

ÉTUDES et RÉSULTATS

juillet 2026
n° 1378

La part d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des sept premiers jours de vie s'élève à 11 pour 1 000 naissances en 2024

En 2024, le taux de mortalité périnatale (nombre d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des sept premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée [SA]) s'élève à 11,2 pour 1 000 (‰), d'après les données hospitalières. Il augmente depuis 2021, et plus particulièrement en 2024, après avoir fluctué entre 2014 et 2021 autour de 10,5 ‰.

La mortalité périnatale est très dépendante de l'âge gestationnel, du nombre de fœtus et de l'âge de la mère. Elle varie aussi fortement selon la région de résidence et les conditions socio-économiques de la mère. Ces facteurs de risque et leurs évolutions n'expliquent toutefois que partiellement l'augmentation de la mortalité périnatale depuis 2021.

Le taux de mortinatalité (enfants nés sans vie du fait d'une mort fœtale spontanée ou d'une interruption médicale de grossesse) est de 9,2 pour 1 000 naissances totales en 2024.

La mortinatalité est la principale composante de la mortalité périnatale, concernant 82 % des décès périnatals, et principale contributrice de l'augmentation récente de la mortalité périnatale.

L'autre composante de la mortalité périnatale est la mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants et décédés dans les sept premiers jours de vie) ; elle s'élève à 2,0 pour 1 000 naissances vivantes en 2024. Au total, 84 % des morts périnatales sont issues d'accouchements prématurés (avant 37 SA), et la moitié parmi les extrêmes prématurés (avant 28 SA).

En 2019, dernière année disponible en comparaison européenne, la France se classait au 16^e rang sur 28 pays pour la mortalité périnatale à partir de 24 semaines d'aménorrhée hors interruptions médicales de grossesse (indicateur utilisé pour les comparaisons européennes).

Annick Vilain, Jeanne Fresson avec la participation de Margot Perben et Sarah Wu (Drees)

La mortalité périnatale décrit la mortalité des enfants autour de la naissance. Elle regroupe tous les fœtus morts pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, et les enfants décédés dans leur première semaine de vie, nés à partir de 22 semaines d'aménorrhée¹ (SA) ou avec un poids d'au moins 500 grammes (*encadré 1*). Cet indicateur a été mis en place par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), car la présence ou l'absence de signes de vie

peuvent être difficiles à apprécier à la naissance et varier entre les pays ou dans le temps en fonction des pratiques médicales. Le décompte des morts périnatales n'est pas sensible à l'identification des signes de vie et les causes de ces décès peuvent être similaires². La mortinatalité désigne les enfants nés sans vie, ou enfants mort-nés, et la mortalité néonatale précoce renvoie aux enfants décédés dans leur première semaine de vie, l'ensemble constituant la mortalité

1. Les semaines d'aménorrhée définissent la durée passée depuis le début des dernières règles, et 22 SA correspondent à 20 semaines de grossesse.

2. L'analyse des causes de décès est elle aussi peu sensible à l'identification des signes de vie, dans la mesure où les décès d'enfants mort-nés et les décès néonataux précoces ont souvent des causes similaires en lien avec des malformations ou anomalies congénitales et des pathologies de la grossesse et de l'accouchement.

- périnatale (**encadré 2**). Dans cette étude, la mortalité périnatale a été calculée à partir d'une unique source de données hospitalières (**encadré 1**), permettant de distinguer sans double compte la mortalité et la mortalité néonatale précoce.

La mortalité périnatale concerne un peu plus d'une naissance sur 100

En 2024, en France, 7 398 enfants sont nés sans vie ou nés vivants et décédés dans leur première semaine de vie, pour 661 822 naissances totales (somme des naissances vivantes et des mort-nés). Ceci correspond à 11,2 enfants morts ou nés sans vie pour mille naissances (‰). L'évolution du taux de mortalité périnatale peut être analysée à partir de 2014 : avant cette date, la méthode de calcul et la source de données étant différentes, la comparaison est plus délicate. Le taux de mortalité périnatale, stable de 2014 à 2021 (**encadré 3**), augmente légèrement depuis 2022, et particulièrement en 2024, où il progresse de +0,4 point par rapport à 2023 (**graphique 1**) [Vilain *et al.*, 2021]. D'autres mesures de la mortalité périnatale existent, avec d'autres bornes pour l'âge gestationnel (AG), mais ne seront pas mobilisées dans cette étude, sauf dans la dernière partie pour les comparaisons internationales.

Comme le nombre de naissances, le nombre de décès périnataux a diminué de façon marquée : de 8 548 en 2014 à 7 398 en 2024 (-13,5 %). Cette baisse est plus faible que celle des naissances (-19,3 %). Certains facteurs de risque de mortalité périnatale sont connus. Ils sont identifiables dans les bases de données médico-administratives, et peuvent être liés entre eux : l'âge gestationnel, le nombre de fœtus, l'âge de la mère ou encore le sexe de l'enfant. La précarité, souvent liée à un suivi moins régulier de la grossesse et de moins bonnes conditions économiques (Sartorius *et al.*, 2025), est un facteur certain, moins aisément identifiable.

Une mortalité périnatale 63 fois plus élevée en cas de prématurité

84 % des morts périnatales sont issues d'une grossesse achevée avant terme (avant 37 SA), et la moitié parmi les extrêmes

Encadré 1 Source et méthodes

Les chiffres présentés ici sont issus de la base mère-enfant corrigée, créée par l'équipe OPPaLE de l'Inserm, en partenariat avec la Drees et la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP). Cette base est construite à partir des informations du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) et du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), tous deux accessibles sur la plateforme du Système national des données de santé (SNDS). Les données sont issues des résumés de sortie anonymisés enregistrés pour chaque séjour hospitalier de naissance et d'accouchement à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA), sans tenir compte du poids de naissance, de 2014 à 2024. Le chaînage des séjours des naissances aux séjours d'accouchement des mères correspondantes a été réalisé à partir du lien mère-enfant présent dans le PMSI (95,4 % des séjours nouveau-nés chaînés à un séjour d'accouchement), et par un chaînage déterministe puis probabiliste à partir des variables communes à la dyade mère-bébé permettant, finalement, un taux de chaînage de 99,6 %. Des corrections ont également été apportées sur les dyades mères-bébés pour obtenir une cohérence par exemple sur l'âge gestationnel et la commune de résidence. Les séjours de naissances ont été également chaînés aux certificats de décès du CépiDC qui sont produits pour les enfants nés vivants puis décédés à l'état civil : en cas de discordance sur le statut vital à la naissance (enfant enregistré comme mort-né dans le PMSI chaînant avec un certificat de décès), l'enfant a été comptabilisé une seule fois, comme décès néonatal. Ces discordances (environ 120 à 140 cas par an) concernent essentiellement des décès survenus le jour de la naissance (J0).

prématurés (avant 28 SA). La prématurité entraîne un risque de mort périnatale 63 fois plus important (125,7 ‰) que parmi les naissances à terme (2,0 ‰). Plus le terme de la grossesse est précoce, plus la mortalité périnatale est élevée : de 994 ‰ à 22 SA, soit la quasi-totalité de ces naissances, à 934 ‰ à 23 SA, elle diminue ensuite fortement, de 613 ‰ parmi les 24-25 SA, à 364 ‰ parmi les 26-27 SA, 198 ‰ parmi les 28-31 SA, 71 ‰ parmi les 32-34 SA et 21 ‰ parmi les 35-36 SA (**graphique 2**).

Depuis 2014, les taux de mortalité ont baissé aux âges gestationnels les plus faibles, de 22 à 28 SA, en raison d'une prise en

Encadré 2 Concepts et définitions

L'âge gestationnel mesure la durée de gestation, à partir de la date des dernières règles, exprimé en semaines d'aménorrhée révolues (SA). Pour les enfants nés sans vie dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), on enregistre uniquement l'âge gestationnel à l'accouchement et non l'âge gestationnel au moment du décès *in utero* qui n'est pas toujours connu avec précision. Un délai de quelques jours, voire quelques semaines entre le décès fœtal et l'accouchement est possible, notamment en cas de grossesse multiple avec poursuite de la grossesse pour le jumeau survivant.

Les naissances (enfants nés vivants ou sans vie) sont enregistrées à partir de 22 SA ou d'un poids de naissance de 500 grammes.

La prématurité est définie par un âge gestationnel à l'accouchement ou à la naissance inférieur à 37 SA.

Les morts fœtales spontanées (MFS) correspondent aux enfants mort-nés hors interruption médicale de grossesse (IMG).

Le taux de mortalité périnatale rapporte le nombre d'enfants nés sans vie au nombre de naissances totales (naissances vivantes et sans vie). Le dénominateur pris en compte ici est celui issu des séjours hospitaliers de naissances, comptabilisés dans la base du PMSI. Le nombre de naissances vivantes enregistrées dans le PMSI est légèrement inférieur à celui publié par l'Insee à partir des données de l'état civil, en raison des naissances à domicile ou en maisons de naissance ne donnant pas lieu à une hospitalisation.

Le taux de mortalité néonatale précoce rapporte le nombre d'enfants

nés vivants et décédés au cours des sept premiers jours de vie à l'ensemble des enfants nés vivants (le premier jour de vie étant le jour 0).

Le taux de mortalité périnatale est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés dans les sept premiers jours de vie à l'ensemble des enfants nés vivants ou sans vie. La mortalité périnatale permet de prendre en compte l'ensemble des décès qui se produisent au moment de la naissance (avant, pendant ou juste après) et de limiter les effets liés à des modifications de déclaration du statut vital de l'enfant ou à des évolutions de pratiques de réanimation à la naissance.

Ces taux peuvent être calculés à partir de différents seuils : 22 SA ou 500 grammes, 22 SA, 24 SA hors IMG (Euro-Peristat), 28 SA (OMS comparaisons internationales).

L'indice territorial de désavantage social (ou FDep pour *French Deprivation Index*) permet de caractériser l'environnement socio-économique des personnes à partir de leur commune de résidence. Il est calculé comme la première composante principale d'une analyse factorielle de quatre variables : part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans, part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans, part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée, et revenu fiscal médian des ménages.

Les données disponibles sur le portail SNDS attribuent le résultat du FDep (de 1 à 5), à l'ensemble des identifiants anonymes (BEN_NIR_PSA) connus chaque année. Le FDep, actualisé en 2009, 2015 puis 2020 pour la France métropolitaine, n'est pas disponible dans les DROM.

charge plus active des enfants aux âges extrêmes, tandis qu'ils augmentent au-delà de 28 SA (*graphique 2, tableau complémentaire A*). Les naissances de 22 à 28 SA restent cependant rares et représentent moins de 1 % de l'ensemble des naissances

(0,28 % des naissances à 22-23 SA, 0,29 % à 24-25 SA et 0,31 % à 26-27 SA en 2024).

L'augmentation des taux de mortalité périnatale de 30 à 35 SA depuis 2014, particulièrement marquée en 2024, s'observe à la fois parmi les

Encadré 3 Historique de la mesure de la mortalité depuis 1990

La mortalité périnatale se compose de la mortalité néonatale précoce (enfants nés sans vie ou mort-nés) et de la mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants et décédés pendant leur première semaine de vie). Longtemps estimée à partir des seules données d'état civil, elle dépend aussi depuis 2012 des données médico-administratives hospitalières (PMSI), indispensables pour définir le nombre de mort-nés.

Jusqu'en 2001, le seuil retenu pour l'enregistrement obligatoire à l'état civil d'un enfant né sans vie est un délai de gestation d'au moins 180 jours, soit 28 semaines d'aménorrhée (SA), alors que le seuil retenu pour les enfants nés vivants était de 22 SA. La circulaire de 2001* uniformise l'enregistrement pour toutes les naissances (enfant né vivant ou mort-né) avec un double critère, ce qui permet de répondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : âge gestationnel à partir de 22 SA ou poids de naissance à partir de 500 g. Ce recul du seuil de l'âge gestationnel pour l'enregistrement des enfants mort-nés explique que le taux de mortalité passe de 4,8 à 8,2 pour 1 000 naissances en métropole, entre 2001 et 2002.

En 2008 un décret** autorise l'enregistrement des enfants nés sans vie à l'état civil sans limite relative à l'âge gestationnel ou au poids de naissance. L'enregistrement n'est plus obligatoire, il n'y a plus de délai imposé, et l'enfant peut être inscrit dans le livret de famille. De 2008 à 2011 il n'y a donc plus d'estimation possible du nombre d'enfants mort-nés en France avec des critères comparables à ceux des autres pays. L'instruction de novembre 2011*** met en place de nouvelles modalités d'enregistrement de la mortalité permettant de reprendre le suivi de cet indicateur et de répondre aux exigences des comparaisons internationales. À partir de 2012 les données hospita-

lières du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) deviennent ainsi la source de référence des données sur la mortalité. La production d'un séjour hospitalier devient obligatoire pour toutes les naissances, enfant né vivant ou sans vie, à partir de 22 SA ou un poids de 500 g. On estime que les cas d'enfants nés sans vie hors établissement non suivis d'une hospitalisation immédiate de la mère (et donc d'une comptabilisation dans le PMSI) sont quasi inexistantes. Le PMSI permet en outre de différencier la mortalité induite par interruption médicale de grossesse (IMG) de la mortalité fœtale spontanée (MFS). Depuis 2019 des extensions au code CIM10 P95 (enfant mort-né) permettent de distinguer les morts *per partum* (P95.+2) des morts *in utero* avant le début du travail (P95.+1) et des cas pour lesquels le moment du décès est inconnu (P95.+8).

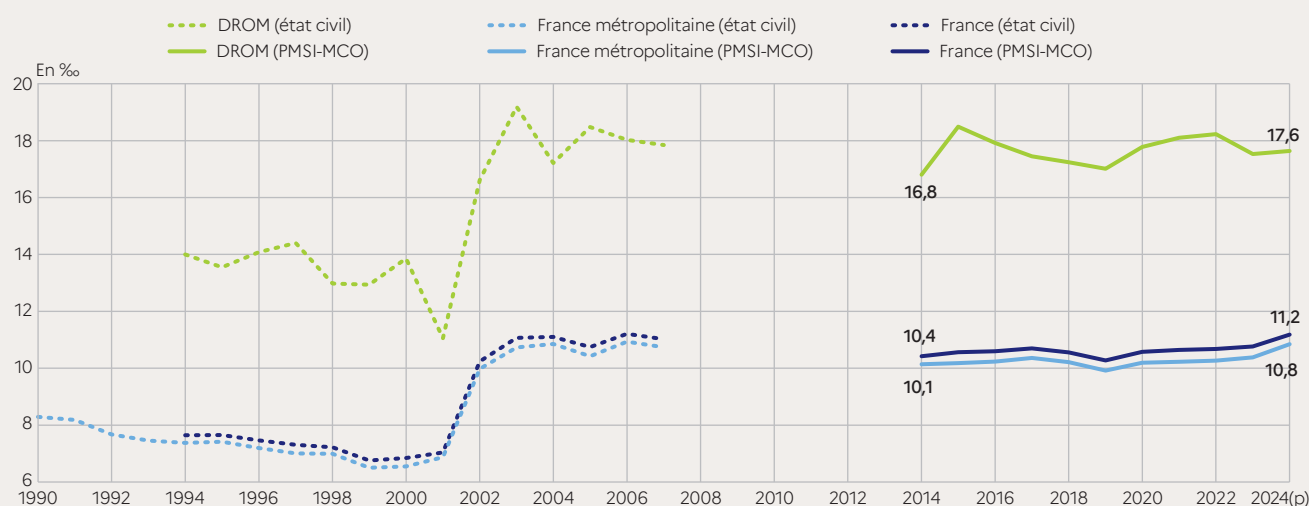
La mortalité néonatale précoce, décès d'enfants nés vivants dans leurs sept premiers jours de vie (en différence de dates, et J0 étant considéré comme le premier jour de vie) peut être calculée également à partir du PMSI car la quasi-totalité de ces décès surviennent avant que la femme ait quitté la maternité (les cas fréquents parmi ceux-ci d'enfants de petits poids ou de faible âge gestationnel n'étant pas concernés par des sorties précoces). L'écart entre les données du PMSI et celles de l'état civil porte essentiellement sur les décès survenus le jour de la naissance, avec certains enfants possiblement enregistrés comme étant mort-nés dans le PMSI mais déclarés nés vivants et décédés à l'état civil. C'est officiellement le chiffre de l'état civil qui fait référence pour déterminer le nombre de décès néonataux mais l'utilisation d'une seule source permet de s'assurer qu'aucun cas ne sera comptabilisé à la fois comme mort-né dans une source et comme décès néonatal dans l'autre, faisant artificiellement augmenter le taux de mortalité périnatale.

* Circulaire DHOS/E 4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30 novembre 2001.

** Décret n° 2008-800 du 20 août 2008.

*** Instruction n° DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI nécessaires à la production de l'indicateur de mortalité.

Graphique 1 Taux de mortalité périnatale de 1990 à 2024



p : données provisoires.

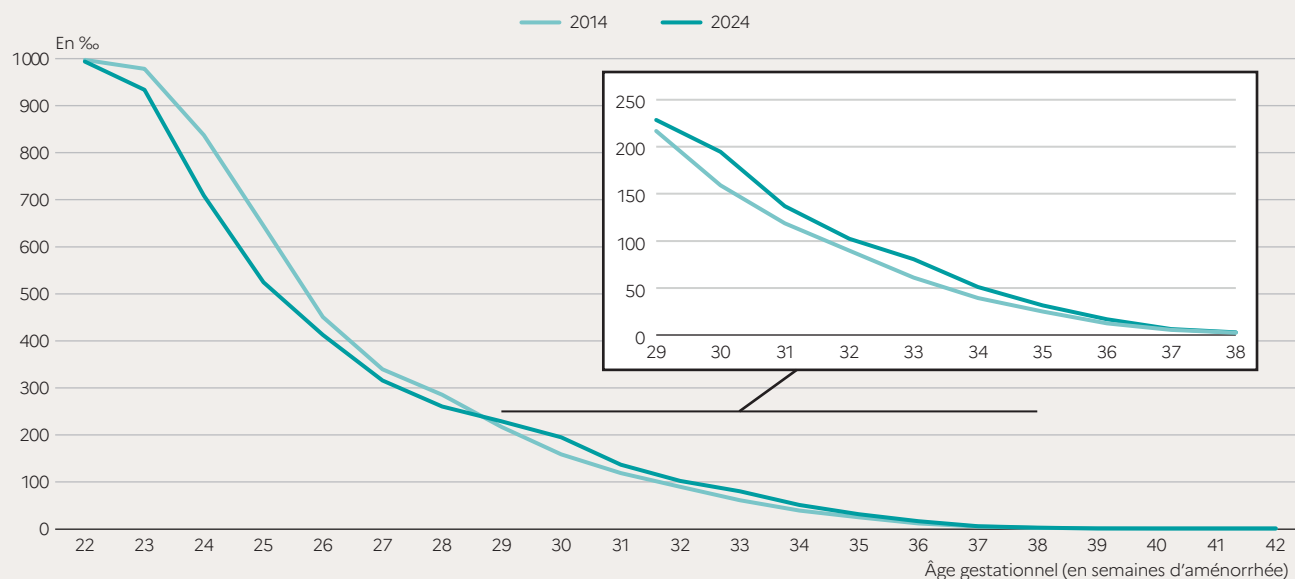
Notes > Le recul du seuil de l'âge gestationnel de 28 à 22 SA pour l'enregistrement des enfants mort-nés explique la forte augmentation du taux de mortalité périnatale entre 2001 et 2002. De 2008 à 2011, les chiffres ne sont pas disponibles du fait du changement de définitions pour l'enregistrement de la mortalité par l'état civil en France. Le PMSI est utilisé comme source à partir de 2012. Les années 2012 et 2013 sont les années de montée en charge de cette nouvelle source.

Lecture > En 2024, le taux de mortalité périnatale est de 10,8 pour 1 000 naissances en France métropolitaine, et de 17,6 dans l'ensemble des départements et régions d'outre-mer (DROM).

Champ > France.

Sources > Insee, statistiques d'état civil de 1990 à 2007 ; SNDS, base mère-enfant corrigée Inserm-Drees (calculs Drees) de 2014 à 2024.

> Études et Résultats n° 1378 © Drees

Graphique 2 Taux de mortalité périnatale selon l'âge gestationnel, en 2014 et 2024

Lecture > En 2024, le taux de mortalité périnatale est de 994 pour 1 000 naissances à 22 semaines d'aménorrhée (encadré 1).

Champ > France.

Sources > PMSI, base mère-enfant corrigée Inserm-Drees (calculs drees), de 2014 à 2024.

> Études et Résultats n° 1378 © Drees

mort-nés et parmi les décès néonataux précoces. Elle nécessite des analyses complémentaires pour en comprendre les causes.

L'augmentation de la part des naissances aux âges gestationnels extrêmes accroît la mortalité périnatale, qui serait de 10,7 % au lieu de 11,2 % en appliquant les taux de mortalité périnatale par âge gestationnel observés en 2024 à des enfants répartis selon les mêmes âges gestationnels qu'en 2014. L'effet de cette augmentation de la part des naissances aux âges extrêmes est ainsi estimé à +0,5 point de taux de mortalité périnatale entre 2014 et 2024.

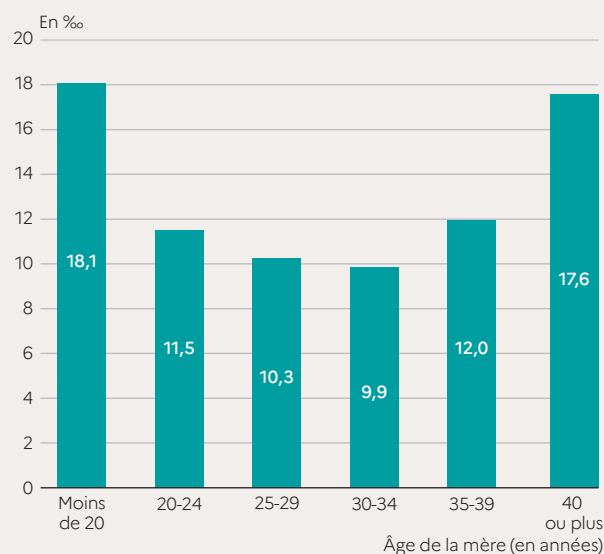
Une mortalité périnatale 3,8 fois plus élevée pour les grossesses multiples

Les grossesses multiples sont souvent source d'accouchements prématurés et de complications spécifiques. Ainsi, la mortalité périnatale touche-t-elle 36,7 naissances pour 1 000 naissances multiples, et 9,7 pour 1 000 naissances uniques, soit un risque 3,8 fois plus important quand il ne s'agit pas d'une naissance unique (par exemple des jumeaux ou triplés).

En 2024, 11,0 % des décès périnataux sont issus d'une grossesse multiple, alors que les naissances multiples représentent 3,1 % des naissances, contre 3,5 % en 2014. L'effet de cette diminution est estimé à -0,1 point de mortalité périnatale entre 2014 et 2024.

Un risque plus élevé chez les mères de moins de 20 ans et à partir de 40 ans

Le taux de mortalité périnatale est près de deux fois plus élevé lorsque la mère a moins de 20 ans (18,1 %) ou 40 ans ou plus (17,6 %) que lorsqu'elle a entre 30 et 34 ans (9,9 %) [graphique 3]. Chez les mères les plus âgées, les complications de la grossesse sont plus fréquentes, avec des pathologies préexistantes plus fréquentes, un risque plus élevé d'anomalies fœtales et davantage de grossesses multiples. Chez les femmes de moins de 20 ans, les conditions socio-économiques plus précaires ou un moins bon suivi de la grossesse peuvent expliquer le surrisque

Graphique 3 Taux de mortalité périnatale selon l'âge de la mère, en 2024

Lecture > En 2024, le taux de mortalité périnatale est de 18,1 pour 1 000 naissances chez les mères de moins de 20 ans.

Champ > France.

Sources > SNDS, base mère-enfant corrigée Inserm-Drees (calculs Drees).

> Études et Résultats n° 1378 © Drees

observé (Sheidegger et Vilain, 2007). Si la part des naissances diminue chez les femmes de moins de 20 ans entre 2014 et 2024 (respectivement 2,4 % et 1,8 % des naissances), elle augmente pour les femmes de 40 ans et plus, de 4,2 % à 5,6 %. Si la structure d'âge des femmes ayant accouché en 2024 était restée la même qu'en 2014, le taux de mortalité périnatale pour 2024 aurait été de 11,1 % au lieu de 11,2 %. L'effet de l'augmentation de l'âge des mères sur la mortalité périnatale entre 2014 et 2024 est intégralement contrebalancé par des naissances moins fréquentes parmi les femmes de moins de 20 ans.

Le sexe de l'enfant a aussi un effet sur la mortalité périnatale, avec une légère surmortalité masculine. En 2024, le taux de mortalité périnatale des garçons est de 11,4 pour 1 000, contre 10,9 pour les filles, soit 0,5 point de différence³.

Un écart de 2,5 points de mortalité périnatale entre les communes les plus et les moins favorisées

La hausse de la mortalité périnatale et infantile observée récemment en France pourrait découler au moins en partie d'inégalités socio-économiques : en France métropolitaine, le taux de mortalité périnatale est de 12,0 ‰ dans les communes qui rassemblent le cinquième de la population la plus défavorisée, contre 9,5 ‰ dans les communes rassemblant les populations les moins défavorisées (*encadré 2*).

Cet écart s'est accentué, passant de 1,9 en 2014 à 2,5 en 2024, alors que la fécondité a diminué plus fortement pour les femmes les plus aisées (Insee, 2022). Comme pour d'autres indicateurs de santé, les inégalités socio-économiques seraient plus importantes si elles étaient mesurées au niveau individuel plutôt qu'au niveau de la commune de résidence (Le Mer, 2026). Seul un système d'observation périnatal exhaustif, intégrant de façon systématique les caractéristiques socio-économiques des mères, en cours de constitution, permettra d'en préciser l'ampleur (*encadré 4*).

Un taux de mortalité périnatale 2,3 fois plus élevé en Guadeloupe qu'en Auvergne-Rhône-Alpes

Au niveau géographique, la mortalité périnatale varie dans un rapport de 1 à 2,3 entre les différentes régions, de 9,3 ‰ en Auvergne-Rhône-Alpes, à 21,0 ‰ en Guadeloupe⁴. Les taux les plus élevés s'observent dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), avec un taux pour l'ensemble des DROM supérieur de 60 ‰ au taux moyen de la France métropolitaine (*graphique 4*). La Réunion se distingue cependant des autres DROM par une

mortalité périnatale bien plus faible, avec un taux de 12,6 ‰ en 2024, tandis que l'Île-de-France présente le taux le plus élevé pour la France métropolitaine, à 11,8 ‰. Les Pays de la Loire et l'Auvergne-Rhône-Alpes demeurent les régions où les taux sont les plus faibles depuis 10 ans, inférieurs à 10 ‰.

Dans les DROM comme en France métropolitaine, le taux de mortalité périnatale est trois fois plus élevé en cas de naissances multiples par rapport à une naissance unique (52,7 ‰ et 16,1 ‰ dans les DROM, versus 36,4 ‰ et 9,5 ‰ en France métropolitaine). Pour les mères de 40 ans et plus, la mortalité périnatale est deux fois plus élevée dans les DROM (33,4 ‰) qu'en France métropolitaine (16,7 ‰). Les mères de moins de 20 ans sont plus nombreuses dans les DROM qu'en France métropolitaine (7,5 ‰ versus 1,5 ‰), leur taux de mortalité périnatale est plus élevé que pour la moyenne des femmes (21,3 ‰ versus 17,2 ‰, soit +22,7 ‰), mais dans une moindre proportion qu'en France métropolitaine (+58,5 ‰).

82 % de la mortalité périnatale est due à la mortinatalité en 2024

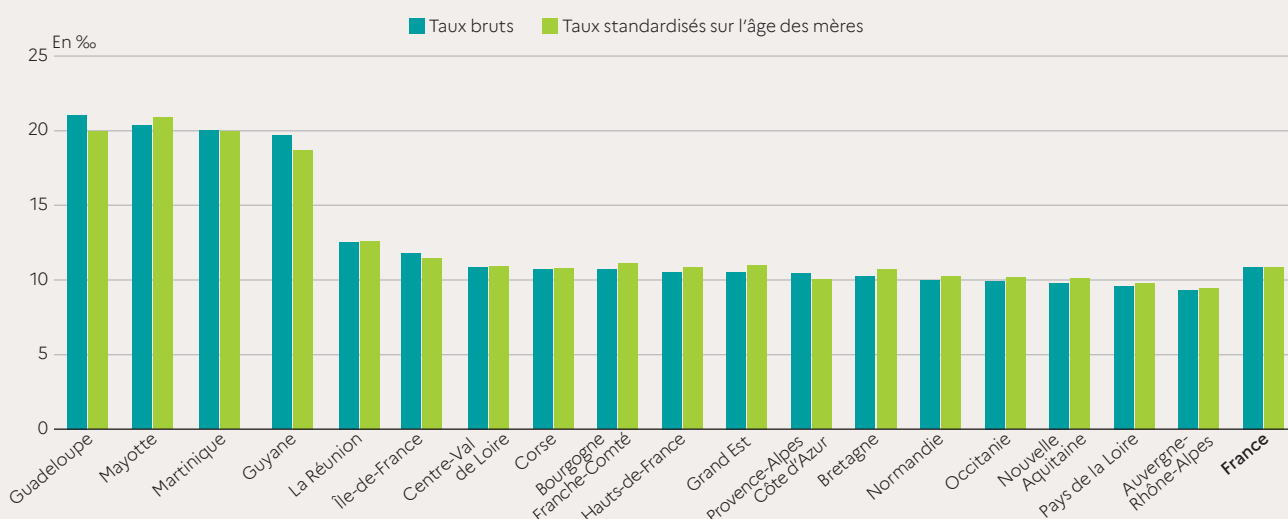
En 2024, la mortinatalité concerne 82 ‰ des cas de mortalité périnatale. Le taux de mortinatalité, stable depuis 2014, augmente en 2024 pour atteindre 9,2 ‰ (+0,4 point par rapport à 2023) (*graphique 5*).

Dans les DROM, en 2024, la mortinatalité est de 14,1 ‰, contre 8,9 ‰ en France métropolitaine. La mortinatalité est composée des interruptions médicales de grossesse (IMG) et des morts fœtales spontanées (MFS).

39 % des enfants mort-nés sont issus d'une interruption médicale de grossesse en 2024

L'IMG est possible en France après délivrance par un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) d'une attestation l'autorisant en raison d'une anomalie fœtale grave et incurable

Graphique 4 Taux de mortalité périnatale selon la région de résidence (moyenne 2022-2024)



Notes > Les données sont standardisées en appliquant aux naissances de chaque région la même structure d'âge des mères que celle de la France, avant de leur appliquer les taux de mortalité périnatale régionaux par âge, pour recalculer le taux moyen régional.

Les données sont lissées sur 3 ans du fait des faibles effectifs de certaines régions pouvant entraîner de fortes variations annuelles.

Lecture > La moyenne des taux annuels de mortalité périnatale sur la période 2022-2024 est de 21,0 pour 1 000 en Guadeloupe (moyenne sur 3 ans).

Champ > France.

Sources > SNDS, base mère-enfant corrigée Inserm-Drees (calculs Drees).

> Études et Résultats n° 1378 © Drees

3. Le sexe de l'enfant mort-né a été estimé lorsqu'il est inconnu car il n'y a pas de séjour d'enfant dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), ce qui correspond à 6 ‰ de données manquantes parmi les mort-nés, soit 0,1 ‰ de l'ensemble des naissances.

4. Taux régionaux lissés sur 3 ans du fait des faibles effectifs de certaines régions, pouvant provoquer de fortes variations d'une année à l'autre.

ou de risques particuliers chez la mère. Les IMG peuvent être réalisées sans limite d'âge gestationnel, mais seules celles donnant lieu à un accouchement à partir de 22 SA sont prises en compte dans cette étude. En 2024, 2 370 IMG à partir de 22 SA ont été enregistrées, soit 39 % de la mortinatalité et 3,6 ‰ du total des naissances. Un tiers de ces IMG ont été réalisées avant 25 SA, et la moitié avant 30 SA. Le taux de mortinatalité par IMG est resté stable sur la période 2014-2024. La pratique des IMG est beaucoup moins fréquente dans les DROM avec, en 2024, 2,5 IMG pour 1 000 naissances, contre 3,6 ‰ en France métropolitaine. L'écart s'est accentué en 10 ans : en 2014, il y avait 3,3 IMG pour 1 000 naissances dans les DROM, et 3,7 ‰ en France métropolitaine (**graphique 5**).

Cette stabilité masque cependant une modification des pratiques observées sur l'ensemble des IMG. Les données de l'Agence de biomédecine (ABM) montrent une augmentation des demandes d'avis au CPDPN pour anomalie fœtale grave sans demande d'attestation pour effectuer une IMG (non-recours à l'IMG) : de 1 189 en 2014 à 2 143 en 2023 (**tableau 1**). L'évolution spontanée de ces grossesses conduit à une fausse couche ou une mortinatalité fœtale spontanée (MFS) dans 19 % des cas, ou à la naissance d'un enfant vivant avec un risque élevé de décès en période néonatale ou au-delà dans 13 % des cas. L'absence de précision sur l'âge gestationnel au moment de la décision de non-recours d'une part, et de la mort fœtale (avant 22 SA ou non) d'autre part, ne permettent pas de mesurer l'effet exact de cette évolution sur la mortinatalité et la mortalité périnatale. En 2023, la contribution des non-recours à l'IMG sur la mortalité périnatale porte sur 237 décès néonataux précoces et au plus sur 398 MFS. Si une IMG avant 22 SA avait été réalisée, ces décès n'auraient pas été comptabilisés dans la mortalité périnatale. Au total, si l'effet de ces non-recours à l'IMG peut être difficile à chiffrer pour la mortalité périnatale (moins d'IMG mais plus de MFS et de décès néonataux précoces), il est plus évident sur la mortalité néonatale, qui

ne prend en compte que les décès d'enfants nés vivants à partir de 22 SA.

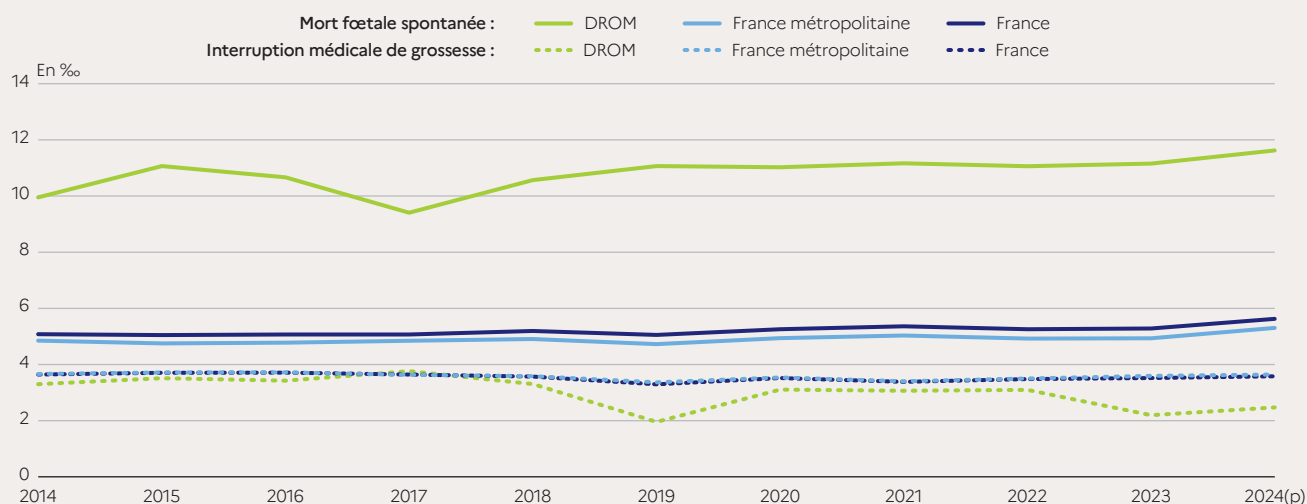
Les MFS représentent 61 % de la mortinatalité et la moitié de la mortalité périnatale. La part des MFS augmente légèrement entre 2014 et 2024 (58 % en 2014). La mort fœtale spontanée peut survenir au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement. Ces décès *per partum* (après le début du travail) concernent 5,6 % des MFS en 2024. Les non-recours à l'IMG peuvent évoluer vers une MFS dans 19 % des cas, et l'augmentation de ces non-recours peut expliquer en partie l'augmentation des MFS.

18 % de la mortalité périnatale est due à la mortalité néonatale précoce

En 2024, pour 1 000 enfants nés vivants, 2 sont décédés dans leur première semaine de vie (mortalité néonatale précoce), soit 1 304 d'après les données du PMSI (**graphique 6, tableau complémentaire B**). Leur nombre a baissé de 4,5 % depuis 2014, beaucoup moins que le nombre de naissances, ce qui explique que le taux augmente. Le risque de décès néonatal est le plus élevé à la naissance et décroît très vite dès les premiers jours de vie : en 2024, 46 % de la mortalité néonatale précoce a lieu le premier jour de vie, et 16 % le jour suivant⁵. La part de décès du premier jour a baissé depuis 2014, où elle était de 54 % (**tableau complémentaire C**).

L'augmentation de la part des naissances vivantes aux âges gestationnels très faibles a entraîné une augmentation des taux de mortalité néonatale précoce. En 2024, la part des naissances vivantes avant 25 SA représente 0,13 % des naissances vivantes, contre 0,08 % en 2014. Ces extrêmes prématurés ont un taux de survie qui s'améliore, mais reste faible. En calculant les décès néonataux précoces théoriques obtenus sans changement des âges gestationnels parmi les nés vivants, l'effet de ce changement est estimé à +0,3 point de la mortalité néonatale précoce, dû uniquement à l'augmentation de la part des enfants nés vivants à moins de 25 SA. Si l'amélioration de la prise en charge des extrêmes prématurés a un effet d'augmentation

Graphique 5 Évolution du taux de mortinatalité de 2014 à 2024



p : données provisoires.

Note > Les chiffres issus de la base mère-enfants corrigée concernant la répartition entre décès néonataux précoces et enfants sans vie ont été corrigés de façon provisoire pour 2024, en attendant la mise à disposition des données du CépiDc 2024 dans le SNDS.

Lecture > En 2024, le taux de mortinatalité en France est de 5,6 ‰ par mort fœtale spontanée, et de 3,6 ‰ par interruption médicale de grossesse.

Champ > France.

Sources > SNDS, base mère-enfant corrigée Inserm-Drees (calculs Drees).

> Études et Résultats n° 1378 © Drees

5. Étant donné que l'heure des naissances et des décès n'est pas précisée, il s'agit de l'âge calculé en différence de date (date de sortie en mode « décès » - date d'entrée en mode « naissance ») et non des premières 24 heures de vie pour le premier jour. Le premier jour de vie, jour de la naissance, est dénommé J0.

Tableau 1 Évolution du nombre et du devenir des grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale grave qui auraient pu conduire à autoriser une interruption médicale de grossesse, de 2014 à 2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre d'attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal en vue de la réalisation d'une IMG	7 104	7 035	7 003	6 938	6 754	7 067	7 165	7 222	6 827	6 874
Nombre d'IMG réalisées	nd	nd	nd	nd	nd	6 848	6 925	7 035	6 607	6 687
IMG non réalisées	nd	nd	nd	nd	nd	106	153	120	124	160
Issues de grossesse inconnue	nd	nd	nd	nd	nd	113	88	67	96	27
Nombre d'attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif maternel	318	270	308	333	343	291	363	391	339	372
Nombre de grossesses poursuivies avec motif fœtal qui aurait pu faire délivrer une attestation autorisant une IMG	1 189	1 296	1 263	1 480	1 587	1 833	1 962	1 855	1 972	2 143
En part des grossesses vues au CPDPN (en %)	nd	nd	4,0	4,6	4,6	5,3	5,5	4,9	5,3	5,4
En part des naissances vivantes (en %)	0,15	0,16	0,16	0,19	0,21	0,24	0,26	0,25	0,27	0,32
Issues de grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation de particulière gravité en vue d'une IMG										
MFIU ou fausse couche	251	273	249	291	338	350	414	333	363	398
IVG ou IMG ¹			34	34	34	80	68	86	60	75
Enfants nés vivants et décédés avant le 28 ^e jour de vie	229	231	202	253	239	275	268	298	309	279
dont morts néonatales précoces	nd	nd	nd	nd	nd	217	208	237	235	237
Enfants vivants au 28 ^e jour de vie ²	641	703	684	779	873	1 014	1 065	926	1 050	1 139
Enfants nés vivants et devenir inconnu	68	89	94	123	103	114	147	212	190	252

nd : données non disponibles.

1. Information non recueillie avant 2016.

2. Enfant vivant au dernier suivi avant 2016.

IMG : interruption médicale de grossesse ; IVG : interruption volontaire de grossesse ; CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

MFIU : mort fœtale *in utero*.

Lecture > En 2023, 2 143 grossesses ont été poursuivies avec une pathologie fœtale grave qui aurait pu faire délivrer une attestation autorisant une IMG.

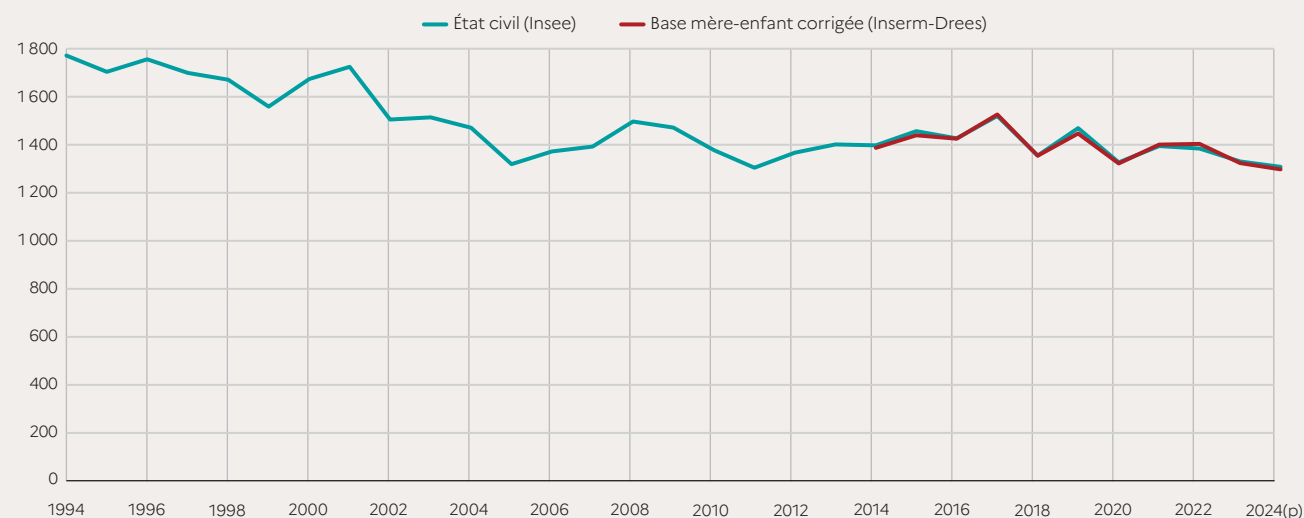
Parmi ces grossesses poursuivies, 1 670 ont donné lieu à une naissance vivante, dont 1 139 enfants vivants à leur 28^e jour.

Champ > France.

Sources > Agence de biomédecine (ABM), rapport médical et scientifique (tableaux CPDPN9 et CPDPN10) ; Insee pour les naissances vivantes.

> Études et Résultats n° 1378 © Drees

Graphique 6 Nombre de décès néonataux précoces, de 1994 à 2024



p : données provisoires.

Note > Les chiffres issus de la base mère-enfant corrigée concernant la répartition entre décès néonataux précoces et enfants sans vie ont été corrigés de façon provisoire pour 2024, en attendant la mise à disposition des données du CépiDc 2024 dans le SNDS.

Lecture > En 2024, le nombre de décès néonataux précoces estimé par le PMSI est de 1 304, contre 1 315 selon l'état civil.

Champ > France, naissances concernant les femmes résidant en France.

Sources > État civil, SNDS, base mère-enfant corrigée Inserm-Drees (calculs Drees).

> Études et Résultats n° 1378 © Drees

de la mortalité néonatale précoce, en revanche elle peut jouer à la baisse sur la mortalité.

La mortalité néonatale précoce est, en 2024, 1,7 fois plus élevée dans les DROM qu'en France métropolitaine, avec un taux de 3,3 ‰ contre 1,9 ‰, mais les répartitions selon l'âge au décès en jour sont identiques.

En 2019, la France se situait au 16^e rang européen pour la mortalité périnatale

L'OMS recommande pour les comparaisons internationales des taux de mortalité périnatale le seuil de 28 SA. Au niveau européen, Euro-Peristat⁶ utilise un indicateur de mortalité périnatale hors IMG et prend en compte les naissances à partir de 24 SA. En effet, la population est considérée comme une population assez homogène avec des pratiques de prise en charge des enfants comparables à partir de 24 semaines d'aménorrhée. En 2019, avec un taux de mortalité périnatale hors IMG et à partir de 24 SA de 5,4 ‰, la France se situait au 16^e rang européen sur 28 (Euro-Peristat, 2022⁷), parmi les pays aux taux les plus élevés, à un niveau proche de celui de l'Angleterre, de la Lituanie ou des Pays-Bas, et supérieur aux taux relevés en Suisse, Espagne, Italie ou dans les pays d'Europe du Nord. Ce taux de mortalité périnatale hors IMG à partir de 24 SA a augmenté depuis onze ans de façon un peu moins prononcée que la mortalité périnatale, de 5,2 ‰ en 2014 à 5,4 ‰ en 2019, et de 5,6 ‰ en 2023 à 5,7 ‰ en 2024.

Les comparaisons européennes interrogent sur les raisons permettant d'expliquer les résultats français. L'évolution de certains facteurs de risque (âge maternel plus élevé, surpoids et obésité, inégalités socio-économiques et territoriales) peut expliquer en partie l'augmentation de la mortalité périnatale en France, mais ne permet pas d'expliquer le classement de la

Encadré 4 Le système national d'observation obstétrical, périnatal et infantile (Snoopi)

Pour une vision plus complète des déterminants de la santé périnatale, la Drees développe depuis septembre 2025 un système national d'observation obstétrique, périnatal et infantile (Snoopi) en collaboration avec l'Inserm, Santé publique France et l'ensemble des acteurs de la santé périnatale. Il s'agit d'un système d'information unifié qui permettra d'observer les pratiques de soins et la santé des mères et des enfants au cours des trois premières années de vie, d'établir les causes de la morbidité et de la mortalité périnatale et infantile, et d'orienter les politiques de santé publique afin d'y remédier.

L'entrepôt de données « Snoopi », autorisé par la CNIL, rassemblera les données du système national des données de santé (SNDS) complétées par des données socio-démographiques issues des bulletins d'état civil et des fichiers démographiques sur les logements et les individus de l'Insee, par les données sur les causes médicales de décès du CépiDc, ainsi que par les données issues des certificats de santé des premiers âges de l'enfant.

Des indicateurs de santé périnatale longitudinaux et robustes, conformes aux standards internationaux, seront disponibles à partir de 2027. Ils seront déclinés à l'échelon local afin que les acteurs de la périnatalité dans les territoires puissent analyser leur situation propre et disposer de points de comparaison. Enfin, l'entrepôt de données « Snoopi » pourra héberger des analyses et études plus approfondies conduites par des chercheurs et des professionnels de la santé périnatale.

France parmi les autres pays européens dont les populations sont similaires. Le système national d'observation obstétrique, périnatal et infantile (Snoopi) [encadré 4] permettra des analyses plus complètes des causes en associant les données de santé et les données socio-économiques. ●



Télécharger les données

6. Le réseau Euro-Peristat développe depuis 1999 des indicateurs pour la surveillance et l'évaluation de la santé périnatale en Europe ; il est animé par l'équipe OPPaLE (Obstetric, Perinatal and Pediatric Lifecourse Epidemiology) du Centre de recherche en épidémiologie et statistique (Inserm, Inrae). Ses travaux constituent la référence dans le domaine pour les comparaisons internationales en Europe.

7. Depuis la parution du rapport, les taux français ont été revus légèrement à la hausse (3,9 ‰ pour la mortalité spontanée en France métropolitaine à partir de 24 SA, contre 3,8 ‰ dans le rapport publié en 2022).

Mots clés : Périnatalité Mortalité périnatale Mortinatalité Naissance Inégalités sociales de santé

Pour en savoir plus

- > Agence de la biomédecine (2023). Rapport médical et scientifique 2022.
- > Blanpain, N. (2025, avril). Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France. Insee, *Insee Première*, 2048.
- > Euro-Peristat (2022). European Perinatal Health Report, 2015-2019.
- > Sartorius, V., et al. (2025, septembre). Evaluation of area based socioeconomic inequalities and neonatal mortality rates in France: national population based study. *BMJ, Journals, Bmj Medicine*, 4:e000954.
- > Ined (2020, décembre). L'évolution démographique récente de la France : situations et comportements des mineurs. *Population*, 4.
- > Le Mer, H. (2026, février). Dépistage du cancer : les personnes modestes y recourent moins souvent. Drees, *Études et Résultats*, 1367.
- > Vilain, A., Fresson, J., Rey, S. (2021, juillet). Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019. Drees, *Études et Résultats*, 1199.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
drees-infos@sante.gouv.fr

> Contact presse
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargé d'édition : Alexandre Gadaud
Mise en pages : Julie Eneau et Marianne Poueyou
Conception graphique : Drees
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees - Tour Olivier de Serres - 78-84 rue Olivier de Serres - 75015 Paris ou en envoyant un courriel à : drees-rgpd@sante.gouv.fr.