



# Bulletin

## Santé périnatale et petite enfance

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

# Surveillance de la santé périnatale

## Édito

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

En Bourgogne-Franche-Comté, la situation périnatale est marquée par une baisse de la natalité (phénomène non spécifique à la région, mais particulièrement marqué), une hausse du diabète gestationnel et des défis liés à la santé mentale des femmes en période périnatale. La région se singularise par des taux relativement élevés de comportements à risque, comme le tabagisme pendant la grossesse. Cependant, la région se distingue positivement par une bonne mise en œuvre des entretiens prénatal et postnatal, offrant ainsi un levier pour améliorer l'accompagnement des parents et renforcer les actions de prévention.

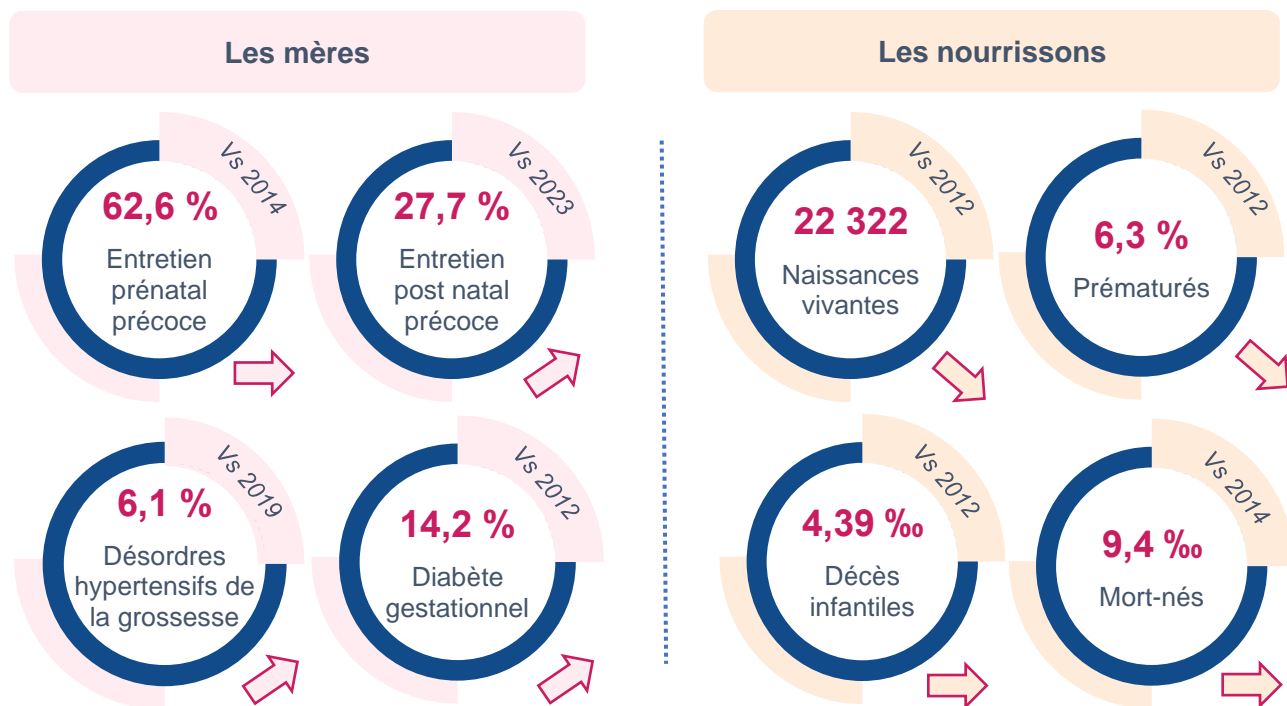
Ces travaux constituent ainsi un appui pour les décideurs publics, les institutions et les professionnels de santé. Ils apportent des éléments d'aide à la décision pour la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies territoriales adaptées. Ce panorama de la santé périnatale vise ainsi à accompagner la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

## SOMMAIRE

Édito .....	1
8 chiffres-clés en Bourgogne-Franche-Comté .....	2
Autres points-clés en Bourgogne-Franche-Comté .....	2
Caractéristiques socio-démographiques .....	3
Facteurs de risque et comportementaux .....	6
Grossesse et accouchement .....	9
Naissances vivantes .....	20
Post-partum .....	22
Mortalité .....	28
Prévention et promotion de la santé périnatale .....	38
Méthodologie .....	44

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 Bourgogne-Franche-Comté en 2024



## Autres points-clés en Bourgogne-Franche-Comté

- La part des femmes de 35 ans ou plus à l'accouchement a progressé et atteint 22,2 % en 2024. À l'inverse, les grossesses « adolescentes » (< 20 ans) ont reculé (1,7 % en 2024).
- Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) ou de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ont augmenté (en 2024, respectivement 1,1 % et 13,7 % des femmes ayant accouché en Bourgogne-Franche-Comté), suggérant une hausse de la précarité.
- La prévalence des femmes en situation de surpoids avant la grossesse (37,8 % en 2021) et du diabète préexistant (0,81 % en 2024) ont augmenté dans la région, comme en France entière.
- Les parts de fumeuses un an avant leur grossesse (31,1 %), au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (15,7 %) et à 2 mois du post-partum (18,9 %) étaient plus élevées en Bourgogne-Franche-Comté qu'en France entière en 2021.
- En 2021, 73,8 % des femmes ont tenté d'allaiter leur bébé, 66,8 % ont pu mettre en place un allaitement mixte ou exclusif en maternité et, à 2 mois, 46,0 % des enfants avaient un allaitement mixte ou exclusif.
- En 2021, 80,0 % des nourrissons sont couchés systématiquement sur le dos deux mois après la naissance et 8,6 % sont couchés dans le lit des parents (pratique à risque).

## Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques – Bourgogne-Franche-Comté

Indicateurs	Source	Bourgogne-Franche-Comté	France	p-value <sup>†</sup>
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	22 322	659 731	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	8,0	9,6	***
<b>Caractéristiques démographiques des mères</b>				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS <sup>2</sup> (2024)	1,7	1,8	
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	22,2	25,8	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP <sup>3</sup> (2021)	53,0 [48,2 - 57,8]	58,0 [57,1 - 58,9]	**
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	18,1	26,2	***
<b>Cadre de vie</b>				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	93,7 [90,9 - 95,8]	90,6 [90,1 - 91,1]	**
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	72,7 [68,2 - 76,8]	68,1 [67,3 - 68,9]	**
Bon sentiment d'aisance financière <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	61,1 [56,3 - 65,8]	57,7 [56,8 - 58,6]	
Bénéficiaire AME <sup>4</sup> ou C2S <sup>5</sup> (%)	SNDS (2024)	14,8	17,4	***
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	1,1	2,5	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	13,7	14,9	***

<sup>1</sup> Sentiment d'aisance financière = "ça va" ou "plutôt à l'aise" ou "vraiment à l'aise" ; <sup>2</sup> SNDS : Système National des Données de Santé ; <sup>3</sup> ENP : Enquête Nationale Périnatale ; <sup>4</sup> AME : Aide médicale de l'État ; <sup>5</sup> C2S : Complémentaire santé solidaire

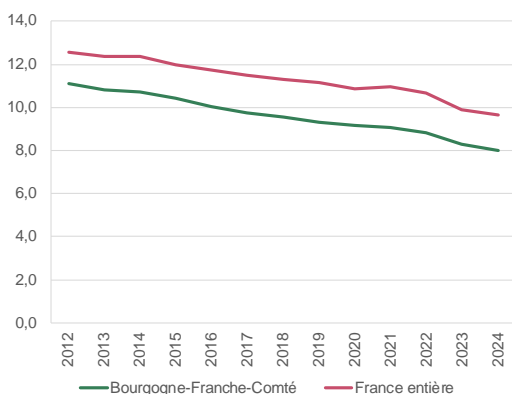
<sup>†</sup> Les estimations régionales qui diffèrent statistiquement de la moyenne nationale sont indiquées par 2 ou 3 étoiles dans la colonne p-value : \* p< 0,10 ; \*\* : p <0,05 ; \*\*\* : p <0,001

## Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, près de 22 400 naissances ont été enregistrées en 2024 en Bourgogne-Franche-Comté, soit un taux de natalité de 8 naissances pour 1 000 habitants (8,0 ‰). Ce taux était inférieur au taux de natalité en France (9,6 ‰) et suivait la même évolution à la baisse. Sur la période de 2012 à 2024, le taux de natalité régional est passé de 11,1 ‰ à 8,0 ‰, soit environ 8 900 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 (**Figure 1**). Ce recul de la natalité dans la région tient pour moitié à la baisse du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans, en âge de procréer. Entre 2000 et 2024, leur nombre est passé en région de 642 000 à 542 000 (Source : [Insee](#)).

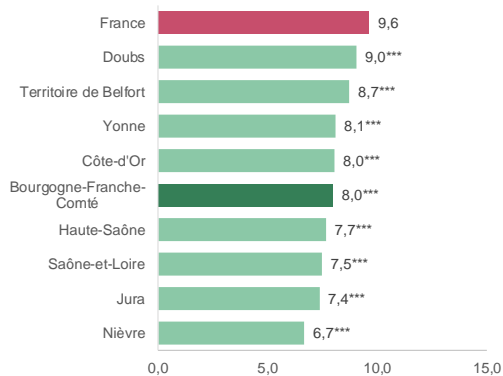
Au niveau départemental, en 2024, les taux de natalité variaient entre 6,7 ‰ dans la Nièvre et 9,0 ‰ dans le Doubs. Tous les départements avaient un taux en dessous de celui de la France (**Figure 2**).

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



Source : Etat civil

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



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

## Caractéristiques démographiques

Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), un peu moins d'un quart des femmes résidant en Bourgogne-Franche-Comté (22,2 %) étaient âgées de 35 ans et plus lors de l'accouchement. Cette proportion, même inférieure au niveau national, est en constante progression depuis 2012 (**Figure 3**).

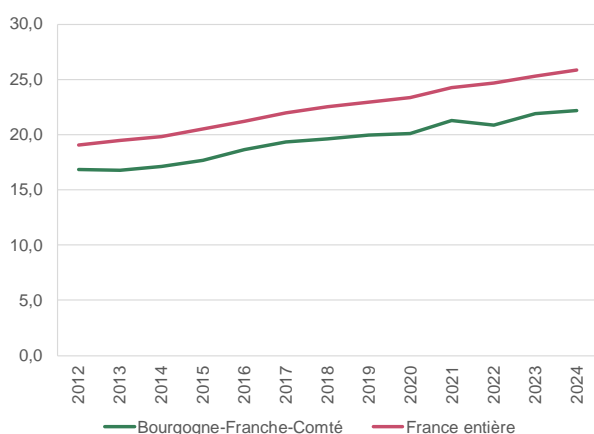
Au niveau départemental, la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus variait entre 19,1 % en Haute-Saône et 24,2 % en Côte-d'Or (**Figure 4**).

Sur la même période (2012-2024), la part des femmes âgées de moins de 20 ans était en diminution, passant de 2,4 % à 1,7 % (**Tableau 1**).

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

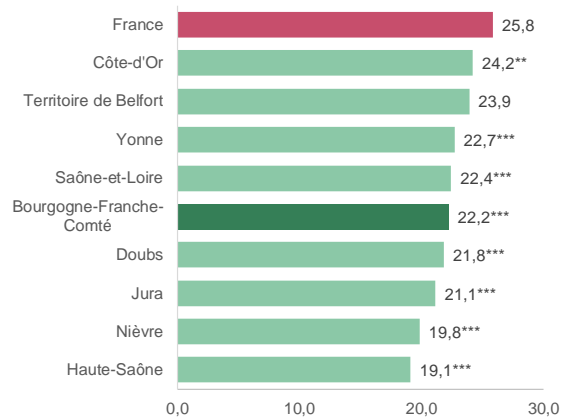
Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

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



Source : SNDS

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



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

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), 53,0 % des femmes ayant accouché en Bourgogne-Franche-Comté avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national, **Tableau 1**). Cette proportion augmente progressivement par rapport aux précédentes éditions de l'ENP. En 2010, elle était à 45,7 %.

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 18,1 % des femmes accouchant en Bourgogne-Franche-Comté étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (**Tableau 1**). En 2018, elles étaient 15,7 %.

## Cadre de vie

Une large majorité des femmes, 93,7 %, se déclarait en couple, dans le même logement (France = 90,6 %, **Tableau 1**). Cette proportion est stable par rapport à la précédente enquête de 2016 (94,1 %). L'exercice d'un emploi des femmes durant la grossesse était plus fréquent en Bourgogne-Franche-Comté qu'au niveau national : 72,7 % d'entre elles déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse contre 68,1 % au niveau national.

En 2021, bien que la différence soit faible, le sentiment d'aisance financière des mères en Bourgogne-Franche-Comté (61,1 %) était supérieur au niveau national (57,7 %).

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

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

Les indicateurs issus du Système National des Données de Santé (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 Bourgogne-Franche-Comté, 14,8 % des femmes ayant accouché étaient en situation de faibles revenus, bénéficiaires soit de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite, soit de l'Aide médicale de l'État (AME). Cette proportion était de 12,2 % en 2014 et reste chaque année inférieure au niveau national, y compris en 2024 (France = 17,4 %) (**Figure 5**).

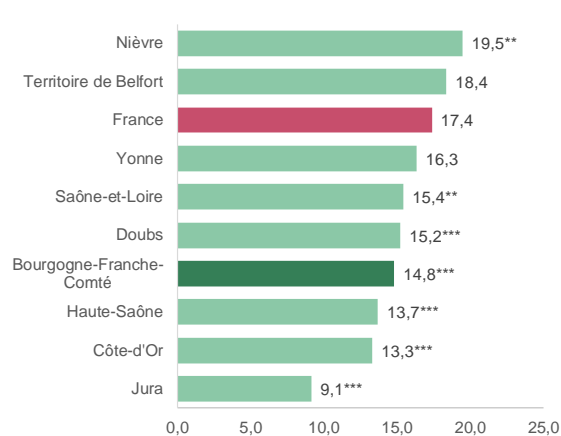
En 2024, cette proportion variait de 9,1 % dans le Jura à 19,5 % dans la Nièvre (**Figure 6**).

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



Source : SNDS

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



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

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

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

Concernant l'AME, 1,1 % des femmes qui accouchaient en Bourgogne-Franche-Comté étaient en situation irrégulière sur le territoire français et en étaient bénéficiaires en 2024 (2,5 % au niveau national) (**Tableau 1**). La part des femmes bénéficiaires de l'AME en Bourgogne-Franche-Comté augmente progressivement, elle était de 0,5 % en 2014.

Concernant la C2S gratuite (ex CMU-C), la proportion de femmes bénéficiaires en Bourgogne-Franche-Comté était de 13,7 % en 2024, inférieure au niveau national (14,9 %) et en augmentation ces dernières années (11,8 % en 2014). A noter que le plafond maximal de ressources annuelles pour une personne seule pour bénéficier de la C2S a augmenté sur la même période, passant de 8 645 € en 2014 à 10 166 € en 2024 en France.

## Facteurs de risque et comportementaux

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux - Bourgogne-Franche-Comté

Indicateurs	Source	Bourgogne-Franche-Comté	France	p-value
<b>Traitement de l'infertilité</b>				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP <sup>1</sup> (2021)	4,9 [3,1 - 7,4]	6,5 [6,0 - 6,9]	
<b>Facteur de risque</b>				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	37,8 [33,2 - 42,6]	37,9 [37,0 - 38,7]	
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS <sup>2</sup> (2024)	0,81	0,92	*
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	1,57	1,63	
<b>Tabagisme</b>				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	31,1 [26,7 - 35,7]	26,8 [26,0 - 27,6]	**
Fumeuses au 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	15,7 [12,3 - 19,4]	11,8 [11,3 - 12,4]	**
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	18,9 [14,1 - 24,4]	15,1 [14,2 - 16,0]	*

\* : p < 0,10 ; \*\* : p < 0,05 ; \*\*\* : p < 0,001 <sup>1</sup> ENP : Enquête Nationale Périnatale ; <sup>2</sup> SNDS : Système National des Données de Santé

### Traitement de l'infertilité

Selon les données de l'ENP 2021, 4,9 % des femmes venant d'accoucher en Bourgogne-Franche-Comté déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), taux se situant dans la valeur observée en France entière (6,5 %) (**Tableau 2**).

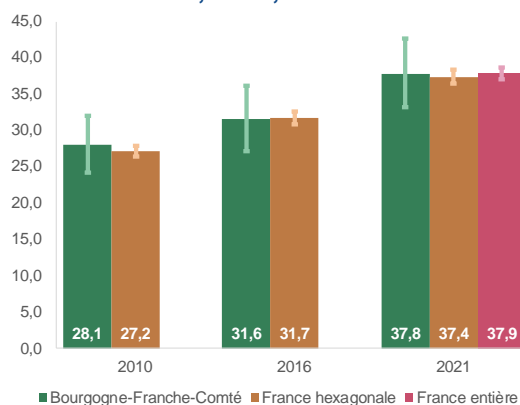
### Facteurs de risque

Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en surpoids ou obésité (indice de masse corporelle supérieur à 25) avant la grossesse a augmenté en Bourgogne-Franche-Comté, passant de 28,1 % à 37,8 % ; la même tendance était observée en France hexagonale (**Figure 7, Carte 1**).

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

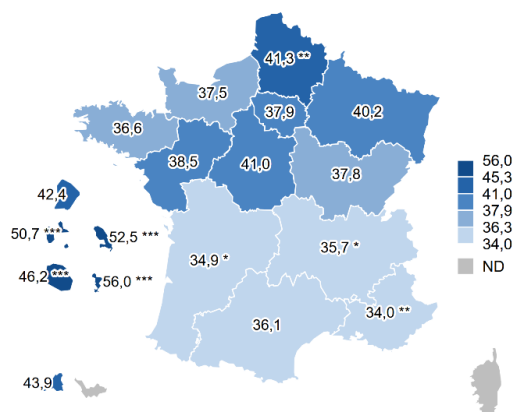
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant à naître. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites).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

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



Source : ENP

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

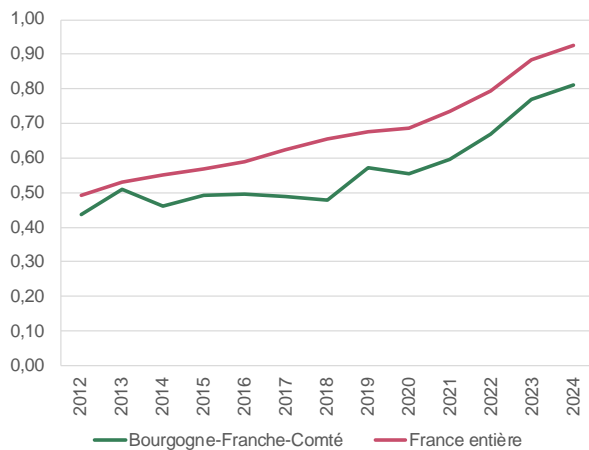


Source : ENP ; \* : p < 0,10 ; \*\* : p < 0,05 ; \*\*\* : p < 0,001 ; ND = non disponible

La prévalence du diabète préexistant (type I ou II) a quasiment doublé en 12 ans en Bourgogne-Franche-Comté, passant de 0,44 % en 2012 à 0,81 % en 2024, avec une accélération marquée depuis 2021 (**Figure 8**). Cette même tendance était observée en France entière (0,92 % en 2024), avec une hausse accélérée depuis 2020.

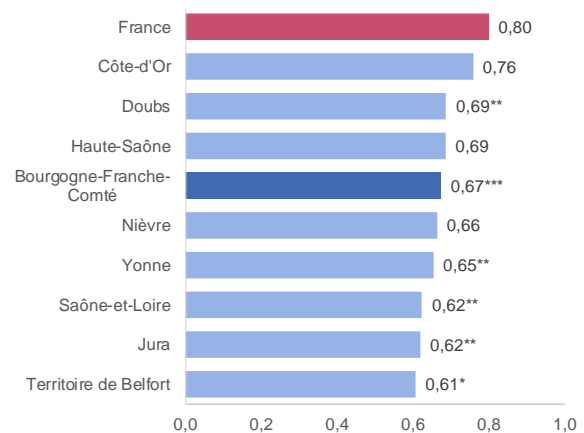
Au niveau départemental, sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 0,61 % dans le Territoire-de-Belfort et 0,76 % en Côte-d'Or (**Figure 9**).

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



Source : SNDS

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

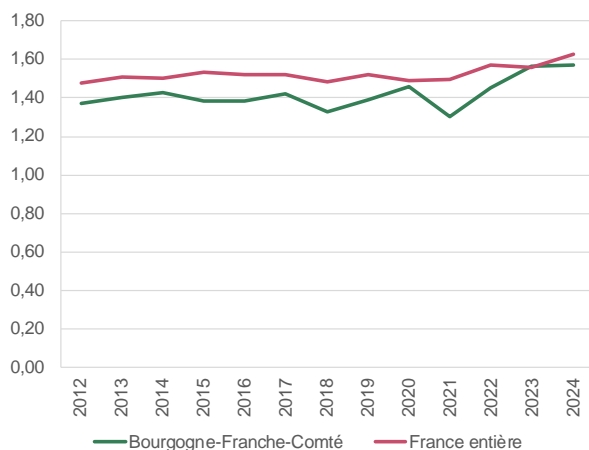


Source : SNDS ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$  ;

Après plusieurs années de stabilité, la prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique a légèrement progressé depuis 2012 (de 1,37 % à 1,57 % en 2024) avec une accélération marquée depuis 2021. En 2024, la prévalence en Bourgogne-Franche-Comté était relativement proche de celle de la France entière (1,63 %) (**Figure 10**).

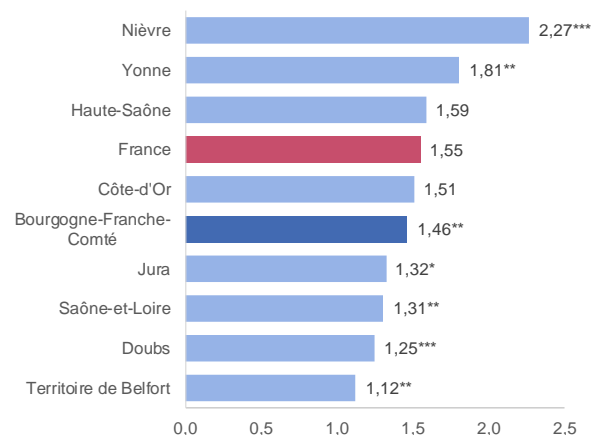
Au niveau départemental sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 1,12 % dans le Territoire-de-Belfort et 2,27 % dans la Nièvre (**Figure 11**).

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



Source : SNDS

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



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

## Tabagisme

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

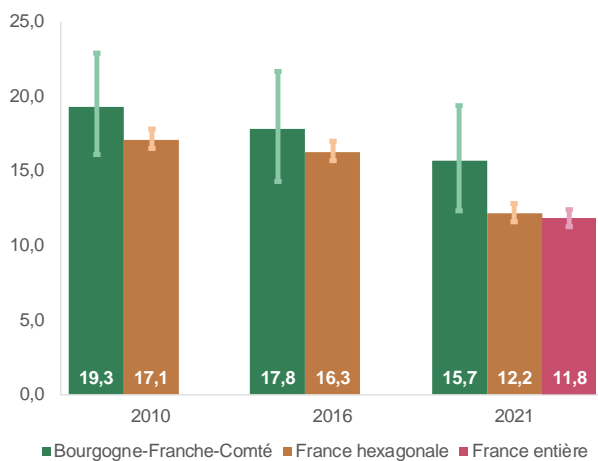
### La consommation de tabac durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité materno-fœtale

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

En 2021, 31,1 % des femmes déclaraient fumer un an avant leur grossesse en Bourgogne-Franche-Comté (versus 26,8 % en France entière) (**Tableau 2**). Cette proportion diminuait au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 15,7 % (versus 11,8 % en France entière), pour remonter légèrement à 2 mois du post-partum (18,9 %) (versus 15,1 % en France entière). Les parts des fumeuses un an avant leur grossesse, au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (**Carte 2**) et à 2 mois du post-partum étaient plus élevées que celles observées en France entière.

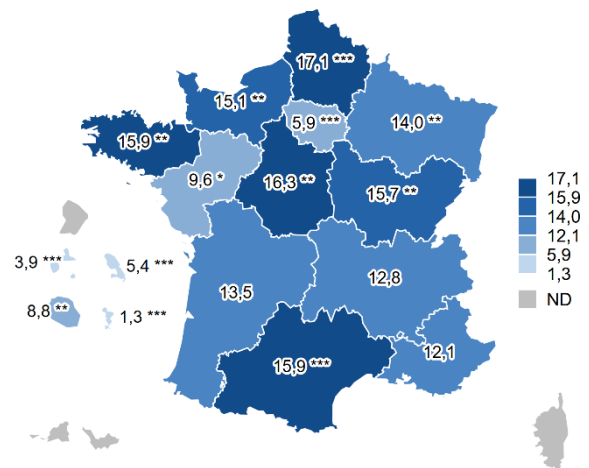
Entre 2010 et 2016, la part des fumeuses au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse en Bourgogne-Franche-Comté est passée de 19,3 % à 17,8 %, pour se stabiliser en 2021 à 15,7 % (**Figure 12**).

**Figure 12. Evolution de la part des femmes fumeuses au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Bourgogne-Franche-Comté, 2010, 2016 et 2021**



Source : ENP

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



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

## Grossesse et accouchement

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement - Bourgogne-Franche-Comté

Indicateurs	Source	Bourgogne-Franche-Comté	France	p-value
<b>Suivi de la grossesse</b>				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP <sup>3</sup> (2021)	83,3 [76,8 - 88,6]	79,5 [78,3 - 80,6]	
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	35,5 [29,7 - 41,7]	34,4 [33,3 - 35,6]	
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS <sup>4</sup> (2024)	62,6	62,1	*
<b>Prévention</b>				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	27,0 [22,8 - 31,6]	27,2 [26,4 - 28,1]	
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalo virus (CMV) (%)	ENP (2021)	9,8 [7,2 - 13,1]	15,7 [15,1 - 16,4]	***
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	48,6 [43,8 - 53,4]	56,4 [55,6 - 57,3]	***
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	24,9 [20,9 - 29,3]	29,0 [28,2 - 29,8]	*
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	60,2 [53,6 - 66,7]	66,7 [65,5 - 68,0]	**
<b>Pathologies de la grossesse</b>				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	62,6 [57,9 - 67,2]	64,1 [63,2 - 64,9]	
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	86,3	89,5	***
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	14,2	15,0	**
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	6,1	5,5	***
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	3,0	2,2	***
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	2,4	2,5	
<b>Santé mentale</b>				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	16,7 [13,3 - 20,6]	17,1 [16,5 - 17,8]	
Mauvais vécu de la grossesse <sup>2</sup> (%)	ENP (2021)	10,3 [7,6 - 13,6]	12,5 [11,9 - 13,1]	
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	30,6 [26,3 - 35,2]	31,9 [31,1 - 32,8]	
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	8,4 [6,0 - 11,5]	8,8 [8,3 - 9,3]	
<b>Lieu d'accouchement</b>				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	11,4	16,1	***
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	20,7	28,4	***
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	43,6	24,3	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	24,4	31,2	***
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	26,4	19,2	***
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	14,3 [11,0 - 18,1]	7,7 [7,2 - 8,2]	***
<b>Mode d'accouchement</b>				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	17,2	22,0	***
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	5,1	7,0	***
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	82,8	78,0	***
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	70,2	66,9	***
Épisiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	1,0	2,8	***
Épisiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	2,1	5,5	***
Épisiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	0,4	1,1	***
<b>Complications</b>				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	7,5	7,3	
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	0,76	1,00	***
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	1,44	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" <sup>3</sup> ENP : Enquête Nationale Périnatale ; <sup>4</sup> SNDS : Système National des Données de Santé

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

## Suivi de la grossesse

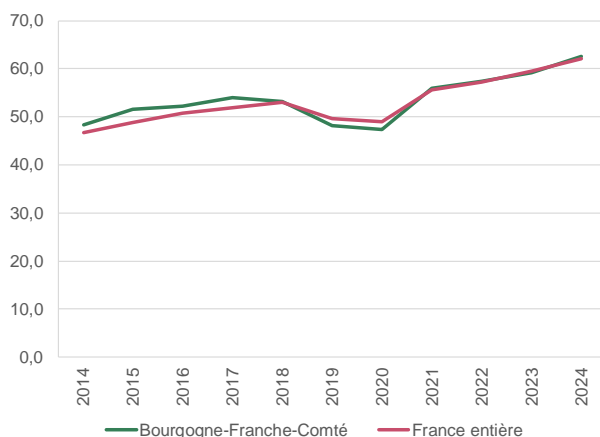
**Un suivi de grossesse régulier et de qualité, incluant des temps dédiés comme l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et la préparation à la naissance, est un levier clé pour réduire les risques maternels et néonataux.**

En 2024, selon les données du SNDS, 62,6 % des femmes ayant accouché en Bourgogne-Franche-Comté ont bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP), pourcentage comparable au niveau national (62,1 %). La réalisation de l'EPP a augmenté de près de 15 points depuis 2014 (48,3 %) (**Figure 13**).

Au niveau départemental en 2024, l'écart entre les départements était important, variant de 44,8 % dans l'Yonne à 79,7 % en Haute-Saône. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté a mis dans ses priorités la mise en place des EPP et ENPN en lien avec les Dispositifs Spécifiques Régionaux (DSR) en Périnatalité. (**Figure 14**).

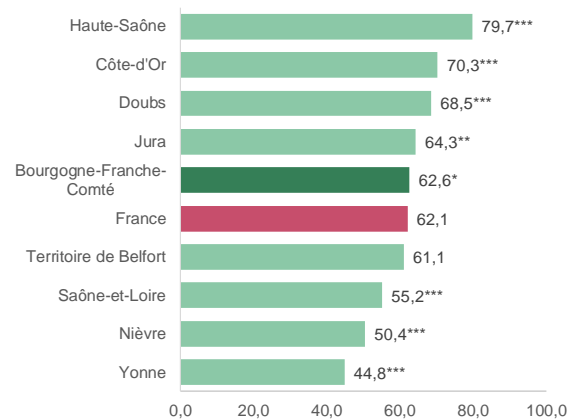
Un écart existe entre les données autodéclarées dans l'ENP 2021, puisque 42,8 % des femmes ayant accouché en Bourgogne-Franche-Comté déclaraient avoir bénéficié d'un EPP (données non présentées), versus 55,9 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de 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 13. Evolution de la part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2014-2024**



Source : SNDS

**Figure 14. Part des femmes ayant eu un entretien prénatal précoce (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**



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

En 2021, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 83,3 % (versus 79,5 % en France) des cas contre 35,5 % parmi les multipares (versus 34,4 % en France). (**Tableau 3**).

## Prévention

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

En 2021, 27,0 % des femmes en Bourgogne-Franche-Comté déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Si ce chiffre a progressé par rapport à 2016 (21,0 %), il demeurerait faible au regard des recommandations actuelles, comme dans le reste de la France. Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle (**Tableau 3**).

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

En 2021, 9,8 % des femmes en Bourgogne-Franche-Comté déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, proportion inférieure à la moyenne nationale (15,7 %) (**Tableau 3**).

En 2026, quatre vaccins sont recommandés aux femmes enceintes (coqueluche, grippe, Covid-19 et bronchiolite) afin de protéger la mère, le fœtus et le nourrisson des infections (HAS 2025).

Au moment de l'ENP 2021, seules les vaccinations contre la coqueluche et la grippe étaient disponibles et recommandées. En 2021, en Bourgogne-Franche-Comté, la vaccination grippale était proposée à 48,6 % des femmes enceintes, dont 24,9 % ont effectivement été vaccinées, révélant un décalage entre la proposition et l'adhésion (**Tableau 3**).

La proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche au cours des 10 dernières années était plus élevée : 60,2 %, ce qui témoigne d'une meilleure intégration de cette recommandation. En revanche, la proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche en Bourgogne-Franche-Comté était inférieure à celle observée au niveau national (**Tableau 3**), et parmi les taux régionaux les plus faibles.

## Pathologies de la grossesse

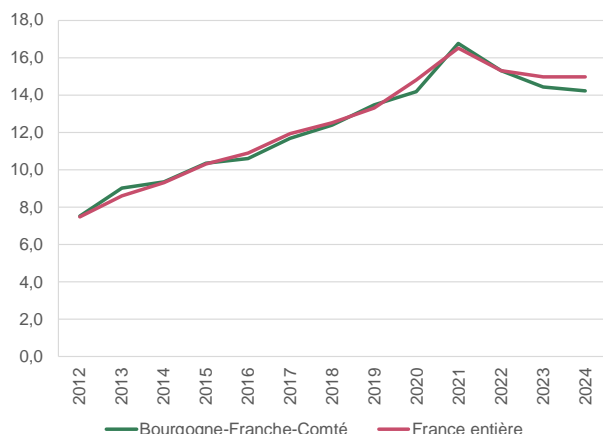
En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis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

En 2021, selon les données de l'ENP, 62,6 % des femmes ayant accouché en Bourgogne-Franche-Comté répon­daient à ces critères de risque. Cependant, selon les données du SNDS, en 2024, plus de 8 femmes sur 10 (86,3 %) ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel au cours de la grossesse : un résultat plus proche d'un dépistage systématique que d'un dépistage ciblé sur la présence de facteurs de risque (**Tableau 3**). Ce taux a peu évolué depuis 2016 (86,8 % en moyenne entre 2016-2023).

Entre 2012 et 2021, la prévalence du diabète gestationnel a doublé en Bourgogne-Franche-Comté, passant de 7,5 % à 16,7 %, avant de se stabiliser à partir de 2022 (**Figure 15**). Cette même évolution défavorable était observée dans le reste de la France.

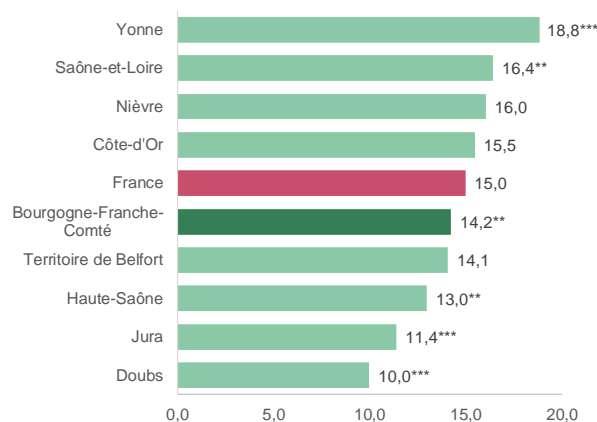
En 2024, la prévalence du diabète gestationnel en Bourgogne-Franche-Comté (14,2 %) était dans les valeurs observées au niveau national (15,0 %). Le niveau régional masquait toutefois des contrastes importants entre départements, avec une prévalence du diabète gestationnel variant de 10,0 % dans le Doubs à 18,8 % dans l'Yonne (**Figure 16**).

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



Source : SNDS

**Figure 16. Part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**

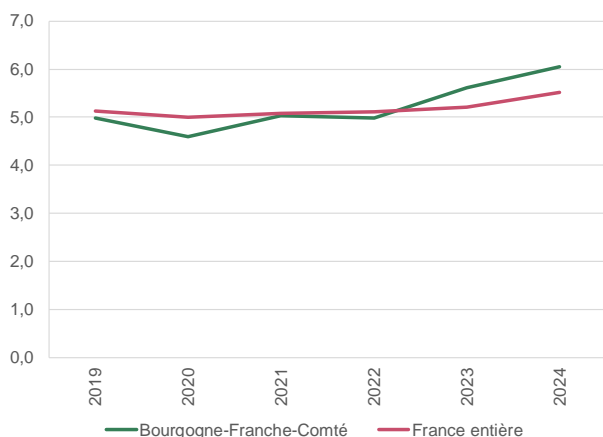


Source : SNDS ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

En 2024, 6,1 % des accouchements en Bourgogne-Franche-Comté étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), versus 5,0 % en 2019. Une évolution similaire était observée en France entière (**Figure 17**).

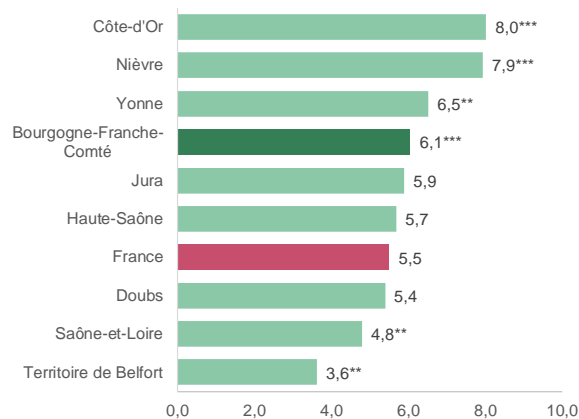
Ces troubles présentaient une répartition géographique départementale contrastée en 2024 avec le département du Territoire-de-Belfort avec le taux le plus bas (3,6 %) versus la Côte-d'Or avec le taux le plus élevé à 8,0 %, suivi par la Nièvre avec 7,9 % (**Figure 18**). La part des accouchements en Bourgogne-Franche-Comté associés à un désordre hypertensif était le plus élevé de l'hexagone.

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



Source : SNDS

**Figure 18. Part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**



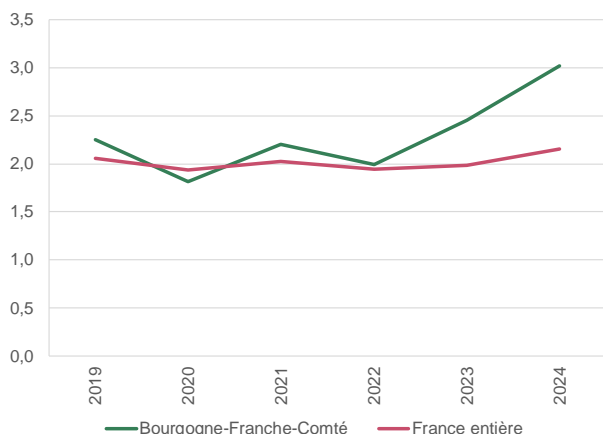
Source : SNDS ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

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

En 2024, la part des femmes en Bourgogne-Franche-Comté présentant une HTA gestationnelle (3,0 %) demeurait supérieure au niveau national (2,2 %). Depuis 2022, il est constaté une nette progression de la part des femmes avec une HTA gestationnelle comparé à celle décrite en France (**Figure 19**).

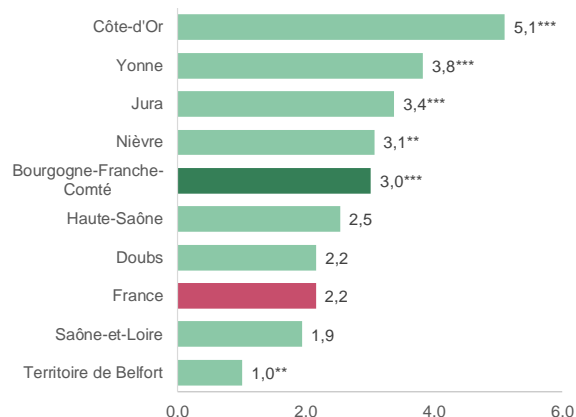
A l'échelle départementale, la Côte-d'Or présentait la prévalence d'une HTA gestationnelle la plus élevée en 2024 (5,1 %), correspondant au double de celui en France (**Figure 20**).

**Figure 19. Evolution de la part des femmes avec un HTA gestationnelle (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2019-2024**



Source : SNDS

**Figure 20. Part des femmes avec une HTA gestationnelle (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**

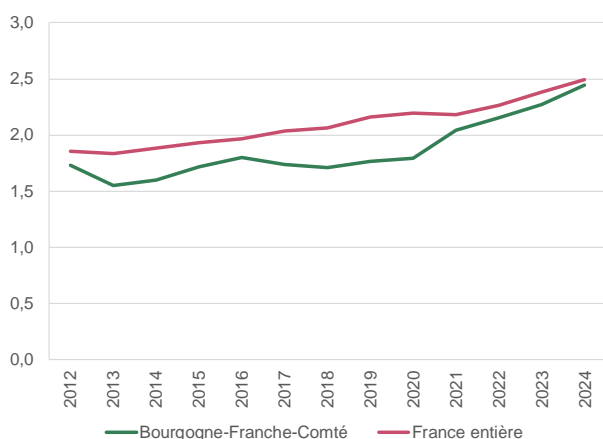


Source : SNDS ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter entre 2012 (1,7 %) et 2024 (2,4 %), tout en restant inférieure à celle de la France (Figure 21).

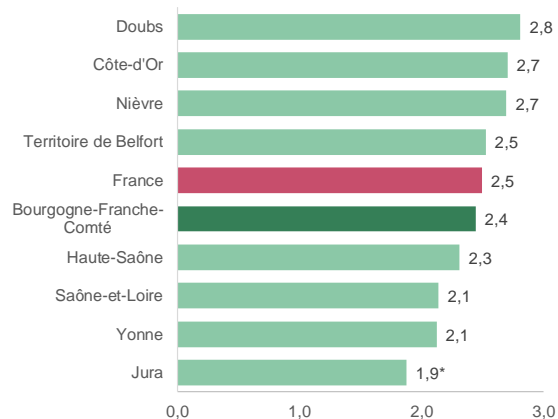
Le département du Jura présentait la prévalence la plus faible (1,9 %) (Figure 22).

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



Source : SNDS

**Figure 22. Part des femmes avec prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière et en Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**



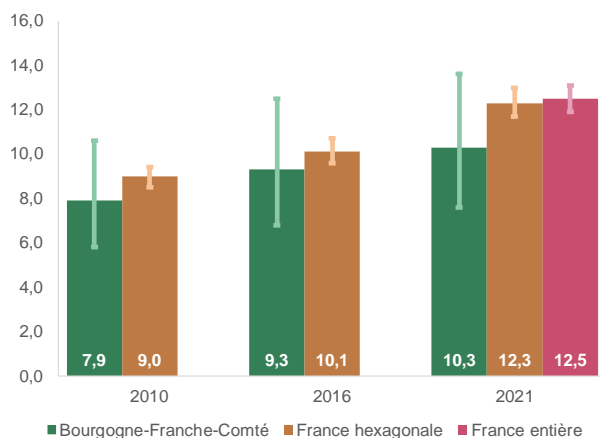
Source : SNDS ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

## Santé mentale

En 2021, 16,7 % des femmes en Bourgogne-Franche-Comté déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes, un résultat proche de celui de la France entière (17,1 %). Cette part a augmenté de près de 4 points entre 2010 et 2021 (Tableau 3).

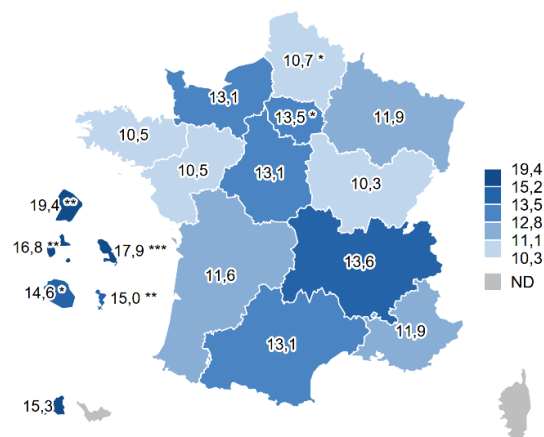
Toujours en 2021, 10,3 % des femmes en Bourgogne-Franche-Comté déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse. Depuis 2010, ce sentiment d'un mauvais vécu psychologique de la grossesse a progressé de 2 points en Bourgogne-Franche-Comté en passant de 7,9 % en 2010 à 10,3 % en 2021, en restant inférieur au niveau de la France hexagonale et parmi les régions avec le taux le plus faible (Figure 23, Carte 3).

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



Source : ENP

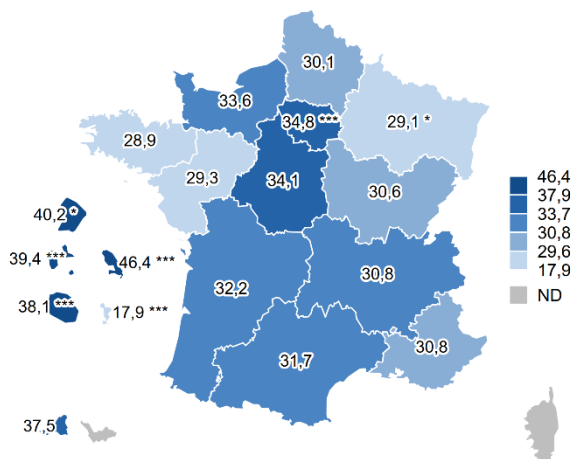
**Carte 3. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



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

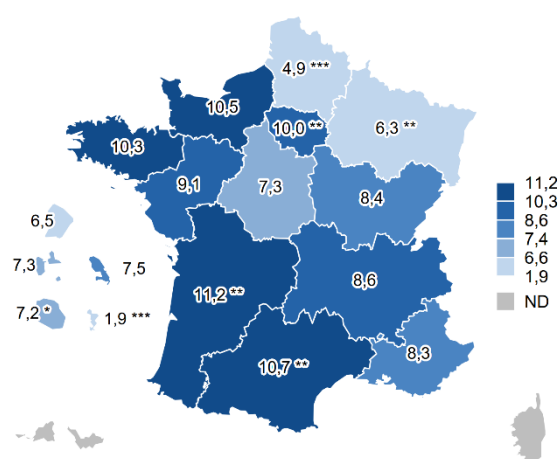
En 2021, près d'une femme sur 3 en Bourgogne-Franche-Comté (30,6 %) déclaraient un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse, soit un résultat proche de celui en France entière (31,9 %) (**Carte 4**). En parallèle, 8,4 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques, soit un recours comparable à celui de la France (8,8 %) (**Carte 5**).

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



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

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



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

## Lieu d'accouchement

### Type de maternités

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

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

## Carte 6. Répartition des maternités en Bourgogne-Franche-Comté, selon le type, au 31 décembre 2024



Source : DREES

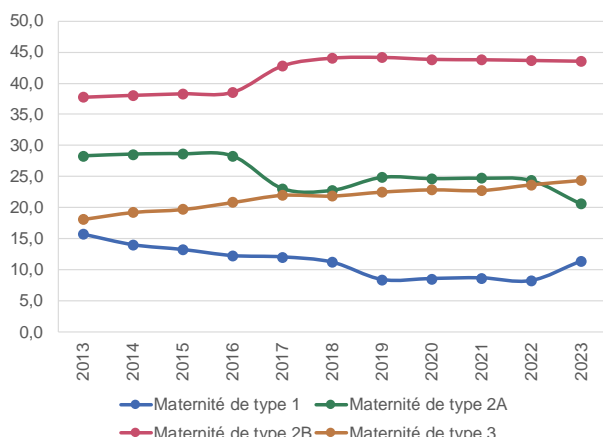
### Réduction du nombre de maternités

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

En 2023, la répartition des accouchements selon le type de maternité était la suivante chez les femmes résidant en Bourgogne-Franche-Comté : 11,4 % en type 1, 20,7 % en type 2A, 43,6 % en type 2B et 24,4 % en type 3. La part des accouchements en maternité de type 1 a diminué (-4,3 pts depuis 2013), tandis que les maternités de type 3 (+6,3 pts) et de type 2B (+5,8 pts) ont vu leur part augmenter (**Figure 24**).

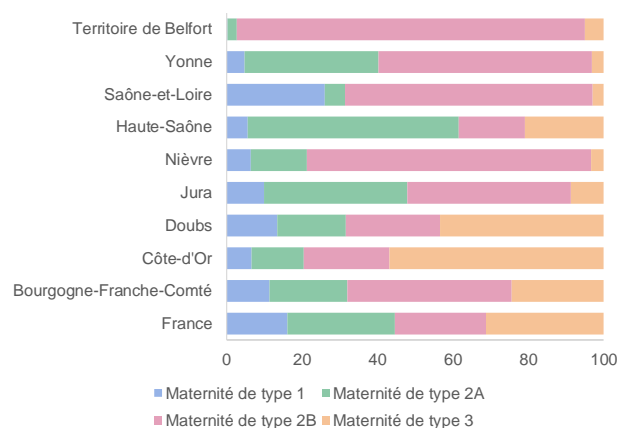
La région Bourgogne-Franche-Comté affichait une proportion d'accouchements en maternité de type 3 inférieure à la moyenne nationale (31,2 %), ce qui s'explique par le nombre limité de ces maternités implantées dans la région (les CHU de Dijon et de Besançon) (**Figure 25**).

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



Source : SNDS

**Figure 25. Part d'accouchements domiciliés par type de maternité (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2023**

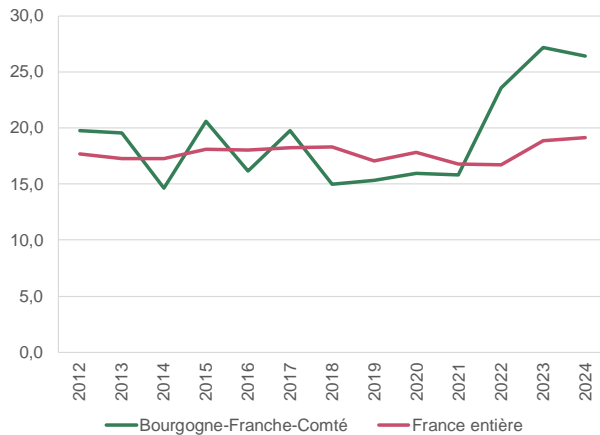


Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

En 2024 pour la Bourgogne-Franche-Comté, environ un quart des accouchements (26,4 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an, un chiffre en augmentation depuis 2021 (**Figure 26**). L'augmentation récente de cette proportion en région rappelle que la baisse de la natalité entraîne le passage de plusieurs maternités sous le seuil de 1 000

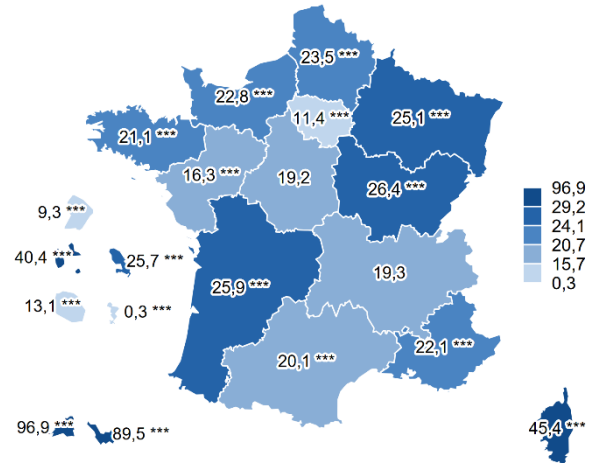
accouchements annuels. Dans l'hexagone, cette proportion variait de 11,4 % en Ile-de-France à 45,4 % en Corse, et de 0,3 % à Mayotte à 96,9 % à Saint-Martin (**Carte 7**).

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



Source : SNDS

**Carte 7. Part d'accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), par région de domicile, 2024**



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

### Maternité éloignée : hébergement et transport

Depuis 2022, les femmes enceintes qui habitent à plus de 45 minutes d'une maternité peuvent bénéficier d'un dispositif appelé « Engagement maternité » : la prise en charge d'un hébergement temporaire à proximité de la maternité à l'approche du terme de l'accouchement et la prise en charge des transports correspondants.

En 2021, pour la région Bourgogne-Franche-Comté, plus d'1 femme sur 10 (14,3 %) déclarait avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité (**Tableau 3**).

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

Ces seuls résultats sur le temps d'accès déclaré par les femmes ne permettent pas d'avoir une appréciation complète de la prise en charge. En effet, l'examen de l'accessibilité des maternités doit tenir compte de 2 paramètres : la répartition des femmes en âge de procréer et l'offre de soins des établissements de santé autorisés en obstétrique en région. Selon la dernière analyse de données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la part des femmes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité a augmenté (+40 % entre 2000 et 2017) en France avec des disparités infra-départementales. Dans la Nièvre, cette proportion est passée de 3 % en 2000 à 16 % en 2017 et la totalité des femmes de ce département habite à plus de 45 minutes d'une maternité de type 3. Ces études présentent des limites, dont celle de la mesure du temps de trajet (estimation des temps de parcours à partir des communes de résidence) (Source : ER1201.pdf).

## Mode d'accouchement

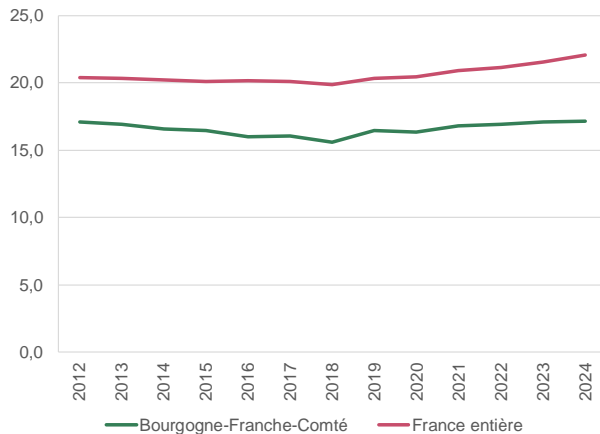
En Bourgogne-Franche-Comté entre 2012 et 2024, la part des césariennes est relativement stable (17,1 % en 2012 et 17,2 % en 2024) (**Figure 27**). De plus, chaque année, le niveau de césariennes en Bourgogne-Franche-Comté reste inférieur à celui de la France.

La part des césariennes programmées en région est chaque année inférieure à celle de la France (données disponibles en 2024 dans le **Tableau 3**).

En 2024, au niveau départemental (**Figure 28**), la part des césariennes variait de 14,1 % dans le Doubs à 20,8 % dans la Nièvre. Un gradient est observé - les départements de l'ancienne région

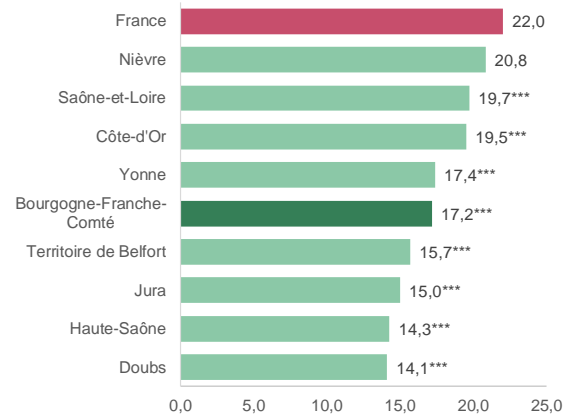
Franche-Comté affichait en 2024 les taux les plus faibles de la région, comparé aux départements de l'ex-Bourgogne. Aucun département ne dépassait le taux observé de la France. Ces écarts peuvent refléter en partie l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements [3].

**Figure 27. Evolution de la part des césariennes (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Figure 28. Part des césariennes (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**



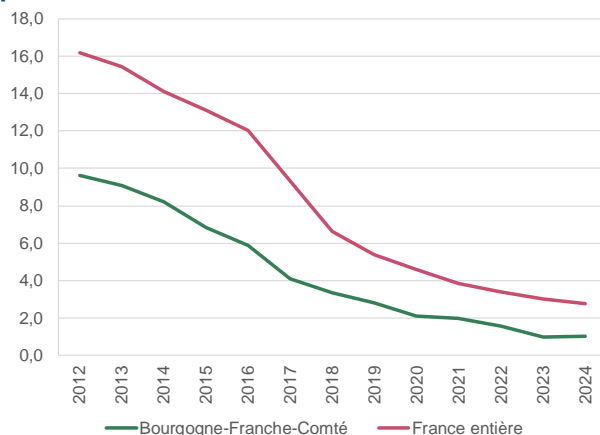
Source : SNDS . \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

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

En effet, 9,6 % (n ≈ 2 155) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus 1,0 % (n ≈ 155) en 2024 (**Figure 29**).

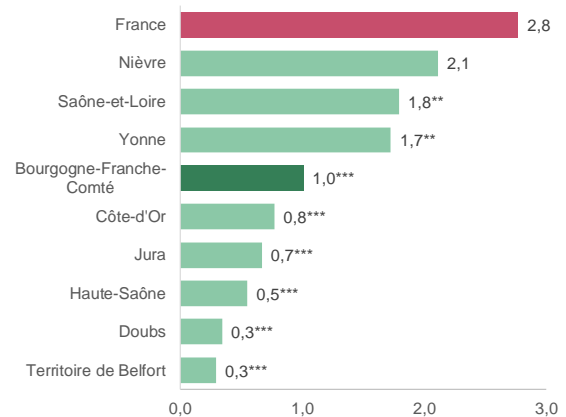
En 2024, la proportion d'épisiotomie parmi les accouchements par VBNI était plus faible dans le département du Territoire-de-Belfort et du Doubs (0,3 %) et elle était la plus élevée (2,1 %) dans le département de la Nièvre (**Figure 30**).

**Figure 29. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Figure 30. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**



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

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 2,1 % des primipares avec un accouchement par VBNI avaient eu une épisiotomie, versus 0,4 % chez les multipares avec un accouchement par VBNI (**Tableau 3**).

## Complications de l'accouchement

### Hémorragie du postpartum (HPP)

L'HPP correspond à des pertes sanguines égales ou supérieures à 500 mL, survenant lors de l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent, indépendamment de la voie d'accouchement (voie basse ou césarienne).

Cette complication, fréquente en obstétrique, présente une incidence estimée à environ 5 % des accouchements lorsque les pertes sanguines sont évaluées de manière approximative. Cependant, ce taux atteint 10 % lorsque la quantification est réalisée par des méthodes plus précises, telles que l'utilisation d'un sac collecteur, la pesée des compresses ou le recours à des marqueurs biologiques.

En France, les HPP étaient responsables de 7,4 % des décès maternels (parmi les décès pendant la grossesse, l'accouchement ou les 365 jours suivant la fin de la grossesse) (source : *Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles - ENCMM 2016-2018*).

Les critères de l'HPP sévère sont :

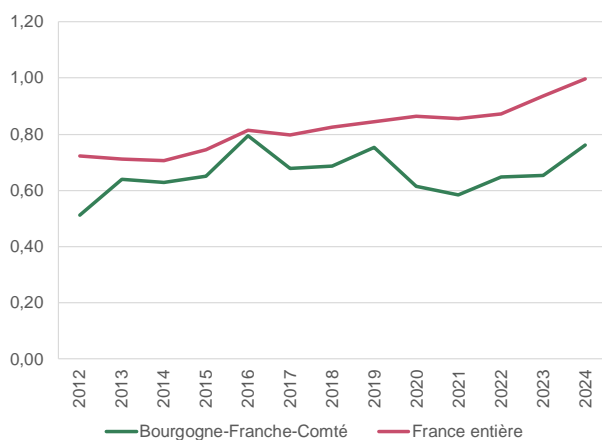
- transfusion > ½ masse sanguine,
- chirurgie (ligature, hystérectomie),
- embolisation artérielle,
- tamponnement intra-utérin ou intravaginal,
- passage en unité médicale de soins critiques.

En Bourgogne-Franche-Comté, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du post-partum (HPP) était estimée à 7,5 %, soit dans les valeurs observées au niveau national (7,3 %) en 2024 (**Tableau 3**). La hausse depuis 2022 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.

En Bourgogne-Franche-Comté, l'HPP sévère (HPP associé à un acte d'embolisation, de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomie totale ou subtotale, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs, ou de soins continus) a également augmenté de 0,51 % en 2022 à 0,76 % en 2024 (**Figure 31**). L'écart avec la France était plus important depuis 2020 (environ 0,25 points contre environ 0,10 entre 2012 et 2019).

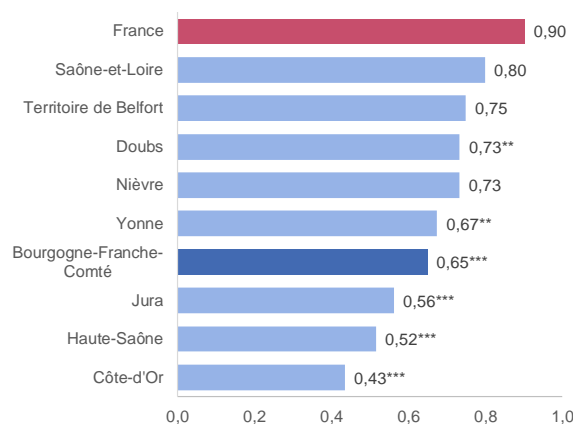
Sur la période 2020-2024, ce taux variait à l'échelle départementale de 0,43 % en Côte-d'Or à 0,80 % le maximum pour le département de la Saône-et-Loire (contre 0,90 % en France, **Figure 32**).

**Figure 31. Evolution de la part des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Figure 32. Part des hémorragies du post-partum sévères (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**

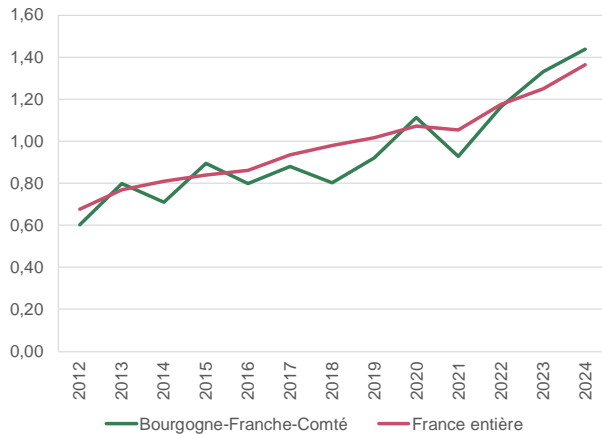


Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicé (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés) était de 0,60 % en 2012 et de 1,44 % en 2024, avec une tendance à l'augmentation constante depuis 2021 (**Figure 33**). Le taux régional était supérieur au taux de la France en 2023 et 2024.

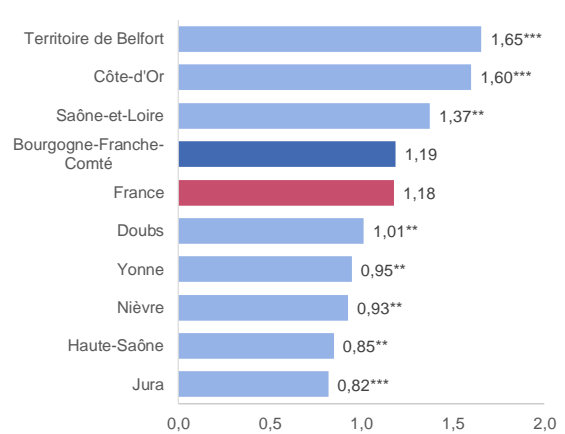
Sur la période 2020-2024, cette proportion variait selon les départements de 0,82 % dans le Jura à 1,65 % dans le Territoire-de-Belfort (**Figure 34**). Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie et taux de déchirure sévère à partir des données 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 33. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Figure 34. Part des déchirures sévères (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



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

## Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes – Bourgogne-Franche-Comté

Indicateurs	Source	Bourgogne-Franche-Comté	France	p-value
<b>Prématurité selon l'âge gestationnel</b>				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS <sup>1</sup> (2024)	<b>6,3</b>	<b>6,7</b>	**
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	<b>0,42</b>	<b>0,43</b>	
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>0,65</b>	<b>0,70</b>	
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>5,26</b>	<b>5,56</b>	**
<b>Autres marqueurs de risque</b>				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	<b>7,7</b>	<b>7,4</b>	
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	<b>10,6</b>	<b>9,6</b>	***
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	<b>8,2</b>	<b>8,8</b>	***
Hospitalisation ou transfert du nouveau-né à la naissance (%)	ENP <sup>2</sup> (2021)	<b>16,4</b> [13,2 - 20,1]	<b>11,5</b> [11,0 - 12,0]	***

\* : p < 0,1 ; \*\* : p < 0,05 ; \*\*\* : p < 0,001 ; <sup>1</sup>SNDS : Système National des Données de Santé ; <sup>2</sup>ENP : Enquête Nationale Périnatale

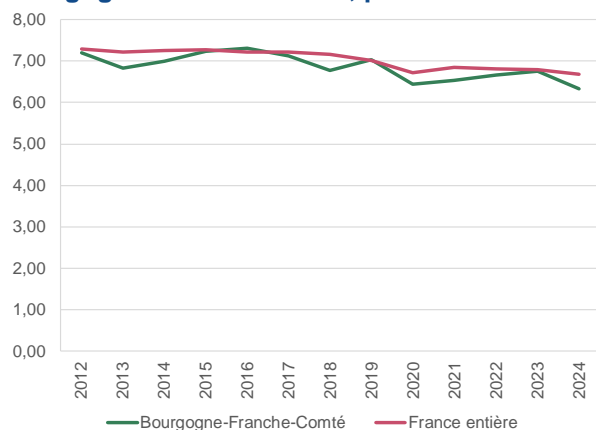
## Prématurité selon l'âge gestationnel

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

Les enfants nés avant 32 semaines d'aménorrhée (SA) nécessitent une surveillance médicale renforcée (Réseaux de suivi des enfants 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.

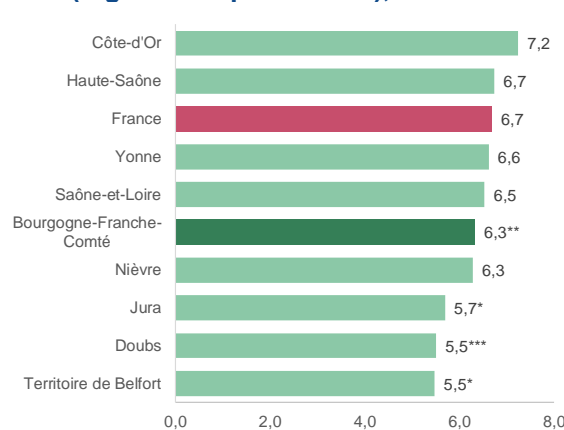
En Bourgogne-Franche-Comté, 6,3 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 7,2 % en 2012 (**Figure 35**). Cette tendance à la baisse était aussi observée en France qui présentait un taux de 6,7 % en 2024. Au niveau départemental, le taux de prématurité variait de 5,5 % dans le Territoire-de-Belfort et dans le Doubs à 7,2 % en Côte-d'Or en 2024 (**Figure 36**).

Figure 35. Evolution de la part des naissance prématurées (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 36. Part des naissance prématurées (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024



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

En 2024, la région Bourgogne-Franche-Comté affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) et de grande prématurité ([28-31] SA) (respectivement 0,42 % et 0,65 %) proches des taux nationaux (respectivement 0,43 % et 0,70 %). La prématurité modérée (5,26 %) était en région inférieure au taux national (5,56 %) (**Tableau 4**).

## Autres marqueurs de risque

En Bourgogne-Franche-Comté, 2,9 % 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 < 2 500 grammes représentaient 7,7 % des naissances vivantes (taux de 7,4 % en France entière).

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10<sup>e</sup> percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] représentaient 10,6 % des naissances vivantes et les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90<sup>e</sup> percentile 8,2 % des naissances vivantes (**Tableau 4**).

Selon les données de l'ENP 2021, 16,4 % des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en Bourgogne-Franche-Comté (taux de 11,5 % en France entière) (**Tableau 4**). L'absence des causes ou d'autres indicateurs (comme part d'enfants prématurés, adéquation entre le lieu de naissance (type de maternité et le terme) limite l'interprétation de cet indicateur et sa comparaison avec le taux observé en France.

## Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum - Bourgogne-Franche-Comté

Indicateurs	Source	Bourgogne-Franche-Comté	France	p-value
<b>Dépistage biologique néonatal</b>				
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN <sup>1</sup> (2020-2024)	6,6	6,3	
<b>Incidence des maladies dépistées</b>				
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	1,33	0,72	**
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	4,67	3,95	
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,84	0,48	
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	10,77	17,44	**
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	3,08	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 <sup>2</sup> (2024)	3,7	3,8	-
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	4,8	4,8	-
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	3,5	3,6	-
<b>Alimentation du nourrisson et allaitement</b>				
Tentative d'allaitement (%)	ENP <sup>3</sup> (2021)	73,8 [69,3 - 77,9]	77,1 [76,3 - 77,9]	*
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	66,8 [62,1 - 71,3]	70,5 [69,7 - 71,3]	*
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	46,0 [39,6 - 52,5]	54,6 [53,4 - 55,9]	**
<b>Couchage à 2 mois</b>				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	80,0 [74,3 - 84,9]	79,2 [78,1 - 80,3]	
<b>Lieu de couchage</b>				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	67,3 [61,3 - 72,9]	70,5 [69,3 - 71,6]	
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	23,0 [18,1 - 28,4]	15,2 [14,3 - 16,0]	***
Lit des parents (%)	ENP (2021)	8,6 [5,4 - 12,7]	13,0 [12,1 - 13,9]	**
<b>Suivi post-natal (2 mois après la naissance)</b>				
<b>Suivi médical</b>				
Visite à domicile (sage-femme ou puéricultrice) (%)	ENP (2021)	88,5 [83,3 - 92,5]	84,2 [83,1 - 85,1]	*
Sage-femme (%)	ENP (2021)	86,5 [81,2 - 90,8]	79,3 [78,2 - 80,4]	**
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	21,7 [16,8 - 27,2]	19,2 [18,2 - 20,3]	
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	27,7	24,9	***
<b>Suivi médical du nourrisson</b>				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	39,6 [33,5 - 46,1]	43,2 [41,9 - 44,4]	
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	48,5 [42,1 - 55,0]	42,1 [40,8 - 43,3]	**
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	9,1 [5,7 - 13,8]	12,3 [11,4 - 13,3]	
<b>Engagement du partenaire</b>				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	58,9 [52,5 - 65,1]	59,8 [58,6 - 61,1]	
<b>Santé mentale post-partum</b>				
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	11,5 [7,9 - 15,9]	16,8 [15,9 - 17,8]	**
Anxiété (%)	ENP (2021)	26,6 [21,2 - 32,6]	27,5 [26,4 - 28,7]	

\* : p < 0,10 ; \*\* : p < 0,05 ; \*\*\* : p < 0,001 ; <sup>1</sup> Centre National de Coordination de Dépistage Néonatal ; <sup>2</sup> SNDS : Système National des Données de Santé ; <sup>3</sup> ENP : Enquête Nationale Périnatale

## 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 Bourgogne-Franche-Comté, le taux de refus était de 6,6 pour 10 000 enfants nés, dans la valeur enregistrée en France (6,3). Pour 5 maladies dépistées, les taux de dépistage en 2020-2024 étaient les suivants (**Tableau 5**) :

- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : 1,33 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, supérieur à la France (0,72).
- Hypothyroïdie : 4,67 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 0,84 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 10,77 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, inférieur à la France (17,44).
- Mucoviscidose : 3,08 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, supérieur à la France (1,73).

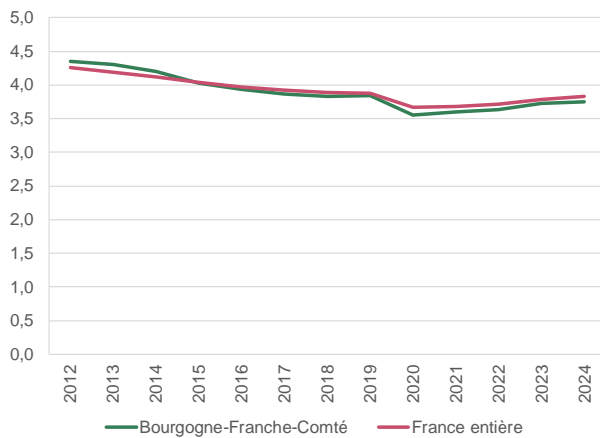
Depuis 2022, 2 maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie mais du fait d'effectifs faibles, elles ne sont pas présentées à l'échelle régionale : le déficit en déshydrogénase des acyl CoA des acides gras à chaîne moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme.

## Durée de séjour en suites de couches

En 2024, la durée de séjour à la maternité en suites de couches était de 3,7 nuitées en moyenne en Bourgogne-Franche-Comté, comme au niveau national. Au niveau départemental, la durée de séjour était homogène : la plus courte était observée dans le Territoire-de-Belfort (3,5 nuitées en moyenne) et la plus longue dans la Nièvre et en Côte-d'Or (3,9 nuitées) (**Figure 38**).

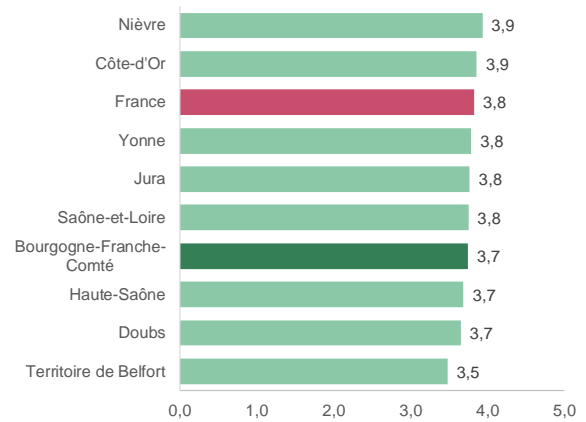
Entre 2012 et 2019, une tendance à la diminution de la durée de séjour en suites de couches était observée, tant au niveau national que régional. Cette tendance à la baisse s'est accentuée durant la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle les recommandations sanitaires encourageaient une réduction des durées d'hospitalisation afin de limiter les risques de transmission et les contacts en milieu hospitalier. Depuis 2021, un léger allongement de cette durée était observé pour atteindre en 2024 une durée moyenne approchant celle de 2019 (**Figure 37**).

**Figure 37. Evolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Figure 38. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**



Source : SNDS

Une différence selon le mode d'accouchement était observée avec une durée régionale moyenne de 4,8 nuitées après césarienne et de 3,5 nuitées pour un accouchement par voie basse entre 2020 et 2024.

## 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 les éditions 2012 et 2021 d'EPIFANE. Le rapport publié en 2024 [5] sur les résultats observés dans EPIFANE décrit l'âge médian au début de la diversification alimentaire et la proportion d'enfants pour lesquels la diversification a débuté dans la fenêtre recommandée, située entre 4 et 6 mois de vie.

Selon l'ENP 2021, en Bourgogne-Franche-Comté, 73,8 % des femmes ont tenté d'allaiter leur enfant (**Carte 9**) et 66,8 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice (**Figure 39, Carte 8**).

A deux mois post-partum, 46,0 % déclaraient encore allaiter (**Carte 10**). Ces proportions étaient inférieures aux données nationales, la pratique de l'allaitement étant plus fréquente dans les DROM et en Ile-de-France.



## Suivi post-natal jusqu'aux 2 mois après la naissance

### Organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

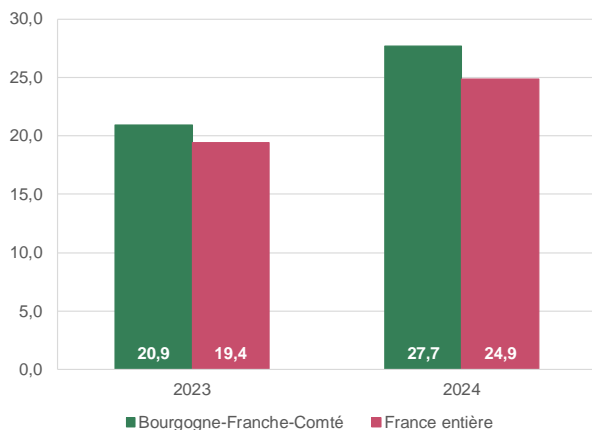
La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande deux à trois visites de sage-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h. Ces visites sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie, si elles ont lieu dans les 12 jours qui suivent la naissance.

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

Selon l'ENP 2021, en Bourgogne-Franche-Comté, 88,5 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (86,5 %) et/ou par une puéricultrice (21,7 %). A l'échelle nationale, seules 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi (**Tableau 5**).

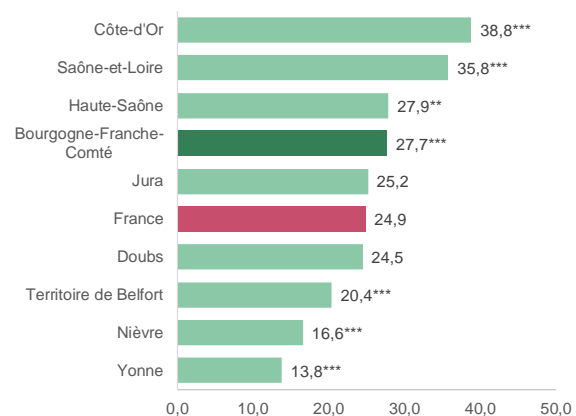
En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 27,7 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Bourgogne-Franche-Comté (24,9 % au niveau national). Cette proportion marque une progression significative par rapport à 2023, où 20,9 % des femmes en Bourgogne-Franche-Comté en avaient profité (**Figure 40**). En 2024, le taux d'EPNP variait de 13,8 % dans l'Yonne à 38,8 % en Côte-d'Or (**Figure 41**).

**Figure 40. Evolution de la part de femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2023-2024**



Source : SNDS

**Figure 41. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2024**



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

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

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

En 2021, en Bourgogne-Franche-Comté, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un pédiatre (39,6 %) ou par un médecin généraliste (48,5 %). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 9,1 % des nourrissons (**Tableau 5**).

## Engagement du partenaire / co-parent

Selon l'ENP 2021, en Bourgogne-Franche-Comté, 58,9 % des partenaires avaient pris un congé dans les deux mois suivant la naissance (59,8 % à l'échelle nationale) (**Tableau 5**).

## Santé mentale post-partum

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

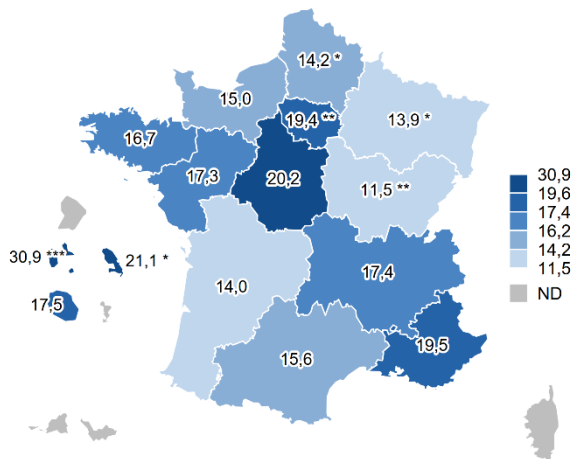
Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM). Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson.

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

En Bourgogne-Franche-Comté, deux mois après l'accouchement, 11,5 % des femmes présentaient des symptômes de dépression et 26,6 % de l'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale) (**Carte 11** ; **Carte 12**).

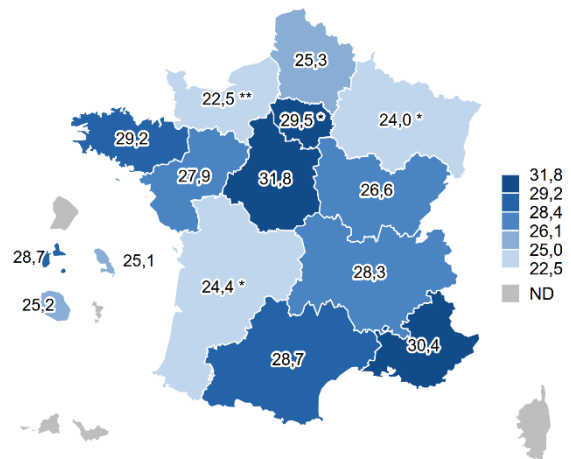
A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, pouvant impacter leur santé mentale.

**Carte 11. Part des femmes ayant un score EPDS indiquant une dépression (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



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

**Carte 12. Part des femmes ayant un score EPDS indiquant une anxiété (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



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

## Mortalité

Tableau 6. Mortalité - Bourgogne-Franche-Comté

Indicateurs	Source	Bourgogne-Franche-Comté	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 <sup>2</sup> (2013-2018)	<b>13,9</b> [8,9 - 20,7]	<b>11,1</b> [10,2 - 12,1]	
<b>Mortinatalité</b> (enfants mort-nés, après 22SA) <sup>1</sup>				
Nombre de mort-nés	SNDS <sup>3</sup> (2024)	<b>210</b>	<b>6 094</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>9,4</b>	<b>9,2</b>	
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>5,8</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>251</b>	<b>7 398</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>11,2</b>	<b>11,2</b>	
<b>Mortalité infantile</b> (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>98</b>	<b>2 690</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>4,39</b>	<b>4,08</b>	
<b>Mortalité néonatale précoce</b> (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>45</b>	<b>1 310</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>2,02</b>	<b>1,99</b>	
<b>Mortalité néonatale tardive</b> (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>27</b>	<b>618</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>1,21</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>26</b>	<b>762</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>1,16</b>	<b>1,16</b>	

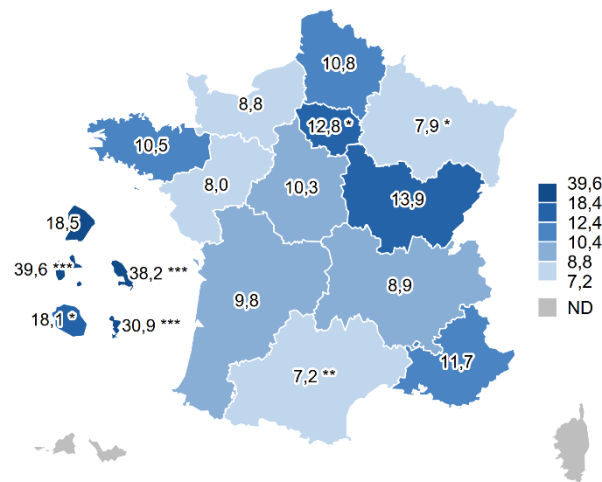
\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

1. Les indicateurs ont été fournis à partir d'une base corrigée par la DREES et l'Inserm. <sup>2</sup>ENCMM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles <sup>3</sup>SNDS : Système National des Données de Santé

## Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement en Bourgogne-Franche-Comté s'élevait en moyenne à 13,9 décès pour 100 000 naissances vivantes (vs. 11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes en France). Ce taux régional n'est pas différent des autres régions du fait de l'incertitude de l'estimation, puisque la vraie valeur du taux se situe entre 8,9 et 20,7. L'effectif de 24 décès enregistrés entre 2013 et 2018 en Bourgogne-Franche-Comté incite à rester prudent sur l'interprétation des comparaisons régionales de l'hexagone, d'autant que le nombre de naissance diminue (**Carte 13**).

L'indicateur « nombre de décès au cours de l'accouchement en milieu hospitalier » est décrit par région de décès dans le rapport intitulé « Maternité : état des lieux de l'activité obstétrique 2008-2023 » publié en 2024. La Bourgogne-Franche-Comté affichait 3 décès entre 2015 et 2022, soit le plus faible nombre de décès, à l'instar de deux autres régions (Pays de Loire et Bretagne).

**Carte 13. Taux régional de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances totales), par région de domicile, 2013-2018**

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

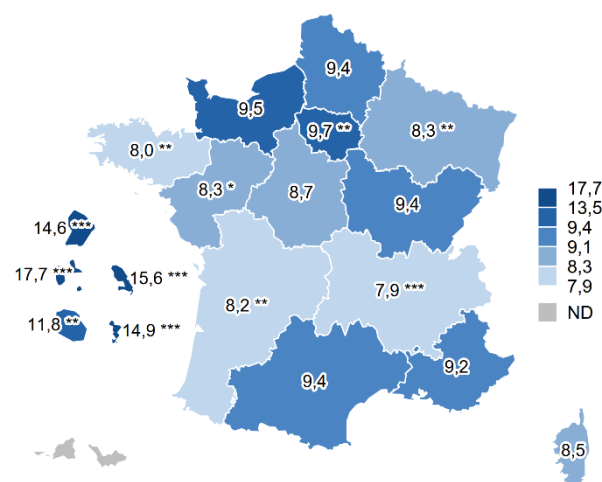
Dans l'édition 2016-2018 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [6], le suicide devenait la 1<sup>e</sup> cause de mortalité maternelle (jusqu'à un an après la fin de la grossesse), et les maladies cardiovasculaires étaient la 1<sup>e</sup> cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à 42 jours. Ce résultat rappelle que la santé des femmes enceintes ou qui ont récemment accouché ne se limite pas à la sphère obstétricale, et souligne l'importance de la multidisciplinarité dans la prise en charge et l'organisation des soins autour des femmes dans cette période. Les causes de mortalité maternelle ne peuvent être décrites au niveau régional au vu des 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 Bourgogne-Franche-Comté, 210 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 9,4 pour 1 000 naissances, comparable à celui enregistré en France (9,2) (**Carte 14**). Ce taux était globalement stable depuis 2014 (maximum observé en 2021 avec 9,5 pour 1 000 naissances) (**Figure 42**).

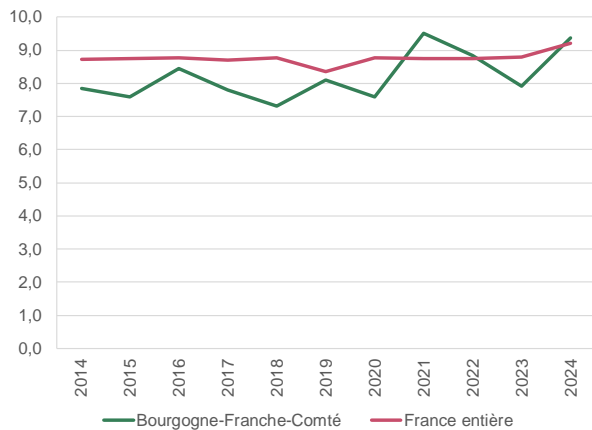
**Carte 14. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024**

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

A l'échelle nationale, une hausse est observée en 2024 (9,2 pour 1 000) et les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 % par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 [1] (**Figure 42**).

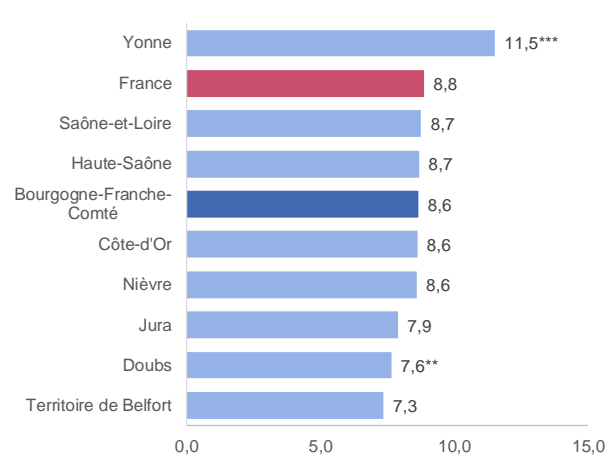
A l'échelle départementale sur la période 2020-2024, le taux de mortalité global variait de 7,3 ‰ dans le Territoire-de-Belfort à 11,5 ‰ dans l'Yonne (**Figure 43**).

**Figure 42. Evolution du taux de mortalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2014-2024**



Source : SNDS

**Figure 43. Taux de mortalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



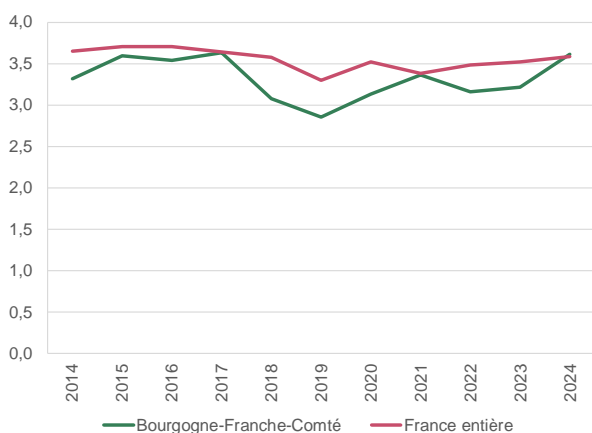
Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite variait selon les années : de 2,9 (2019) à 3,6 (2015, 2017 et 2024) mort-nés pour 1 000 naissances totales (**Figure 44**).

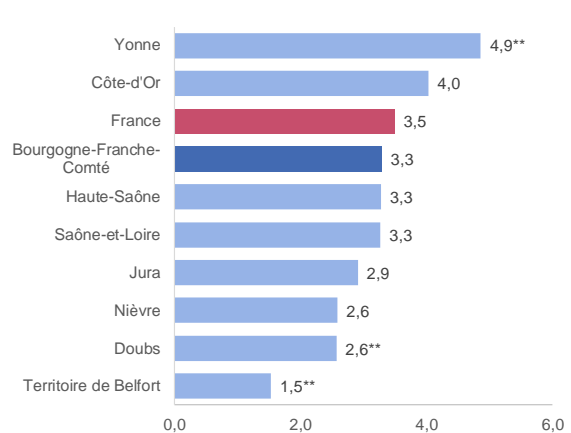
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, ce taux global masquait des disparités importantes : 1,5 (Territoire-de-Belfort) à 4,9 (Yonne) pour 1 000 naissances (**Figure 45**).

**Figure 44. Evolution du taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2014-2024**



Source : SNDS

**Figure 45. Taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



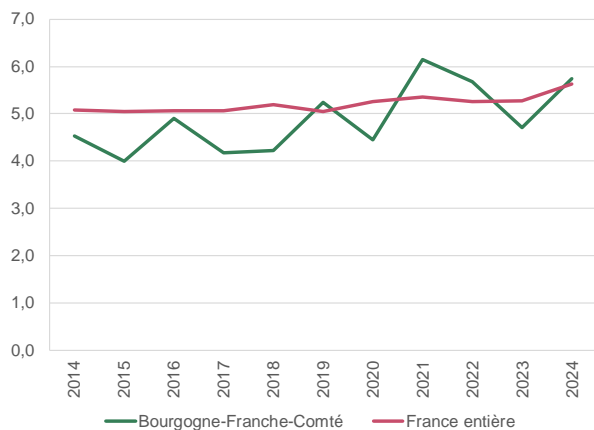
Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001

## Mortinatalité spontanée

Le taux de mortinatalité spontanée oscille en Bourgogne-Franche-Comté entre 4,0 (2015) et 6,1 (2021) mort-nés spontanés pour 1 000 naissances totales selon les années (**Figure 46**). Un pic a été observé en 2021 et la baisse amorcée depuis ne s'est pas poursuivie en 2024.

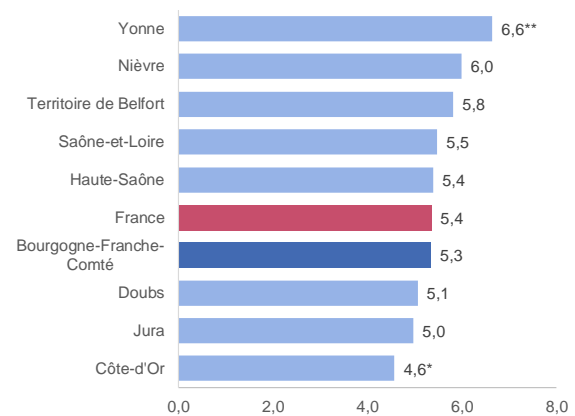
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, le taux global variait de 4,6 (Côte-d'Or) à 6,6 (Yonne) pour 1 000 naissances (**Figure 47**). Le département de l'Yonne présentait sur la période 2020-2024 à la fois le plus haut taux global de mortinatalité induite et de mortinatalité spontanée.

**Figure 46. Evolution du taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2014- 2024**



Source : SNDS

**Figure 47. Taux de mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



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

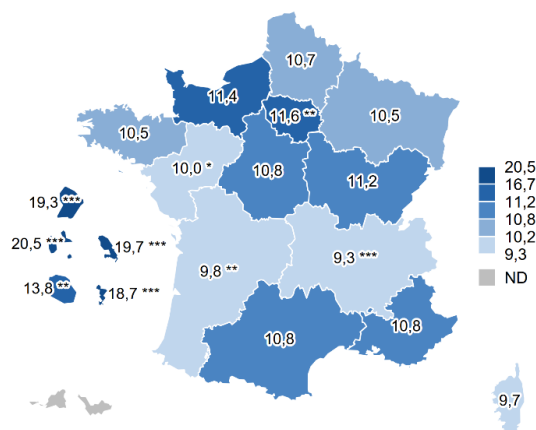
## Mortalité périnatale

### La mortalité périnatale regroupe deux composantes distinctes :

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

En Bourgogne-Franche-Comté, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 11,2 décès pour 1 000 naissances (comme celui de la France) (**Carte 15**).

**Carte 15. Taux régional de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024**

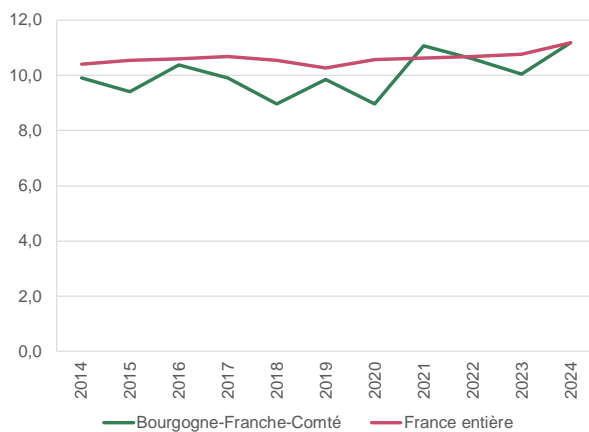


Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001  
ND = non disponible

Le taux de mortalité périnatale restait inférieur ou dans les valeurs observées au niveau national. La baisse amorcée depuis le pic ne s'est pas confirmée en 2024 (**Figure 48**).

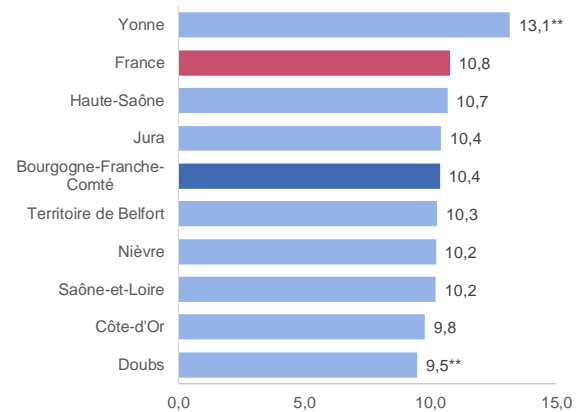
Au niveau départemental, le taux de mortalité périnatale sur la période 2020-2024 variait de 9,5 (Doubs) à 13,1 (Yonne) pour 1 000 naissances (**Figure 49**). Le département de l'Yonne présentait sur la période 2020-2024 le plus haut taux global de mortalité périnatale d'après les données SNDS.

**Figure 48. Evolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), en France entière et en Bourgogne-Franche-Comté, 2014- 2024**



Source : SNDS

**Figure 49. Taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales) en France entière et en Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



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

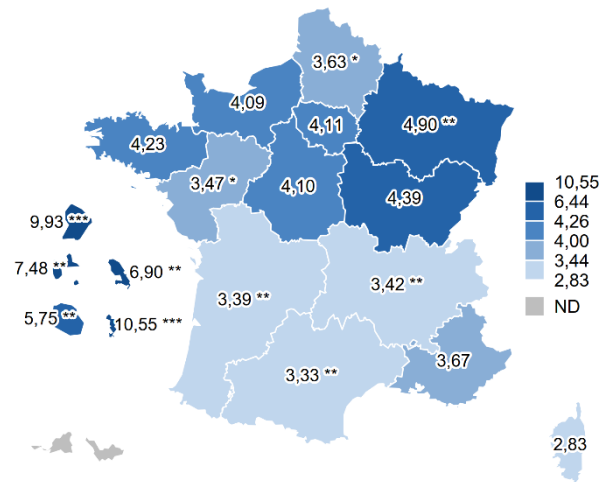
## Mortalité infantile

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 Bourgogne-Franche-Comté, 98 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 4,39 décès pour 1 000 naissances vivantes (4,39 ‰), élevé mais sans être différent de celui observé en France (4,08 ‰) du fait de l'incertitude de l'estimation (

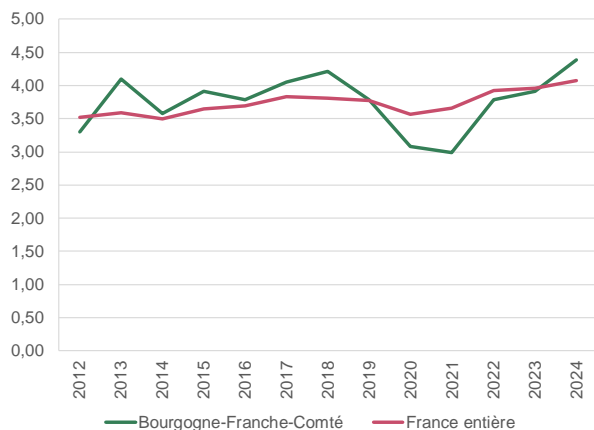
Carte 16).

**Carte 16. 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

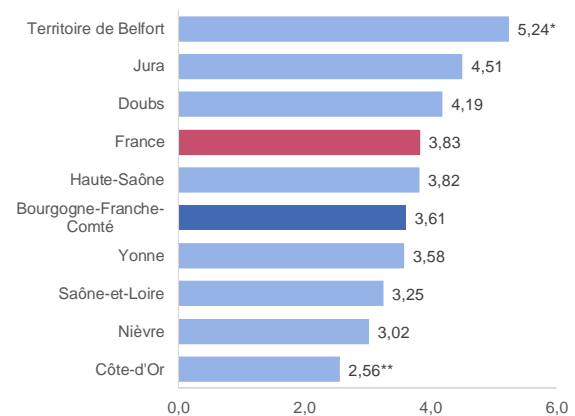
Le taux de mortalité infantile présentait une tendance à la hausse entre 2012 et 2024, avec des taux annuels en baisse marquée pendant la crise Covid-19 en Bourgogne-Franche-Comté [1] (Figure 50). À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile sur la période 2020-2024 présentait des disparités, avec un taux plus faible de 2,6 ‰ en Côte-d'Or (le taux de 5,2 ‰ dans le Territoire-de-Belfort n'étant pas statistiquement différent de la moyenne) (Figure 51).

**Figure 50. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012- 2024**



Source : Etat Civil

**Figure 51. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



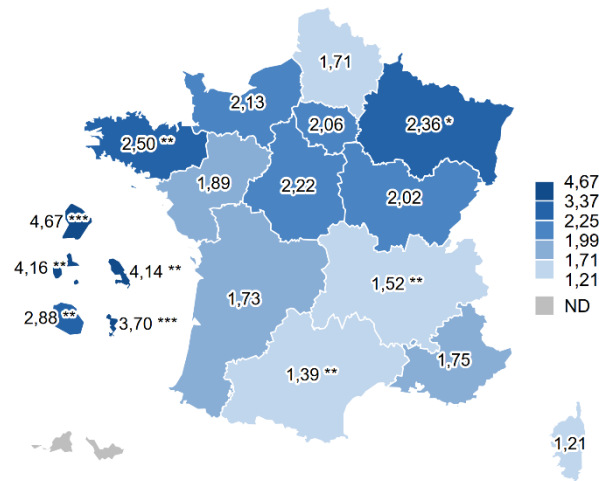
Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

## Mortalité néonatale précoce

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

En Bourgogne-Franche-Comté, 45 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 2,02 décès pour 1 000 naissances vivantes (2,02 ‰), comparable à celui observé en France (1,99 ‰) (Carte 17).

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

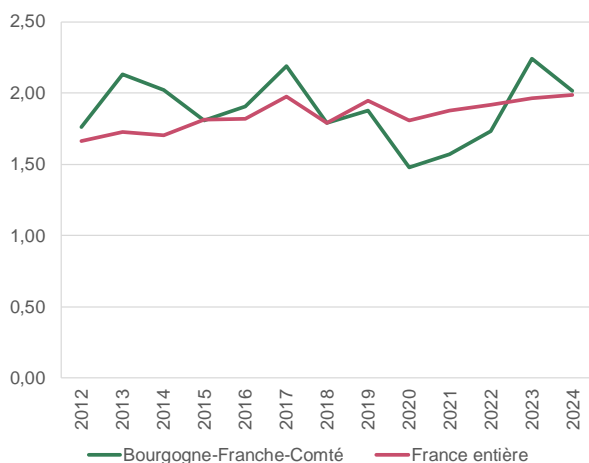


Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

La mortalité néonatale précoce est restée globalement stable en Bourgogne-Franche-Comté avec des fluctuations par rapport au niveau national. Elle était au-dessus des valeurs nationales jusqu'en 2018, puis en dessous jusqu'en 2022 et de nouveau au-dessus ou dans les valeurs de la France en 2023 et 2024. Une tendance à la hausse pouvait être observée au niveau national (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [1] (Figure 52).

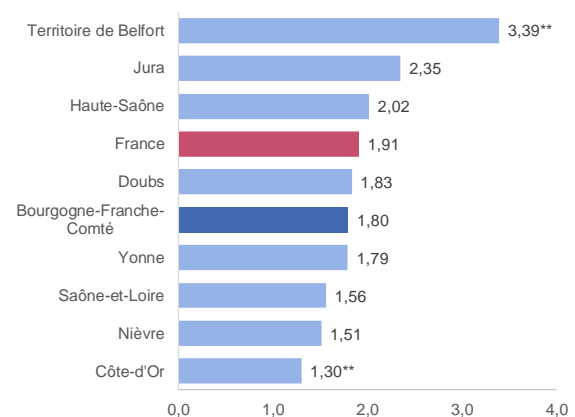
A l'échelle départementale, en 2020-2024, le taux de mortalité néonatale précoce variait de 1,30 décès pour 1 000 naissances en Côte-d'Or à 3,39 décès pour 1 000 naissances dans le Territoire-de-Belfort (Figure 53).

**Figure 52. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012-2024**



Source : Etat Civil

**Figure 53. Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



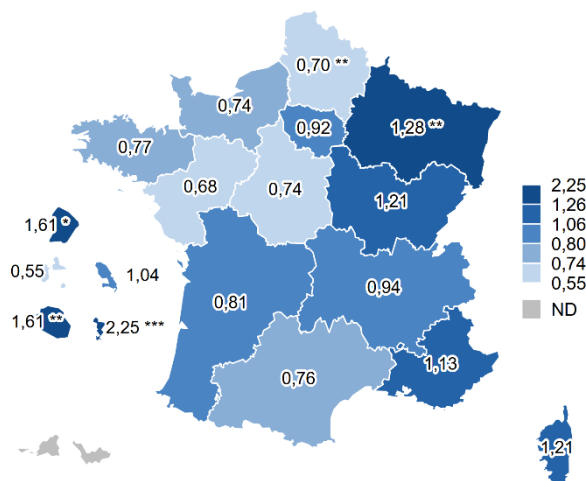
Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

## Mortalité néonatale tardive

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

En Bourgogne-Franche-Comté, 39 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 1,21 décès pour 1 000 naissances vivantes (1,21 ‰), comparable à celui observé en France (0,94 ‰) (**Carte 18**).

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

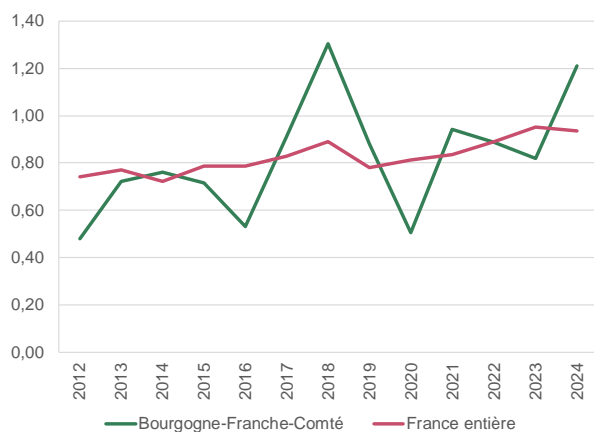


Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

Dans la région, la mortalité néonatale tardive a globalement évolué à la hausse entre 2012 (0,48 ‰) et 2024 (1,21 ‰), avec un pic en 2018 (1,30 ‰). Une tendance à la hausse était par ailleurs observée au niveau national (2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 54**).

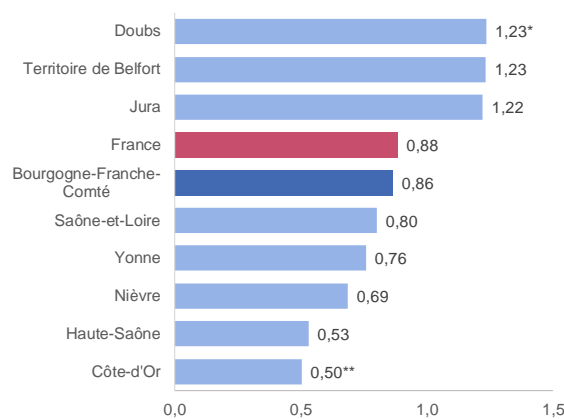
A l'échelle départementale, le taux de mortalité néonatale tardive sur la période 2020-2024 variait de 0,50 ‰ en Côte-d'Or à 1,23 ‰ dans le Doubs (**Figure 55**).

**Figure 54. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012- 2024**



Source : Etat Civil

**Figure 55. Taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



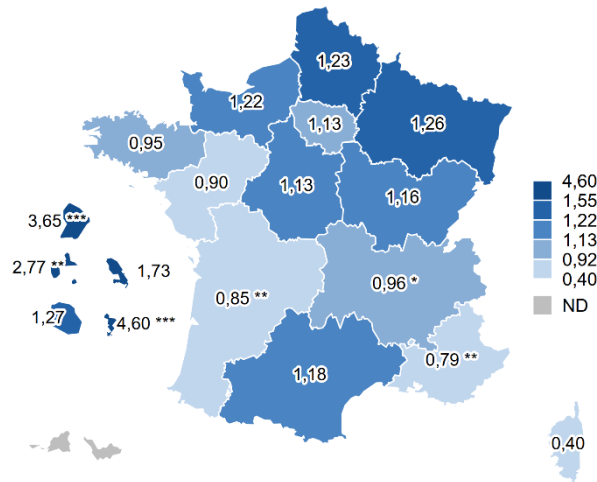
Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$

## Mortalité post-néonatale

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

En Bourgogne-Franche-Comté, 26 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 1,16 décès pour 1 000 naissances vivantes (1,16 ‰), identique à celui observé en France (1,16 ‰) (**Carte 19**).

**Carte 19. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**

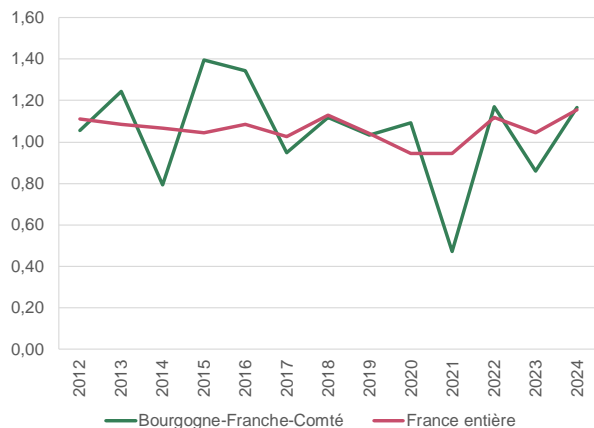


Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

En Bourgogne-Franche-Comté, la mortalité post-néonatale était globalement stable avec un pic observé en 2015 atteignant 1,40 ‰. Une tendance stable était par ailleurs observée en France entre 2014 et 2024 [1] (**Figure 56**).

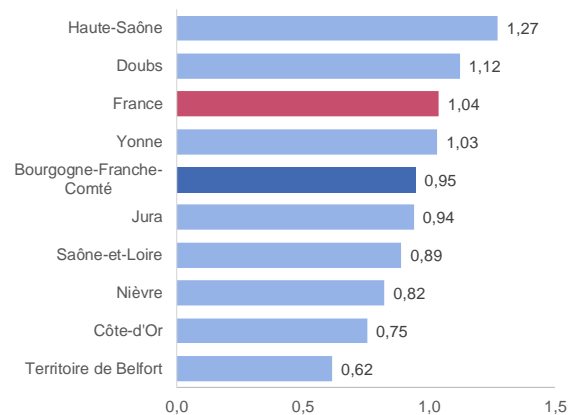
A l'échelle départementale, le taux de mortalité post-néonatale sur la période 2020-2024 variait de 0,62 ‰ dans le Territoire-de-Belfort à 1,27 ‰ en Haute-Saône (**Figure 57**).

**Figure 56. Evolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Bourgogne-Franche-Comté, période 2012- 2024**



Source : Etat Civil

**Figure 57. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et Bourgogne-Franche-Comté (région et départements), 2020-2024**



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

## Prévention et promotion de la santé périnatale

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

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



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

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

#### Étude EVANE

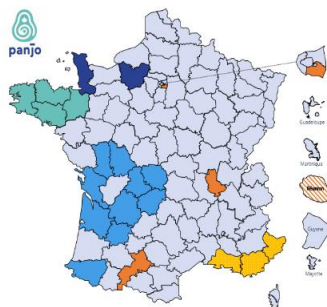


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression ressentie et sentiment de compétence parental) et certaines pratiques parentales (lecture, petits jeux, activités etc.). 5 235 pères et 5 050 mères d'enfants de 0-2 ans vivant en France hexagonale ont participé. Des synthèses thématiques de résultats seront diffusées d'ici fin 2026, début 2027.

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

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

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



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

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

## Promotion des comportements favorables à la santé

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

### La vaccination



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

### Calendrier vaccinal des femmes enceintes



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

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

### Aide à distance



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

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



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

### Dépliants Grossesse sans tabac et sans Alcool



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

## Nutrition et promotion de l'activité physique

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



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

## Le Guide de l'allaitement maternel



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

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

## Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

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

## Promouvoir la santé périnatale des personnes migrantes

Les livrets de santé bilingues



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



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

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

## Les projets prévention de la région Bourgogne-Franche-Comté

### L'entretien prénatal précoce et l'entretien post natal précoce

Ce sont des éléments phares de la politique périnatale. Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2020, l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) est devenu obligatoire dans le suivi de grossesse et doit être systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes. L'entretien postnatal précoce (EPNP) a été, quant à lui, rendu obligatoire en 2022 afin de repérer les premiers signes de la dépression du post-partum (DPP) ou les facteurs de risque qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint.

L'ARS BFC a été très impliquée depuis 2016 au niveau national dans le cadre des travaux pour la mise en place de boîte à outil (communication formation).

La pratique efficace de l'EPNP nécessite de former les professionnels de la maternité, de la protection maternelle et infantile (PMI), les médecins généralistes, les sages-femmes et gynécologues de ville à reconnaître les signes de décompensation. De ce fait, l'ARS BFC a mis en place et finance des formations. Enfin, l'ARS BFC assure un suivi du taux de réalisation annuel par département.

Quelques chiffres en Bourgogne-Franche-Comté :

En 2024 : près de 14 000 bénéficiaires d'EPP (+2,6 % par rapport à 2023)

Près de 650 professionnels de santé formés à l'EPP et à l'EPNP

Source : ARS BFC

Pour en savoir plus :

[Entretien prénatal précoce | Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté \(download\)](#)

[Entretien Post-natal Précoce - DSRP-FC](#)

[Deux rendez-vous pour aider à se sentir bien](#)

Boîte à outil : [L'entretien prénatal précoce - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées](#)

## Mon espace santé – le parcours grossesse



Les femmes enceintes peuvent déposer leur déclaration de grossesse dans **Mon Espace Santé**. L'outil propose un suivi de la grossesse mois par mois.

Mon Espace Santé fluidifie la gestion du dossier médical en lien avec les nombreux professionnels de santé, libéraux et hospitaliers en rendant visibles les étapes importantes de la grossesse, les documents utiles et les informations de prévention.

L'agenda de Mon Espace Santé permet d'anticiper les nombreux rendez-vous nécessaires pour le suivi de la grossesse.

Mon espace santé en Bourgogne Franche-Comté : 4 ans après, une montée en charge rapide, des résultats visibles | Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté

## Maternités éco-responsable

Dans le cadre de l'action « Sensibilisation des femmes enceintes et des parents aux risques environnementaux au moment de la naissance » de la Feuille de route 2024-2030, une enquête a été menée au cours de l'été 2025 auprès des maternités de la région. Des maternités ont mis en place différentes actions. Parmi les thématiques, on peut citer : la réduction des déchets (33 %), suivie par la mobilité douce et logistique (29 %). - Source : ARS BFC.

## Intervention des partenaires de Santé publique France

### FEES



Le projet Femmes enceintes environnement et santé (FEES) est porté par l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA) et certaines unions régionales de la Mutualité française. Il consiste à former les professionnels de santé et sensibilise les futurs et jeunes parents aux expositions domestiques aux polluants. Il vise à créer un environnement favorable à la santé des femmes enceintes et des nourrissons, en transmettant des conseils validés scientifiquement, simples à appliquer. Créé à l'origine en Nord-Pas-de-Calais puis déployé en Hauts-de-France, le projet se développe actuellement dans les régions Ile-de-France, Centre-Val de Loire, Provence-Alpes Côte d'Azur, Grand-Est, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec les acteurs locaux. En Bourgogne-Franche-Comté, depuis le 20 octobre 2025, des ateliers sont proposés à la maternité de Mâcon. Pour en savoir plus : <https://www.ch-macon.fr/actualites/ateliers-parentalite/>

### IHAB



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

## Méthodologie

### Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

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

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

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

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

### Sources de données

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

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

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

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

#### Limites :

- L'enquête n'est pas conçue pour produire des indicateurs régionaux robustes pour toutes les régions notamment celle enregistrant moins de 400 naissances (Bourgogne-Franche-Comté = 428 en maternité ; 293 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 pages, 8 juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/anomalies-congenitales/bulletin-national/sante-perinatale-et-petite-enfance-en-france-entre-2012-2024>
- [2] Groupe de travail « Indicateurs ScanSanté » de la FFRSP. Indicateurs de santé périnatale, France hexagonale et DROM. Février 2026. 53 pages. Disponible à partir de l'URL : <https://ffrsp.fr>
- [3] Gomes E, Menguy C, Cahour L, Lebreton É, Regnault N et le groupe de travail sur les indicateurs en périnatalité. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019. Santé publique France. Saint-Maurice : 2024. 165 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [4] Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. *Biol Neonate* 2001 ; 80:277-285. Courbes mises à jour en 2006.
- [5] Salanave B, Lebreton E, Demiguel V, Regnault N et « Epifane2021 Study Group ». Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude 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 de l'Etat  
C2S : Complémentaire santé solidaire  
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès  
CMV : Infection à cytomégalovirus  
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales  
Cnam : Caisse nationale de l'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 en périnatalité  
HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé publique  
HPP : Hémorragie post-partum  
HTA : Hypertension artérielle  
IHAB : Initiative Hôpital ami des Bébé  
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
IST : Infection sexuellement transmissible  
MIN : Mort inattendue du nourrisson  
MCAD : *Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase*  
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique  
OMS : Organisation mondiale de la Santé  
PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
RSEV : Réseau de suivi des enfants 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 : Émilie Guillemin, Valérie Thomassin.

## Équipe de rédaction

**Auteurs :** [Rédacteur principal] +/- Délégué régional

**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 Bourgogne-Franche-Comté. Saint-Maurice : Santé publique France, 47 pages, 8 juillet 2026

**Directrice de publication :** Aude de Viviés

**Date de publication :** 8 juillet 2026

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