Bulletin
Santé périnatale
et petite enfance

Santé publique France

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION BRETAGNE

Surveillance de la santé périnatale

Édito

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

En Bretagne, comme dans le reste de la France, la situation périnatale est marquée par des enjeux majeurs, parmi lesquels : baisse de la natalité, hausse du diabète gestationnel et défis liés à la santé mentale des femmes en période périnatale. La région se singularise par des taux relativement élevés de comportements à risque, comme le tabagisme pendant la grossesse. Les taux d'allaitement à la maternité et à 2 mois post-partum sont plus faibles qu'au niveau national. En 2024, la Bretagne présente une mortinatalité inférieure à la France entière mais une mortalité néonatale précoce plus élevée que pour la France entière. Le réseau Périnatalité Bretagne travaille à l'analyse de l'évolution et à la description spatiale de la mortalité périnatale Cependant, la Bretagne se distingue positivement – avec des disparités selon les départements – par une bonne mise en œuvre des entretiens prénatal et postnatal précoces, 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.

Alain Le Tertre

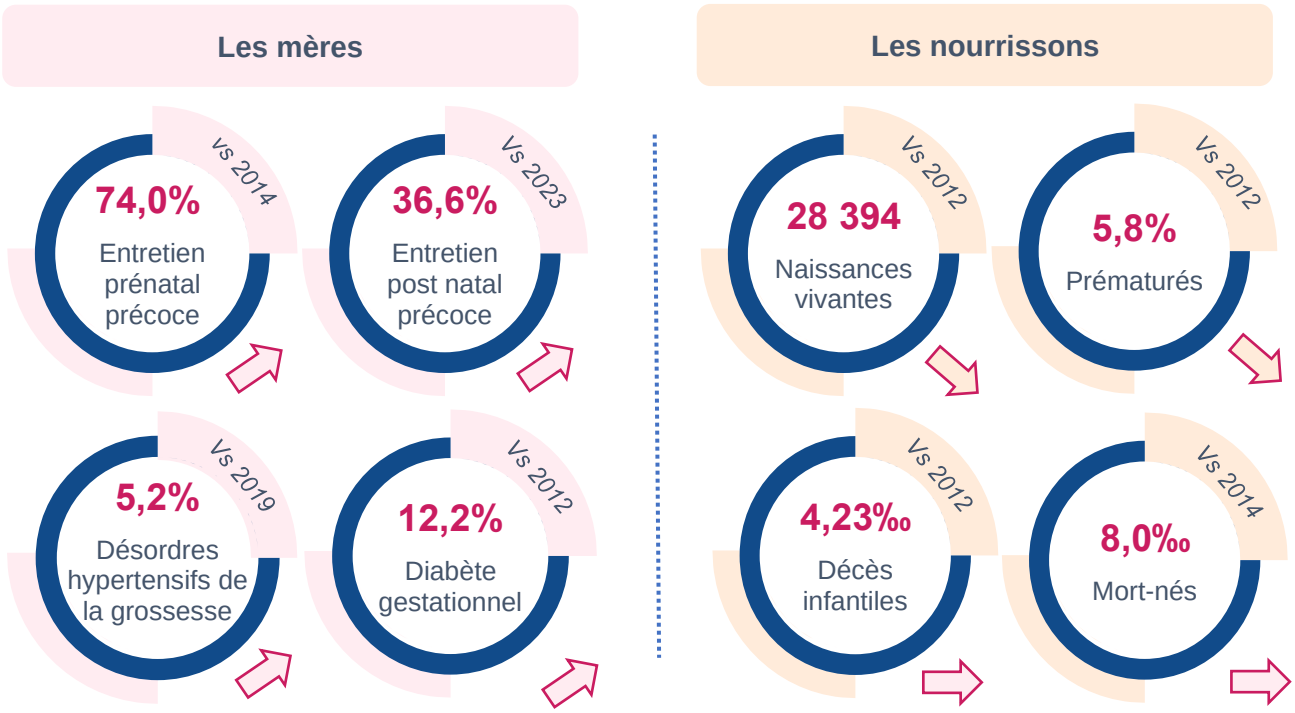
Délégué régional Bretagne

SOMMAIRE

Édito 1
8 chiffres-clés en Bretagne 2
Autres points-clés en Bretagne 2
Caractéristiques socio-démographiques 3
Facteurs de risque et comportementaux 7
Grossesse et accouchement 10
Naissances vivantes 20
Post-partum 22
Mortalité 28
Prévention et promotion de la santé périnatale 37
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 Bretagne en 2024



Autres points-clés en Bretagne

- La part des femmes de 35 ans ou plus à l'accouchement a progressé et atteint 24,3 % en 2024. À l'inverse, les grossesses « adolescentes » (< 20 ans) ont reculé (1,4 % en 2024).
- Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou de la Complémentaire santé solidaire (C2S) étaient en augmentation et représentaient en 2024 (respectivement 1,2 % et 9,8 % des femmes ayant accouché en Bretagne), suggérant une hausse de la précarité.
- La prévalence des femmes en situation de surpoids avant la grossesse (36,6 % en 2021) et du diabète préexistant (0,64 % en 2024) sont en hausse dans la région, comme en France entière.

- Les parts de fumeuses un an avant leur grossesse (29,5 %), au 3e trimestre de grossesse (15,9 %) et à 2 mois du post-partum (19,0 %) sont plus élevées en Bretagne que celles observées en France entière en 2021.
- En 2021, 71,8 % des femmes ont tenté d'allaiter leur bébé, 63,6 % ont pu mettre en place un allaitement mixte ou exclusif en maternité et, à 2 mois, 45 % des enfants avaient un allaitement mixte ou exclusif
- En 2021, 12,1 % des nouveau-nés sont hospitalisés ou transférés à la naissance, un taux supérieur à celui de la France entière (11,5 %).
- Seuls 85,3 % des nourrissons couchés sont systématiquement sur le dos deux mois après la naissance et 11,1 % sont principalement couchés dans le lit des parents (pratique à risque).
- Le taux de mortalité maternelle atteint 10,5 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2013 et 2018, soit un taux régional légèrement inférieur à la France entière (11,1 décès pour 100 000)

Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques - Bretagne

Indicateurs	Source	Bretagne		France	
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	**28 394**		**659 731**	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	**8,2**		**9,6**	
Caractéristiques démographiques des mères					
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	**1,4**		**1,8**	
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	**24,3**		**25,8**	
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	**58,9**	[54,5 - 63,3]	**58,0**	[57,1 - 58,9]
Femmes immigrées (%)	Etat civil (2024)	**14,6**		**26,2**	
Cadre de vie					
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	**93,5**	[90,9 - 95,5]	**90,6**	[90,1 - 91,1]
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	**74,8**	[70,8 - 78,5]	**68,1**	[67,3 - 68,9]
Bon sentiment d'aisance financière[1] (%)	ENP (2021)	**59,5**	[55,1 - 63,9]	**57,7**	[56,8 - 58,6]
Bénéficiaire AME ou C2S (%)	SNDS (2024)	**10,9**		**17,4**	
Bénéficiaire AME (%)	SNDS (2024)	**1,2**		**2,5**	
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	**9,8**		**14,9**	

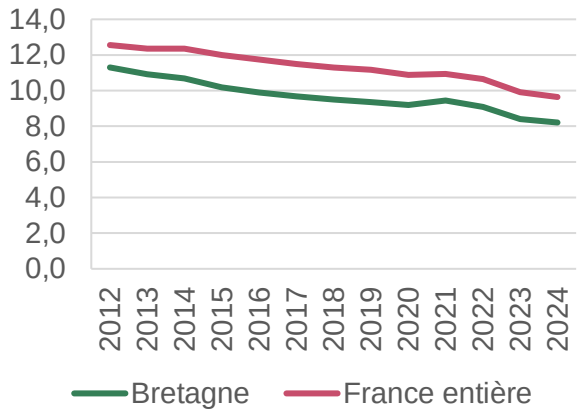
[1] Sentiment d'aisance financière = "ça va" ou "plutôt à l'aise" ou "vraiment à l'aise"

Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, plus de 28 000 naissances ont été enregistrées en 2024 en Bretagne, soit un taux de natalité de 8,2 naissances pour 1 000 habitants (8,2 ‰). 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 11,2 ‰ à 8,2 ‰, soit environ 12 000 naissances annuelles en moins par rapport à 2012 **(Figure 1)**.

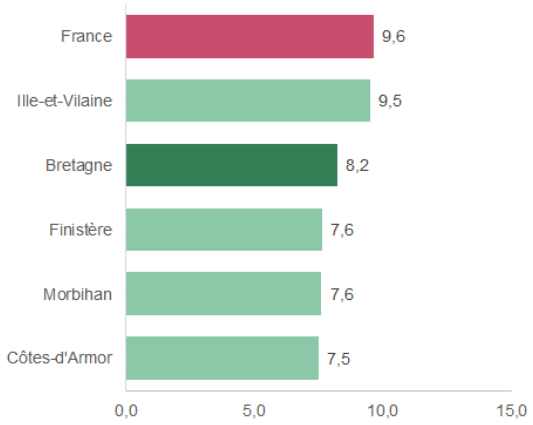
Au niveau départemental, en 2024, les taux de natalité variaient entre 7,5 ‰ dans les Côtes d'Armor et 9,5 ‰ en Ille-et-Vilaine, seul département de la région qui se démarquait avec un taux de natalité proche de la moyenne nationale **(Figure 2)**.

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



Source : Etat civil

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



Source : Etat civil ;

Caractéristiques démographiques

Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), près d'un quart des femmes ayant accouché en 2024 en Bretagne (24,3 %) étaient âgées de 35 ans ou plus. Cette proportion, comparable au niveau national, est en constante progression depuis 2012 **(Figure 3)**.

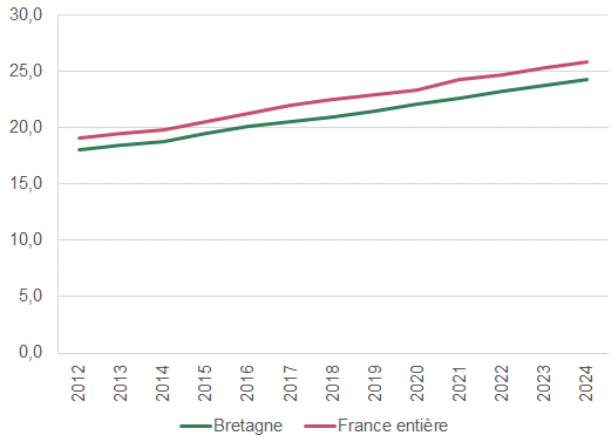
Au niveau départemental, la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus variait entre 22,0 % dans les Côtes d'Armor et 25,0 % en Ille-et-Vilaine **(Figure 4)**.

Sur la même période (2012-2024), la part des femmes âgées de moins de 20 ans était en diminution, passant de 1,8 % à 1,4 % **(Tableau 1)**.

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

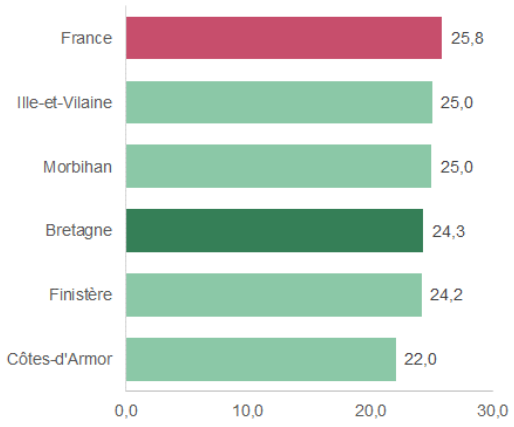
Des évènements périnatals défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

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



Source : SNDS

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



Source : SNDS ;

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), 58,9 % des femmes ayant accouché en Bretagne avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national) **(Tableau 1)**. Cette proportion est stable par rapport aux précédentes éditions de l'ENP.

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 14,6 % des femmes accouchant en Bretagne étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) **(Tableau 1)**.

Cadre de vie

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

Une large majorité d'entre elles, 93,5 %, se déclarait en couple, dans le même logement (France = 90,6 %, **Tableau 1**). En revanche, l'exercice d'un emploi des femmes durant la grossesse était plus fréquent en Bretagne qu'au niveau national : 74,8 % d'entre elles déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse contre 68,1 % au niveau national.

En 2021, le sentiment d'aisance financière des mères en Bretagne (59,5 %) était lui aussi légèrement supérieur au niveau national (57,7 %) et le plus élevé parmi l'ensemble des régions de la France hexagonale.

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

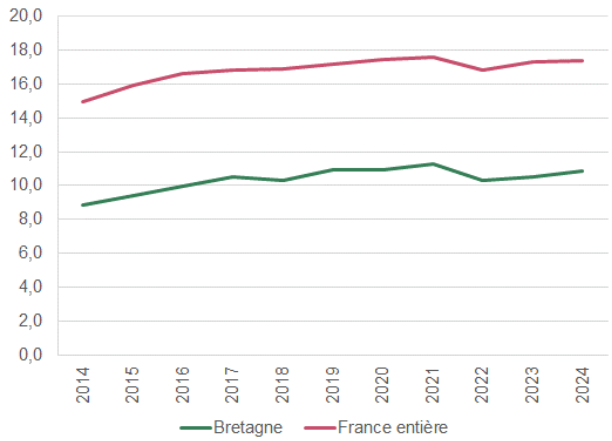
- La Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite (ex CMU-C) offre une prise en charge gratuite des soins de santé aux résidents légaux dont les revenus annuels sont inférieurs à 60 % du seuil de pauvreté.
- L'Aide médicale de l'État (AME) permet de bénéficier d'une couverture médicale gratuite pour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

Les indicateurs issus du SNDS concernant l'AME et la C2S gratuite doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs tables sources existent, et leur combinaison peut varier selon les approches. Dans ce bulletin, nous avons retenu les femmes ayant bénéficié de ces dispositifs à tout moment entre le début de la grossesse et deux mois après l'accouchement.
Il est important de noter que l'accès effectif à ces dispositifs dépend de démarches administratives, ce qui peut influencer les disparités observées et leur évolution dans le temps.

En 2024, en Bretagne, 10,9 % des femmes ayant accouché étaient en situation de faibles revenus, bénéficiaires soit de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite, soit de l'Aide médicale de l'État (AME). Cette proportion était de 8,8 % en 2014 et reste chaque année inférieure au niveau national, y compris en 2024 (France = 17,4 %) **(Figure 5)**.

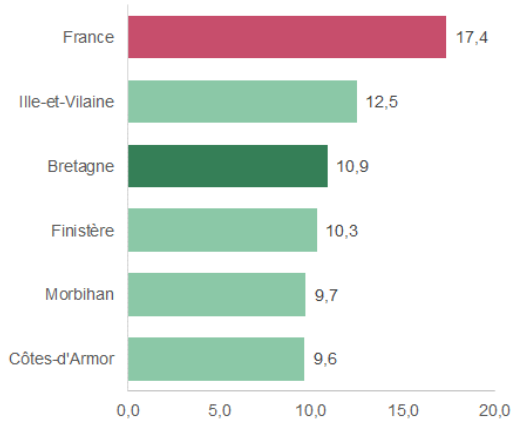
En 2024, elle variait de 9,6 % en Côtes-d'Armor à 12,5 % en Ille-et-Vilaine **(Figure 6)**.

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 Bretagne, 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 Bretagne (région et départements), 2024



Source : SNDS ;

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, 1,2 % des femmes qui accouchaient en Bretagne étaient en situation irrégulière sur le territoire français et en étaient bénéficiaires en 2024 (2,5 % au niveau national). La part des femmes bénéficiaires de l'AME en Bretagne a peu évolué ces dernières années, elle était de 0,5 % en 2014 **(Tableau 1)**.

Concernant la C2S gratuite (ex CMU-C), la proportion de femmes bénéficiaires en Bretagne était de 9,8 % en 2024, inférieure au niveau national (14,9 %) et stable ces dernières années (8,4 % en 2014). A noter que le plafond maximal de ressources annuelles pour bénéficier de la C2S a également augmenté sur la même période, passant de 8 645 € pour une personne seule en 2014 à 10 166 € pour une personne seule en 2024 **(Tableau 1)**.

Facteurs de risque et comportementaux

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux - Bretagne

Indicateurs	Source	Bretagne	France
Traitement de l'infertilité			
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	**7,4** [5,3 - 10,1]	**6,5** [6,0 - 6,9]
Facteur de risque			
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	**36,6** [32,4 - 41,0]	**37,9** [37,0 - 38,7]
Femme présentant un diabète préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	**0,64**	**0,92**
Femme présentant une hypertension artérielle chronique (%)	SNDS (2024)	**1,26**	**1,63**
Tabagisme			
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	**29,5** [25,6 - 33,7]	**26,8** [26,0 - 27,6]
Fumeuses au 3e trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	**15,9** [12,8 - 19,4]	**11,8** [11,3 - 12,4]
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	**19,0** [14,7 - 24,0]	**15,1** [14,2 - 16,0]

Traitement de l'infertilité

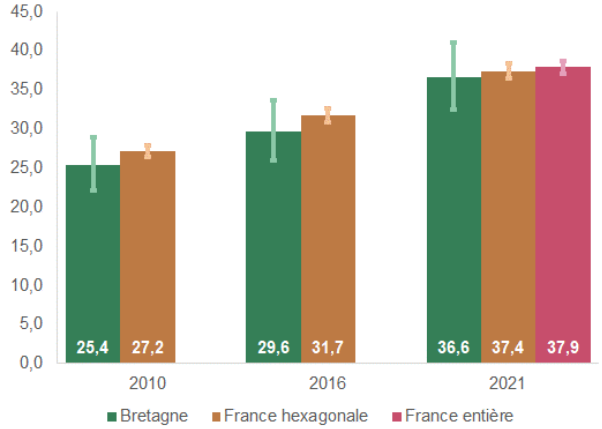
Selon les données de l'ENP 2021, 7,4 % des femmes venant d'accoucher en Bretagne déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), taux supérieur à celui observé en France entière (6,5 %) **(Tableau 2)**.

Facteurs de risque

Entre 2010 et 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité (indice de masse corporel supérieur à 25) avant la grossesse a augmenté en Bretagne, passant de 26,4 % à 36,6 % ; la même tendance était observée en France hexagonale **(Figure 7, Carte 1)**.

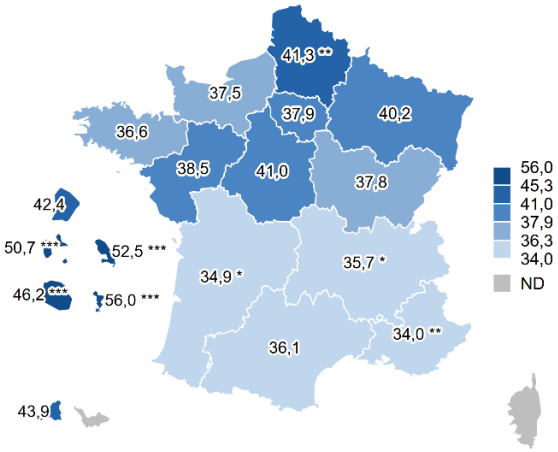
Le surpoids chez la femme enceinte est un facteur de risque de plusieurs complications de la grossesse
Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte exposent à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension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

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

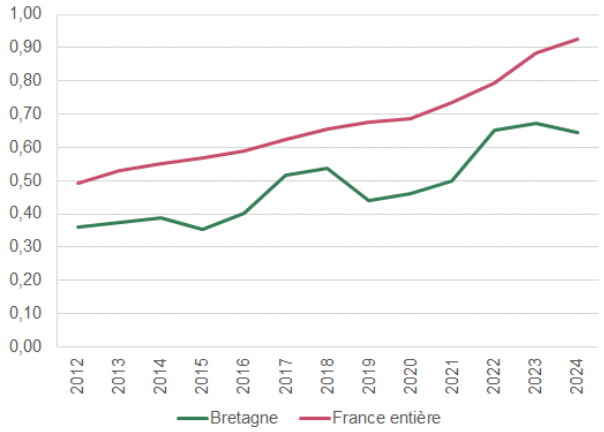


Source : ENP ; ;
ND = non disponible

La prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) a presque doublé en 12 ans en Bretagne, passant de 0,36 % en 2012 à 0,64 % 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.

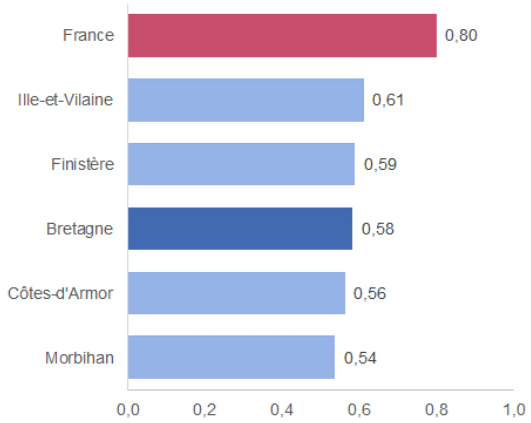
Au niveau départemental, Sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 0,54 % dans le Morbihan et 0,61 % en Ille-et-Vilaine **(Figure 9)**.

Figure 8. Evolution de la part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), France entière et Bretagne, 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 Bretagne (région et départements), 2020-2024

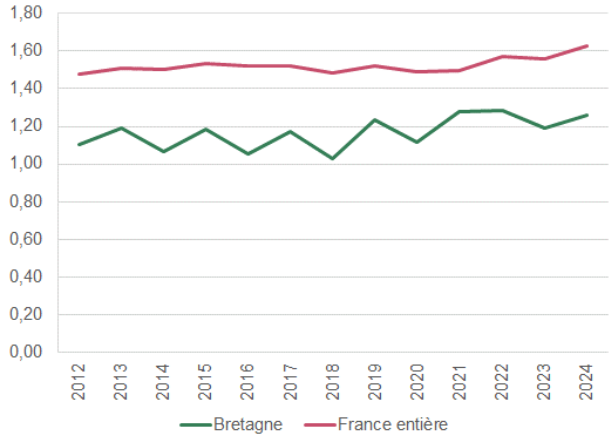


Source : SNDS

Après plusieurs années de stabilité, la prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique a légèrement progressé depuis 2012 (de 1,1 % à 1,26 % en 2024). En 2024, la prévalence était plus faible en Bretagne qu'en France entière (1,63 %) **(Figure 10)**.

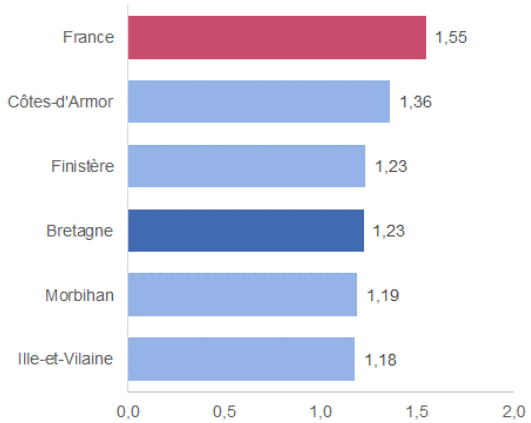
Au niveau départemental sur la période 2020-2024, cette proportion variait entre 1.18 % en Ille-et-Vilaine et 1.36 % dans les Côtes d'Armor **(Figure 11)**.

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



Source : SNDS

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



Source : SNDS ;

Tabagisme

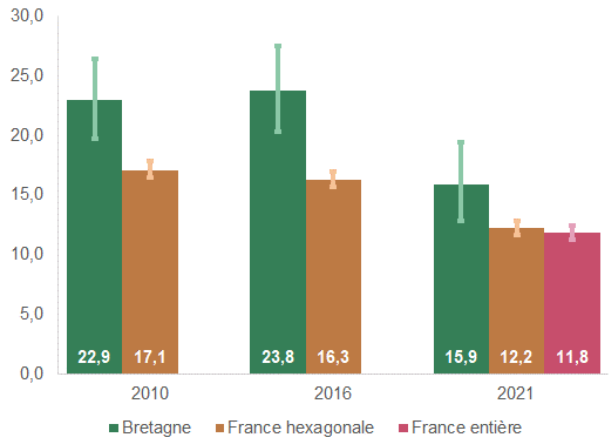
Les indicateurs présentés ici concernent la consommation de tabac (cigarettes industrielles et tabac à rouler), à l'exclusion des cigarettes électroniques et autres produits du vapotage.

La consommation de tabac durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité materno-fœtale
Les effets néfastes, tels que placenta prævia, grossesse extra-utérine, faible poids à la naissance, prématurité, sur la santé de la mère et de l'enfant sont bien documentés.

En 2021, 29,5 % des femmes déclaraient fumer un an avant leur grossesse en Bretagne (versus 26,8 % en France entière) **(Tableau 2)**. Cette proportion diminuait au 3e trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 15,9 % (versus 11,8 % en France entière), pour remonter légèrement à 2 mois du post-partum (19,0 %) (versus 15,1 % en France entière). Les parts des fumeuses un an avant leur grossesse, au 3e trimestre de grossesse **(Carte 2)** et à 2 mois du post-partum étaient plus élevées que celles observées en France entière.

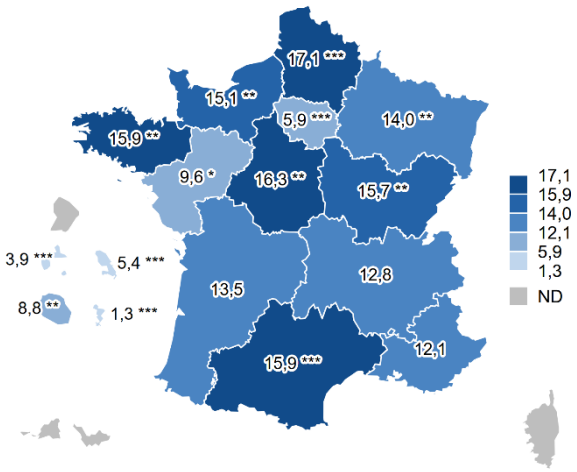
Entre 2010 et 2016, la part des fumeuses au 3e trimestre de grossesse a diminué en Bretagne, pour se stabiliser en 2021 à 15,9 % **(Figure 12)**.

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



Source : ENP

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



Source : ENP ;
ND = non disponible

Grossesse et accouchement

Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement - Bretagne

Indicateurs	Source	Bretagne		France	
Suivi de la grossesse					
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	**89,2**	[84,2 - 93,0]	**79,5**	[78,3 - 80,6]
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	**51,2**	[45,3 - 57,1]	**34,4**	[33,3 - 35,6]
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)	**74,0**		**62,1**	
Prévention					
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	**33,9**	[29,7 - 38,3]	**27,2**	[26,4 - 28,1]
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalovirus (CMV) (%)	ENP (2021)	**12,1**	[9,4 - 15,3]	**15,7**	[15,1 - 16,4]
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	**69,6**	[65,4 - 73,6]	**56,4**	[55,6 - 57,3]
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	**40,6**	[36,3 - 45,0]	**29,0**	[28,2 - 29,8]
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	**79,8**	[74,9 - 84,1]	**66,7**	[65,5 - 68,0]
Pathologies de la grossesse					
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	**59,7**	[55,3 - 64,0]	**64,1**	[63,2 - 64,9]
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	**87,5**		**89,5**	
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	**12,2**		**15,0**	
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	**5,2**		**5,5**	
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	**1,9**		**2,2**	
Pré-éclampsie (%)	SNDS (2024)	**2,7**		**2,5**	
Santé mentale					
Grossesse non souhaitée ou non planifiée[1] (%)	ENP (2021)	**15,7**	[12,6 - 19,2]	**17,1**	[16,5 - 17,8]
Mauvais vécu de la grossesse[2] (%)	ENP (2021)	**10,5**	[8,0 - 13,5]	**12,5**	[11,9 - 13,1]
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	**28,9**	[25,0 - 33,1]	**31,9**	[31,1 - 32,8]
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	**10,3**	[7,8 - 13,3]	**8,8**	[8,3 - 9,3]
Lieu d'accouchement					
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	**7,2**		**16,1**	
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	**43,5**		**28,4**	
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	**15,9**		**24,3**	
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	**33,4**		**31,2**	
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	**21,1**		**19,2**	
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	**8,4**	[6,0 - 11,2]	**7,7**	[7,2 - 8,2]
Mode d'accouchement					
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	**20,6**		**22,0**	
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	**6,3**		**7,0**	
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	**79,4**		**78,0**	
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	**66,5**		**66,9**	
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	**2,7**		**2,8**	
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	**5,2**		**5,5**	
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	**1,2**		**1,1**	
Complications					
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	**6,9**		**7,3**	
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	**0,69**		**1,00**	
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	**1,45**		**1,36**	

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

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

Suivi de la grossesse

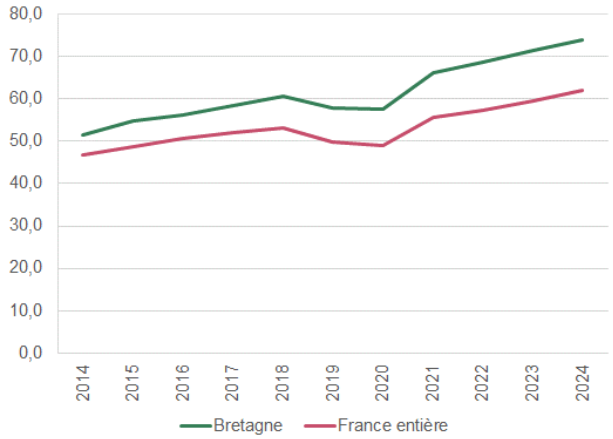
Un suivi de grossesse régulier et de qualité, incluant des temps dédiés comme l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et la préparation à la naissance, est un levier clé pour réduire les risques maternels et néonatals.

En 2024, selon les données du SNDS, 74 % des femmes ayant accouché en Bretagne ont bénéficié d'un Entretien Prénatale Précoce (EPP) plaçant la Bretagne parmi les régions pour lesquelles ce taux était supérieur au niveau national (62,1 %). La réalisation de l'EPP a pratiquement augmenté de 25 points depuis 2014 (51,6 %) **(Figure 13)**.

Au niveau départemental en 2024, l'écart entre les départements était notable, variant de 70,4 % dans les Côtes-d'Armor à 80,7 % dans le Finistère **(Figure 14)**.

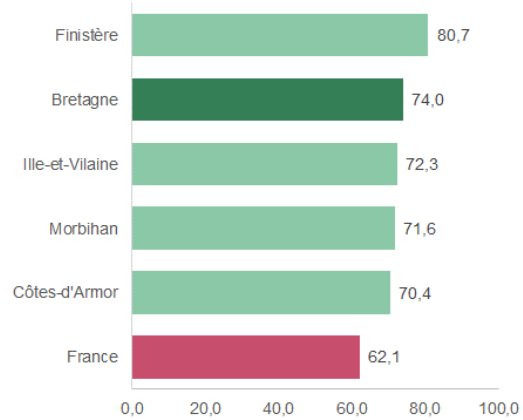
Il est à noter l'écart important entre les données autodéclarées dans l'ENP 2021, puisque 44,8 % des femmes ayant accouché en Bretagne déclaraient avoir bénéficié d'un EPP (données non présentées), versus 66,2 % selon le SNDS pour la même année. Cet écart pourrait s'expliquer par une méconnaissance de 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 Bretagne, période 2014-2024



Source : SNDS

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



Source : SNDS ;

En 2021, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 89,2 % des cas contre 51,2 % parmi les multipares. Les séances de préparation étaient davantage suivies en Bretagne qu'au niveau national où ces proportions atteignaient respectivement 79,5 % et 34,4 % **(Tableau 3)**.

Prévention

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

En 2021, 33,9 % des femmes en Bretagne déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Si ce chiffre a progressé par rapport à 2016 (27,3 %), il demeurait 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, seulement 12,1 % des femmes en Bretagne déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une 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 Bretagne, la vaccination grippale était proposée à 69,6 % des femmes enceintes, mais seulement 40,6 % 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 : 79,8 %, ce qui témoigne d'une meilleure intégration de cette recommandation. En revanche, la proportion de femmes vaccinées contre la coqueluche en Bretagne était une des plus élevées en France hexagonale **(Tableau 3)**.

Pathologies de la grossesse

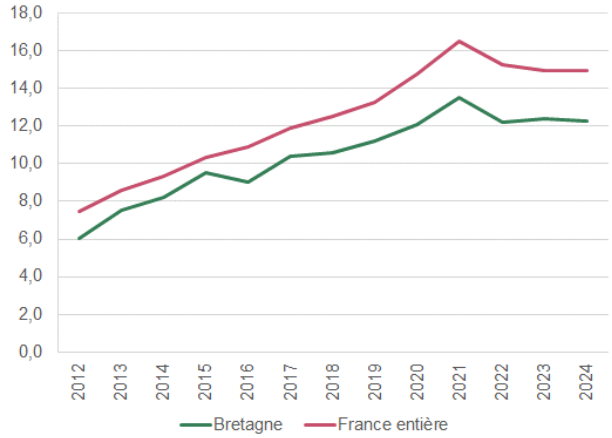
En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis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

En 2021, selon les données de l'ENP, 59,7 % des femmes ayant accouché en Bretagne répondaient à ces critères de risque. Cependant, selon les données du SNDS, en 2024, près de 9 femmes sur 10 (87,5 %) ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel au cours de la grossesse, soit un pourcentage proche d'un dépistage universel et non sur facteurs de risque **(Tableau 3)**.

Entre 2012 et 2021, la prévalence du diabète gestationnel a doublé en Bretagne, passant de 6,1 % à 12,2 %, avant de se stabiliser à partir de 2022 **(Figure 15)**. Cette même évolution défavorable était observée dans le reste de la France.

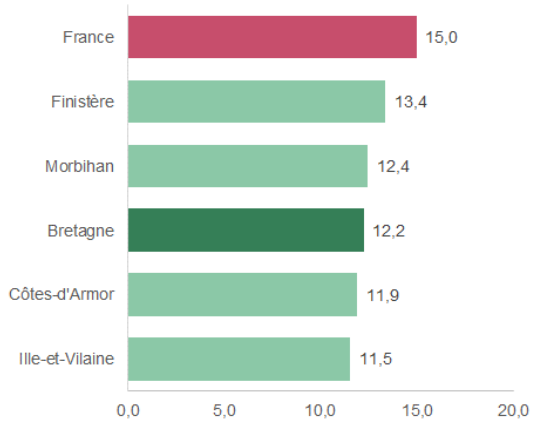
En 2024, la prévalence du diabète gestationnel en Bretagne (12,2 %) était plus faible qu'au niveau national (15,0 %). Le niveau régional était relativement homogène entre départements **(Figure 16)**.

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



Source : SNDS

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

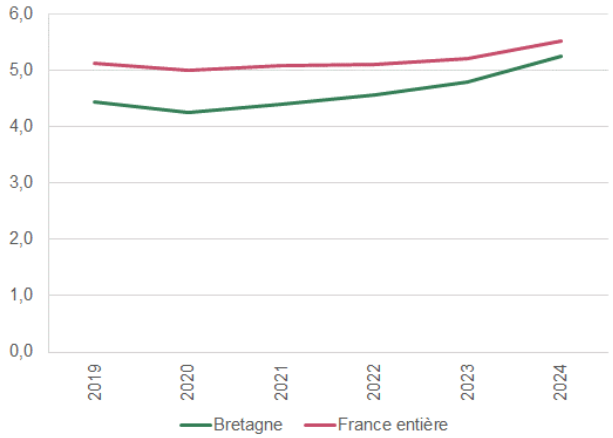


Source : SNDS ;

En 2024, 5,2 % des accouchements en Bretagne étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), versus 4,4 % en 2019. Une évolution similaire était observable en France entière **(Figure 17)**.

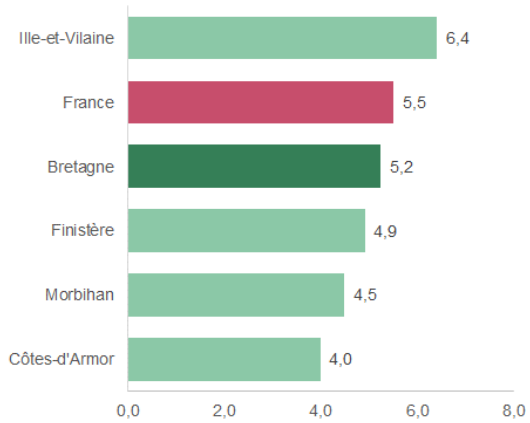
Ces troubles présentaient une répartition géographique départementale contrastée en 2024 avec le département des Côtes-d'Armor avec le taux le plus bas (4 %) versus l'Ille-et-Vilaine avec le taux le plus élevé à 6,4 %. La part des accouchements en Bretagne associés à une désordre hypertensif restait plus faible que le niveau constaté en France **(Figure 18)**.

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



Source : SNDS

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



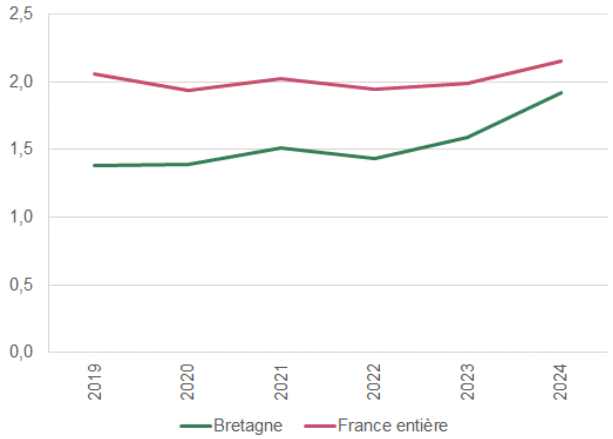
Source : SNDS ;

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

En 2024, la part des femmes en Bretagne présentant une HTA gestationnelle (1,9 %) demeurait inférieure au niveau national (2,2 %). Néanmoins, depuis 2022 il est constaté une progression de la part des femmes avec un HTA gestationnelle suivant la même dynamique que la France entière **(Figure 19)**.

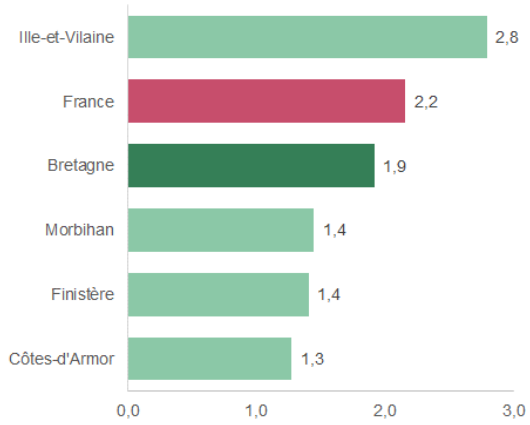
A l'échelle départementale, l'Ille-et-Vilaine présentait la prévalence d'une HTA gestationnelle la plus élevée (2,8 %) **(Figure 20)**.

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



Source : SNDS

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

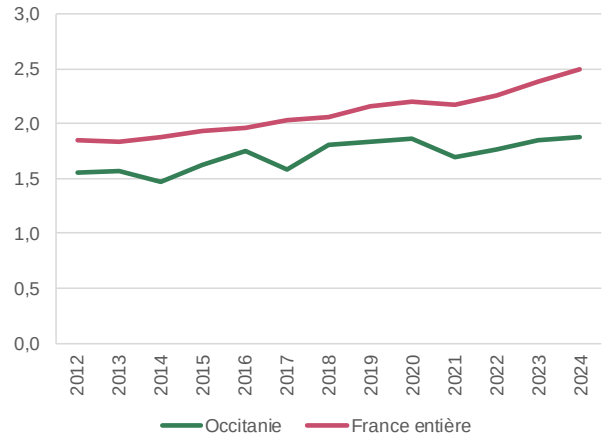


Source : SNDS ;

La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20e semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter modérément entre 2012 (2,3 %) et 2024 (2,7 %) **(Figure 21)**.

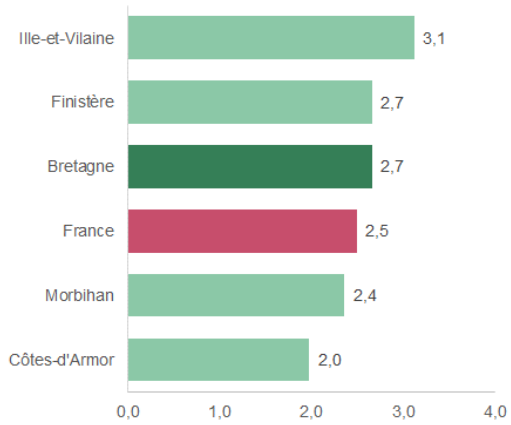
Le département de l'Ille-et-Vilaine présentait une prévalence plus élevée (3,1 %) que la prévalence régionale (2,7 %) ainsi que nationale (2,5 %) **(Figure 22)**.

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



Source : SNDS

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



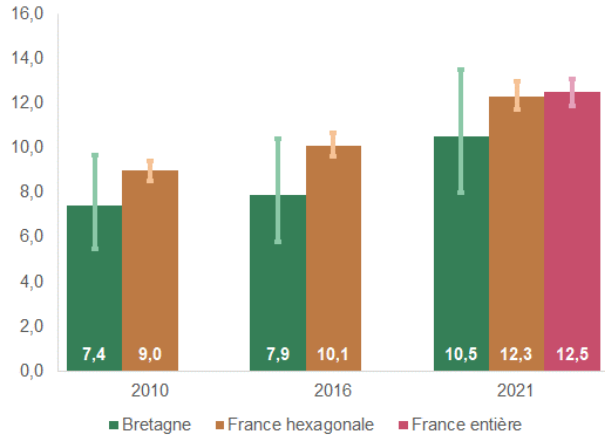
Source : SNDS ;

Santé mentale

En 2021, 15,7 % des femmes en Bretagne déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes, un résultat proche de celui de la France entière (17,1 %). Cette part a évolué à la hausse avec une augmentation de 3,5 points entre 2010 et 2021 **(Tableau 3)**.

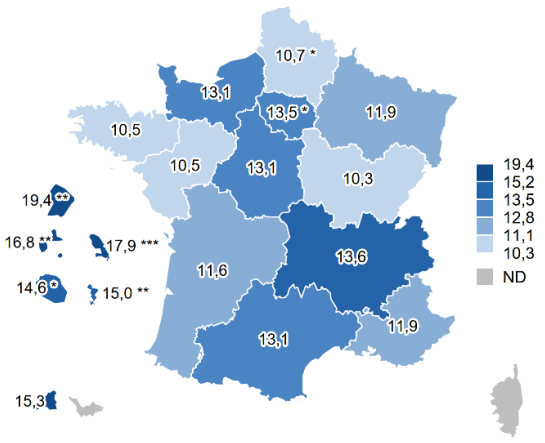
Toujours en 2021, 10,5 % des femmes en Bretagne déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse. Depuis 2010, ce sentiment d'un mauvais vécu psychologique de la grossesse a progressé de 3 points en Bretagne pour passer de 7,4 % en 2010 à 10,5 % en 2021 soit, une dynamique similaire à celle en France hexagonale **(Figure 23, Carte 3)**.

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

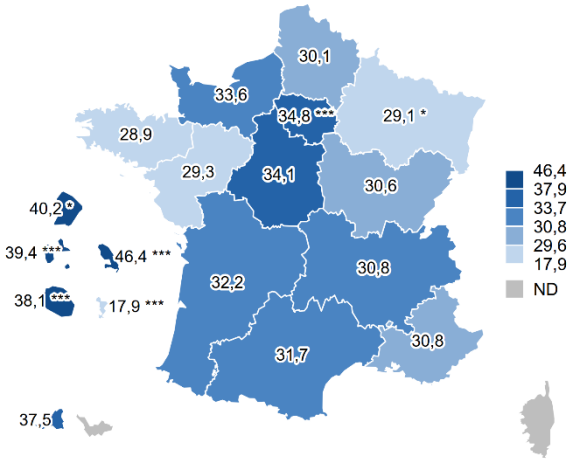


Source : ENP ; * :p<0,10 ; ** : p<0,05 ; *** : p<0,001
ND = non disponible

En 2021, près d'une femme sur 3 en Bretagne (28,9 %) 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, 10,3 % des femmes ont déclaré avoir consulté

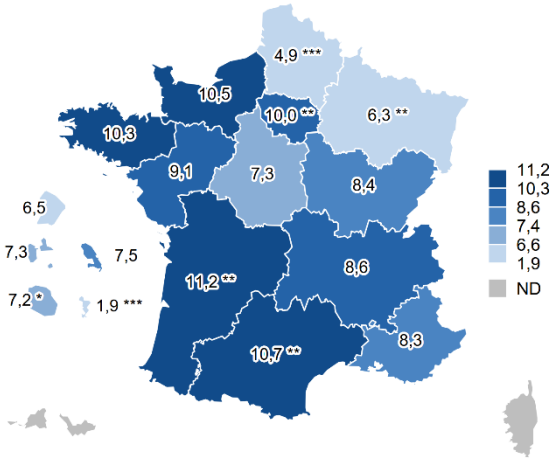
un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques soit un recours plus important en comparaison de la France entière (8,8 %) **(Carte 5)**.

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 ;
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 ;
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 néonatals (**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 Bretagne, selon le type, au 31 décembre 2024

Source : DREES

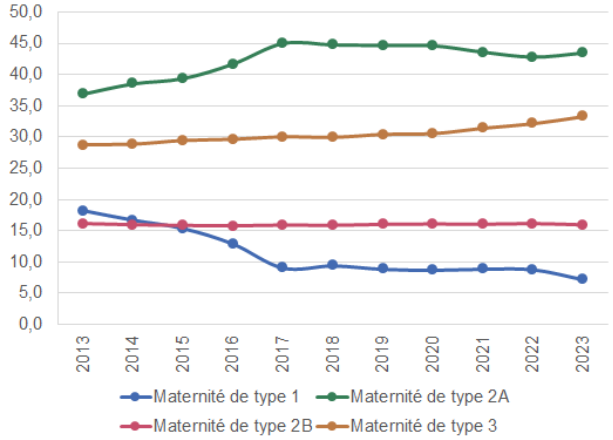
Réduction du nombre de maternités

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 Bretagne : 7,2 % en type 1, 43,5 % en type 2A, 15,9 % en type 2B et 33,4 % en type 3. La part des accouchements en maternités de type 1 a diminué depuis 2013, tandis que les maternités de type 3 et surtout de type 2A ont vu leur part augmenter **(Figure 24)**.

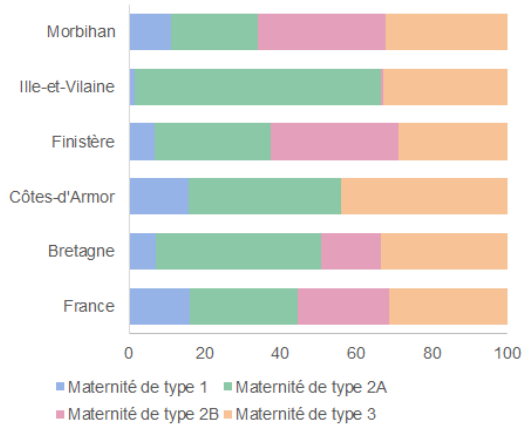
La région Bretagne affichait des proportions d'accouchements en maternités de type 3 inférieures à la moyenne nationale (31,2 %) **(Figure 25)**.

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



Source : SNDS

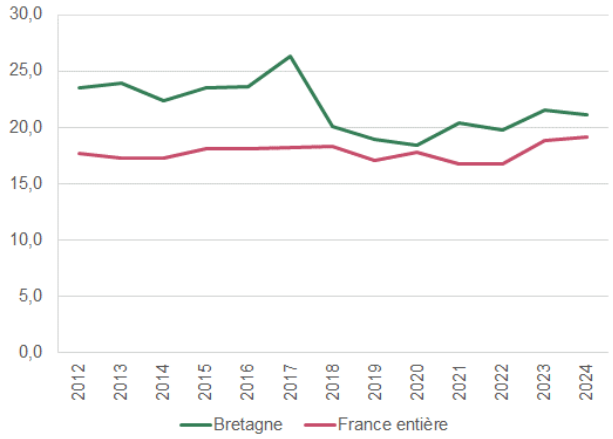
Figure 25. Part d'accouchements domiciliés par type de maternité (en %), France entière et Bretagne (région et départements), 2023



Source : SNDS ;

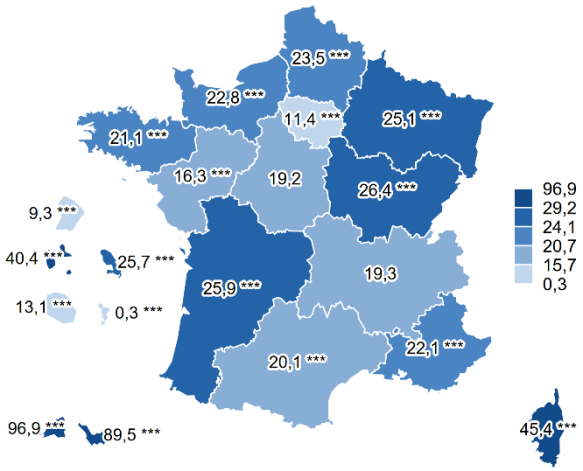
En 2024 pour la Bretagne, plus d'un accouchement sur cinq (21,1 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an, un chiffre relativement stable depuis 2012 **(Figure 26)**. Malgré la fermeture de nombreuses petites structures, cette proportion reste inchangée, suggérant que la baisse de la natalité entraîne le passage progressif de maternités de taille moyenne sous le seuil des 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 Bretagne, 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 ;
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 Bretagne, 1 femme sur 10 (8,4 %) 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 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.

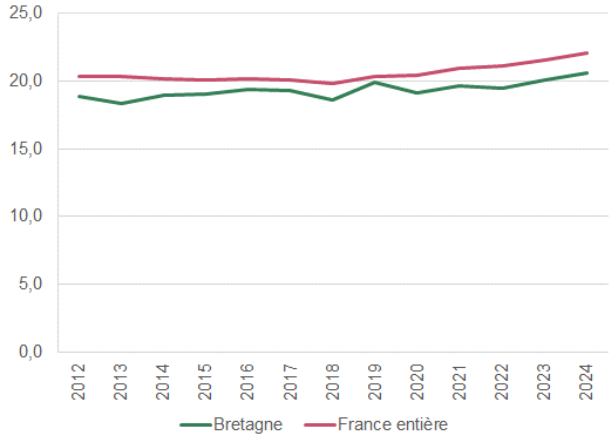
Mode d'accouchement

En Bretagne entre 2012 et 2024, la part des césariennes a augmenté pour passer de 18,8 % à 20,6 % **(Figure 27)**. En 2024, le niveau de césariennes en Bretagne est inférieur à celui de la France (22,0 %).

Cette hausse récente résulte notamment de l'augmentation des césariennes non programmées et des césariennes programmées : après une baisse entre 2013 et 2016 (de 7,3 % à 6,8 %), la part des césariennes programmées parmi l'ensemble des accouchements a de nouveau augmenté entre 2020 et 2024 (de 6,6 % à 7,0 %).

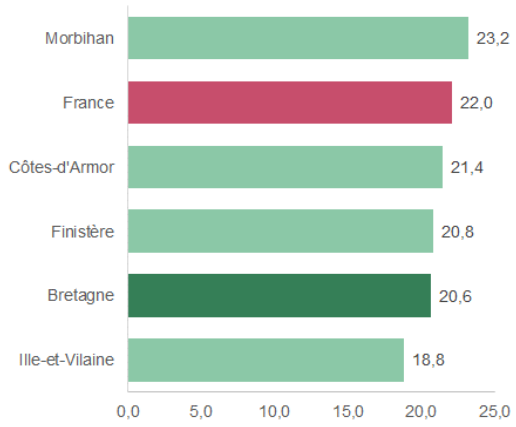
En 2024, au niveau départemental **(Figure 28)**, la part des césariennes variait de 18,8 % en Ille-et-Vilaine à 23,2 % pour le Morbihan. Ces écarts peuvent refléter en partie l'hétérogénéité des pratiques entre les établissements **[3]**.

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



Source : SNDS

Figure 28. Part des césariennes (en %), France entière et Bretagne (région et départements), 2024



Source : SNDS .

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 Bretagne suivant la même dynamique que France entière.

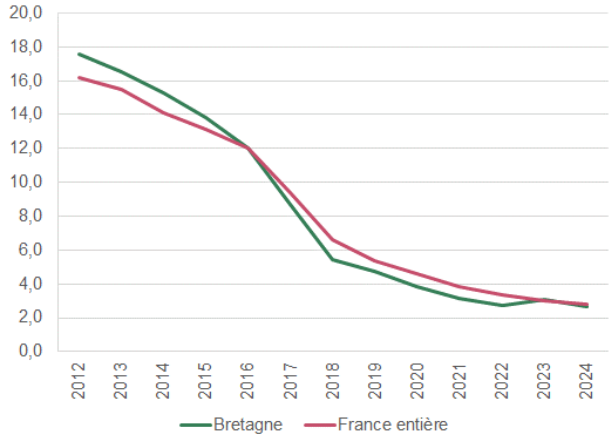
En effet, 17,6 % (n ≈ 4 403) des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 2,8 % (n = 4981) en 2024 **(Figure 29)**. C'était entre 2016 et 2020 que la diminution a été la plus rapide.

En 2024, la proportion d'épisiotomie parmi les accouchements VBNI était plus faible dans le département du Finistère (2 %) et elle était la plus élevée (4,5 %) dans le département des Côtes-d'Armor **(Figure 30)**.

Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie sur VBNI et sur VBI (non présenté ici) et taux de déchirure sévère à partir des données

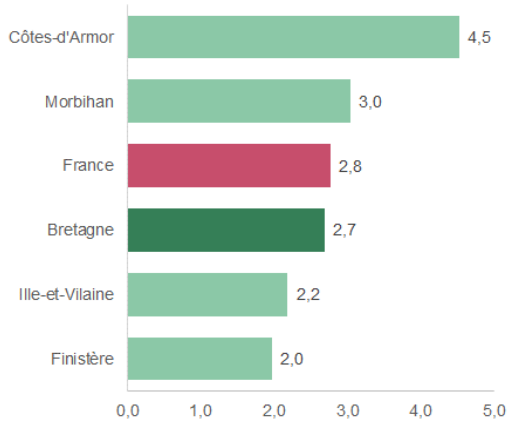
régionales. Les pratiques de repérage et de codage des déchirures sévères pourraient varier selon les établissements de santé, entraînant une hétérogénéité importante entre eux

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



Source : SNDS

Figure 30. Part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et Bretagne (région et départements), 2024



Source : SNDS ;

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 5,8 % des primipares avec un accouchement VBNI avaient eu une épisiotomie, versus 1,3 % chez les multipares avec un accouchement VBNI **(Tableau 3)**.

Complications de l'accouchement

Hémorragie du postpartum (HPP)

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

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

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

Les critères de l'HPP sévère sont :

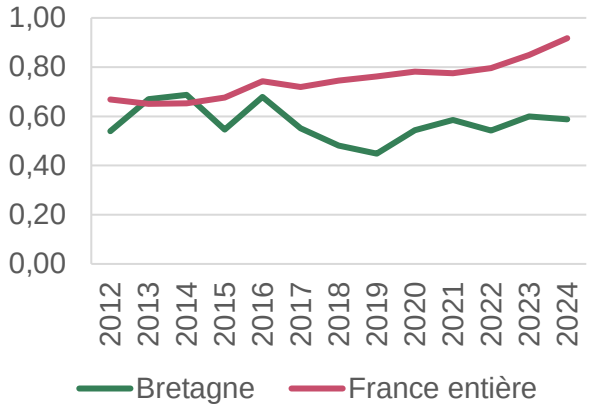
- transfusion > ½ masse sanguine,
- chirurgie (ligature, hystérectomie),
- embolisation artérielle,
- tamponnement intra-utérin ou intravaginal
- passage en unité médicale de soins critiques.

En Bretagne, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du post-partum (HPP) était estimée à 6,9 %, inférieure au niveau national (7,3 %) en 2024, avec une accélération depuis 2022. Cette hausse doit cependant être interprétée avec prudence, car elle pourrait refléter une amélioration de la détection et du codage hospitalier plutôt qu'une augmentation réelle de l'incidence **(Tableau 3)**.

En Bretagne, 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) est resté stable entre 2022 et 2024 **(Figure 31)**.

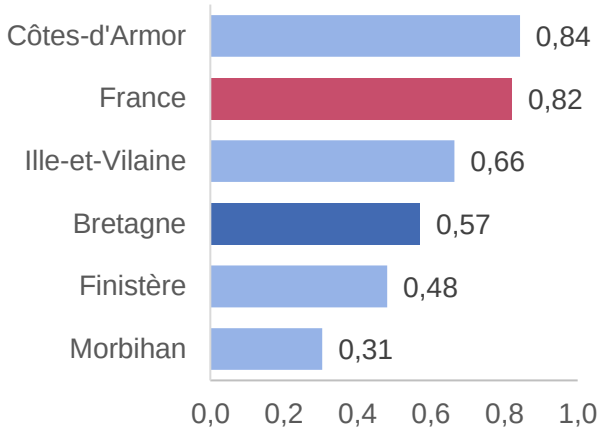
Sur la période 2020-2024, ce taux variait à l'échelle départementale de 0,31 % pour le Morbihan à 0,84 % le maximum pour le département des Côtes-d'Armor. **(Figure 32)**.

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



Source : SNDS

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

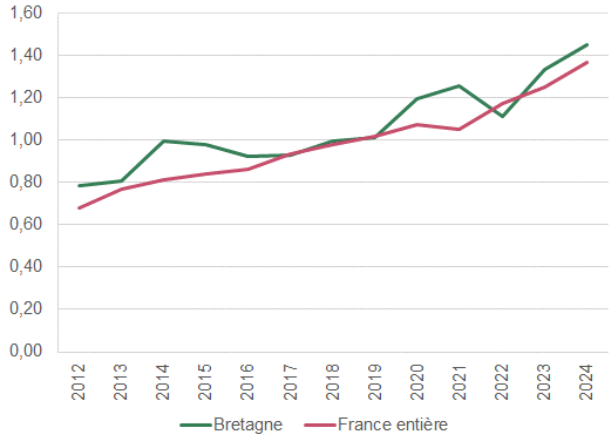


Source : SNDS ;

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-compliqué (3e et 4e degrés) était de 0,8 % en 2012 et de 1,5 % en 2024 **(Figure 33)**.

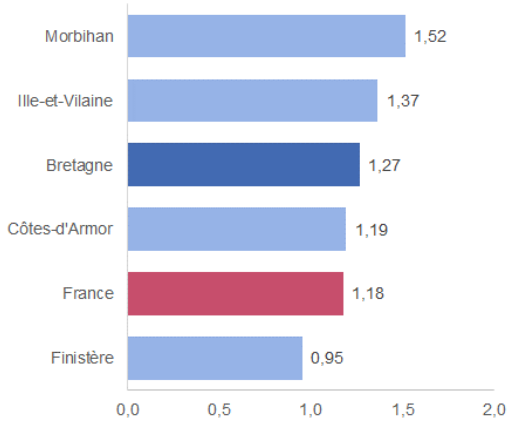
Sur la période 2020-2024, cette proportion variait selon les départements de 0,95 % dans le Finistère à 1,52 % dans le Morbihan **(Figure 34)**. Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie et taux de déchirure sévère à partir des données régionales.

Figure 33. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Bretagne, période 2012-2024



Source : SNDS

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



Source : SNDS ;

Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes - Bretagne

Indicateurs	Source	Bretagne	France
Prématurité selon l'âge gestationnel			
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	**5,8**	**6,7**
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	**0,44**	**0,43**
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	**0,68**	**0,70**
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	**4,73**	**5,56**
Autres marqueurs de risque			
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	**2,8**	**3,0**
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	**6,7**	**7,4**
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	**8,6**	**9,6**
Gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	**10,3**	**8,8**
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	**12,1** [9,4 - 15,2]	**11,5** [11,0 - 12,0]

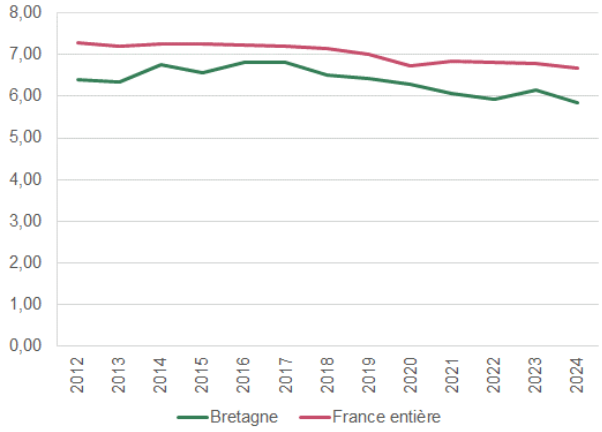
Prématurité selon l'âge gestationnel

La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

De plus, les enfants nés avant 32 SA nécessitent une surveillance médicale renforcée (Réseaux de suivi d'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.

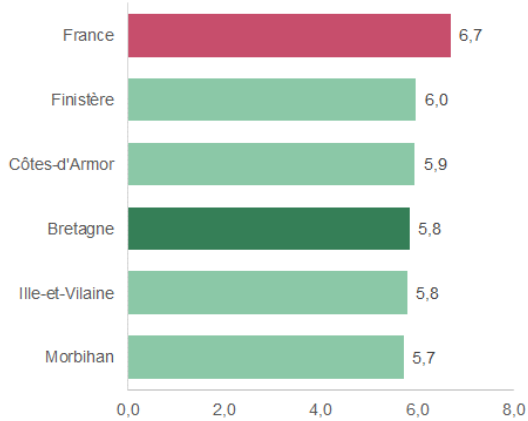
En Bretagne, 5,8 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 6,4 % en 2012 **(Figure 35)**. Cette tendance à la baisse était aussi observée en France entière qui présentait un taux de 6,7 % en 2024. Au niveau départemental, le taux de prématurité était homogène en 2024 **(Figure 36)**.

Figure 35. Evolution de la part des naissances prématurées (en % des naissances vivantes), France entière et Bretagne, période 2012-2024



Source : SNDS

Figure 36. Part des naissance prématurées (en % des naissances vivantes), France entière et Bretagne (région et départements), 2024



Source : SNDS ;

En 2024, la région Bretagne affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) et de grande prématurité ([28-31] SA) (respectivement 0,44 % et 0,68 %) similaires aux taux nationaux

(respectivement 0,4 % et 0,7 %), tandis que celui de la prématurité modérée (4,73 %) était inférieur du taux national (5,6 %) **(Tableau 4)**.

Autres marqueurs de risque

En Bretagne, 2,8 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une grossesse multiple en 2024, taux proche de celui observé en France entière (3,0 %) **(Tableau 4)**.

En 2024, les naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes représentaient 6,7 % des naissances vivantes (taux de 7,4 % en France entière).

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10e percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG **[4]** représentaient 8,6 % des naissances vivantes et les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90e percentile 10,3 % des naissances vivantes **(Tableau 4)**.

Selon les données de l'ENP 2021, 12,1 % des nouveau-nés ont été hospitalisés ou transférés à la naissance en Bretagne (taux de 11,5 % en France entière) **(Tableau 4)**.

Post-partum

Tableau 5. Indicateurs post-partum - Bretagne

Indicateurs	Source	Bretagne	France
Dépistage biologique néonatal			
Refus de dépistage (pour 10 000 enfants)	CNCDN (2020-2024)	**6,8**	**6,3**
Incidence des maladies dépistées			
Hyperphénylalaninémie ou phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	**0,00**	**0,72**
Hypothyroïdie congénitale (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	**3,63**	**3,95**
Hyperplasie congénitale des surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	**0,52**	**0,48**
Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	**24,36**	**17,44**
Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	**3,04**	**1,73**
Durée de séjour en suites de couches			
Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuits)	SNDS (2024)	**4,0**	**3,8**
Suite Césarienne (en nuits)	SNDS (2024)	**5,1**	**4,8**
Suite Accouchement par voie basse (en nuits)	SNDS (2024)	**3,8**	**3,6**
Alimentation du nourrisson et allaitement			
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	**71,8** [67,6 - 75,7]	**77,1** [76,3 - 77,9]
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	**63,6** [59,3 - 67,8]	**70,5** [69,7 - 71,3]
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	**45,0** [39,6 - 50,5]	**54,6** [53,4 - 55,9]
Couchage à 2 mois			
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	**85,3** [81,0 - 88,9]	**79,2** [78,1 - 80,3]
Lieu de couchage			
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	**68,9** [63,6 - 73,8]	**70,5** [69,3 - 71,6]
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	**18,7** [14,7 - 23,2]	**15,2** [14,3 - 16,0]
Lit des parents (%)	ENP (2021)	**11,1** [7,8 - 15,3]	**13,0** [12,1 - 13,9]
Suivi post-natal (2 mois après la naissance)			
Suivi médical			
Visite à domicile (sage-femme ou puéricultrice) (%)	ENP (2021)	**85,0** [80,6 - 88,7]	**84,2** [83,1 - 85,1]
Sage-femme (%)	ENP (2021)	**78,9** [74,0 - 83,2]	**79,3** [78,2 - 80,4]
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	**22,9** [17,7 - 28,8]	**19,2** [18,2 - 20,3]
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)	**36,6**	**24,9**
Suivi médical du nourrisson			
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	**31,0** [26,1 - 36,2]	**43,2** [41,9 - 44,4]
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	**60,1** [54,6 - 65,4]	**42,1** [40,8 - 43,3]
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	**6,1** [3,6 - 9,7]	**12,3** [11,4 - 13,3]
Engagement du partenaire			
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	**67,5** [62,2 - 72,5]	**59,8** [58,6 - 61,1]
Santé mentale post-partum			
Symptôme de dépression (%)	ENP (2021)	**16,7** [12,9 - 21,0]	**16,8** [15,9 - 17,8]
Anxiété (%)	ENP (2021)	**29,2** [24,5 - 34,2]	**27,5** [26,4 - 28,7]

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 Bretagne, le taux de refus était de 6,8 pour 10 000 enfants nés, chiffre plus élevé que celui enregistré en France (6,3). Pour 5 maladies dépistées, les taux de dépistage en 2020-2024 sont les suivants **(Tableau 5)** :

- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : 0 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, inférieur à la France (0,72).
- Hypothyroïdie : 3,63 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 0,52 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 24,36 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, supérieur à la France (17,44).
- Mucoviscidose : 3,04 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, supérieur à la France (1,73).

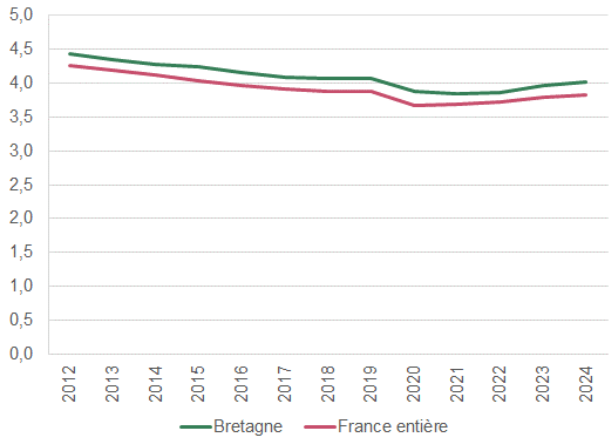
Depuis 2022, 2 maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie mais du fait d'effectifs faibles, elles ne sont pas présentées à l'échelle régionale : le déficit en déshydrogénase des acyl CoA des acides gras à chaine moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme.

Durée de séjour en suites de couches

En 2024, la durée de séjour à la maternité en suites de couches était de 4 nuitées en moyenne en Bretagne comme au niveau national (3,8). Au niveau départemental, la durée la plus courte était observée dans le Finistère (3,8 nuitées en moyenne) et la plus longue en Ille-et-Vilaine (4,2 nuitées) **(Figure 38)**.

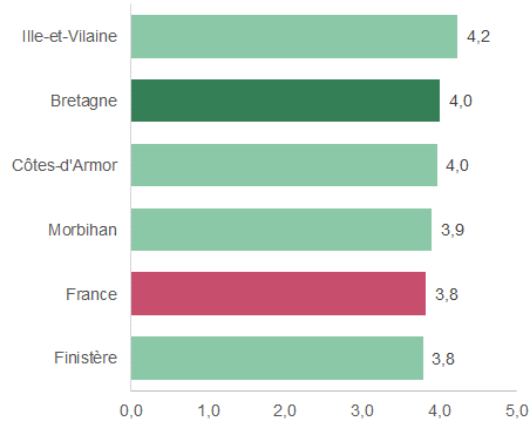
Entre 2012 et 2019, une tendance à la diminution de la durée de séjour en suites de couches était observée, tant au niveau national que régional. Cette tendance à la baisse s'est accentuée durant la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle les recommandations sanitaires encourageaient une réduction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



Source : SNDS

Figure 38. Durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et Bretagne (région et départements), 2024



Source : SNDS

Une différence selon le mode d'accouchement était observée avec une durée régionale moyenne de 5,1 nuitées après césarienne et de 3,8 nuitées pour un accouchement par voie basse.

Alimentation du nourrisson et allaitement

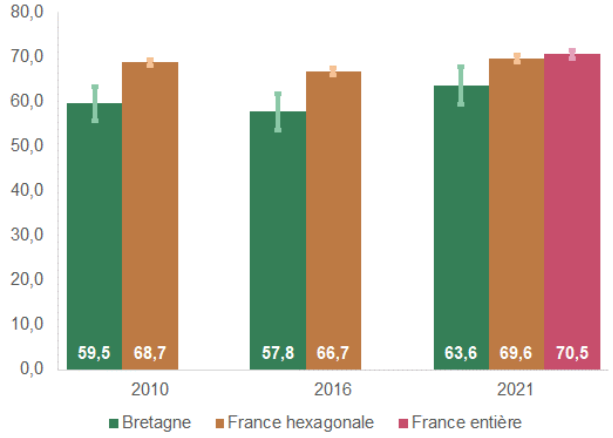
Enquête EPIFANE

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

Selon l'ENP 2021, en Bretagne, 71,8 % des femmes ont tenté d'allaiter leur enfant **(Carte 9)** et 63,6 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice **(Figure 39, Carte 8)**.

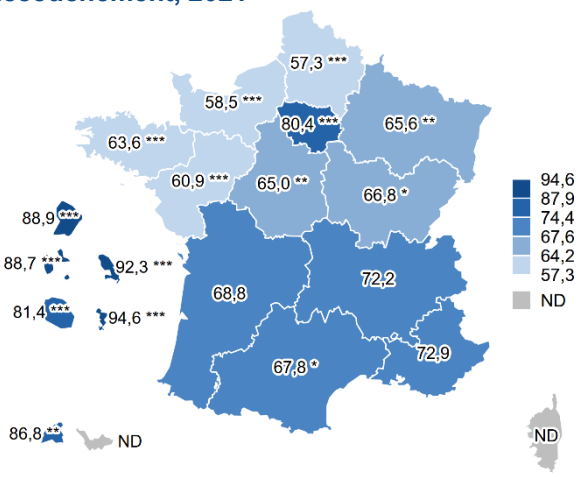
A deux mois post-partum, 45 % déclaraient encore allaiter **(Carte 10)**. Ces proportions étaient inférieures aux données nationales, la pratique de l'allaitement étant plus fréquente dans les DROM et en Ile-de-France.

Figure 39. Evolution de la part des nourrissons allaités en maternité (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et Bretagne, 2010, 2016 et 2021



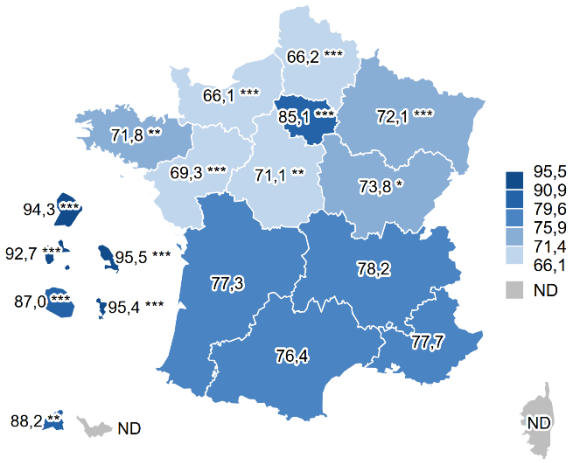
Source : ENP

Carte 8. Part des nourrissons allaités en maternité (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



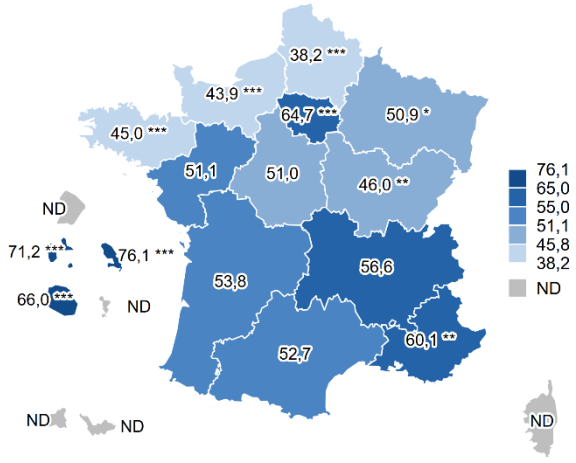
Source : ENP ; ND = non disponible

Carte 9. Part des femmes ayant tenté d'allaiter en maternité (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP ;
ND = non disponible

Carte 10. Part des femmes ayant mis en place un allaitement mixte ou exclusif à 2 mois (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021



Source : ENP ;
ND = non disponible

Couchage

Les principales recommandations de couchage des nourrissons pour réduire le risque de mort inattendue du nourrisson (MIN) sont de :

- Coucher systématiquement les bébés sur le dos ;
- Dans un lit séparé dans la chambre parentale jusqu'à ses 6 premiers mois ;
- Sans objets dans le lit qui risquent de couvrir sa tête (pas d'oreiller, couverture, couette, doudou, tour de lit, jouet…).

Pourtant, environ 60 % des décès par MIN surviennent dans des circonstances non conformes aux recommandations ci-dessus, soulignant l'importance de ces mesures préventives (source : OMIN – https://www.omin.fr/chiffres-cles/).

Selon l'ENP 2021, en Bretagne, 85,3 % des mères déclaraient systématiquement coucher leur enfant sur le dos deux mois après la naissance (79,2 % au niveau national) :

- 68,9 % déclaraient coucher le nourrisson dans un lit séparé dans la chambre parentale et 18,7 % seul dans une chambre.
- 11,1 % des nourrissons étaient principalement couchés dans le lit des parents, pratique à risque qui souligne l'importance de renforcer les messages de prévention **(Tableau 5)**.

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

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

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

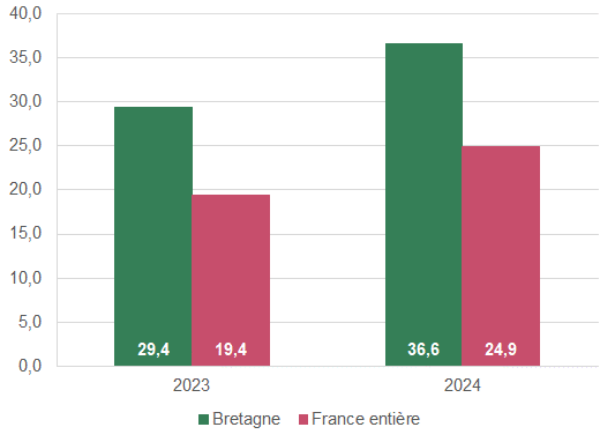
Depuis juillet 2022, l'entretien postnatal précoce (EPNP) a été rendu obligatoire en France. L'EPNP est un temps d'échanges réalisé entre les 4e et 8e semaines du post-partum, ayant pour objectif une approche globale de prévention. Il permet notamment le repérage des premiers signes de la dépression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

Selon l'ENP 2021, en Bretagne, 85 % des femmes déclaraient avoir reçu au moins une visite à domicile après leur sortie de la maternité, par une sage-femme (78,9 %) et/ou par une puéricultrice (22,9 %). A l'échelle nationale, 84,2 % déclaraient avoir bénéficié d'un tel suivi **(Tableau 5)**.

En 2024, deux ans après l'instauration de l'entretien postnatal précoce (EPNP), 36,6 % des femmes ayant accouché ont bénéficié de cet entretien en Bretagne (24,9 % au niveau national). Cette proportion marque une progression par rapport à 2023, où seulement 29,4 % des femmes en

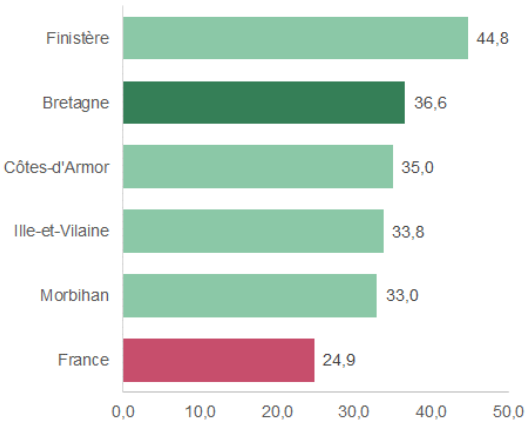
Bretagne en avaient profité **(Figure 40)**. En 2024, le taux d'EPNP variait de 33 % dans le Morbihan à 44,8 % dans le Finistère **(Figure 41)**.

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



Source : SNDS

Figure 41. Part des femmes ayant bénéficié d'un EPNP (en %), France entière et Bretagne (région et départements), 2024



Source : SNDS

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 2e semaine, à 1 mois et à 2 mois.

En 2021, en Bretagne, le suivi médical des nourrissons durant leurs deux premiers mois de vie était principalement assuré par un médecin généraliste (60,1 %) ou par un pédiatre (30,1 %). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) intervenait pour 6,1 % des nourrissons **(Tableau 5)**.

Engagement du partenaire / co-parent

Selon l'ENP 2021, en Bretagne, 67,5 % 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

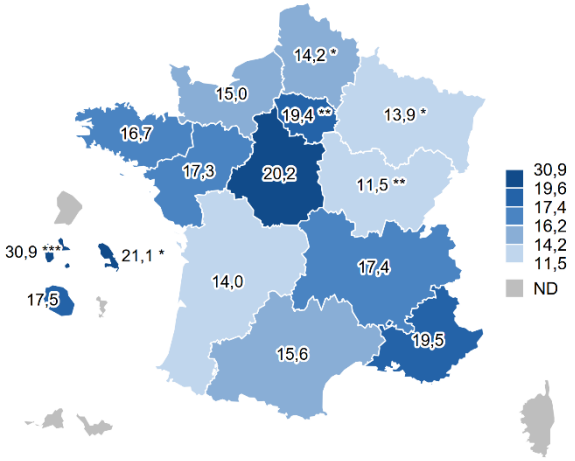
Première cause de mortalité maternelle (jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse) : le suicide
Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM). Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle 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 1e fois en France, cette échelle a été intégrée dans l'ENP 2021 afin d'évaluer ce risque à l'échelle nationale.

En Bretagne, deux mois après l'accouchement, 16,7 % des femmes présentaient des symptômes de dépression et 29,2 % de l'anxiété (respectivement 16,8 % et 27,5 % à l'échelle nationale) **(Carte 11 ; Carte 12)**.

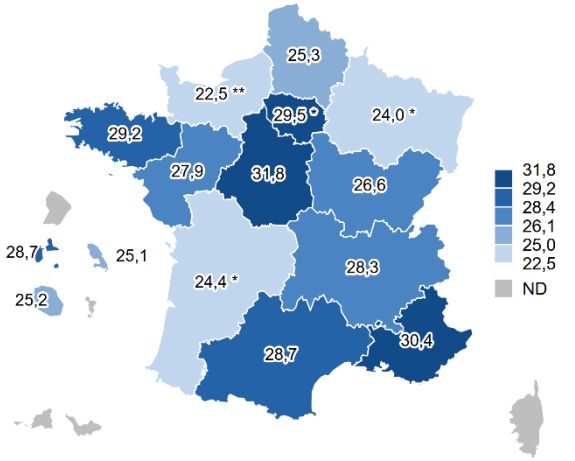
A noter qu'en 2021, ces femmes ont accouché pendant la pandémie de COVID-19, et que cela a pu impacter leur santé mentale.

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



Source : ENP ;
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 ;
ND = non disponible

Mortalité

La **mortalité maternelle** est suivie par le dispositif permanent de **l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM)** dont l'objectif est d'identifier et d'analyser les causes de décès des femmes pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement.

La **mortalité foeto-infantile** se compose de plusieurs indicateurs, comme présenté sur le schéma ci-dessous :

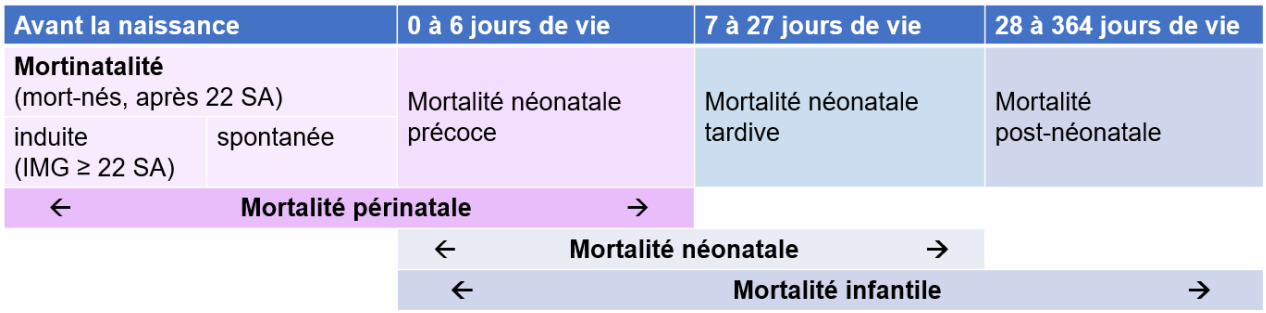


Tableau 6. Mortalité - Bretagne

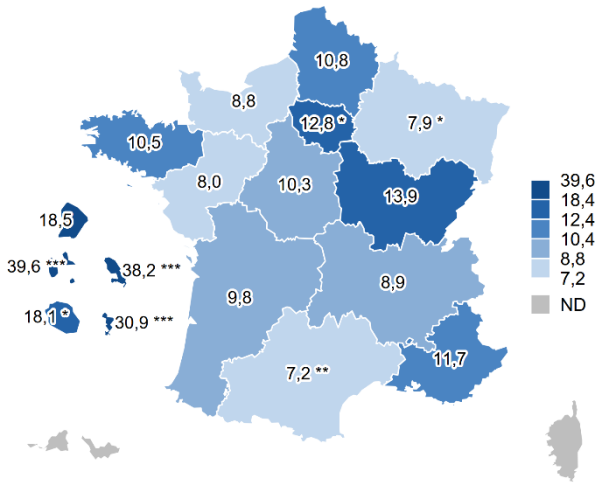
Indicateurs	Source	Bretagne	France	p-value
Mortalité maternelle (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	**10,5** [6,5 - 16,0]	**11,1** [10,2 - 12,1]	**
Mortinatalité (enfants mort-nés, après 22SA)[1]				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	**228**	**6 094**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	**8,0**	**9,2**	
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	**3,8**	**3,6**	
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	**4,2**	**5,6**	
Mortalité périnatale (décès enfant entre 22SA et 6 jours)[1]				
Nombre de décès	SNDS (2024)	**300**	**7 398**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	**10,5**	**11,2**	
Mortalité infantile (décès enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	**120**	**2 690**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	**4,23**	**4,08**	**
Mortalité néonatale précoce (décès enfant entre 0 et 6 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	**71**	**1 310**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	**2,50**	**1,99**	**
Mortalité néonatale tardive (décès enfant entre 7 et 27 j.)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	**22**	**618**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	**0,77**	**0,94**	
Mortalité post-néonatale (décès enfant entre 28 j et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	**27**	**762**	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	**0,95**	**1,16**	

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

Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement en Bretagne s'élevait en moyenne à 10,5 décès pour 100 000 naissances vivantes, légèrement inférieur à la moyenne nationale (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes) **(Carte 13)**.

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



Source : ENCMM ; ; ND = non disponible

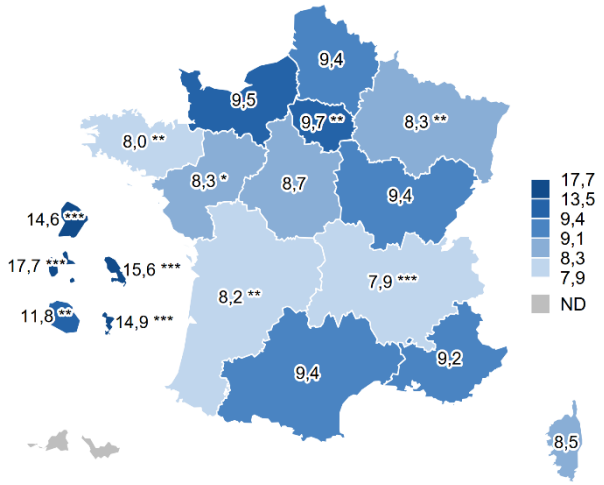
Dans l'édition 2016-2018 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) **[6],** le suicide devenait la 1e cause de mortalité maternelle (jusqu'à un an après la fin de la grossesse), et les maladies cardiovasculaires étaient la 1e cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à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

Mortinatalité

La mortinatalité correspond au décès des enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 grammes. Elle est composée de la mortinatalité induite par IMG (≥ 22 SA) et de la mortinatalité spontanée.
En France, environ 60 % de la mortinatalité était spontanée et 40 % était induite (données SNDS 2012-2024).

En Bretagne, 228 mort-nés (enfants nés sans signe de vie ≥ 22 SA ou ≥ 500 gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 8 pour 1 000 naissances, inférieur à celui enregistré en France (9,2) **(Carte 14)**. Ce taux est stable depuis 2012 (Figure 42).

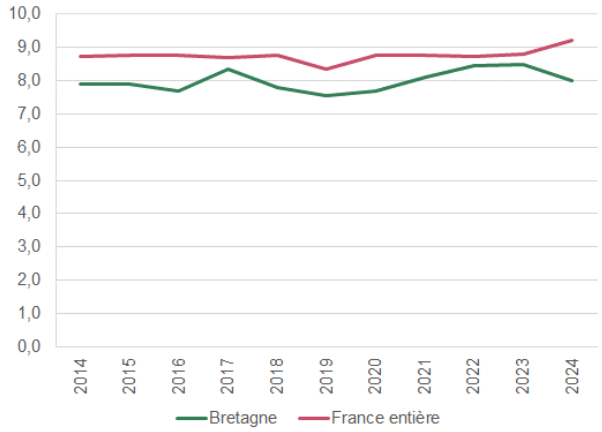
Carte 14. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024



Source : SNDS ; ; ND = non disponible

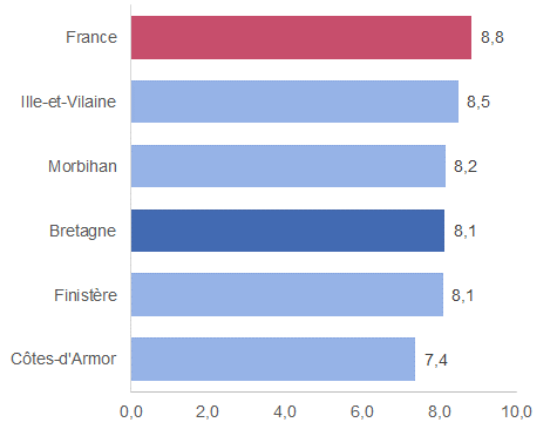
A l'échelle nationale, une hausse est observée en 2024 (9,2 pour 1 000) et les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 % par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 **[1] (Figure 42)**. A l'échelle départementale sur la période 2020-2024, le taux de mortinatalité global variait de 7,4 ‰ dans les Côtes-d'Armor à 8,5 ‰ en Ille-et-Vilaine **(Figure 43)**.

Figure 42. Evolution du taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Bretagne, période 2014- 2024



Source : SNDS

Figure 43. Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et Bretagne (région et départements), 2020-2024



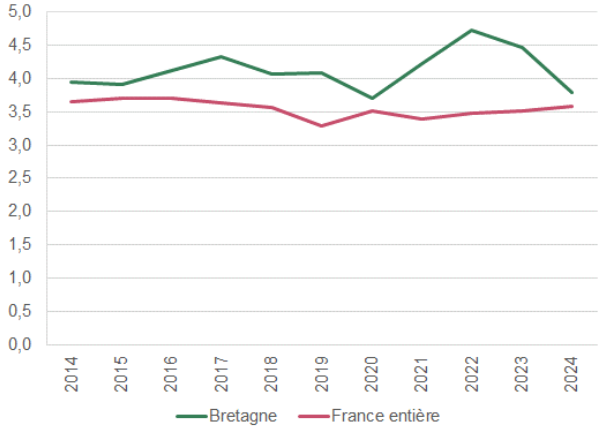
Source : SNDS ;

Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite était, quant à lui, de 3,8 mort-nés pour 1 000 naissances totales, présentant des variations, liées aux faibles effectifs, selon les années **(Figure 44)**.

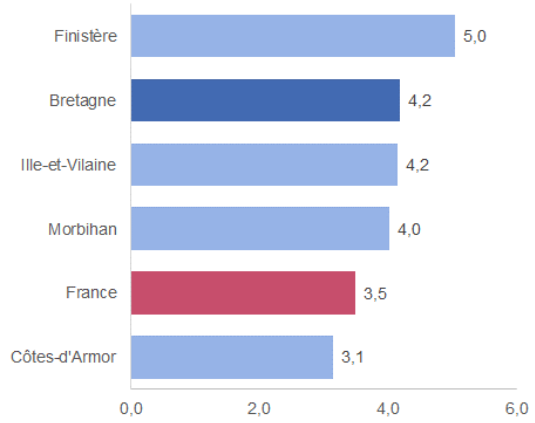
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, ce taux global variait de 3,1 (Côtes-d'Armor) à 5 (Finistère) pour 1 000 naissances **(Figure 45)**.

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



Source : SNDS

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



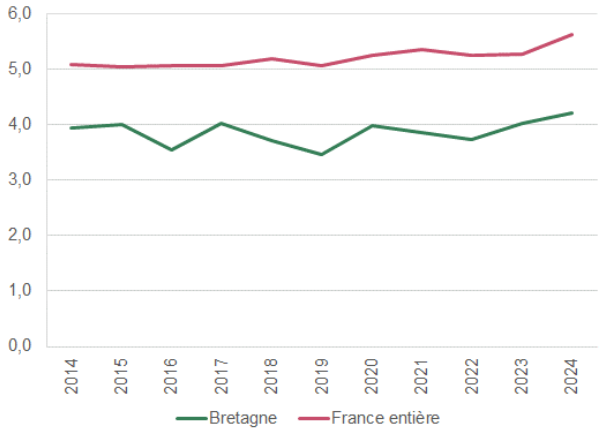
Source : SNDS ;

Mortinatalité spontanée

Le taux de mortinatalité spontanée est resté globalement stable en Bretagne depuis 2014, avec des taux proches de 4 mort-nés spontanés pour 1 000 naissances totales selon les années **(Figure 46)**.

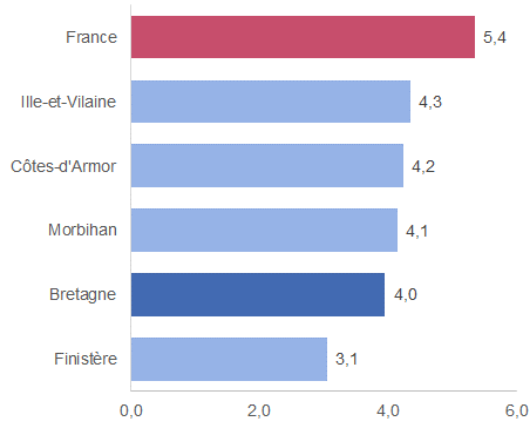
Au niveau départemental entre 2020 et 2024, le taux global variait de 3,1 (Finistère) à 4,3 (Ille-et-Vilaine) pour 1 000 naissances **(Figure 47)**.

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



Source : SNDS

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



Source : SNDS ;

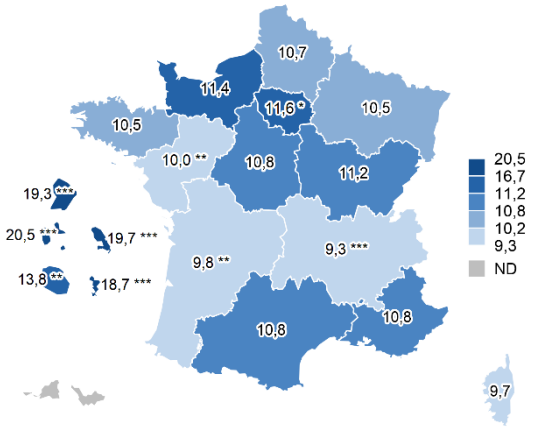
Mortalité périnatale

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 néonatals précoces (enfants nés vivants mais décédés dans les 7 premiers jours de vie (J0 à J6)), comptant pour les 15 % restants.

En Bretagne, en 2024, le taux de mortalité périnatale était de 10,5 décès pour 1 000 naissances (contre 11,2 en France) **(Carte 15)**.

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

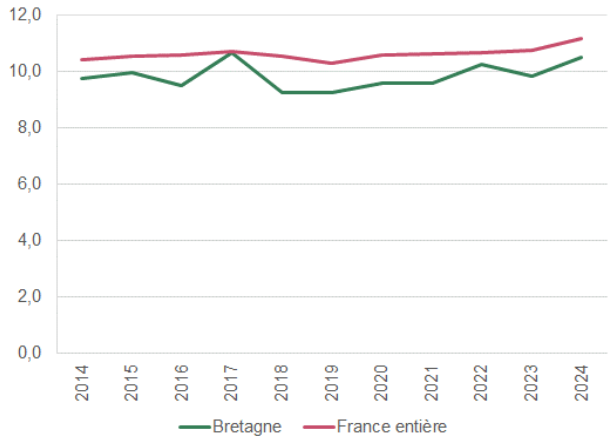


Source : SNDS ;
ND = non disponible

Le taux de mortalité périnatale restait inférieur ou proche de 10 décès pour 1 000 naissances sur la période 2014-2022, mais dépasse cette valeur depuis lors, avec un maximum en 2024, suivant la tendance à la hausse observée ces dernières années au niveau national **(Figure 48)**.

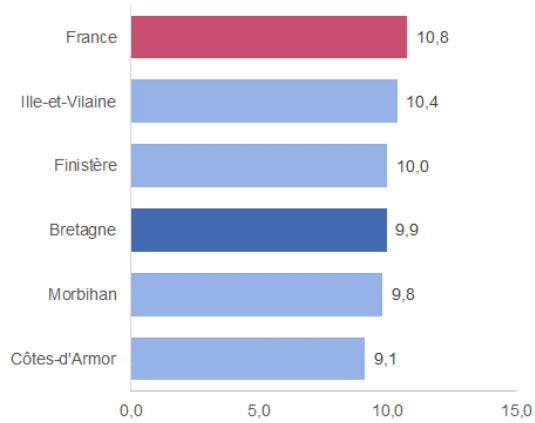
Au niveau départemental, le taux de mortalité périnatale sur la période 2020-2024 variait de 9,1 (Côtes-d'Armor) à 10,4 (Ille-et-Vilaine) pour 1 000 naissances **(Figure 49)**.

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



Source : SNDS

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



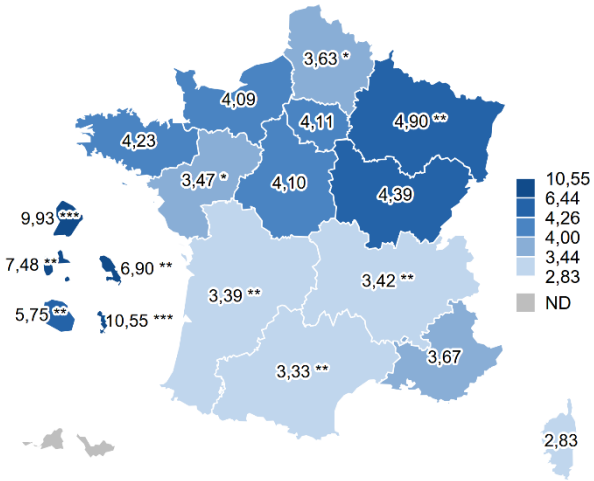
Source : SNDS ;

Mortalité infantile

La mortalité infantile est composée d'environ 50 % de décès survenus entre 0 et 6 jours, d'environ 20 % de décès survenus entre 7 et 27 jours et d'environ 30 % de décès survenus entre 28 et 364 jours de vie.
Les trois paragraphes suivants décomposent la mortalité infantile selon ces trois périodes.

En Bretagne, 120 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 4,23 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus élevé que celui observé en France (4,08 ‰) **(Carte 16)**.

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

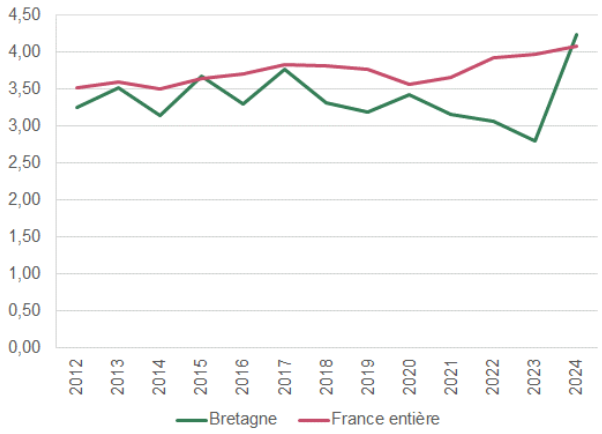


Source : Etat Civil ;
ND = non disponible

Le taux de mortalité infantile présentait une tendance à la hausse entre 2012 et 2024 à l'échelle nationale **[1] (Figure** 50**)**.

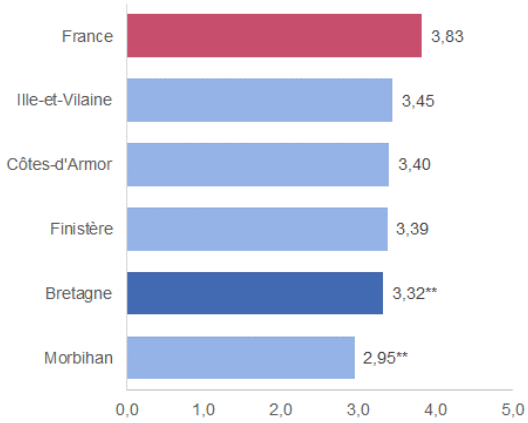
À l'échelle départementale, le taux de mortalité infantile sur la période 2020-2024 présentait très peu de disparités, avec le Morbihan ayant le taux le plus faible**(Figure 51)**.

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



Source : Etat Civil

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



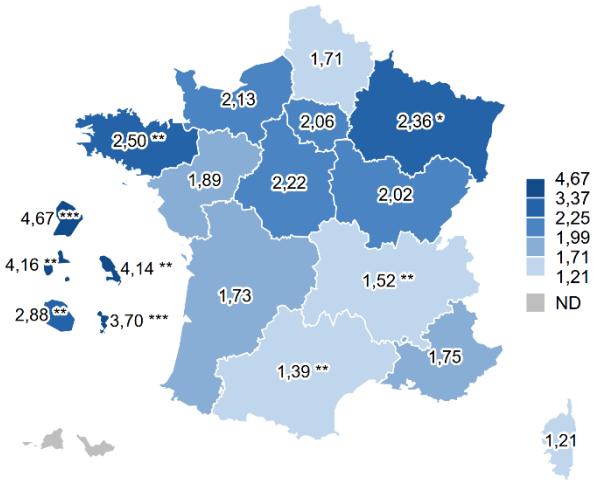
Source : Etat Civil ;

Mortalité néonatale précoce

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

En Bretagne, 71 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 2,5 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus élevé que 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

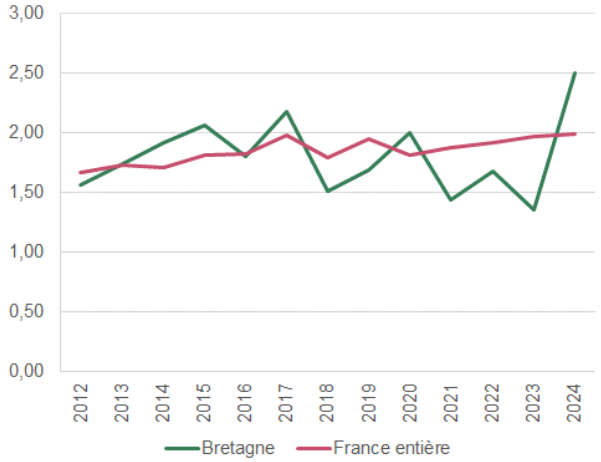


Source : Etat Civil ;
ND = non disponible

La mortalité néonatale précoce est restée globalement stable entre 2012 et 2024 en Bretagne, tandis qu'une tendance à la hausse pouvait être observée au niveau national (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) **[1] (Figure 52)**.

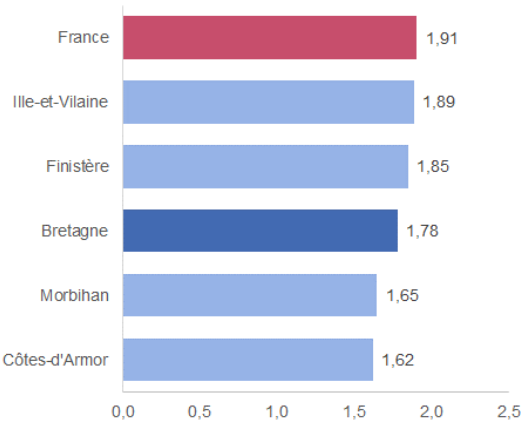
A l'échelle départementale, en 2020-2024, le taux de mortalité néonatale précoce variait peu entre départements **(Figure 53)**.

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



Source : Etat Civil

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



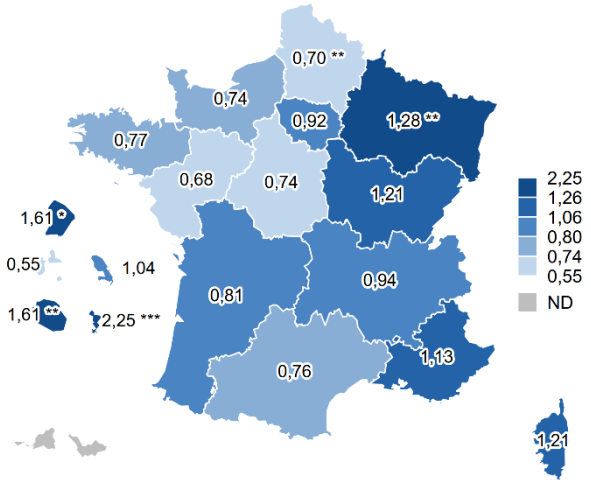
Source : Etat Civil ;

Mortalité néonatale tardive

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

En Bretagne, 77 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 0,77 décès pour 1 000 naissances vivantes, plus faible que 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

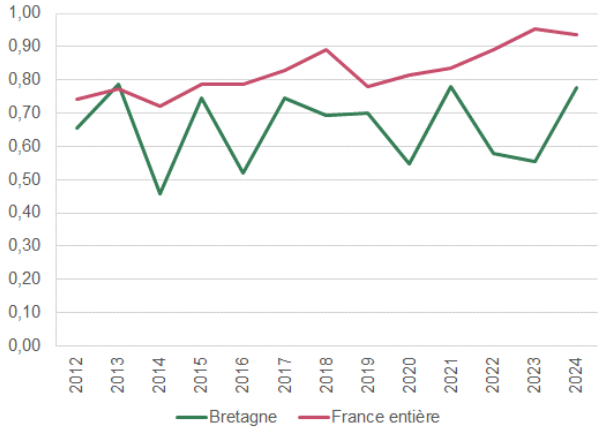


Source : Etat Civil ;
ND = non disponible

Dans la région, la mortalité néonatale tardive fluctue, sans tendance affirmée entre 2012 et 2024. 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)**.

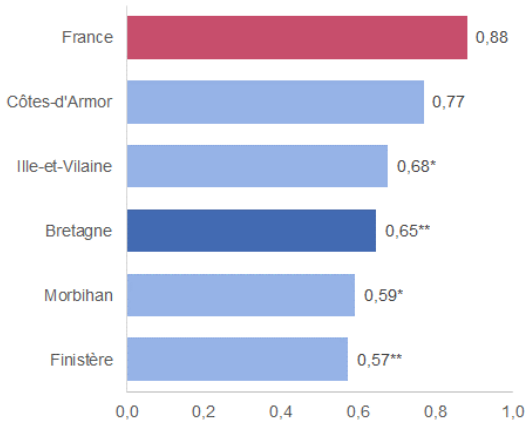
A l'échelle départementale, le taux de mortalité néonatale tardive sur la période 2020-2024 variait peu entre départements **(Figure 55)**.

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



Source : Etat Civil

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



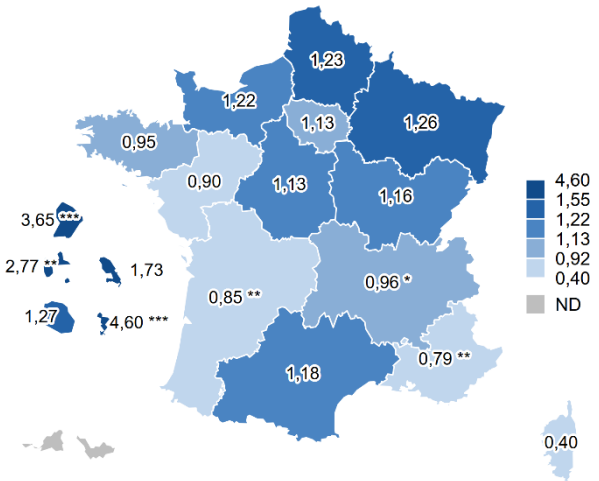
Source : Etat Civil ;

Mortalité post-néonatale

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

En Bretagne, 27 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 0,96 décès pour 1 000 naissances vivantes, sensiblement inférieur 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

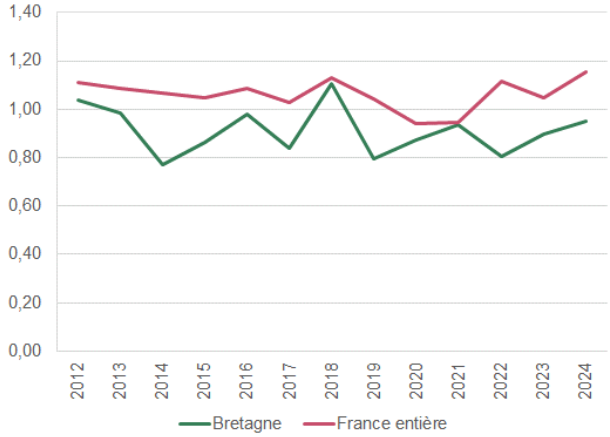


Source : Etat Civil ;
ND = non disponible

En Bretagne, la mortalité post-néonatale évolue en deçà des valeurs nationales. Une tendance stable était par ailleurs observée en France entre 2014 et 2024 **[1] (Figure 56)**.

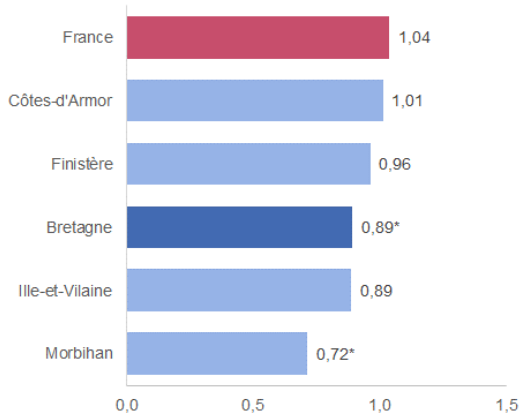
A l'échelle départementale, le taux de mortalité post-néonatale sur la période 2020-2024 montrait quelques disparités, mais compte tenu, du très faible nombre de décès, elles sont à interpréter avec prudence **(Figure 57)**.

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



Source : Etat Civil

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



Source : Etat Civil ;

Prévention et promotion de la santé périnatale

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

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

Le site 1000-premiers-jours.fr 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

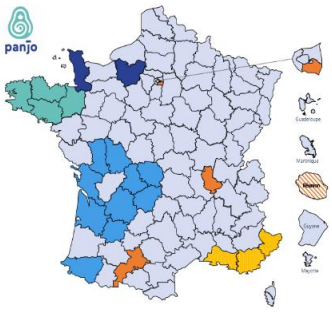
Étude EVANE

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 connaitre 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 impliqués dans le déploiement de PANJO.

Pour plus d'informations, contactez 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 propose des informations factuelles, pratiques et scientifiquement validées sur la vaccination aux différents âges de la vie. Futurs et jeunes parents peuvent y trouver les recommandations vaccinales pour les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse et celles pour les nourrissons et jeunes enfants, ainsi que des informations très pratiques du type « Où se faire vacciner ? », « que faire si mon bébé est enrhumé le jour de la vaccination ? » ou « comment préparer mon enfant qui doit être vacciné », etc.

Calendrier vaccinal des femmes enceintes

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

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

Aide à distance

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

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

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

Dépliants Grossesse sans tabac et sans Alcool

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

Nutrition et promotion de l'activité physique

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

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

Le Guide de l'allaitement maternel

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

MANGER BOUGER

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

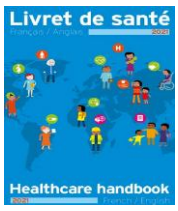
Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

QuestionSexualité_

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

Promouvoir la santé périnatale des personnes migrantes

Les livrets de santé bilingues



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

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉ·E·S
comede

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 Bretagne

Les services PMI proposant l'intervention PANJO en juin 2026

L'ARS Bretagne et les quatre départements se sont associés à Santé publique France pour déployer l'intervention PANJO auprès des futures mères vivant dans un contexte de vulnérabilité. Fin 2025, 218 intervenants à domicile de PMI étaient formés et 901 familles avaient pu bénéficier de l'accompagnement PANJO.

eval.panjo@santepubliquefrance.fr

Soutien à l'allaitement maternel

Le Programme Relais Allaitement (PRALL) est l'adaptation française du Peer Counsellor Program développé par La Leche League International. Il vise à renforcer le soutien à l'allaitement maternel grâce à un modèle de pair-aidance structurée, particulièrement efficace auprès des familles vivant des situations de vulnérabilité. Le PRALL est un dispositif innovant qui crée des réseaux locaux de soutien entre pairs, au plus près des familles.

Cette approche proactive de proximité vise à répondre à des besoins spécifiques et à réduire les inégalités sociales et territoriale de santé. Le Réseau Périnatalité Bretagne pilote ce projet en lien étroit avec les acteurs de la périnatalité et ce, dans le cadre d'une convention avec l'ARS Bretagne.

Prévention des conduites à risque

AS'TER Bretagne
Auto-Support Tabac en Équipes Régionales

Le projet AS'TER Bretagne (Auto-Support Tabac en Equipes Régionales) vise à mener une action territoriale auprès des professionnels de santé de proximité, et à former des équipes mixtes, tabacologues et intervenants pairs tabac, pour accompagner les personnes souhaitant arrêter de fumer, concernées par des pathologies provoquées ou aggravées par le tabac fumé, concernées par les inégalités territoriales de santé, sur les 7 territoires de Santé en Bretagne.

Lieu de santé sans tabac

Lieu de Santé Sans Tabac : au centre du Plan Régional de Lutte contre le Tabac 2025-2028, porté par l'ARS Bretagne, cette démarche est au cœur de l'actualité sur la région, avec un accent porté sur les maternités. En effet, l'objectif affiché est de 100% de maternités « LSST » d'ici à 2028. Cette démarche vise à une politique globale de prévention : par la protection des usagers mais aussi des professionnels, en leur proposant un accompagnement, tout en rendant cohérents les espaces et pratiques avec la mission de soin.

Santé environnementale

Charte d'engagement en santé environnementale des structures bretonnes de soin en périnatalité : L'ARS Bretagne, le Réseau Périnatalité Bretagne, le GCS Achats Santé Bretagne, les fédérations hospitalières (FEHAP, FHF et FHP) et 16 établissements ont signé une charte d'engagement en faveur de la santé environnementale. A travers cette charte, les signataires s'engagent à réaliser une action de progrès en SE par an, à animer une dynamique en SE au sein de son établissement et à participer à l'élan régional pour progresser collectivement. La charte est ouverte à tout établissement volontaire, quel que soit son niveau de maturité initial et les ressources dont il dispose. https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-etablissements-bretons-de-sante-perinatale-sengagent-dans-la-sante-environnementale

Prévention des infections à VRS

Dans le cadre de la prévention contre le VRS, L'ARS Bretagne, en association avec le Réseau Périnatalité Bretagne, le CHU de Rennes et le CHU de Brest, animent des webinaires d'information et de sensibilisation des professionnels de santé lors de chaque campagne. Y sont abordés les aspects épidémiologiques et cliniques ainsi que l'intérêt des traitements préventifs en anténatal ou en néonatalogie/pédiatrie. De plus, le Réseau a mis en place une fiche d'information régionale à destination des usagers qui a pour but de :

- Les sensibiliser aux risques liés aux infections à VRS
- Les informer des modalités de prévention durant la grossesse et après la naissance
- Promouvoir le respect des mesures barrières

Elle est délivrée par les professionnels de santé dans le cadre d'une information éclairée

Celle-ci a été rédigée en version FALC (diffusée lors de la prochaine campagne)

Formation de médecins pilotes du dispositif de suivi des enfants vulnérables Bien grandir en Bretagne (BGEB)

BIEN GRANDIR EN BRETAGNE

Le dispositif Bien Grandir en Bretagne déploie une offre de formation structurée et innovante à destination des médecins pilotes, tout au long du parcours des enfants vulnérables de 0 à 7 ans. Articulée autour de temps présentiels, de compagnonnage et d'un e-learning dynamique, cette formation favorise l'actualisation continue des pratiques cliniques. Les contenus de formation, conçus à partir des données scientifiques les plus récentes, allient apports théoriques, mises en situation et analyses de cas. Ce programme de formation complet renforce l'expertise des professionnels et soutient un maillage territorial de qualité au service des enfants et de leurs familles.

Accompagner le deuil périnatal

L'ensemble des professionnels de la périnatalité accompagnent les parents endeuillés. Les psychologues du Réseau Périnatalité Bretagne présents dans chacune des maternités leur proposent un accompagnement sur l'ensemble de leur parcours, dès l'annonce.

Des formations sont régulièrement organisées par le Réseau. Des actions de sensibilisation sont menées chaque année lors de la Journée mondiale du deuil périnatal au sein de l'ensemble des territoires bretons (cinés débats, représentations théâtrales…). Un livret d'information des familles a été conçu et diffusé au sein des établissements de santé bretons.

Un parcours coordonné de la prise en charge et de l'accompagnement des patientes / couples confrontés à l'interruption spontanée de grossesse est formalisé et contribue à l'amélioration des pratiques.

Les entretiens en périnatalité

Périnatalité Bretagne déploie une stratégie de formation graduée autour de l'entretien prénatal précoce (EPP) et de l'entretien postnatal précoce (EPNP). Cette approche vise à renforcer les compétences des professionnels dans l'accompagnement global des parents et la promotion de la santé de l'enfant en période périnatale.

Le réseau propose des formations dédiées à la conduite de ces entretiens, centrées sur l'écoute, le repérage des besoins et l'orientation adaptée des familles. Afin de soutenir l'appropriation des pratiques, des temps d'analyse de pratiques sont également organisés et animés par les psychologues du réseau à destination des professionnels formés.

En complément, une formation spécifique au repérage des vulnérabilités est proposée aux professionnels et acteurs de seconde ligne impliqués dans le suivi des patientes. Enfin, pour les professionnels de première ligne, des messages clés relatifs à ce repérage sont diffusés sous forme de webinaires, afin de favoriser une culture commune et un repérage précoce et coordonné.

Actions nationales de prévention et de promotion de la santé périnatal

Plateforme numérique en Santé Périnatale et Environnement

La plateforme PSPE a pour objectif de proposer un outil commun aux professionnels du secteur sanitaire et social intervenant sur la période périnatale, afin de les guider dans leurs interventions de prévention en santé environnementale à destination des familles. La plateforme PSPE est basée sur les dernières données de la recherche scientifique. Elle s'appuie sur un groupe de travail regroupant des experts et des représentants des différentes sociétés savantes des professionnels de la périnatalité. Plusieurs thématiques de santé environnementale sont couvertes par la plateforme PSPE.

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. Actuellement, le projet se développe dans les régions Ile-de-France, Centre-Val de Loire, Provence-Alpes Côte d'Azur, Grand-Est, Bretagne et Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec les acteurs locaux.

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 84 établissements labellisés et la démarche continue à se déployer dans toutes les régions- une naissance sur 4 a lieu en France dans une maternité IHAB (labellisée ou en cours de labellisation). Santé publique France, au travers de son programme 1000 premiers jours, soutient le label IHAB. Pour en savoir plus et faire connaître IHAB dans vos réseaux : plaquette institutionnelle.

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 ≥ 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 soin)
- 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 représentatives 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 (Bretagne = 502 en maternité ; 374 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 CépiDc, 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

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, 61 pages, juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

[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

[4] Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001 ; 80:277-285. Courbes mises à jour en 2006.

[5] Salanave B, Lebreton E, Demiguel V, Regnault N et « Epifane2021 Study Group ». Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épifane 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 43 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

[6] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 232 p. Disponible à partir de l'URL : www.encmm.inserm.fr et www.santepubliquefrance.fr

Glossaire

AFTN : Anomalies de fermeture du tube neural
AME : Aide Médicale d'Etat
C2S : Complémentaire santé solidaire
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CMV : Cytomégalovirus
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie
CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNCDN : Centre national de coordination du dépistage néonatal
DIM : Département de l'information médicale
DROM : Département et région d'outre-mer
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
ENP : Enquête nationale Périnatale
FEES : Femmes Enceintes Environnement et Santé
FFRSP : Fédération française des réseaux de Santé périnatale
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut conseil de Santé publique
HPP : Hémorragie post-partum
HTA : Hypertension artérielle
IHAB : initiative Hôpital ami des Bébés
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST : Infection sexuellement transmissible
MIN : Mort inattendue du nourrisson
MCAD : *Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase*
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
OMS : Organisation mondiale de la Santé
PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
RSEV : Réseaux de suivi d'enfant vulnérables
SA : Semaine d'aménorrhée
SNDS : Système national des données de Santé
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
VBNI : Voie basse non instrumentale

Remerciements

Santé publique France tient à remercier

- Nathalie Lelong et Camille Le Ray (Inserm, équipe Oppale),
- Emilie Marrer (Réseau Périnatal Lorrain) et Hélène Tillaut (Réseau Périnatalité Bretagne) pour le GT Indicateurs de la FFRSP

qui ont contribué à sélectionner les indicateurs à diffuser dans ce bulletin.

Nous remercions également l'ensemble des partenaires en région qui ont contribué à la rédaction et l'interprétation des résultats de ce bulletin, tout particulièrement le réseau périnatalité de Bretagne pour sa relecture attentive et les apports majeurs dans l'interprétation et la compréhension de ces résultats.

Équipe de rédaction

Auteurs : Alain Le Tertre

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 Bretagne. Saint-Maurice : Santé publique France, 43 pages, 16 juin 2026

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 16 juin 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr