmes en Guyane déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes et 19,4 % des femmes déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse, des taux significativement plus élevés que ceux observés au niveau national (respectivement 17,1 % et 12,5 %). **(Tableau 3, Carte 10).**

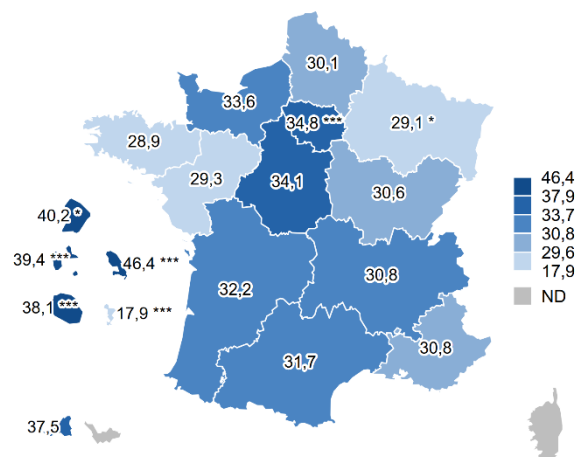
**Carte 10. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



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

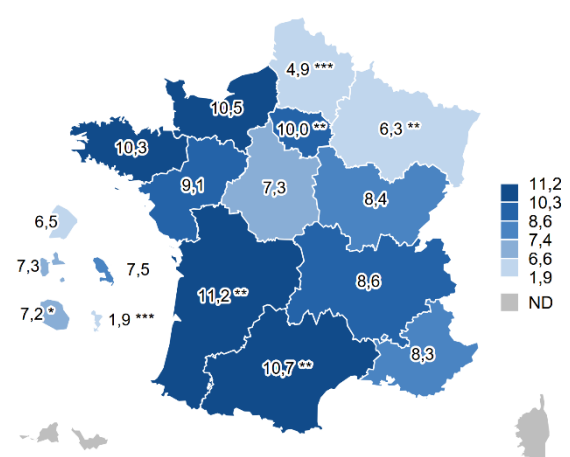
En 2021, selon les données de l'ENP, alors que 4 femmes sur 10 en Guyane (40,2 %) déclaraient un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse (31,9 % en France entière), seules 6,5 % déclaraient avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques (8,8 % en France entière) **(Carte 11, Carte 12).**

**Carte 11. 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 12. 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

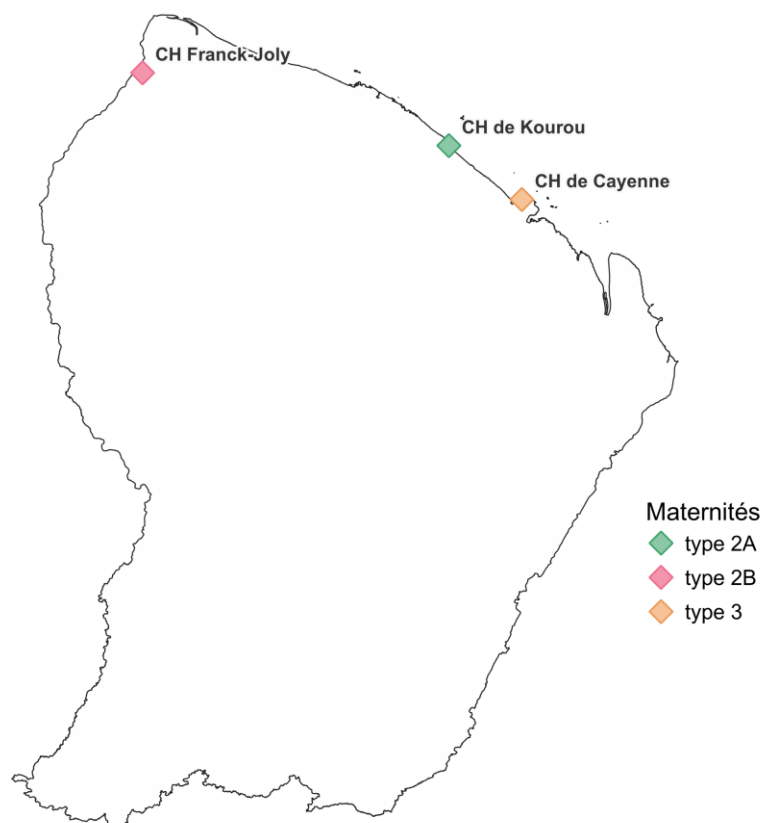
## Lieu d'accouchement

### Type de maternités

Depuis des décrets de 1998, les maternités sont définies en 4 types de maternités selon le niveau de soins néonataux (**Carte 13**).

- 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 13. Répartition des maternités en Guyane, selon le type, au 31 décembre 2024



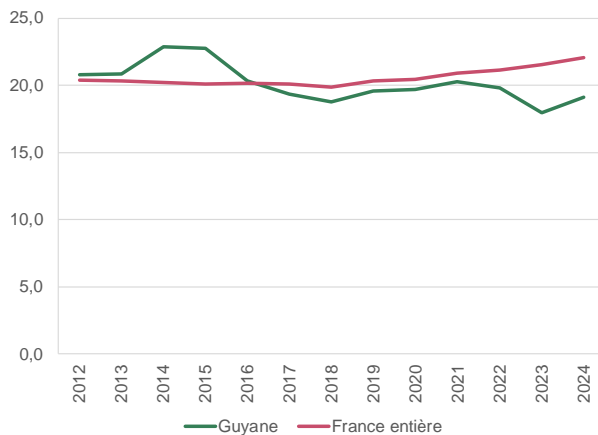
Source : DREES

En 2023, parmi les femmes en Guyane ayant accouché à l'hôpital, 9,5 % des femmes ont accouché au CH de Kourou (maternité de type 2A), 43,3 % au CH Ouest Guyanais (type 2B) et 47,2 % au CH de Cayenne (type 3) (**Carte 13**).

## Mode d'accouchement

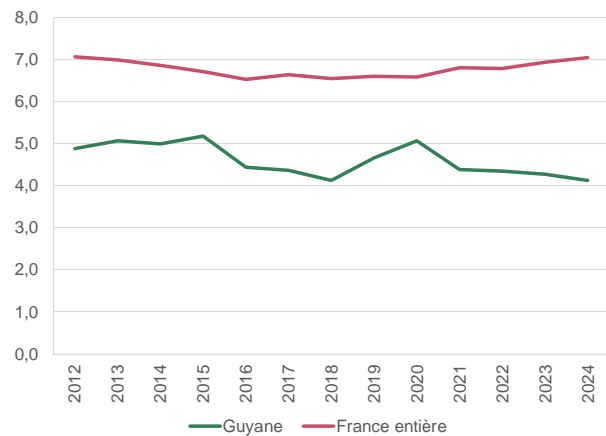
En Guyane entre 2012 et 2024, la part des césariennes a fluctué autour de 20 % (**Figure 9**). En 2024, le niveau de césariennes en Guyane était significativement inférieur à celui observé au niveau national (19,1 % vs 22,0 %). Parmi l'ensemble des accouchements réalisés en Guyane en 2024, 4,1 % étaient des césariennes programmées (**Tableau 3, Figure 10**). La comparaison avec le niveau national doit être interprétée avec prudence car les indicateurs ne sont pas standardisés sur l'âge alors que l'âge des femmes à l'accouchement est inférieur en Guyane.

**Figure 9. Evolution de la part des césariennes (en %), France entière et Guyane, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Figure 10. Part des césariennes programmées (en %), France entière et Guyane, 2024**

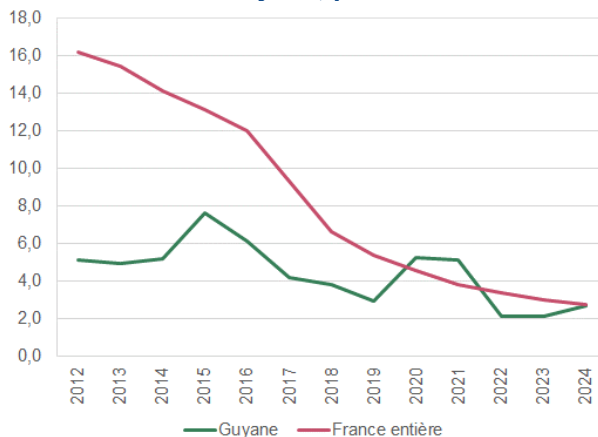


Source : SNDS . \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

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) était moins courante en Guyane en 2012 qu'à l'échelle de la France entière (5,2 % vs 16,2 %) ; en 2024, les niveaux se rejoignent (2,7 % en Guyane vs 2,8 % en France entière) (**Tableau 3, Figure 11**).

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



Source : SNDS

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 5,2 % des primipares avec un accouchement VBNI avaient eu une épisiotomie, vs 1,4 % chez les multipares (**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 : ENCM 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 Guyane, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du post-partum (HPP) était estimée à 5,7 %, inférieure au niveau national (7,3 %) en 2024, avec une augmentation depuis 2012. Cette hausse doit cependant être interprétée avec prudence, car elle pourrait refléter une amélioration de la détection et du codage hospitalier plutôt qu'une augmentation réelle de l'incidence (**Tableau 3, Figure 12**).

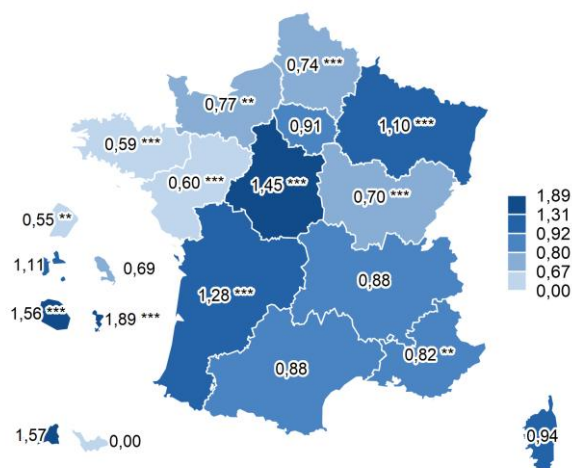
En Guyane, l'HPP sévère (HPP associé à un acte d'embolisation, de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomie totale ou subtotal, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs, ou de soins continus) est passée de 0,8 % en 2012 à 0,5 % en 2024, ce qui situe la Guyane parmi les régions où ce taux est le plus faible (**Carte 14**).

**Figure 12. Evolution de la part des hémorragies du post-partum (en %), France entière et Guyane, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 14. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %) par région de domicile, 2024**

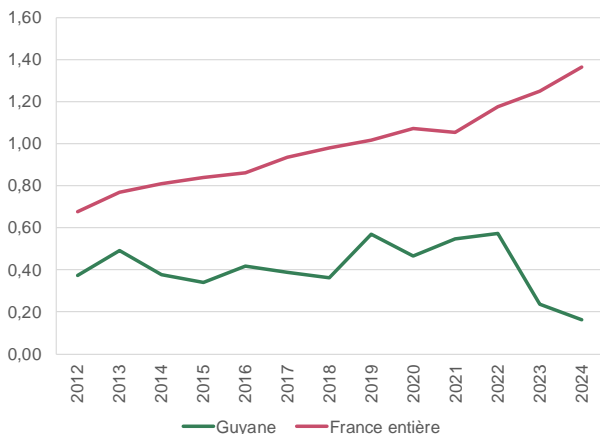


Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicqué (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés) était de 0,37 % en 2012 et de 0,16 % en 2024, taux inférieur à ceux observés dans les autres régions françaises (**Figure 13, Carte 15**). Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie et taux de déchirure sévère à partir des données régionales.

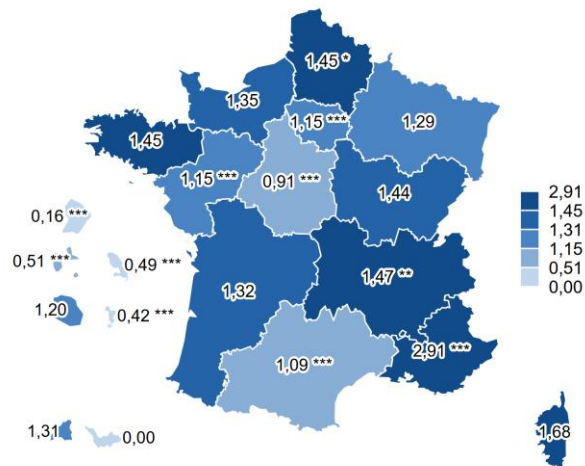
La comparaison avec le niveau national pour la proportion d'HPP ou déchirures doit être interprétée avec prudence car les indicateurs ne sont pas standardisés sur l'âge ni sur la multiparité alors que l'âge des femmes à l'accouchement est inférieur en Guyane et le taux de fécondité plus élevé.

**Figure 13. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Guyane, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 15. Part des déchirures sévères (en %) par région, 2024**



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

## Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes - Guyane

Indicateurs	Source	Guyane	France	p-value
<b>Prématurité selon l'âge gestationnel</b>				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	<b>11,3</b>	<b>6,7</b>	***
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	<b>1,00</b>	<b>0,43</b>	***
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>1,09</b>	<b>0,70</b>	***
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>9,25</b>	<b>5,56</b>	***
<b>Autres marqueurs de risque</b>				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	<b>3,3</b>	<b>3,0</b>	
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	<b>12,5</b>	<b>7,4</b>	***
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	<b>12,2</b>	<b>9,6</b>	***
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	<b>6,3</b>	<b>8,8</b>	***
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	<b>15,6</b> [9,8 - 23,1]	<b>11,5</b> [11,0 - 12,0]	

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

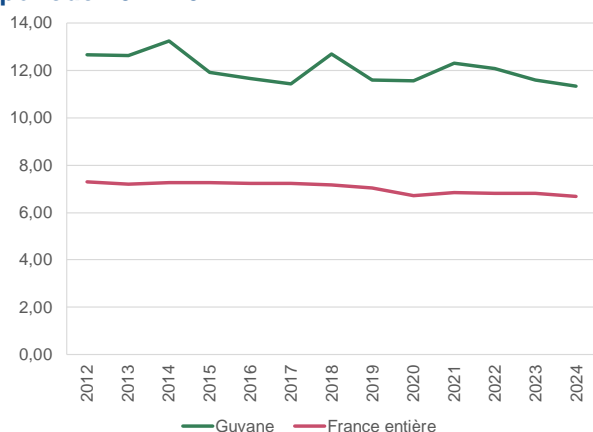
## Prématurité selon l'âge gestationnel

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

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

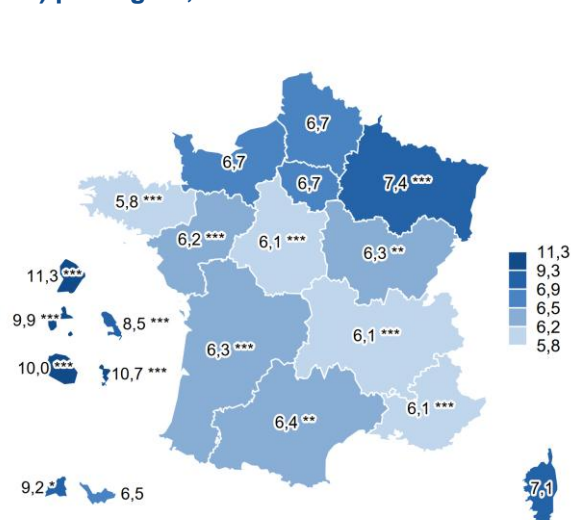
En Guyane, 11,3 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), un taux significativement plus élevé que le niveau national (6,7 %) (**Tableau 4**) et le plus important observé en France (**Carte 16**). Une tendance à la baisse est observée sur la période 2012-2024 en Guyane et France entière (**Figure 14**).

Figure 14. Evolution de la part des naissance prématurées (en %), France entière et Guyane, période 2012-2024



Source : SNDS

Carte 16. Part des naissance prématurées (en %) par région, 2024



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

En 2024, la région Guyane affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA), de grande prématurité ([28-31] SA) et de prématurité modérée (respectivement 1,00 %, 1,09 % et 9,25 %)

significativement supérieurs aux taux nationaux (respectivement 0,43 %, 0,70 % et 5,56 %) **(Tableau 4)**.

## Autres marqueurs de risque

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

En 2024, les naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes représentaient 12,5 % des naissances vivantes en Guyane, taux significativement supérieur à celui observé en France entière (7,4 %).

La proportion de petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10<sup>e</sup> percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] était plus élevée en Guyane (12,2 % des naissances vivantes) qu'au niveau national tandis que celle des gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90<sup>e</sup> percentile était plus faible (6,3 % des naissances vivantes) **(Tableau 4)**.

Selon les données de l'ENP 2021, 15,6 % des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en Guyane (taux de 11,5 % en France entière) **(Tableau 4)**.

## Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum - Guyane

Indicateurs	Source	Guyane	France	p-value
<b>Dépistage biologique néonatal</b>				
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)	3,1	6,3	**
<b>Incidence des maladies dépistées</b>				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,00	0,72	
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,78	3,95	**
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,53	0,48	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	66,38	17,44	***
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,26	1,73	**
<b>Durée de séjour en suites de couches</b>				
Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuits)	SNDS (2024)	4,3	3,8	-
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	6,6	4,8	-
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	3,8	3,6	-
<b>Alimentation du nourrisson et allaitement</b>				
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	94,3 [87,2 - 98,1]	77,1 [76,3 - 77,9]	***
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	88,9 [80,5 - 94,5]	70,5 [69,7 - 71,3]	***
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	6,9	24,9	***

\* : 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 (CNCDN) 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 Guyane, le taux de refus était de 3,1 pour 10 000 enfants nés, taux significativement plus faible que celui enregistré en France (6,3). Pour 5 maladies dépistées, les taux de dépistage en 2020-2024 sont les suivants (**Tableau 5**) :

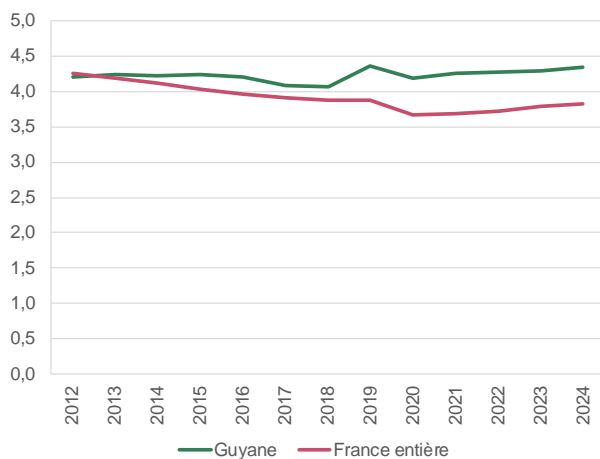
- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : 0,00 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (0,72 au niveau national).
- Hypothyroïdie : 0,78 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (3,95 au niveau national).
- Hyperplasie des surrénales : 0,53 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (0,48 au niveau national).
- Drépanocytose : 66,38 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement supérieur au niveau national (17,44).
- Mucoviscidose : 0,26 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement inférieur au niveau national (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

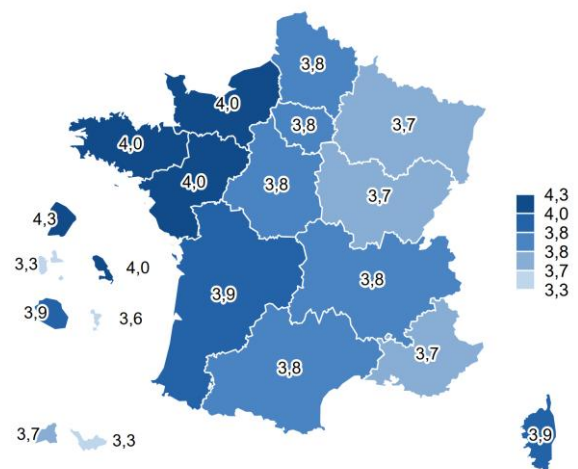
En 2024, la durée de séjour à la maternité en suites de couches était de 4,3 nuitées en moyenne en Guyane, une durée sensiblement plus longue que dans les autres régions françaises (3,8 au niveau national) (**Carte 17**). La tendance est stable depuis 2012 (**Figure 15**).

**Figure 15. Evolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Guyane, période 2012-2024**



Source : SNDS

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



Source : SNDS

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

## Alimentation du nourrisson et allaitement

### Enquête EPIFANE

En France hexagonale, la durée médiane de l'allaitement global (avec ou sans préparation pour nourrisson) a progressé de 15 à 20 semaines entre l'édition 2012 et l'édition 2021 d'EPIFANE. Le rapport publié en 2024 [5] sur les résultats observés dans EPIFANE décrit l'âge médian au début de la diversification alimentaire et la proportion d'enfants pour lesquels la diversification a débuté dans la fenêtre recommandée, située entre 4 et 6 mois de vie.

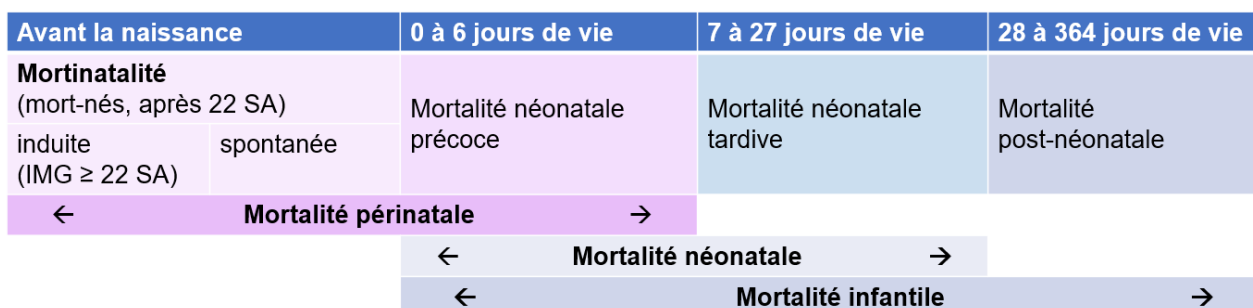
Selon l'ENP 2021, la pratique de l'allaitement était plus répandue en Guyane qu'au niveau national : 94,3 % des femmes ont tenté d'allaiter leur enfant (**Carte 18**) (77,1% au niveau national) et 88,9 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice (70,5% au niveau national) (**Carte 19**).



## 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 - Guyane**

Indicateurs	Source	Guyane	France	p-value
<b>Mortalité maternelle</b> (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	<b>18,5</b> [8,0 - 36,5]	<b>11,1</b> [10,2 - 12,1]	
<b>Mortinatalité</b> (enfants mort-nés, après 22SA) <sup>1</sup>				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	<b>101</b>	<b>6 094</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>14,6</b>	<b>9,2</b>	***
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>1,3</b>	<b>3,6</b>	**
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>13,3</b>	<b>5,6</b>	***
<b>Mortalité périnatale</b> (décès enfant entre 22SA et 6 jours) <sup>1</sup>				
Nombre de décès	SNDS (2024)	<b>134</b>	<b>7 398</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>19,3</b>	<b>11,2</b>	***
<b>Mortalité infantile</b> (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>68</b>	<b>2 690</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>9,93</b>	<b>4,08</b>	***
<b>Mortalité néonatale précoce</b> (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>32</b>	<b>1 310</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>4,67</b>	<b>1,99</b>	***
<b>Mortalité néonatale tardive</b> (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>11</b>	<b>618</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>1,61</b>	<b>0,94</b>	*
<b>Mortalité post-néonatale</b> (décès enfant entre 28 j et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>25</b>	<b>762</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>3,65</b>	<b>1,16</b>	***

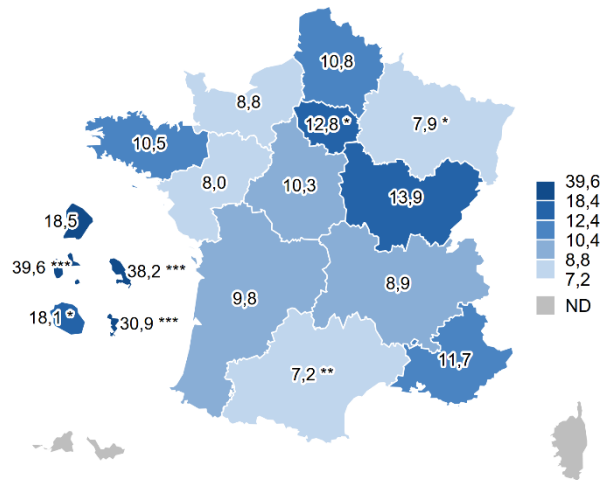
\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

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

## Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement en Guyane s'élevait en moyenne à 18,5 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux régional était relativement élevé comparé aux taux observés en France hexagonale (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes en moyenne nationale) mais inférieur à ceux observés en Martinique, Guadeloupe et à Mayotte (**Carte 21**).

### Carte 21. Taux régional de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances totales), par région de domicile, 2013-2018



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

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

## Mortinatalité

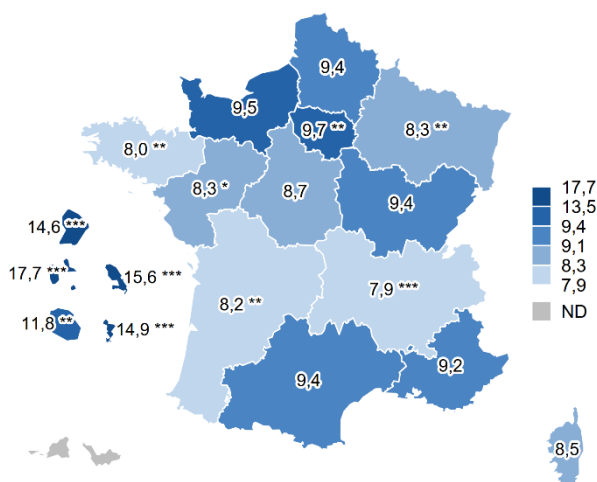
**La mortinatalité correspond au décès des enfants nés sans signe de vie  $\geq 22$  SA ou  $\geq 500$  grammes. Elle est composée de la mortinatalité induite par IMG ( $\geq 22$  SA) et de la mortinatalité spontanée.**

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

En Guyane, 101 mort-nés (enfants nés sans signe de vie  $\geq 22$  SA ou  $\geq 500$  gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 14,6 pour 1 000 naissances, significativement supérieur à celui enregistré en France (9,2) (**Carte 22**).

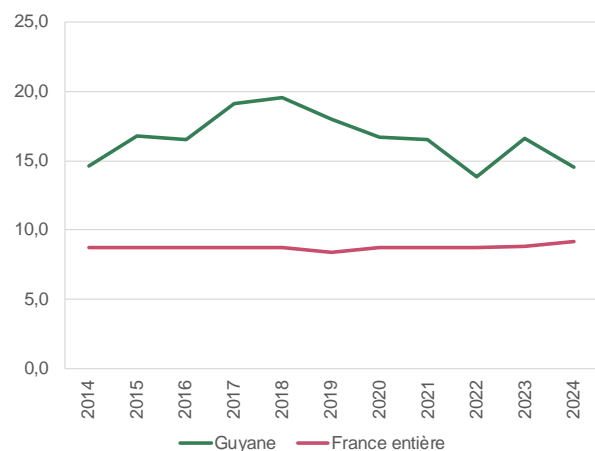
L'analyse des tendances ne montre pas d'évolution significative entre 2014 et 2024 (**Figure 17**).

### Carte 22. 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

### Figure 17. Evolution du taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Guyane, période 2014- 2024



Source : SNDS

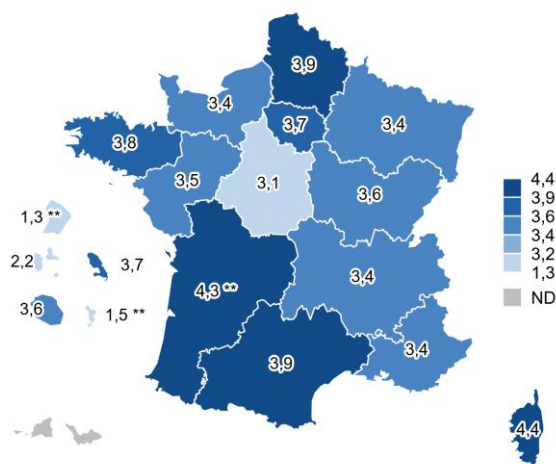
## Mortinatalité induite

En 2024, le taux de mortinatalité induite était plus faible en Guyane (1,3 mort-nés pour 1 000 naissances totales) que dans les autres régions (**Carte 23**) et qu'au niveau national (3,6 ‰).

## Mortinatalité spontanée

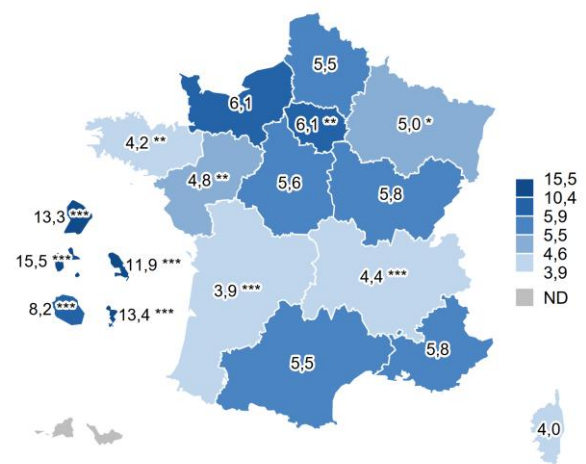
Le taux de mortinatalité spontanée (13,3 mort-nés pour 1 000 naissances totales) était quant à lui plus élevé que dans les autres régions françaises (**Carte 24**) et qu'au niveau national (5,6 ‰).

**Carte 23. Taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales) par région de domicile, 2024**



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

**Carte 24. Taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales) par région de domicile, 2024**



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

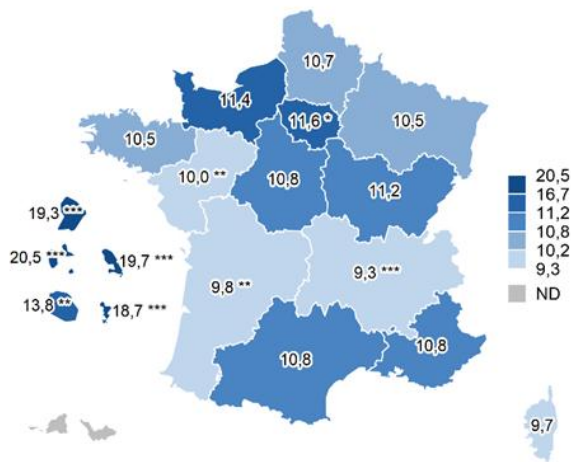
## Mortalité périnatale

### La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

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

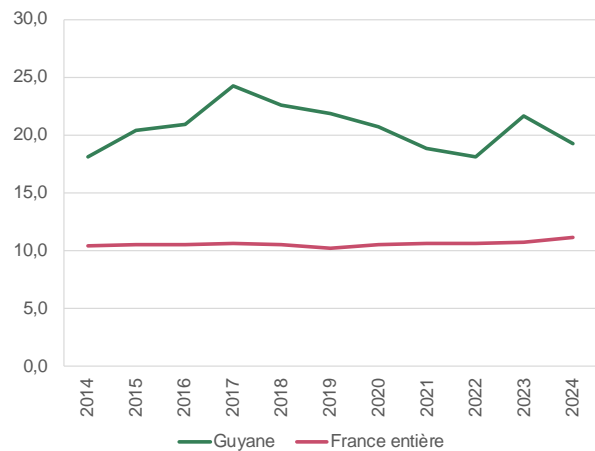
En Guyane, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 19,3 décès pour 1 000 naissances, un taux significativement plus élevé que celui observé dans les régions hexagonales et au niveau national (11,2 ‰) (**Carte 25**). Ce taux était proche de 20 décès pour 1 000 naissances sur l'ensemble de la période 2014-2024 (**Figure 18**).

**Carte 25. 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

**Figure 18. Evolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), en France entière et en Guyane, 2014- 2024**



Source : SNDS

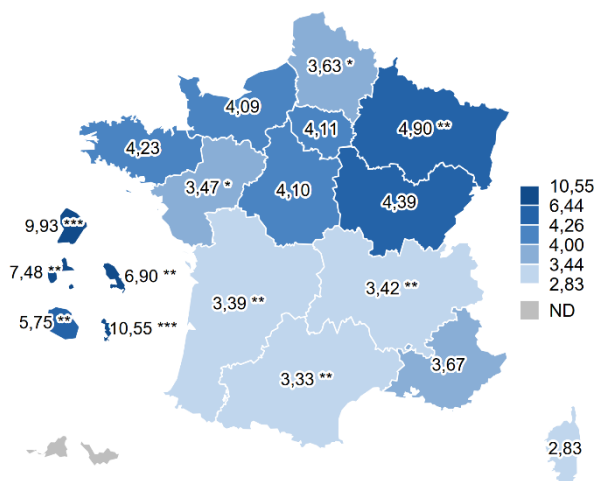
## Mortalité infantile

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

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

En Guyane, 68 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 9,93 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus élevé que celui observé en France (4,08 ‰) et dans la plupart des autres régions françaises (**Carte 26, Figure 19**).

**Carte 26. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**



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

**Figure 19. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Guyane, période 2012- 2024**



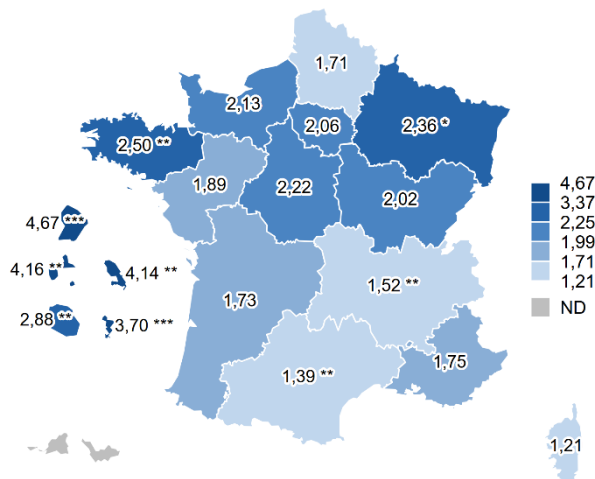
Source : Etat Civil

## 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.

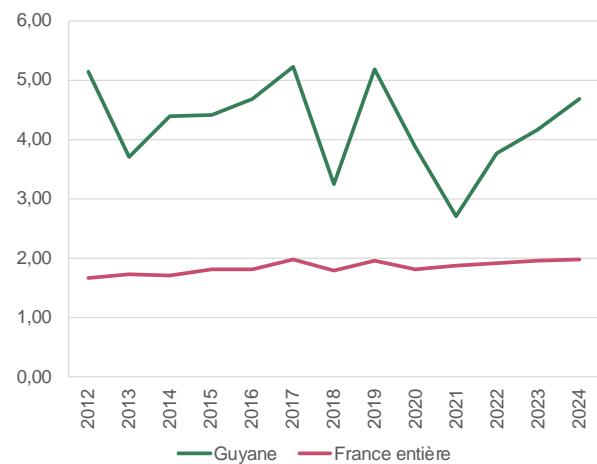
En Guyane, 32 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 4,67 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus élevé que celui observé en France (1,99 ‰) et dans la plupart des autres régions françaises (**Carte 27, Figure 20**).

**Carte 27. 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

**Figure 20. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Guyane, période 2012- 2024**



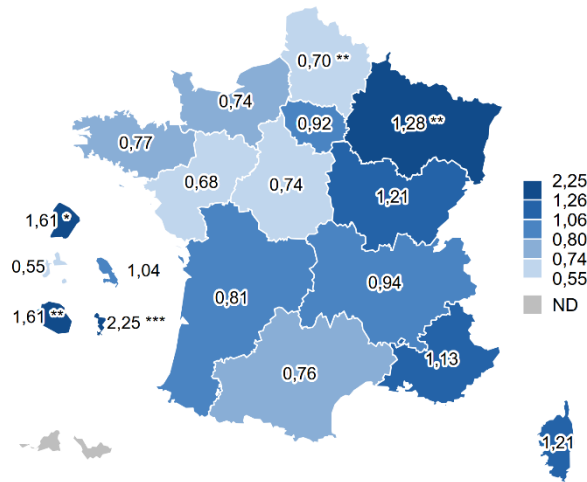
Source : Etat Civil

## 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 Guyane, 11 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 1,61 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus élevé que celui observé en France (0,94 ‰) et dans la plupart des autres régions françaises (**Carte 28, Figure 21**).

**Carte 28. 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

**Figure 21. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Guyane, période 2012- 2024**



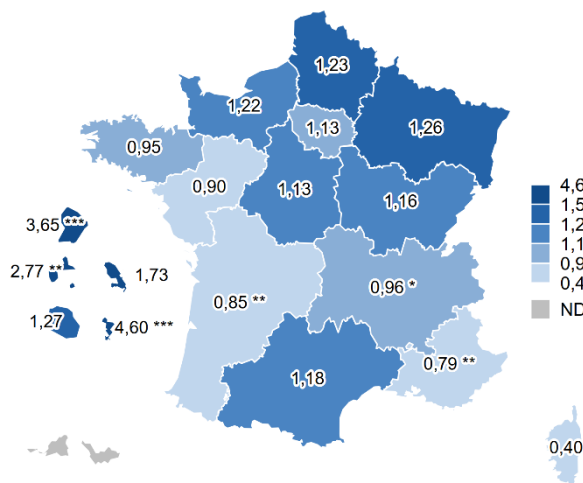
Source : Etat Civil

## 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.**

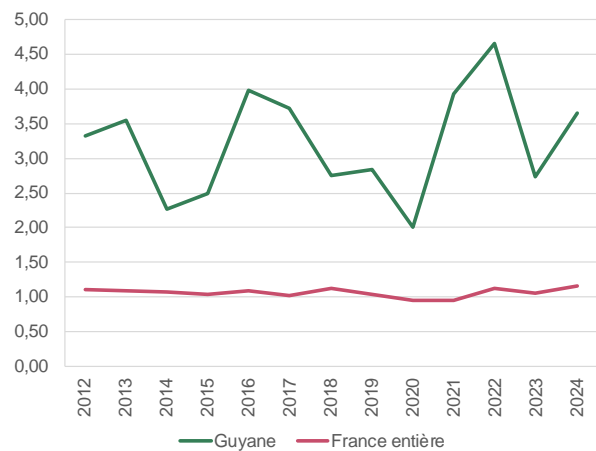
En Guyane, 25 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 3,65 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus élevé que celui observé en France (1,16 ‰) et dans la plupart des autres régions françaises (**Carte 29, Figure 22**).

**Carte 29. 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

**Figure 22. Evolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Guyane, période 2012- 2024**



Source : Etat Civil

## 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

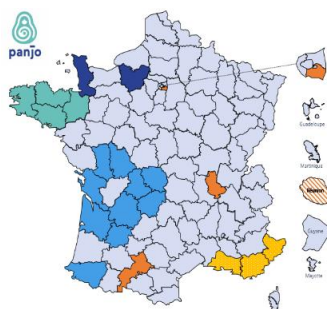


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression 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 premiers résultats sont attendus prochainement.

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

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

#### Panjo : L'intervention de prévention précoce à domicile



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

Pour plus d'informations, contactez [eval.panjo@santepubliquefrance.fr](mailto:eval.panjo@santepubliquefrance.fr)

## Promotion des comportements favorables à la santé

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

### La vaccination



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

### Calendrier vaccinal des femmes enceintes



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

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

### Aide à distance



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

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



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

Réseau Périnat Guyane : Réseau de santé périnatal de Guyane

## Méthodologie

### Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

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

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

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

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

### Sources de données

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

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

- auprès des établissements (caractéristiques et organisation des soins)
- via le dossier médical (antécédents obstétricaux, déroulement de l'accouchement, état de santé de la mère avant, pendant et après accouchement et état de santé de l'enfant)
- auprès des mères via
  - (1) un entretien en face-à-face par une sage-femme en suite de 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 (Guyane = 917 en maternité ; 556 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  $\chi^2$  pour comparer les proportions ou les distributions catégorielles.

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

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

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

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

### Gestion des petits effectifs

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

## Références

- [1] Santé publique France. Surveillance de la Santé Périnatale. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 62 p., 8 juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/anomalies-et-malformations-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](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [4] Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001 ; 80:277-285. Courbes mises à jour en 2006.
- [5] Salanave B, Lebreton E, Demiguel V, Regnault N et « Epifane2021 Study Group ». Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épifane 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 43 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [6] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7<sup>e</sup> rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 232 p. Disponible à partir de l'URL : [www.encmm.inserm.fr](http://www.encmm.inserm.fr) et [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

## Glossaire

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

HAS : Haute Autorité de Santé  
 HCSP : Haut conseil de Santé publique  
 HPP : Hémorragie post-partum  
 HTA : Hypertension artérielle  
 IHAB : initiative Hôpital ami des 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 l'ensemble des partenaires en région qui ont contribué à la rédaction et l'interprétation des résultats de ce bulletin : Louise Vuylsteker (ARS Guyane)

## Équipe de rédaction

**Auteurs :** Amandine Cochet, Tiphonie Succo

### **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 Guyane. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 pages, 8 juillet 2026.

**Directrice de publication :** Aude de Viviés

**Date de publication :** 8 juillet 2026

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