

Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France

Insee Première • n° 2048 • Avril 2025



En 2024, 2 700 enfants de moins d'un an sont décédés en France, soit 4,1 décès pour 1 000 enfants nés vivants. Depuis 2011, le taux de mortalité infantile a légèrement augmenté, passant de 3,5 ‰ à 4,1 ‰ en 2024. Cette hausse s'explique uniquement par celle de la mortalité de 1 à 27 jours de vie, qui est passée de 1,5 ‰ à 2,0 ‰. Depuis 2015, le taux de mortalité infantile en France est supérieur à la moyenne de l'Union européenne.

Les garçons risquent 1,2 fois plus que les filles de mourir avant l'âge d'un an et les enfants issus d'un accouchement multiple (comme des jumeaux ou triplés) 5 fois plus que les autres enfants. Les mères résidant dans les DOM, ainsi que celles nées en Afrique (hors Maghreb), ont deux fois plus de risque de perdre leur bébé que les autres mères. Le risque est aussi plus élevé pour les mères très jeunes ou très âgées, les employées, les ouvrières, les inactives. En revanche, le taux de mortalité infantile est plus faible pour les mères âgées de 26 ans à 37 ans.

De 2010-2014 à 2015-2022, le taux de mortalité infantile est resté stable ou a légèrement augmenté, quelles que soient les caractéristiques des enfants, sauf pour ceux issus d'un accouchement multiple, pour lesquels il a nettement augmenté.

En 2024, le **taux de mortalité infantile**, qui rapporte le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an au nombre d'enfants nés vivants, est de 4,1 pour 1 000 en France, soit 2 700 enfants ► **figure 1**. Cela signifie qu'un enfant sur 250 meurt avant son premier anniversaire. Un quart de ces décès ont lieu le jour de la naissance, la moitié entre 1 et 27 jours de vie, un quart dans la période **post-néonatale**, qui survient de 28 jours à moins d'un an.

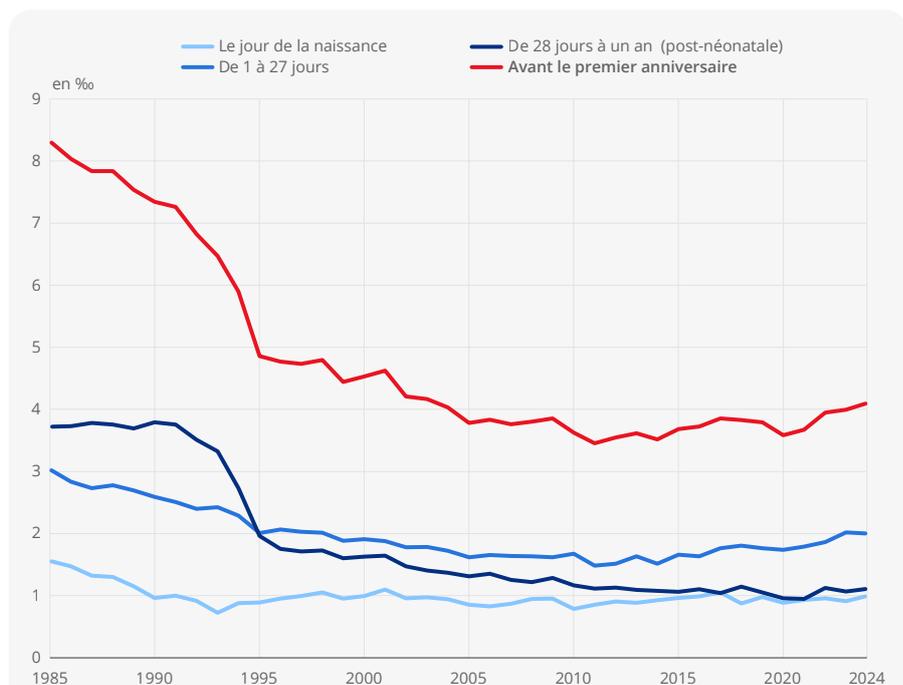
De 1993 à 1995, le taux de mortalité infantile a fortement baissé, de -25 % en deux ans, principalement grâce à la diminution de la mortalité post-néonatale (entre 28 jours et un an) de -41 % en deux ans. Ceci fait suite à des campagnes de prévention visant à diminuer la mort subite du nourrisson (couchage sur le dos, sans objet mou dans le lit, etc.) [Bloch et al., 2011]. De 1995 à 2011, la baisse de la mortalité infantile s'est poursuivie, mais à un rythme moins soutenu.

Depuis 2011, le taux de mortalité infantile a légèrement augmenté, passant de 3,5 ‰ à 4,1 ‰ en 2024. Sur cette période, la mortalité le jour de la naissance ainsi que la mortalité post-néonatale sont restées quasi stables. Seule la mortalité de 1 à 27 jours a augmenté, passant de 1,5 ‰ à 2,0 ‰.

Le taux de mortalité infantile en France est supérieur à la moyenne de l'Union européenne depuis 2015.

En effet, contrairement à la France, le taux de mortalité infantile continue de diminuer en Europe, bien qu'à un

► 1. Taux de mortalité infantile et décomposition selon l'âge depuis 1985



Note : Données provisoires en 2024.

Lecture : En 2024, le taux de mortalité infantile est de 4,1 ‰.

Champ : Naissances vivantes en France métropolitaine jusqu'en 1997, France hors Mayotte de 1998 à 2013, France depuis 2014.

Source : Insee, statistiques et estimations d'état civil.

rythme faible [Papon, 2023]. En 2023, il atteint 3,3 ‰ en moyenne dans l'Union européenne, contre 4,0 ‰ en France. Les comparaisons entre pays sont cependant à considérer avec précaution : les pratiques de déclaration (enfants mort-nés, ou bien enfants nés vivants et décédés peu après leur naissance) peuvent varier selon les contextes ou les réglementations [Euro-Peristat, 2022].

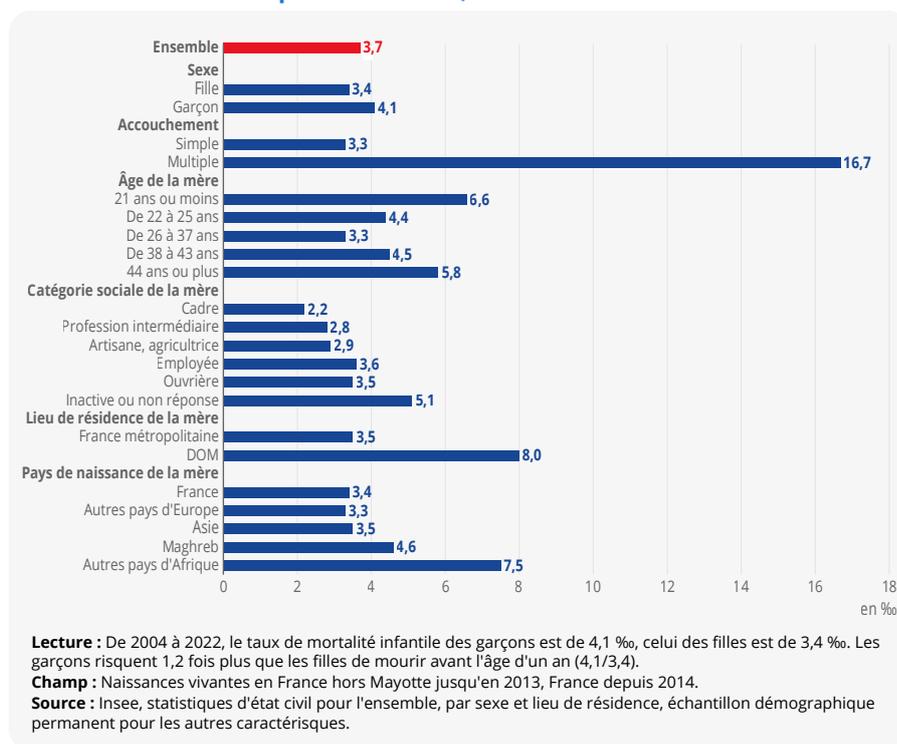
Légère baisse du taux d'enfants mort-nés depuis 2012

Les progrès de la médecine, en permettant à des enfants qui seraient autrefois mort-nés, et donc non comptabilisés dans les naissances vivantes, de survivre pendant quelques heures ou jours après la naissance, ont pu avoir un léger impact sur la hausse de la mortalité infantile depuis 2011. En effet, le **taux de mortalité** spontanée, qui rapporte le nombre d'enfants mort-nés (hors interruption médicale de grossesse) au nombre total de naissances (vivantes ou non), a baissé légèrement de 2012 à 2023 (-0,2 point pour 1 000 ► encadré). De même, le nombre d'interruptions médicales de grossesse a légèrement baissé (-0,2 point pour 1 000), ce qui a pu entraîner une hausse du nombre de décès dans les premiers jours de vie.

Les garçons et les jumeaux risquent davantage de mourir avant un an

Les garçons risquent davantage de mourir avant l'âge d'un an que les filles : en moyenne sur la période 2004-2022,

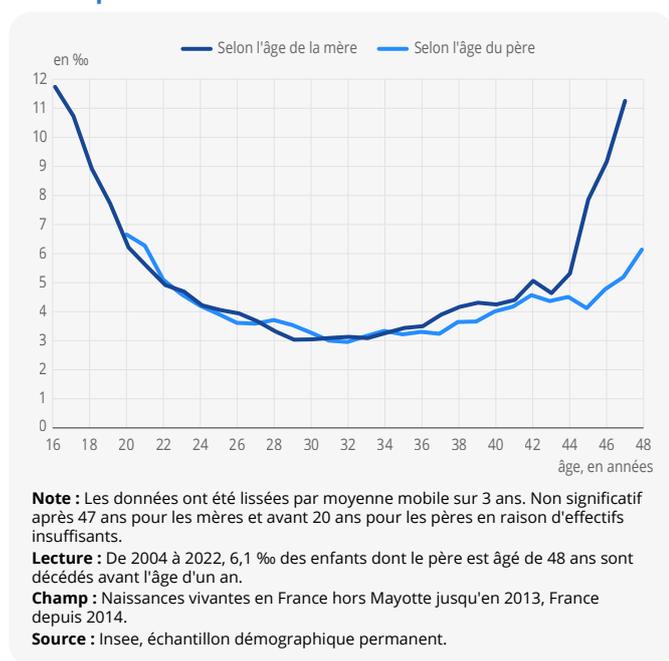
► 2. Taux de mortalité infantile selon le sexe, le type d'accouchement et les caractéristiques de la mère, de 2004 à 2022



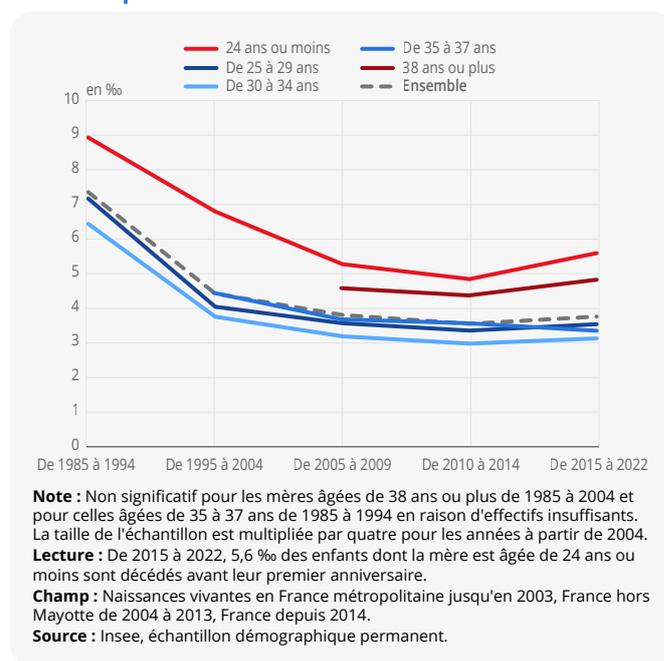
4,1 ‰ sont décédés avant cet âge, contre 3,4 ‰ des filles, soit une surmortalité masculine est plus faible le jour de la naissance (+12 % par rapport aux filles), mais plus élevée de 1 à 27 jours (+31 %). Les garçons présentent un risque plus élevé de complications à la naissance. Leur système immunitaire est moins robuste, ce qui les rend plus vulnérables aux infections. Enfin, ils sont davantage touchés par les maladies génétiques [Dattani, Rodés-Guirao, 2023].

Le risque de mourir avant un an est cinq fois plus élevé pour les enfants issus d'un accouchement multiple que pour ceux d'un accouchement simple : 16,7 ‰ contre 3,3 ‰. La mortalité des jumeaux ou triplés est plus marquée les premiers jours de vie : elle est cinq fois plus élevée le jour de la naissance, six fois plus élevée de 1 à 27 jours, et « seulement » trois fois plus de 28 jours à un an. Ils sont davantage concernés par la prématurité qui est un facteur de risque supplémentaire : 51 ‰, contre 5 ‰ pour les autres enfants [Drees, 2025].

► 3. Taux de mortalité infantile selon l'âge de la mère et du père en 2004-2022



► 4. Taux de mortalité infantile selon l'âge de la mère et la période



Les mères très jeunes ou très âgées ont plus de risque de perdre leur enfant avant son premier anniversaire

Sur la période 2004-2022, en moyenne, le taux de mortalité infantile est inférieur à 4 ‰ pour les mères âgées de 26 à 37 ans, et inférieur à 5 ‰ pour celles âgées de 22 à 43 ans ► **figure 3**. Il est supérieur à 5 ‰ pour les mères très jeunes (21 ans ou moins) ou très âgées (44 ans ou plus). Le maximum est atteint à 16 ans, avec un taux de 11,7 ‰, puis à 47 ans, avec un taux de 11,3 ‰, soit trois fois plus que la moyenne.

À caractéristiques égales (sexe de l'enfant, âge du père, catégorie sociale, lieu de naissance et de résidence de la mère), le risque de perdre son bébé avant son premier anniversaire demeure plus élevé pour les mères très jeunes ou très âgées. Chez les plus jeunes, un moins bon suivi de grossesses peut contribuer à augmenter ce risque. Quant aux mères plus âgées, elles sont plus souvent confrontées à des pathologies préexistantes ou des complications au cours de la grossesse, ainsi qu'à des grossesses multiples ou des anomalies congénitales [Vilain et al., 2021].

Comme pour les mères, le risque de perdre son bébé augmente pour les pères très jeunes ou très âgés. Toutefois, à caractéristiques égales, notamment à âge de la mère donné, le risque de perdre son bébé ne varie quasi pas avec l'âge du père.

Le taux de mortalité infantile est plus élevé pour les enfants d'employées, d'ouvrières et de femmes inactives

De 2004 à 2022, parmi les mères actives, le taux de mortalité infantile varie en moyenne de 2,2 ‰ pour les cadres, à 3,5 ‰ pour les ouvrières et 3,6 ‰ pour les employées ► **figure 2**. Ce taux est plus élevé pour les inactives ou celles dont la catégorie sociale est inconnue, avec 5,1 ‰. Tout d'abord, les mères inactives, employées ou ouvrières sont en moyenne en moins bonne santé que les cadres, ce qui peut jouer sur la santé de leur enfant : sur la période 2020-2022, à 35 ans, les femmes cadres ont une espérance de vie supérieure de 2 ans à celle des employées, de 3 ans à celle des ouvrières et de 7 ans à celle des inactives. D'autres facteurs de risque pour la santé de l'enfant à la naissance sont plus fréquents dans les milieux les plus modestes [Gaini et al., 2020]. Par exemple, certaines conditions de travail sont plus défavorables et

la consommation de tabac est plus élevée : en 2016, 10 % des ouvrières et 7 % des inactives déclarent avoir fumé 10 cigarettes par jour ou plus au troisième trimestre de grossesse, contre 0,5 % des cadres. De plus, les recours aux soins, notamment préventifs, sont moins fréquents et conduisent à un taux d'hospitalisation prénatale plus élevé pour les mères de milieu modeste.

La mortalité infantile est deux fois plus élevée en Outre-Mer qu'en France métropolitaine

De 2004 à 2022, le taux de mortalité infantile est deux fois plus élevé dans les DOM (8,0 ‰), qu'en France métropolitaine (3,5 ‰). La Guyane est le département avec le plus fort taux (9,7 ‰), suivi par Mayotte (9,2 ‰), la Martinique (8,0 ‰), la Guadeloupe (7,8 ‰) et La Réunion (6,9 ‰). En France métropolitaine, tous les départements ont un taux de mortalité infantile inférieur ou égal à 5 ‰, et toutes les régions un taux inférieur à 4 ‰.

À caractéristiques égales (sexe de l'enfant, âge de la mère et du père, catégorie sociale et lieu de naissance de la mère), la surmortalité infantile dans les DOM demeure. La pauvreté y est plus répandue, ce qui peut influencer la santé de l'enfant. Par ailleurs, les femmes y connaissent davantage de problèmes de santé : par exemple, en 2021, entre 22 % et 25 % des femmes étaient confrontées à l'obésité avant leur grossesse, contre 14 % en France métropolitaine. De plus, la part des enfants avec un poids à la naissance inférieur à 2 500 g était globalement plus élevée (entre 10,5 % et 12,4 %, contre 7,1 % en France métropolitaine). Enfin, un enfant sur trois dormait dans le lit de ses parents à l'âge de deux mois, contre un enfant sur dix en France métropolitaine, ce qui n'est pas recommandé par la Haute Autorité de Santé [Santé publique France, 2023].

Les mères nées en Afrique ont plus de risque de perdre leur enfant

De 2004 à 2022, le taux de mortalité infantile est proche de 3,4 ‰ pour les mères nées en France, dans un autre pays d'Europe ou en Asie. En revanche, il est plus élevé pour les mères nées au Maghreb (4,6 ‰) ou dans un autre pays d'Afrique (7,5 ‰, soit deux fois plus que la moyenne). À caractéristiques égales, la mortalité infantile reste plus forte pour les mères nées au Maghreb ou dans un autre pays d'Afrique. Ces mères sont davantage touchées par la précarité et connaissent plus souvent

des problèmes de santé. Le suivi médical pendant la grossesse est moins régulier : les femmes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ont un taux de « suivi inadéquat » (par exemple un suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée) élevé, atteignant 35 % contre 17 % pour celles nées en France [Sauvegrain et al., 2017].

La hausse du taux de mortalité infantile concerne plus particulièrement les enfants issus d'un accouchement multiple

De 2010-2014 à 2015-2022, le taux de mortalité infantile a légèrement augmenté, de 3,6 ‰ à 3,8 ‰ ► **figure 4**. Il est resté stable ou a légèrement augmenté quelles que soient les caractéristiques des enfants, sauf pour ceux issus d'un accouchement multiple, où il a nettement augmenté de 16,4 ‰ à 18,7 ‰, soit +2,3 points. Il a légèrement augmenté pour les enfants ayant une mère âgée de 24 ans ou moins (+0,8 point pour 1 000), de 38 ans ou plus (+0,4 point), employée ou ouvrière (+0,4 point), inactive (+0,5 point), ou née à l'étranger (+0,8 point).

En outre, la part de nouveau-nés ayant une mère née à l'étranger a augmenté (de 19,5 % à 23,6 % de 2010-2014 à 2015-2022), ce qui a affecté à la hausse le taux de mortalité infantile, de 0,1 point sur 1 000. Autrement dit, si la structure par lieu de naissance de la mère de 2015-2022 était restée identique à celle de 2010-2014, le taux de mortalité infantile serait moins élevé de 0,1 point. En revanche, l'évolution de la structure de la population par âge de la mère et par type d'accouchement n'a pas eu d'impact sur l'évolution du taux de mortalité infantile. La part de nouveau-nés ayant une mère âgée de 38 ans ou plus a un peu augmenté, de 9,8 % à 11,4 %, mais, dans le même temps, la part de ceux ayant une mère jeune, âgée de 24 ans ou moins, a diminué, de 14,5 % à 12,0 %. La part d'enfants issus d'un accouchement multiple est restée quasi stable (de 3,4 % à 3,3 %).

L'Insee remercie Jeanne Fresson et Annick Vilain de la Drees pour la rédaction de l'encadré et les échanges tout au long de l'élaboration de cette étude. ●

Nathalie Blanpain (Insee)



Retrouvez davantage de données associées à cette publication sur [insee.fr](#)

► Encadré – L'évolution du taux de mortalité depuis 1985

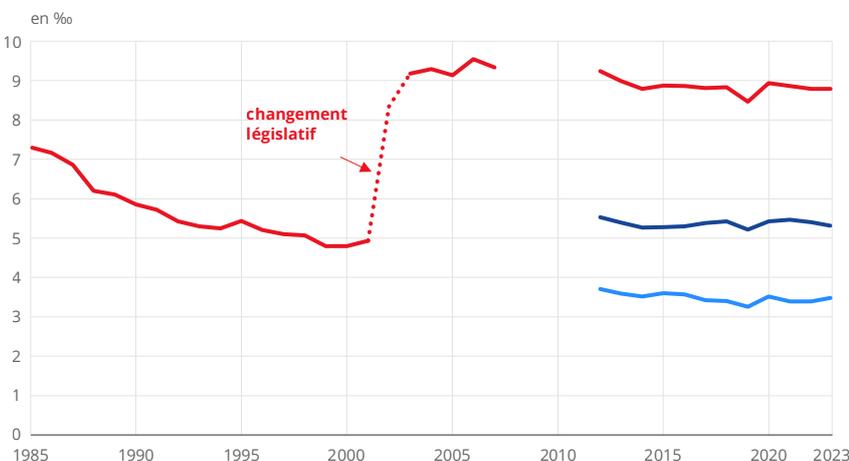
De 1985 à 2001, le taux de mortalité, qui rapporte le nombre d'enfants mort-nés au nombre total de naissances (vivantes ou non) a nettement baissé, de 7,3 ‰ à 4,9 ‰ ► [figure \[Drees, 2025\]](#). En 2001, un changement législatif explique la brusque hausse du taux de mortalité. Jusqu'à cette date, le seuil retenu pour l'enregistrement à l'état civil d'un enfant né sans vie (ou mort-né) était un délai de gestation d'au moins 180 jours, soit 28 semaines d'aménorrhée (SA). Une circulaire de 2001 indique qu'un bulletin d'enfant sans vie devait être établi dès 22 SA, ou si l'enfant avait atteint un poids de naissance d'au moins 500 g.

De 2003 à 2007, le taux de mortalité est resté proche de 9,2 ‰. En 2008, un décret a autorisé l'enregistrement des enfants nés sans vie à l'état civil sans limite relative à l'âge gestationnel ou au poids de naissance. De 2008 à 2011, l'estimation du nombre d'enfants mort-nés n'est pas possible, en raison du changement de la loi et des comportements de déclaration à l'état civil. À partir de 2012, les données hospitalières du [Programme de médicalisation des systèmes d'information \(PMSI\)](#) sont devenues la source de référence des données sur la mortalité. La production d'un résumé de séjour est devenue obligatoire pour toutes les naissances (vivantes ou non), à partir de 22 SA ou un poids de 500 g, ce qui permet les comparaisons internationales.

De 2012 à 2023, le taux de mortalité a baissé de 9,2 ‰ à 8,8 ‰, avec 5 950 cas en 2023. Le PMSI permet de différencier la mortalité spontanée et la mortalité due aux interruptions médicales de grossesse.

Taux de mortalité et sa décomposition par année

— Ensemble — Taux de mortalité spontanée — Taux d'interruption médicale de grossesse



Note : En 2001, une circulaire indique que les enfants morts-nés d'un poids d'au moins 500 g ou nés dès 22 semaines d'aménorrhées (SA) doivent être déclarés (contre 28 SA auparavant). De 2008 à 2011, l'estimation du nombre d'enfants mort-nés n'est pas possible, en raison d'un changement de la loi et des comportements de déclaration à l'état civil.

Lecture : En 2023, le taux de mortalité est de 8,8 ‰.

Champ : France métropolitaine jusqu'en 1993, France hors Mayotte de 1994 à 2011, France depuis 2012.

Sources : Insee, état civil jusqu'en 2008 ; Drees, PMSI-MCO depuis 2012.

► Définitions

Le **taux de mortalité infantile** d'une année donnée est le rapport entre le nombre d'enfants décédés dans leur première année et l'ensemble des enfants nés vivants de cette même année.

Le **taux de mortalité post-néonatale** d'une année donnée est le rapport entre le nombre d'enfants décédés entre 28 jours et moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants de cette même année.

Le **taux de mortalité** est le rapport entre le nombre d'enfants nés sans vie (à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou avec un poids d'au moins 500 g) et l'ensemble des enfants nés vivants ou sans vie. La mortalité comprend tous les enfants sans vie (par mort fœtale spontanée ou interruption médicale de grossesse).

L'**aménorrhée** est l'absence de menstruations chez une femme en âge d'être réglée.

► Sources

Cette étude s'appuie sur les [statistiques d'état civil](#) (naissances et décès) produites par l'Insee à partir des bulletins transmis par les mairies. Ils n'incluent ni les causes de décès, ni les informations médicales sur la grossesse.

L'[échantillon démographique permanent \(EDP\)](#) contient des informations issues de l'état civil pour 1 ‰ de la population jusqu'en 2003 et 4 ‰ à partir de 2004. Il permet de suivre la mortalité d'un échantillon d'individus au fil du temps en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et de celles de leurs parents. Les taux de mortalité infantile calculés à partir de l'EDP ont été calés sur ceux de l'état civil. La pondération a été obtenue par règle de proportionnalité par période décennale jusqu'en 2003 et annuelle à partir de 2004.

► Pour en savoir plus

- [Drees, Indicateurs de santé périnatale](#), février 2025.
- [Dattani S., Rodés-Guirao L., "Why do women live longer than men?", novembre 2023.](#)
- [Papon S., « Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne », Insee Focus n° 301, juin 2023.](#)
- [Santé publique France, Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DOM, juin 2023.](#)
- [Euro-Peristat, "European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019", novembre 2022.](#)
- [Vilain A., Fresson J., Rey S., « Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019 », Études et Résultats n° 1199, Drees, juillet 2021.](#)
- [Gaini M., Guignon N., Legleye S., Moisy M., Spiika S., Vilain A., « Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance », in France, Portrait social, coll. « Insee Références » édition 2020.](#)
- [Sauvegrain P., Stewart Z., Gonthier C., Saurel-Cubizolles M.-J., Saucedo M., Deneux-Tharoux C., Azria É., « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées », Santé publique France, BEH n° 19-20, septembre 2017.](#)
- [Niel X., « Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent », Documents de travail n° F1106, Insee, juin 2011.](#)
- [Bloch J., Denis P., Jezewski Serra D., « Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009 », Santé publique France, mars 2011.](#)

Direction générale :
88, avenue Verdier
92541 Montrouge Cedex

Rédaction en chef :
H. Michaudon
S. Papon

Maquette :
Luminess

Code Sage : IP252048
ISSN 0997-6252
© Insee 2025
Reproduction partielle
autorisée sous réserve de
la mention de la source et
de l'auteur

Directeur de la
publication :
Jean-Luc Tavernier

Rédaction :
A. Gadaud

✉@InseeFr
www.insee.fr

