



PROGRAMME
Périnatalité



CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE asbl



Santé périnatale en Wallonie Années 2008 à 2010

Données de droit

Auteurs

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Dominique Dubourg
Yvon Englert

Collaboration scientifique

Annick Vandenhooft (IWEPS)

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce rapport

Observatoire wallon de la santé
Région wallonne
Membres du conseil scientifique du CEpiP

Remerciements

Cette première publication n'aurait pu voir le jour sans la collaboration du personnel des maternités, des sages-femmes indépendantes et du personnel des administrations communales dans l'élaboration des statistiques de naissances et de décès.

Fatima Bercha (CEpiP)
Nadia Di Benedetto (CEpiP)
Khadija El Morabit (CEpiP)

Mise en page

Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire
asbl : Nathalie da Costa Maya

Impression

AZ Print

Pour plus d'informations

Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl CEpiP
Campus Érasme – Bâtiment A
Route de Lennik, 808 – BP 597
1070 Bruxelles
Tél. : 02.555.60.30
contact@cepip.be
www.cepip.be

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Leroy Ch, Van Leeuw V, Dubourg D, Englert Y. Santé périnatale en Wallonie – Années 2008 à 2010 – Données de droit. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2014



PRÉFACE

Ce rapport est la première publication du CEpiP qui reprend les naissances dites “de droit” c’est-à-dire analysées en fonction du lieu de résidence des mères et non plus en fonction de la maternité où la naissance a eu lieu. Elle porte sur les mères domiciliées en Wallonie quel que soit le lieu de naissance en Belgique.

Cette publication longitudinale sur la santé périnatale des mères wallonnes pour les années 2008 à 2010 offre un outil de travail pour les responsables de la santé publique, les maternités et les professionnels en contact avec les femmes enceintes, les jeunes mères et les nouveau-nés afin de définir les priorités, d'évaluer leurs pratiques, de prévenir les risques de la grossesse et de l'accouchement et d'améliorer la prise en charge. Il permet également aux décideurs politiques dans le domaine de la santé publique d'améliorer les stratégies et les programmes de promotion de la santé périnatale et d'évaluer les pratiques et les performances. L'analyse de ces indicateurs au niveau provincial permettra de cibler les besoins et les actions.

L'analyse de la santé périnatale en Wallonie montre l'importance de la maternité et de la naissance, périodes à risque pour la mère et l'enfant. Une analyse descriptive des variables médicales et socio-démographiques disponibles est réalisée ce qui permet d'esquisser des tendances, des hypothèses et de cibler les populations à risque. Il est important de pouvoir continuer l'analyse de ces données afin d'analyser les évolutions de certains indicateurs de santé comme le diabète gestationnel et le surpoids maternel. Cette publication ouvre des possibilités d'études à visée analytique.

Ce travail a pu être réalisé grâce à l'aide de l'Observatoire wallon de la santé, de l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique et de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles mais également grâce au soutien financier de la Région wallonne.

Ce rapport n'aurait pu être publié sans le travail quotidien du personnel des maternités, les sages-femmes indépendantes et le personnel des services d'état civil, qui contribuent à remplir les certificats. Qu'ils soient ici chaleureusement remerciés.

Pr. Yvon Englert
Président du CEpiP



TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	1
1. INTRODUCTION	4
1.1 Introduction générale	4
1.2 Source des données	5
1.3 Méthodologie	6
2. DÉFINITIONS.....	8
3. CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES WALLONNES EN FONCTION DU LIEU DE NAISSANCE	10
4. LES NAISSANCES EN WALLONIE	12
4.1 Nombre de naissances	13
4.2 Évolution des naissances en Wallonie	13
4.3 Répartition géographique des naissances en Wallonie	14
5. CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE.....	16
5.1 Âge de la mère	16
5.1.1 Description	16
5.1.2 Répartition géographique	17
5.1.3 Évolution dans le temps	18
5.2 Nationalité de la mère à l'accouchement	19
5.2.1 Description	19
5.2.2 Répartition géographique	20
5.3 Niveau d'instruction	21
5.4 Situation professionnelle	22
5.4.1 Description	22
5.4.2 Répartition géographique	22
5.5 État d'union	23
5.5.1 Description	23
5.5.2 Répartition géographique et évolution dans le temps	23
5.6 Parité	24
5.6.1 Description et évolution dans le temps	24
5.6.2 Répartition géographique	24
5.7 Indice de masse corporelle	25
5.7.1 Description	25
5.7.2 Répartition géographique	25
5.7.3 Lien avec les caractéristiques sociodémographiques de la mère	26

5.8	Diabète et hypertension artérielle	27
5.8.1	Description	27
5.8.2	Répartition géographique	27
5.8.3	Évolution dans le temps	28
5.8.4	Lien avec les caractéristiques sociodémographiques de la mère	29
5.9	Séropositivité HIV	29
5.10	Conception de la grossesse	30
5.10.1	Description	30
5.10.2	Répartition géographique	30
5.10.3	Lien avec les caractéristiques sociodémographiques de la mère	31
6.	INDICATEURS DE SANTÉ PÉRINATALE	32
6.1	Poids de naissance	32
6.1.1	Description et évolution dans le temps	32
6.1.2	Répartition géographique	33
6.1.3	Lien avec les caractéristiques sociodémographiques de la mère	33
6.1.4	Lien avec les caractéristiques biomédicales de la mère	34
6.2	Durée de la grossesse	34
6.2.1	Description	35
6.2.2	Répartition géographique	35
6.2.3	Lien avec les caractéristiques sociodémographiques de la mère	36
6.2.4	Lien avec les caractéristiques biomédicales de la mère	37
6.3	Grossesse multiple	38
6.3.1	Description	38
6.3.2	Lien avec les caractéristiques sociodémographiques de la mère	38
6.3.3	Lien avec les caractéristiques biomédicales de la mère	39
6.3.4	Lien avec les caractéristiques de l'enfant	39
6.4	Mortalité foetale	40
6.4.1	Définition et description	40
6.4.2	Évolution dans le temps	40
6.4.3	Lien avec les caractéristiques sociodémographiques de la mère	42
6.4.4	Lien avec les caractéristiques biomédicales de la mère	43
7.	CONCLUSION	44
8.	RÉFÉRENCES	47



1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Malgré les progrès réalisés durant ces dernières décennies, de nombreuses inégalités persistent en matière de santé maternelle et infantile, même dans les pays industrialisés. De plus, les femmes en âge de procréer représentent une part importante de la population féminine en Wallonie dont près d'un tiers est âgé de 20 à 39 ans.

La maternité et la naissance continuent de poser des risques que ce soit pour la mère et pour le nouveau-né. Or, un départ dans la vie en bonne santé est essentiel. De nombreuses études ont également mis en évidence l'importance de la santé maternelle et que celle-ci était indissociablement liée à celle du nouveau-né.

De plus, la société évolue, les habitudes culturelles et les pratiques médicales changent, les nouvelles technologies permettent à davantage de couples de concevoir un enfant et à des enfants prématurés ayant un âge gestationnel de plus en plus petit de survivre.

Il est donc important de pouvoir analyser et interpréter les données périnatales pour mieux cerner ces évolutions, prévenir les risques et améliorer la prise en charge.

1.2 SOURCES

Les données traitées dans le présent rapport ont été récoltées au moyen des bulletins statistiques de naissance et décès. Elles concernent tous les accouchements qui ont eu lieu en Wallonie, en Flandre et à Bruxelles pour des femmes résidant en Wallonie au moment de l'accouchement.

Les données des accouchements de mères résidant en Wallonie et ayant accouché en Wallonie et à Bruxelles proviennent directement du CEpiP. Le traitement des statistiques de naissances est confié au CEpiP par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale et la Direction générale de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les données des accouchements de mères résidant en Wallonie et ayant accouché en Flandre proviennent de la base de données consolidée par la Direction générale de la Statistique (DG Statistique) du Service public fédéral de l'Économie et ont été transmises par l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) sous forme agrégée.

Les données de population et de fécondité proviennent de la DG Statistique.

Jusqu'en 2009, le bulletin statistique de naissance était pris comme référence et le Registre national était utilisé pour compléter les informations manquantes. Il s'agissait donc de toutes les naissances déclarées à l'état civil où la résidence déclarée de la mère se trouvait en Belgique. Depuis 2010, la Direction générale Statistique et de l'Information économique prend le Registre national comme bulletin de référence. Il s'agit donc de toutes les naissances enregistrées au Registre national dont la mère réside en Belgique au moment de l'accouchement. Cette nouvelle procédure inclut dans les statistiques de naissance, les enfants nés à l'étranger dont les mères résident en Belgique mais exclut les naissances ayant eu lieu en Belgique dont la mère n'est pas reprise au Registre national (1).

Sont donc exclues de ces analyses, les naissances qui ont eu lieu à l'étranger (916 en 2010, soit 2,2 % de naissances de 2010). Pour les naissances qui ont eu lieu en Flandre (682 en 2010, soit 1,7 % des naissances de 2010), nous ne disposons pas de toutes les données et pour certaines analyses avec les données sociodémographiques et biomédicales, ces naissances n'ont pas pu être incluses.

Il ne semble pas y avoir de biais de sélection pour les naissances qui ont lieu en Flandre. Le croisement des données concernant la commune de résidence des mères et la commune dans laquelle l'accouchement a eu lieu montre que si certaines femmes vont accoucher dans des hôpitaux flamands, c'est parce que ceux-ci sont simplement plus proches de leur domicile. C'est certainement le cas pour 86,2 % des accouchements qui ont lieu dans des hôpitaux généraux n'offrant pas de prise en charge spéciale pour des grossesses ou des accouchements à risque. Les autres accouchements ont lieu dans des villes où se trouve(nt) un ou plusieurs hôpitaux généraux et un hôpital universitaire sans qu'il soit possible de déterminer dans quel type d'hôpital l'accouchement a eu lieu. Notre hypothèse est que les femmes qui présentent des grossesses à risque se rendent dans les hôpitaux bruxellois.

1.3 MÉTHODOLOGIE

Ce dossier présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de 2008 à 2010 en Wallonie. Le rapport reprend uniquement les naissances des mères qui résident en Wallonie et qui ont accouché en Wallonie, en Région bruxelloise ou en Flandre.

En Belgique, lors de la déclaration d'une naissance ou d'un décès à l'état civil, un bulletin statistique sous format papier ou électronique est obligatoirement rempli. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance. Ces bulletins sont composés de deux volets, l'un reprenant des données médicales et l'autre des données administratives. Ces volets ont évolué au cours de ces dernières années.

Les données utilisées sont celles du volet CEpiP et des volets B et D du bulletin statistique de naissance et des volets B, C et D du bulletin statistique de décès. L'introduction du volet CEpiP a permis d'ajouter de nouvelles variables, dont le statut HIV, la conception de la grossesse, l'indice de masse corporelle de la mère et la parité détaillé. Quatre variables, l'hypertension artérielle, le diabète, l'assistance respiratoire et le transfert en néonatalogie ont, elles, vu leur mode de questionnement évoluer d'une question à choix multiples à une question spécifique par variable avec réponse "oui/non". Ces quatre variables sont étudiées depuis 2008, mais l'évolution des taux entre les années 2008 et 2009 doit tenir compte de cette évolution du mode de questionnement.

Les analyses pour les nouvelles variables présentes sur le volet CEpiP concernent l'année 2010.

Le statut HIV est une donnée uniquement récoltée en Wallonie et en Région bruxelloise. La donnée n'est pas récoltée pour les mères wallonnes qui accouchent en Région flamande. C'est pourquoi les analyses portent sur les mères wallonnes ayant accouchées en Régions wallonne et bruxelloise.

Dans ce rapport, l'âge maternel moyen est calculé sur le nombre de naissances vivantes et les catégories d'âge selon le nombre d'accouchements.

La variable "nationalité" a également été recodée en 16 catégories :

- **Belgique**
- **UE15 sans Belgique** : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Grand-Duché de Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède
- **UE27 sans UE15** : Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovaquie
- **Russie et Europe de l'Est non UE27** : Albanie, Russie/URSS, Ex-Yougoslavie, Serbie, Monténégro, Biélorussie, Ukraine, Moldavie, Croatie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie
- **Autres Europe** : Andorre, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse, Saint- Siège, Gibraltar
- **Maroc**
- **Turquie**
- **Autres Maghreb et Egypte** : Algérie, Egypte, Libye, Mauritanie, Sahara, Tunisie
- **Congo (RDC)**

- **Autres Afrique subsaharienne :** Afars et Issas, Afrique du Sud, Angola, Archipel des Comores, Bophutatswana, Botswana, Britanniques d'Outre-Mer, Burkina Faso, Burundi, Cabinda, Cameroun, Côte d'Ivoire, Lesotho, République Centrafricaine, Erythrée, Ethiopie, Fernando Poo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Guinée portugaise, Haute- Volta, Iles du CapVert, Ile Maurice, Ile Sainte-Hélène, Ile de Santhomé, Iles Seychelles, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ngwane, Ouganda, République populaire du Bénin, République populaire du Congo, République de Djibouti, République démocratique de Madagascar, Réunion, Rhodésie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Sud-Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Transkei, Urundi, Zambie, Zimbabwe
- **Amérique du Nord :** Groenland, Canada, Saint-Pierre-et-Miquelon, États-Unis
- **Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes :** Anguilla, Antigua, Antilles américaines, Antilles britanniques, Antilles néerlandaises, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Caïmanes, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, République dominicaine, République dominique, El Salvador, Equateur, Iles Falkland, Grenade, Guadeloupe, Guatemala, Guyane, Guyane française, Guyane hollandaise, Haïti, Honduras, Ile de Dominica, Iles Turks et Caïcos, Iles Vierges, Jamaïque, Kitts and Nevis, Martinique, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Ile de Porto-Rico, République de Sainte Lucie, Saint-Vincent, Surinam, Trinidad et Tobago, Uruguay, Vénézuela
- **Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient :** Afghanistan, Arabie Saoudite, Arménie, Azerbaïdjan, Bahrein, Emirats arabes-unis, Géorgie, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Kazakhstan, Kirghistan, Koweït, Liban, Oman, Ouzbékistan, Pakistan, Palestine, Qatar, Syrie, Tadjikistan, Turkménistan, Yémen
- **Asie du Sud-Est :** Bangladesh, Bhoutan, Brunei Cambodge, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Hong-Kong, Japon, Inde, Indonésie, Laos, Macao, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar (Birmanie), Népal, Philippines, Singapour, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Timor-Leste, Vietnam
- **Océanie :** Australie, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Guam, Heard et Mac Donald, Iles mineures éloignées des États-Unis, Iles Samoa, Kiribati, Mariannes du Nord, Marshall, Micronésie, Nauru, Niué, Norfolk, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palou, Papouasie-Nouvelle Guinée, Pitcairn, Polynésie française, Salomon, Samoa, Samoa américaine, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
- **Autres :** apatride, indéterminé.

Pour certaines analyses, les données médicales ont été croisées avec les données sociodémographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et biomédicales de la mère.

Les données peuvent également faire l'objet de comparaisons temporelles avec les données de Wallonie des années 2008, 2009 et 2010.

Une comparaison entre les résultats en données de fait (selon le lieu de naissance) et en données de droit (selon le lieu de résidence) a été réalisée. Les résultats des données de fait proviennent des rapports publiés par le CEpiP (2, 3, 4).

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels Microsoft Excel 2010 et STATA 12.0, 2013.

DÉFINITION

**CONCEPTION DE LA GROSSESSE**

Traitement hormonal : pour obtenir la grossesse avec ou sans insémination de sperme mais hors FIV.

FIV (fécondation in vitro).

ICSI (injection intracytoplasmique de sperme) : technique particulière de FIV avec sélection d'un spermatozoïde.

DIABÈTE

Tout diabète gestationnel ou préexistant.

ENFANT MORT-NÉ

Tout décès (in utero ou pendant l'accouchement) d'un enfant ou fœtus d'un poids ≥ 500 g et/ou d'un âge gestationnel ≥ 22 semaines.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Toute hypertension de $\geq 14/ \geq 9$, gravidique (développée pendant la grossesse) ou préexistante.

MORTALITÉ FŒTALE OU MORTINATALITÉ

Tout décès (in utero ou pendant l'accouchement) d'un enfant ou fœtus d'un poids ≥ 500 g et/ou d'un âge gestationnel ≥ 22 semaines.

NAISSANCE VIVANTE

Toute naissance déclarée vivante quel que soit l'âge gestationnel ou le poids de naissance.



INDICE CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ

Somme des taux de fécondité par âge entre 15 et 49 ans mesurés une année donnée. Nombre d'enfants qu'une femme aurait au cours de sa vie reproductive si elle connaissait, à chaque âge, les taux de fécondité observés au cours d'une année civile donnée. Il s'exprime en nombre d'enfants par femme pour une année donnée.

PARITÉ

Nombre d'accouchements ayant donné lieu à une naissance vivante quel que soit l'âge gestationnel ou à un enfant mort-né, y compris l'accouchement-actuel. Les grossesses multiples n'influencent pas la parité.

SÉROPOSITIVITÉ HIV

Les réponses «ne sait pas» et «non testé» sont possibles.

Ne sait pas : a été testé pendant la grossesse ou l'accouchement mais les résultats ne sont pas (encore) connus.

Non testé : non testé pendant la grossesse ni pendant l'accouchement.

TAUX GLOBAL DE FÉCONDITÉ GÉNÉRAL

Nombre des naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 15-49 ans durant une année donnée.

3

CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES WALLONNES EN FONCTION DU LIEU DE NAISSANCE

CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES WALLONNES EN FONCTION DU LIEU DE NAISSANCE



Parmi les mères wallonnes, 5,1 % accouchent en Région bruxelloise et 1,7 % en Région flamande. En données de droit, la proportion de naissances est plus élevée en province du Brabant wallon qu'en données de fait puisque les mères qui résident en province du Brabant wallon accouchent fréquemment en Régions bruxelloise (30,4 %) et flamande (3,9 %), l'une des raisons étant la proximité des hôpitaux. .

Une tendance est observée pour l'âge de la mère : plus l'âge de la mère augmente, plus la proportion de mères qui accouchent en dehors de la Wallonie - augmente. Les mères de 35 ans et plus accouchent davantage en Région bruxelloise (8,1 %) que les mères de moins de 20 ans (1,6 %). La proportion de mères accouchant en dehors de la Wallonie augmente avec le niveau d'instruction de la mère : 9,2 % des mères d'un niveau d'instruction "supérieur non-universitaire et universitaire" à 3,3 % de mères d'un niveau secondaire. Au niveau de l'état d'union de la mère, les mères vivant en couple sont plus nombreuses à se rendre en Région bruxelloise pour accoucher.

Les mères présentant de l'hypertension artérielle sont plus nombreuses à se rendre en Région bruxelloise que les mères non-hypertendues.

Pour les grossesses multiples comme pour les grossesses issues d'une conception assistée, les mères vont davantage accoucher en Région bruxelloise (9,5 %) qu'en cas de grossesses uniques ou conçue spontanément.

Pour les caractéristiques de l'enfant, les mères dont l'enfant est né prématurément ainsi que les mères dont l'enfant a eu un petit poids de naissance sont plus nombreuses à avoir accouché en Région bruxelloise. Ceci pourrait s'expliquer par le nombre plus important de suivis de grossesses à risque en Région bruxelloise.

Tableau 1 : Caractéristiques des mères wallonnes en fonction du lieu de naissance, 2008-2010

Caractéristiques de la mère	n	% de mères qui accouchent en Région wallonne	% de mères qui accouchent en Région bruxelloise	% de mères qui accouchent en Région flamande
Province de résidence de la mère				
Hainaut	43 929	93,9	3,2	2,9
Liège	36 187	98,7	0,7	0,5
Luxembourg	9 042	98,5	1,2	0,3
Namur	16 120	97,2	2,6	0,2
Brabant wallon	11 917	65,6	30,4	3,9
Âge (années)				
< 20	4 399	96,8	1,6	1,6
20-34	93 544	93,8	4,5	1,7
≥ 35	19 231	90,1	8,1	1,8
Nationalité à l'accouchement				
Belge	100 378	93,5	4,8	1,7
UE27	7 035	89,3	7,9	2,8
Turquie	1 038	98,5	1,3	0,3
Maroc	2 258	96,8	2,3	0,9
Afrique subsaharienne	2 427	91,8	7,1	1,1
Autres	3 993	94,3	3,9	1,8
Niveau d'instruction				
Pas d'instruction / primaire	3 051	94,9	3,6	1,5
Secondaire	48 010	94,5	3,3	2,2
Supérieur non-universitaire et universitaire	39 097	88,8	9,2	2,0
Situation professionnelle				
Actif	68 754	91,4	6,5	2,0
Sans profession	44 247	96,1	2,7	1,3
Étudiante	2 135	94,4	3,9	1,7
État d'union de la mère				
En couple	93 976	92,7	5,5	1,8
Vit seule	20 382	95,5	3,2	1,3
Parité				
Primipares	51 906	93,6	4,8	1,7
Multipares	65 283	93,1	5,1	1,8
IMC (kg/m²) (naissances vivantes 2010)				
< 18,5	2 259	93,4	4,7	1,9
18,5-24,9	19 162	92,4	5,7	2,0
25-29,9	6 913	94,3	3,9	1,8
30-39,9	3 953	95,6	3,0	1,4
≥ 40	454	95,4	2,6	2,0
Diabète				
oui	4 785	95,2	4,1	0,7
non	111 654	93,2	5,0	1,8
Hypertension artérielle				
oui	4 843	91,9	6,5	1,5
non	111 750	93,4	4,9	1,7
Grossesse multiple				
oui	2 060	88,5	9,5	2,0
non	115 135	93,4	4,9	1,7
Conception assistée (naissances vivantes 2010)				
oui	1 819	89,7	8,6	1,8
non	36 426	93,9	4,4	1,7
Durée de la grossesse				
< 37 semaines	9 378	90,5	7,7	1,8
≥ 37 semaines	107 691	93,6	4,7	1,7
Petit poids de naissance (naissances vivantes)				
< 2500g	9 403	91,5	7,1	1,4
≥ 2500 g	108 986	93,4	4,8	1,7

4

LES NAISSANCES EN WALLONIE

LES NAISSANCES EN WALLONIE



4.1 NOMBRE DE NAISSANCES

Durant la période 2008-2010, 119 258 naissances de mères résidant en Wallonie ont été enregistrées à l'état civil. Sur l'ensemble de ces naissances, 5,1 % ont eu lieu en Région bruxelloise et 1,7 % en Flandre.

Années de naissance	Nombre de naissances totales	Nombre de naissances vivantes	Nombre de mort-nés
2008	39 886	39 692	194
2009	39 381	39 122	259
2010	39 991	39 748	243

4.2 ÉVOLUTION DES NAISSANCES EN WALLONIE

Une diminution de l'indice conjoncturel de fécondité est observée de 1971 à 1983, passant de 2,29 à 1,54 enfant(s) par femme. Depuis 1995, on observe une légère augmentation du nombre d'enfants par femme, l'indice conjoncturel de fécondité est passé de 1,61 enfant par femme en 1995 à 1,85 enfant par femme en 2010 (figure 1).

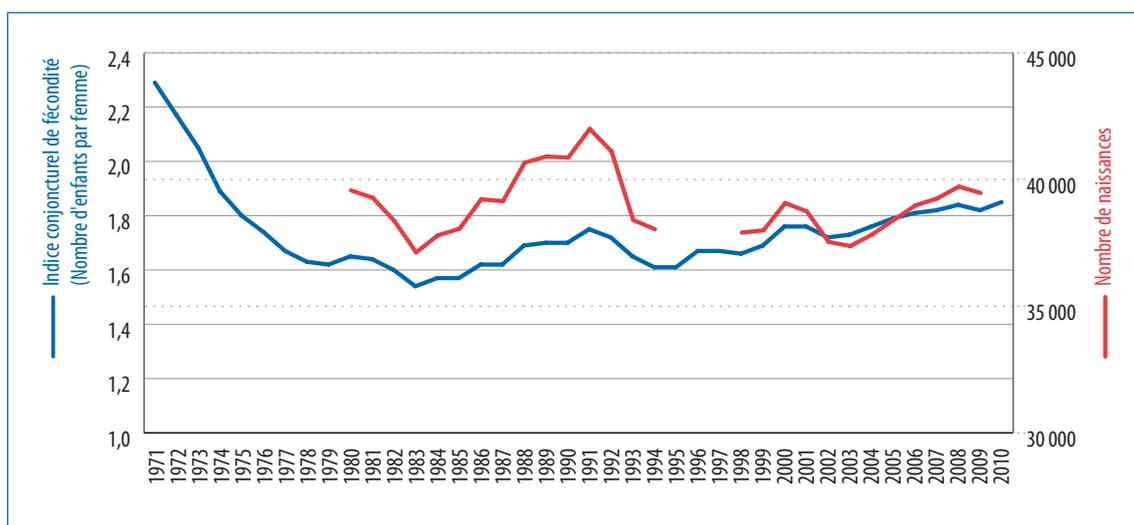


Figure 1 : Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Wallonie, 1971-2010

Source : DG Statistique

4.3 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES NAISSANCES EN WALLONIE

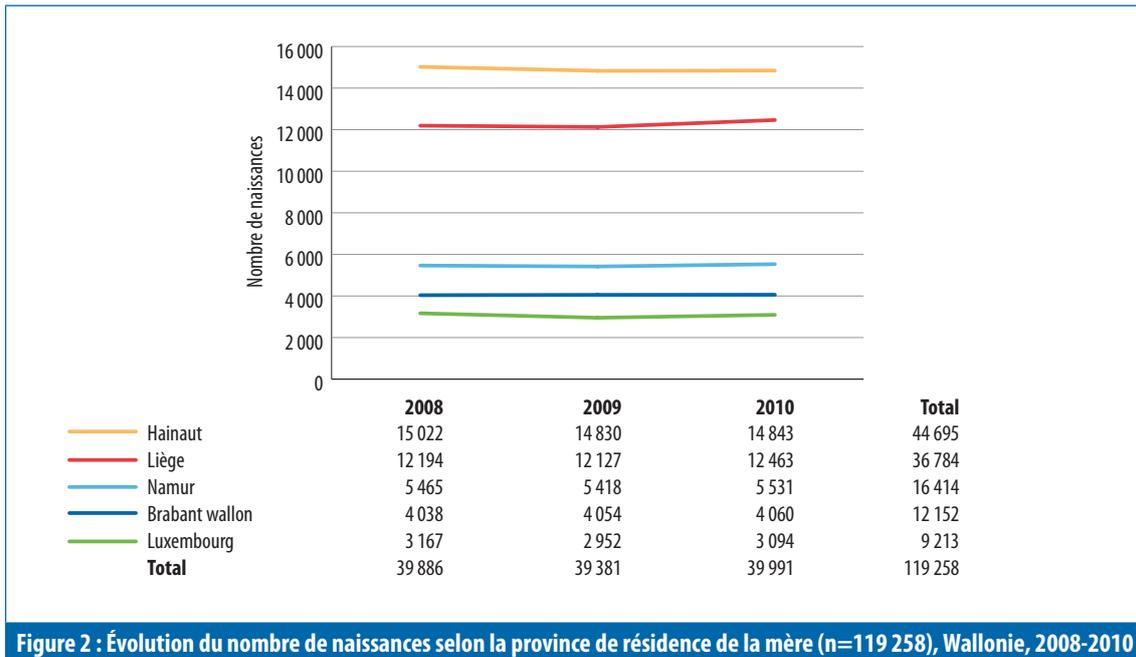


Figure 2 : Évolution du nombre de naissances selon la province de résidence de la mère (n=119 258), Wallonie, 2008-2010

Le nombre de naissances est le plus élevé dans le Hainaut (37,5 % des naissances en Wallonie) et le plus bas dans la province du Luxembourg (7,7 % des naissances en Wallonie). Le nombre de naissances annuel reste globalement stable sur la période 2008-2010, sauf dans la province de Liège où l'on observe une légère augmentation et dans le Hainaut où l'on constate une légère diminution (figure 2).

L'indice conjonctuel de fécondité (figure 3) et le taux global de fécondité générale (figure 4) sont également stables sur la période 2008-2010, sauf dans le Luxembourg où l'on constate une augmentation assez marquée du nombre de naissances par femme et où l'indice conjonctuel de fécondité a atteint les 2 enfants par femme en 2010. Ceci s'explique surtout par une part plus importante de femmes en âge d'avoir des enfants.

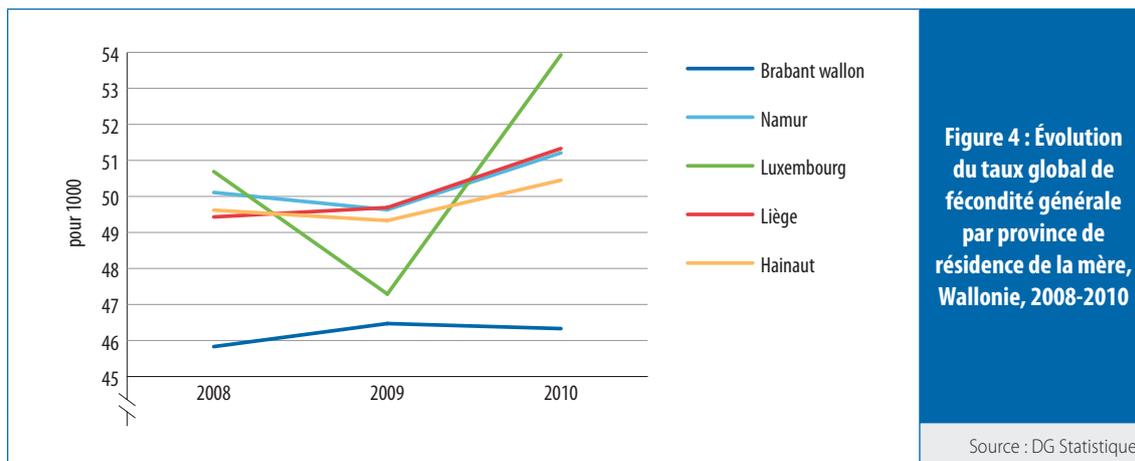
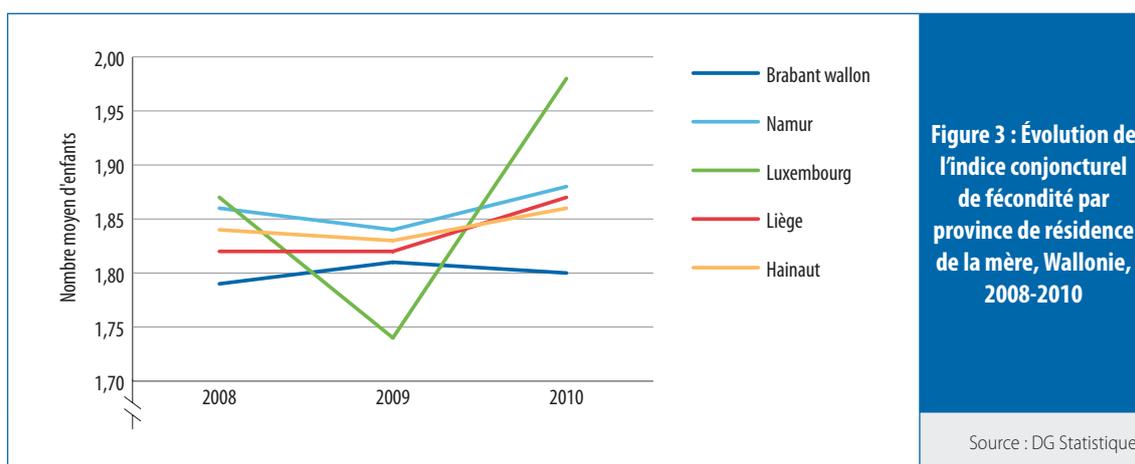




Photo ©Sophie Gérard

5.1 ÂGE DE LA MÈRE

5.1.1 DESCRIPTION

Tableau 3 : Distribution des accouchements selon l'âge de la mère (n=117 174), Wallonie, 2008-2010

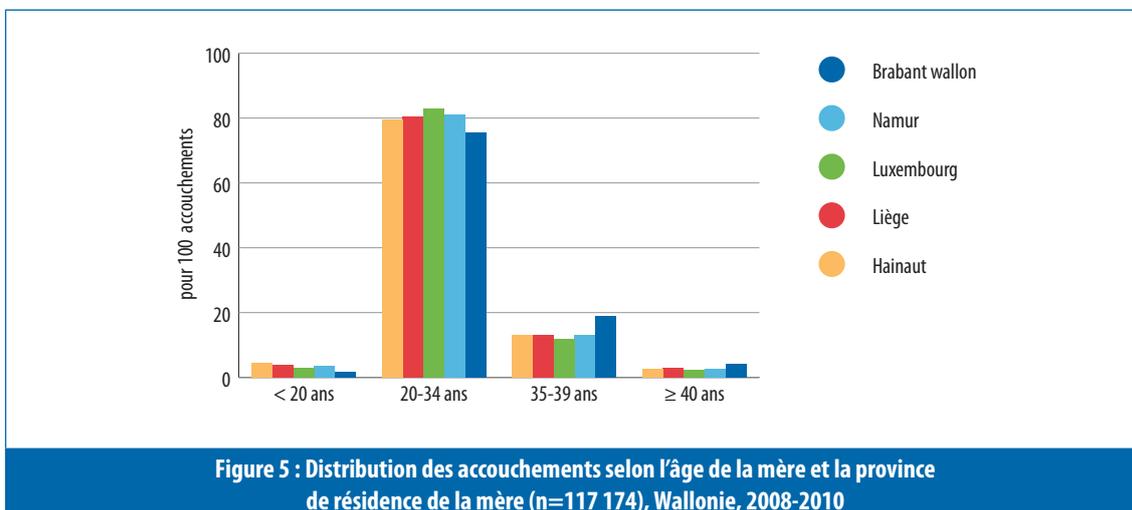
Âge	n	%
< 20 ans	4 399	3,8
20-24 ans	19 991	17,1
25-29 ans	39 687	33,9
30-34 ans	33 866	28,9
35-39 ans	15 946	13,6
≥ 40 ans	3 285	2,8

21 données manquantes (0,02 %).

Un tiers des femmes qui ont accouché entre 2008 et 2010 étaient âgées de 25 à 29 ans au moment de l'accouchement. La proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de 3,8 % et la proportion de mères âgées de 35 ans et plus de 16,4 %.

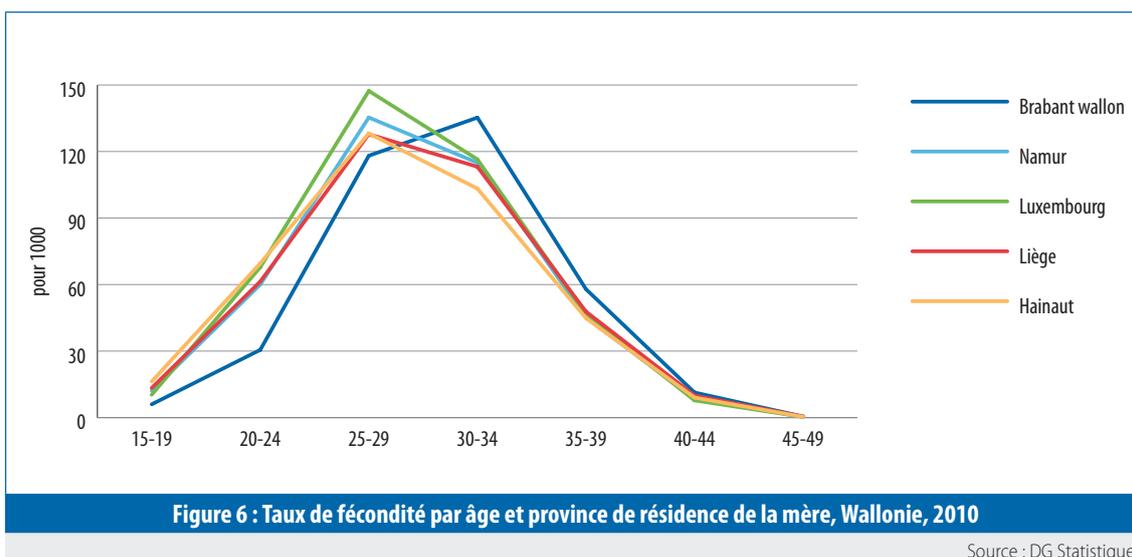
L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 29,5 ans et ne diffère pas durant la période 2008-2010. L'âge moyen de la mère à la naissance du premier enfant est de 27,4 ans.

5.1.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE



La proportion de mères âgées de moins de 20 ans est plus élevée dans le Hainaut (4,6 %) que dans les autres provinces wallonnes ($P < 0,001$). Quant à la proportion de mères âgées de 35 ans et plus, elle est significativement plus élevée en province du Brabant wallon (22,9 %) que dans les autres provinces ($P < 0,001$).

Les courbes de taux de fécondité par âge ont, pour le Hainaut et les provinces de Liège, Namur et du Luxembourg, un profil identique avec un pic de fécondité dans la tranche d'âge des 25-29 ans. À chaque tranche d'âge, la fécondité est la plus élevée dans la province du Luxembourg et la plus basse dans le Hainaut. Dans le Brabant wallon, le pic de fécondité s'observe chez les femmes de la tranche d'âge des 30-34 ans et la fécondité après 35 ans y reste plus élevée que dans les autres provinces wallonnes (figure 6).



Source : DG Statistique

5.1.3 ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

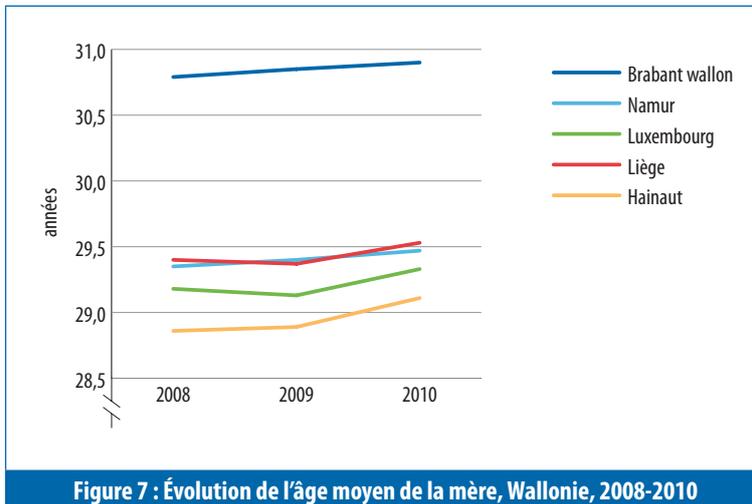


Figure 7 : Évolution de l'âge moyen de la mère, Wallonie, 2008-2010

L'âge moyen des mères à l'accouchement est le plus élevé dans le Brabant wallon (30,9 ans en 2010) et il est plus bas dans le Hainaut (29,1 ans en 2010). Cet âge moyen augmente dans toutes les provinces depuis 2008. Cette augmentation est plus prononcée dans le Hainaut (de 28,9 ans à 29,1 ans) mais reste très faible en Brabant wallon (de 30,8 ans à 30,9 ans) (figure 7).

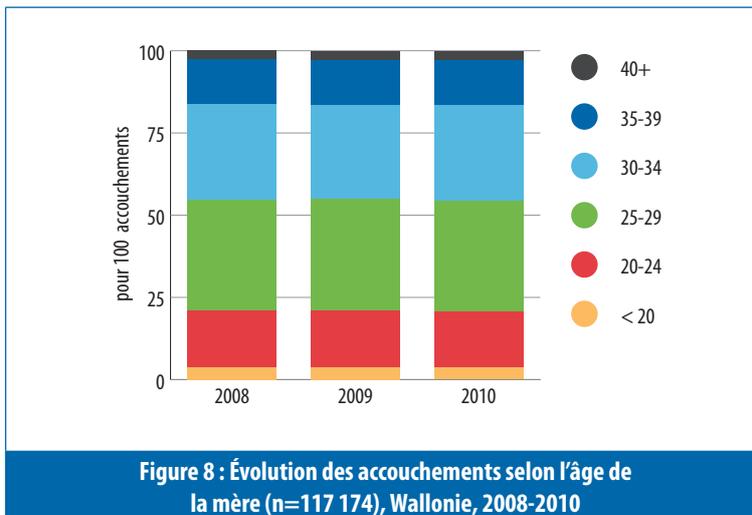


Figure 8 : Évolution des accouchements selon l'âge de la mère (n=117 174), Wallonie, 2008-2010

La proportion d'accouchements chez les mères âgées de moins de 20 ans reste stable pendant la période 2008-2010 et ne représente que 3,8 % des accouchements. La moyenne des accouchements de mères de moins de 20 ans est de 1 466 par an pour la période 2008-2010 (figure 8).

En Région bruxelloise la proportion de mères de moins de 20 ans a diminué de 1998 à 2011 (3,4 % à 2,4 %) (5). En Flandre, cette proportion de grossesse avant 20 ans est deux fois moins importante qu'en Wallonie (1,8 % des naissances en 2010) (6). Pour les pays européens en 2010, la proportion de naissances chez les mères de moins de 20 ans varie de 1,1 % en Suisse à 10,6 % en Roumanie (7).

La proportion d'accouchements de mères de 35 ans et plus est de 16,5 % en 2010 (figure 8). Pour les mères de 40 ans et plus, la proportion est passée de 2,7 % en 2008 à 2,9 % en 2010 ($P < 0,05$) ce qui représente en moyenne 1 095 accouchements par année. Par rapport à la Wallonie, la proportion de mères de 35 ans et plus est plus élevée en Région bruxelloise (22,3 % en 2010) (5) mais moins élevée en Flandre (14,3 % en 2010) (6). Au niveau européen, la proportion de mères de 35 ans et plus varie de 10,9 % en Roumanie à 34,7 % en Italie en 2010 (7).

L'augmentation de l'âge à l'accouchement s'observe également dans les deux autres régions du pays ainsi que dans la majorité des pays européens.

Les raisons de l'augmentation du nombre de naissances chez des mères plus âgées sont complexes. Dans le monde développé, il est de plus en plus fréquent pour les femmes de retarder la première naissance jusqu'à ce qu'elles soient dans leur trentaine. Depuis les années 70, la vie sociale moderne a eu des effets considérables sur la vie reproductive des femmes. L'âge plus tardif à la maternité s'explique notamment par le fait que les femmes font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, entrent plus tard en union et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces.

5.2 NATIONALITÉ DE LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT

5.2.1 DESCRIPTION

Tableau 4 : Distribution des accouchements selon la nationalité de la mère à l'accouchement (n=117 129), Wallonie, 2008-2010		
Nationalité de la mère à l'accouchement	n	%
Belgique	100 378	85,7
UE15 sans Belgique	6 139	5,2
UE27 sans UE15	896	0,8
Russie et Europe de l'Est non UE27	1 576	1,3
Autres Europe	36	0,0
Turquie	1 038	0,9
Maroc	2 258	1,9
Autres Maghreb et Egypte	790	0,7
Congo (RDC)	818	0,7
Autres Afrique subsaharienne	1 609	1,4
Amérique du Nord	270	0,2
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	210	0,2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	411	0,4
Asie du Sud-Est	524	0,4
Océanie	7	0,0
Autres (apatride, indéterminé)	169	0,1

85,7 % des mères qui vivent en Wallonie sont de nationalité belge. Les mères de nationalité non belges les plus représentées viennent de l'Europe des 27 (hors Belgique) (6,0 %) et du Maroc (1,9 %) (tableau 4).

Le tableau 5 montre des variations dans la distribution de l'âge à l'accouchement en fonction de la nationalité de la mère. La fécondité des femmes de moins de 20 ans est 1,7 à 1,9 fois plus élevée chez les femmes originaires des pays de l'Europe de l'est et de Russie. Ceci s'explique sans doute en partie par le fait que ces populations sont issues de mouvements migratoires assez récents et ont donc un modèle de fécondité toujours proche de celui observé dans les pays dont elles sont originaires. Cette plus haute fécondité chez les jeunes femmes s'observe également dans une moindre mesure pour les migrantes venant de Turquie.

Tableau 5 : Distribution des accouchements selon l'âge et la nationalité à l'accouchement de la mère (n=117 115), Wallonie, 2008-2010

Nationalité de la mère à l'accouchement	Total n	< 20 ans		20-34 ans		≥ 35 ans	
		n	%	n	%	n	%
Belgique	100 366	3 843	3,8	80 477	80,2	16 046	16,0
UE15 sans Belgique	6 138	135	2,2	4 512	73,5	1 491	24,3
UE27 sans UE15	896	57	6,4	719	80,2	120	13,4
Russie et Europe de l'Est non UE27	1 576	115	7,3	1 285	81,5	176	11,2
Turquie	1 038	50	4,8	908	87,5	80	7,7
Maroc	2 258	47	2,1	1 766	78,2	445	19,7
Afrique subsaharienne	2 426	96	4,0	1 931	79,6	399	16,4

66 données manquantes (0,06 %)

5.2.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

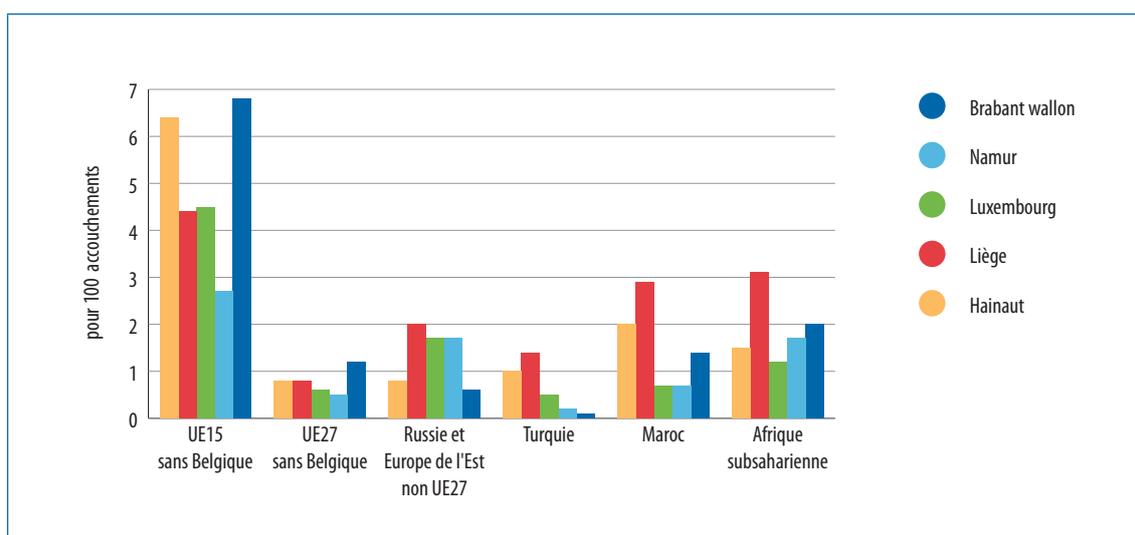


Figure 9 : Distribution des accouchements selon la nationalité de la mère à l'accouchement et la province de résidence de la mère (n=115 117), Wallonie, 2008-2010

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans cette figure.

Les provinces du Hainaut et du Brabant wallon ont des proportions importantes de mères provenant de l'Europe des 15. Ceci s'explique par l'immigration italienne pour l'industrie et la construction dans la Région du Centre dans les années 50 et par l'immigration de ressortissants européens ces dernières années suite à l'implantation des institutions européennes à Bruxelles.

Quant à la province de Liège, on y trouve les proportions les plus élevées de mères d'Afrique subsaharienne (3,1 %), marocaines (2,9 %) et turques (1,4 %).

5.3 NIVEAU D'INSTRUCTION

Tableau 6 : Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère (n=90 969), Wallonie, 2008-2010

			Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Brabant wallon
Niveau d'instruction	n	%	%	%	%	%	%
Pas d'instruction / primaire	3 501	3,9	3,5	6,0	1,5	1,7	2,0
Secondaire	48 010	52,7	58,1	53,6	54,2	53,8	32,1
Supérieur non-universitaire et universitaire	39 097	43,0	37,8	40,0	44,2	44,1	65,5
Autres (spécial, études en cours, à l'étranger)	361	0,4	0,5	0,4	0,1	0,4	0,3

26 226 données manquantes (22,4 %).

Près de 60 % des mères n'ont pas été au-delà des études secondaires. Cette proportion de mères peu instruites est bien plus élevée dans le Hainaut (61,6 %) que dans la Brabant wallon (34,1 %).

5.4 SITUATION PROFESSIONNELLE

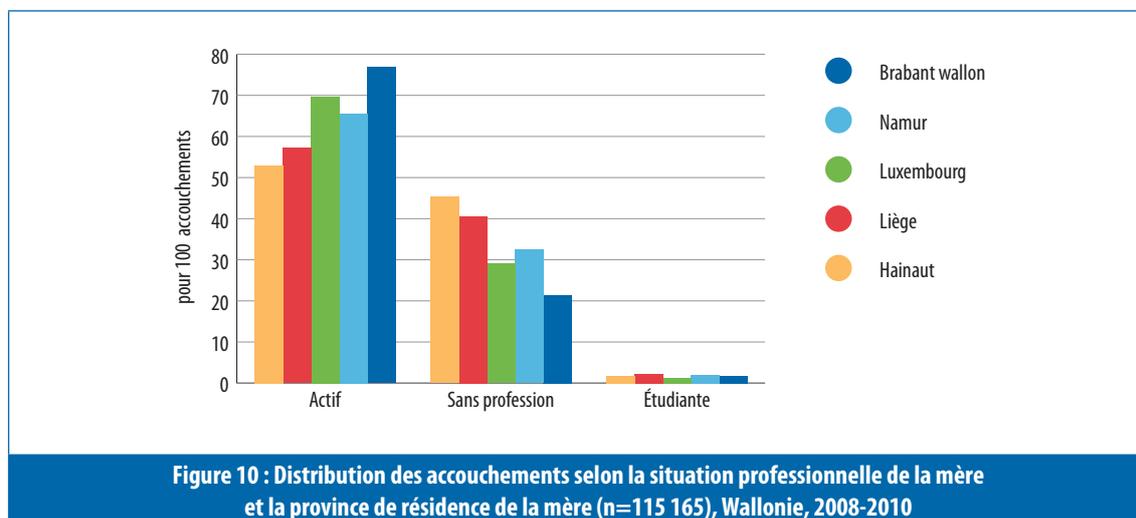
5.4.1 DESCRIPTION

Tableau 7 : Distribution des accouchements selon la situation professionnelle des parents, Wallonie, 2008-2010				
Situation professionnelle	Mère (n=115 165)		Père* (n=105 354)	
	n	%	n	%
Actif	68 754	59,7	87 795	83,3
Sans profession (chômage/ CPAS/mutuelle/invalidité/ incapacité/...)	44 276	38,4	16 978	16,1
Étudiant	2 135	1,9	581	0,6

2 030 données manquantes (1,7 %).
* Les pères d'enfants nés de mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas pris en compte dans ce tableau.

Sur la période 2008-2010, 59,7 % des mères et 83,3 % des pères exerçaient une activité professionnelle.

5.4.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE



La proportion de mères actives est la plus élevée dans la province du Brabant wallon (76,8 %). Pratiquement la moitié des mères en province du Hainaut se déclarent sans profession (45,3 %). Cette proportion est la plus élevée des provinces wallonnes.

Les proportions des différentes situations professionnelles restent stables durant la période 2008-2010.

5.5 ÉTAT D'UNION

5.5.1 DESCRIPTION

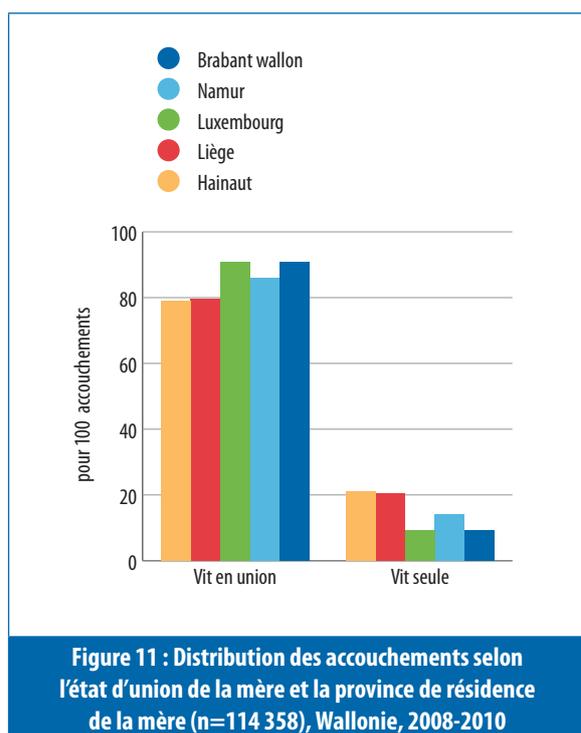
Tableau 8 : Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère (n=113 824), Wallonie, 2008-2010

État civil / État d'union	n	%
Vit en union	93 679	82,3
Vit seule	20 145	17,7

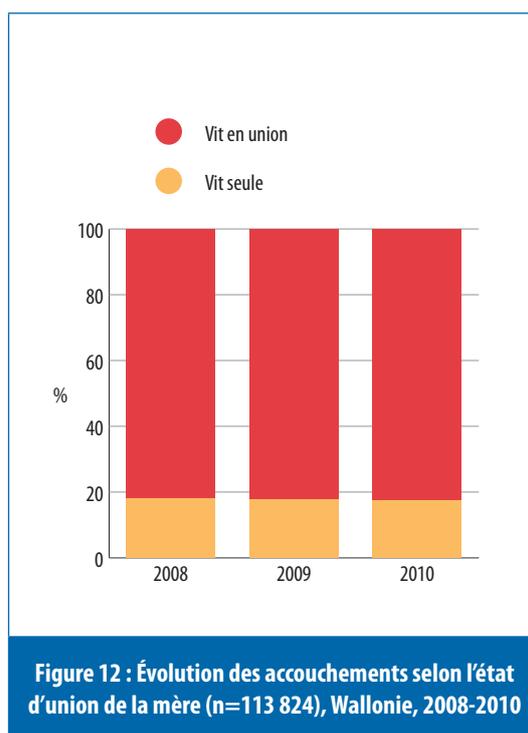
3 371 données manquantes (2,9 %).

Plus de 80 % des mères vivent en union au moment de l'accouchement.

5.5.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE ET ÉVOLUTION DANS LE TEMPS



La proportion de mères vivant seules est la plus élevée dans le Hainaut et dans la province de Liège.



Cette proportion de mères vivant seules diminue de 2008 à 2010 (17,9 % 17,4 %) puisque de plus en plus de femmes sont en union à la naissance de leur premier enfant.

5.6 PARITÉ

5.6.1 DESCRIPTION ET ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

Tableau 9 : Évolution des accouchements selon la parité (n=117 189), Wallonie, 2008-2010					
Parité		2008	2009	2010	2008-2010
Primipare	n	17 207	17 303	17 396	51 906
	%	43,9	44,7	44,3	44,3
Multipare	n	21 997	21 399	21 887	65 283
	%	56,1	55,3	55,7	55,7

6 données manquantes (0,05 %).

La proportion de mères primipares ne varie pas sur la période sur la période 2008-2010 et est en moyenne de 44,3 %.

5.6.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

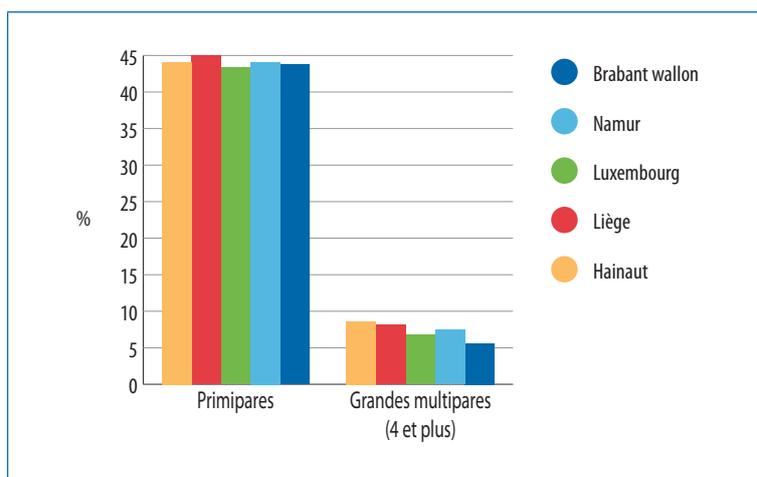


Figure 13 : Distribution des accouchements selon la parité et la province de résidence de la mère (n=39 189), Wallonie, 2010

Par contre, elle diffère significativement en fonction de la province de résidence de la mère.

Le nombre de grandes multipares (4^{ème} accouchement et plus) est le plus élevé en province du Hainaut (8,6 %) et le plus faible dans la province du Brabant wallon (5,6 %).

5.7 INDICE DE MASSE CORPORELLE

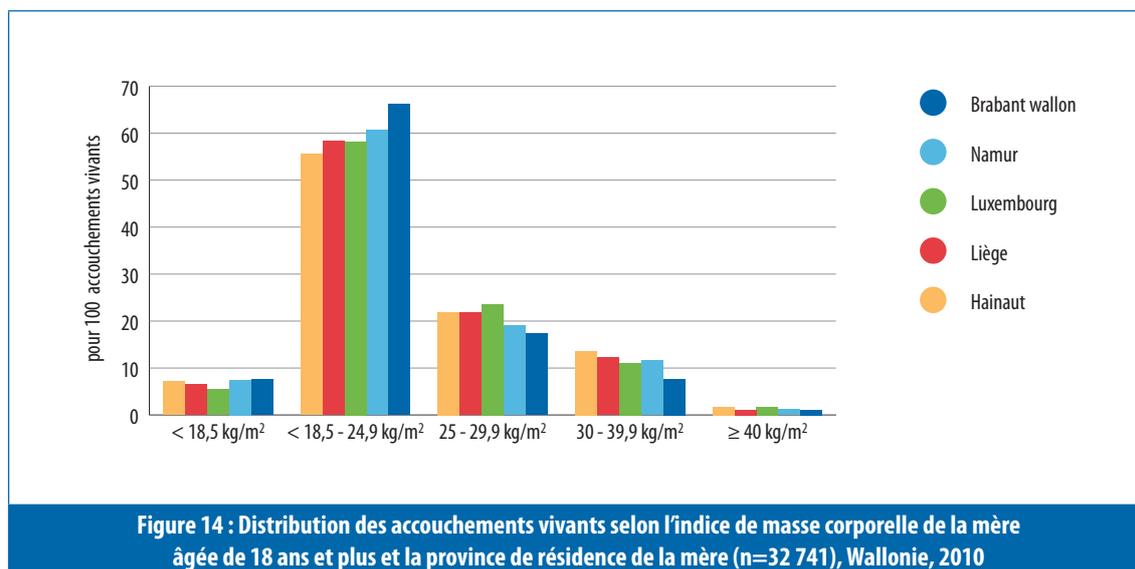
5.7.1 DESCRIPTION

Tableau 10 : Distribution des accouchements vivants selon l'indice de masse corporelle de la mère âgée de 18 ans et plus (n=32 741), Wallonie, 2010		
IMC (kg/m ²)	n	%
< 18,5 kg/m ²	2 259	6,9
18,5 - 24,9 kg/m ²	19 162	58,5
25 - 29,9 kg/m ²	6 913	21,1
30,0 - 39,9 kg/m ²	3 953	12,1
≥ 40 kg/m ²	454	1,4
≥ 40 ans	3 285	2,8

6 340 données manquantes (16,2 %).

Le surpoids concerne 34,6 % des mères. Parmi celles-ci, 21,1 % sont en surpoids (25-29,9 kg/m²) et 13,5 % en obésité (30-39,9 kg/m²) voire obésité morbide (≥ 40 kg/m²).

5.7.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE



Ces problèmes de surpoids et d'obésité sont plus importants dans la province du Hainaut avec respectivement 21,9 % et 15,3 % des mères et moins fréquent dans la province du Brabant wallon (respectivement 17,4 % et 8,8 %).

5.7.3 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

Tableau 11 : Distribution des accouchements vivants selon l'indice de masse corporelle de la mère âgée de 18 ans et plus et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2010					
Caractéristiques sociodémographiques	IMC	< 18,5 kg/m ²	25,0 – 29,9 kg/m ²	30,0 – 39,9 kg/m ²	≥ 40 kg/m ²
	n	%	%	%	%
Âge de la mère (années)					
18-19	860	19,0	16,4	7,9	1,3
20-34	25 975	7,0	20,6	11,8	1,4
35-39	4 376	4,6	24,0	14,2	1,6
≥ 40	922	3,9	25,8	16,8	1,5
Nationalité à l'accouchement					
Belge	27 745	6,9	21,0	12,4	1,5
UE27 sans Belgique	1 914	7,7	19,3	10,6	1,3
Turquie	235	3,4	25,1	9,8	0,4
Maroc	605	6,0	27,9	10,1	0,2
Afrique subsaharienne	645	6,5	30,2	12,1	0,3
Niveau d'instruction					
Pas d'instruction/primaire	858	8,5	25,9	14,5	1,9
Secondaire inférieur	3 398	10,5	21,3	15,0	2,1
Secondaire supérieur	10 052	6,5	22,9	14,5	1,8
Supérieur	11 438	6,2	19,3	8,4	0,8
État d'union de la mère					
Vit seule	5 094	9,8	20,3	13,5	1,4
Vit en union	25 370	6,3	21,3	12,0	1,4
Parité					
Primipare	14 364	7,7	19,0	10,1	1,2
Multipare	17 768	6,2	22,9	13,8	1,6

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Les problèmes de surpoids augmentent significativement en fonction de l'âge. Il y a deux fois plus d'obésité parmi les mères de 40 ans comparé aux mères de moins de 20 ans. La proportion de mères avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m² est quant à elle plus élevée parmi les mères de 18-19 ans.

Ces problèmes de surpoids concernent un peu plus les femmes de nationalité maghrébine et d'Afrique subsaharienne, celles qui ont un niveau d'instruction "primaire" voire sans niveau d'instruction, ainsi que les multipares (P<0,001).

5.8 DIABÈTE ET HYPERTENSION ARTÉRIELLE

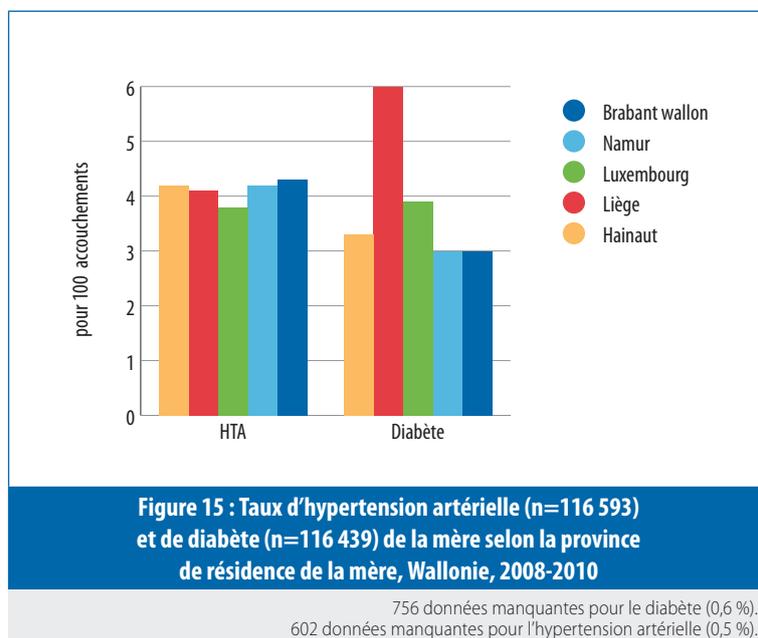
5.8.1 DESCRIPTION

Tableau 12 : Distribution des accouchements selon le diabète et l'hypertension artérielle, Wallonie, 2008-2010		
	n	%
Diabète (n=116 439)		
Oui	4 785	4,1
Non	111 6 54	95,9
Hypertension artérielle (n=116 593)		
Oui	4 843	4,2
Non	111 750	95,8

756 données manquantes (pour le diabète) (0,6 %).
602 données manquantes (pour l'hypertension artérielle) (0,5 %).

Les problèmes de diabète et d'hypertension artérielle concernent respectivement 4,1 % et 4,2 % des mères qui habitent en Wallonie.

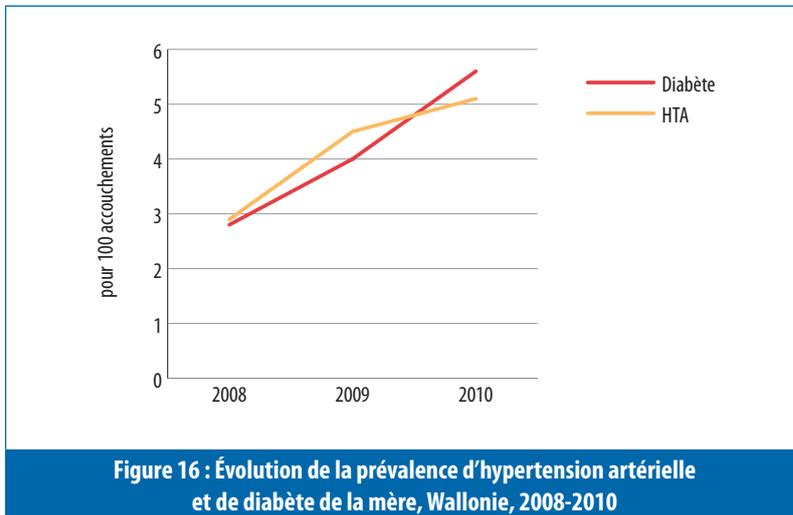
5.8.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE



On n'observe pas de différence selon le lieu de résidence de la mère pour l'hypertension artérielle.

Il semble par contre y avoir plus de problème de diabète à Liège (6 %). L'analyse par année montre une proportion de diabète toujours plus élevée pour la province de Liège. Cette proportion élevée pourrait s'expliquer par la présence d'un important centre de diabétologie sur Liège qui favoriserait davantage le dépistage que dans les autres provinces wallonnes.

5.8.3 ÉVOLUTION DANS LE TEMPS



Les prévalences du diabète et d'hypertension artérielle augmentent significativement depuis 2008. Cette augmentation est plus prononcée pour le diabète que pour l'hypertension artérielle.

Entre 2008 et 2009, l'augmentation des taux de diabète et de l'hypertension pouvait s'expliquer par le changement de formulaire de déclaration de naissance. Les données sur le diabète et l'hypertension artérielle se trouvaient déjà sur le volet C avant l'introduction du volet CEpiP. Cependant, la question du Volet C initial concernant ces facteurs de risque était à choix multiple, alors que dans le Volet CEpiP il s'agit de questions "oui/non".

Entre 2009 et 2010, l'évolution des taux ne peut plus être la conséquence du changement de formulaire. L'augmentation du taux de diabète est probablement multifactorielle, reflet d'une augmentation réelle de la prévalence suite à l'augmentation de l'obésité maternelle, d'une nouvelle politique de dépistage du diabète dans le cadre de la grossesse (diminution du seuil glycémique pour le dépistage du diabète gestationnel) et d'une meilleure systématique des tests de dépistage au cours de la grossesse.

5.8.4 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

Tableau 13 : Distribution des accouchements selon l'hypertension artérielle et le diabète de la mère et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2008-2010

Caractéristiques sociodémographiques	Hypertension artérielle		Diabète	
	n	%	n	%
Âge de la mère (années)				
< 20	4 288	2,6	4 269	1,5
20-34	91 513	3,8	91 407	3,6
35-39	15 573	5,6	15 552	7,0
≥ 40	3 188	8,9	3 181	9,7
Nationalité à l'accouchement				
Belge	98 239	4,4	98 142	4,0
UE27 sans Belgique	6 786	3,0	6 767	4,3
Turquie	1 024	2,0	1 023	5,3
Maroc	2 226	1,7	2 218	8,3
Afrique subsaharienne	2 379	6,0	2 365	5,0
Niveau d'instruction				
Pas d'instruction/ primaire	3 404	3,2	3 393	6,2
Secondaire inférieur	11 997	3,9	11 964	4,2
Secondaire supérieur	34 731	4,6	34 672	4,4
Supérieur	38 188	4,0	38 160	4,0
Parité				
Primipare	50 845	5,2	50 795	3,8
Multipare	63 733	3,4	63 629	4,5

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

La proportion de mères diabétiques augmente significativement avec l'âge (1,5 % pour les mères de moins de 20 ans à 9,7 % pour les mères de 40 ans et plus). Le diabète est significativement plus fréquent chez les mères de nationalité marocaine et les femmes peu instruites. Pour l'état d'union, les différences ne sont pas très importantes.

La proportion de mères souffrant d'hypertension artérielle augmente avec l'âge de la mère (2,6 % chez les mères de moins de 20 ans à 8,9 % chez les mères de 40 ans et plus). C'est chez les mères d'Afrique subsaharienne et les primipares que ce problème est le plus fréquent.

Pour le diabète comme l'hypertension artérielle, on n'observe pas ou peu d'influence avec la parité.

5.9 SÉROPOSITIVITÉ HIV

Tableau 14 : Distribution des accouchements selon le statut HIV (n=37 552), Wallonie, 2010

Statut HIV	n	%
Oui	80	0,2
Non	36 635	97,6
Non testé	837	2,2

1 065 données manquantes (2,8 %).

Un statut HIV positif a été détecté chez 80 mères qui ont accouché entre 2008 et 2010 (0,2 % de l'ensemble des accouchements).

Étant donné le peu de cas recensés, aucune analyse croisée n'a été effectuée.

5.10 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

5.10.1 DESCRIPTION

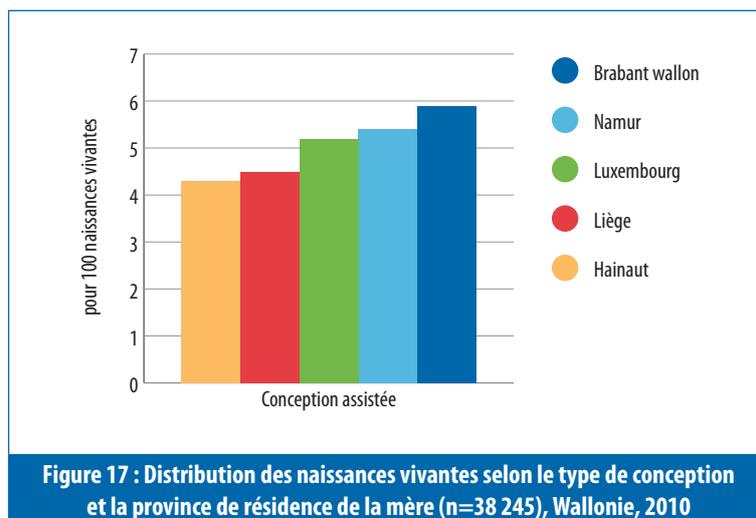
Tableau 15 : Distribution des naissances vivantes selon le type de conception (n=38 245), Wallonie, 2010

Type de conception	n	%
Spontanée	36 426	95,2
Traitement hormonal	402	1,1
ICSI ou FIV	1 417	3,7

1 503 données manquantes (3,8 %).

Dans les tableaux suivants, les variables "traitement hormonal", "ICSI" et "FIV" ont été regroupées sous l'item "conception assistée".

5.10.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE



La proportion de conception assistée est significativement plus élevée en province du Brabant wallon (5,9 %) que dans les autres provinces wallonnes.

5.10.3 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

Tableau 16 : Distribution des naissances vivantes selon le type de conception et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2010

Caractéristiques sociodémographiques	Type de conception	Conception assistée
	n	%
Âge de la mère (années)		
< 20	1 364	0,2
20-34	29 974	4,1
35-39	5 136	8,3
≥ 40	1 116	11,5
Nationalité à l'accouchement		
Belge	32 082	5,0
UE27 sans Belgique	2 238	5,0
Turquie	322	3,4
Maroc	759	1,8
Afrique subsaharienne	825	2,4
Niveau d'instruction		
Pas d'instruction/primaire	1 111	2,1
Secondaire inférieur	3 989	2,4
Secondaire supérieur	11 442	4,1
Supérieur	12 609	6,4
État d'union de la mère		
Vit seule	6 303	2,3
Vit en union	29 291	5,4
Parité		
Primipare	16 599	6,9
Multipare	20 990	3,1

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

La proportion de grossesses par conception assistée est significativement plus élevée chez les mères plus âgées, passant de 0,2 % chez les mères de moins de 20 ans à 11,5 % chez les mères de 40 ans et plus. Elle est également plus élevée chez les mères primipares.

Cette proportion est moins élevée chez les mères de nationalité non-européenne et les mères les moins instruites. Ceci pourrait s'expliquer par la complexité de l'accès aux soins de santé ainsi que la barrière linguistique pour les personnes de nationalité non belge.



6.1 POIDS DE NAISSANCE

Le poids de naissance est un indicateur très étudié dans le domaine de la périnatalité. Les analyses se font par tranches de 500 grammes ou par proportions de nouveau-nés de moins de 1 000 grammes, 1 500 grammes, 2 500 grammes ou 4 000 grammes (7).

Les principaux déterminants du retard de croissance du fœtus sont l'alcool, le tabac, la drogue, un faible indice de masse corporelle, l'âge de la mère, sa petite taille, la primiparité, l'hypertension artérielle gravidique, les anomalies congénitales et génétiques (8), et les facteurs socio-économiques (9).

Le petit poids de naissance peut être la conséquence d'une courte durée de gestation ou d'un retard de croissance intra-utérin ou de la combinaison des deux (10). C'est l'un des plus importants facteurs de risque de la mortalité néonatale et également un déterminant de la morbidité et mortalité infantile (11).

6.1.1 DESCRIPTION ET ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

On observe que 8,1 % des enfants sont nés avec un poids de naissance inférieur à 2 500 g et 0,9 % avec un poids de naissance inférieur à 1 500 g. La proportion globale de petit poids de naissance est plus faible en Flandre (6,8 %) avec cependant une proportion de très petit poids de naissance (< 1 500g) plus élevée (1,2 %) (6) qu'en Wallonie.

Tableau 17 : Distribution des naissances vivantes selon le poids de naissance (n=118 389), Wallonie, 2008-2010

Poids de naissance	2008	2009	2010	2008-2010	
	n	n	n	n	%
< 500 g	10	4	8	22	0,0
500 - 1 499 g	364	368	349	1 081	0,9
1500 - 2 499 g	2 820	2 785	2 925	8 530	7,2
2499 - 3 999 g	33 787	33 728	34 078	102 020	86,2
≥ 4 000 g	2 277	2 178	2 281	6 736	5,7

173 données manquantes (0,1 %).

En Europe, les proportions de petit poids varient de 3,4 % à 9,8 %. Les pays nordiques présentant moins de naissances de faible poids (7).

Les proportions de petit poids et de très petit poids de naissance ne varient pas significativement durant la période 2008-2010.

6.1.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

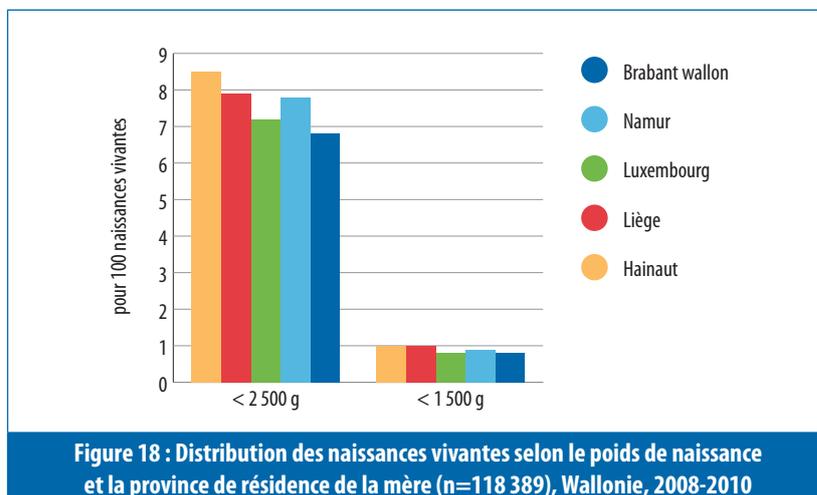


Figure 18 : Distribution des naissances vivantes selon le poids de naissance et la province de résidence de la mère (n=118 389), Wallonie, 2008-2010

La proportion de petit poids de naissance (< 2 500 g) est significativement plus élevée dans la province du Hainaut (8,5 %).

6.1.3 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

Tableau 18 : Distribution des naissances vivantes selon le poids de naissance de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2008-2010

Caractéristiques sociodémographiques	Poids de naissance	Petit poids de naissance
	n	%
Âge de la mère (années)		
< 20	4 386	9,1
20-34	94 471	7,6
35-39	16 202	9,1
≥ 40	3 330	11,7
Nationalité à l'accouchement		
Belge	99 798	8,2
UE27 sans Belgique	6 901	7,5
Turquie	1 038	5,6
Maroc	2 254	5,0
Afrique subsaharienne	2 436	8,0
Niveau d'instruction		
Pas d'instruction/primaire	3 521	9,3
Secondaire inférieur	12 333	10,6
Secondaire supérieur	36 239	8,2
Supérieur	39 609	6,1
État d'union de la mère		
Vit seule	20 297	11,4
Vit en union	93 345	7,2
Parité		
Primipare	51 553	9,1
Multipare	64 795	7,1

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre sont non comptabilisées pour les croisements avec la nationalité de la mère à l'accouchement, l'état d'union de la mère et la parité.

La fréquence des petits poids de naissance est significativement plus élevée parmi les mères âgées de 40 ans et plus (11,7 %), les mères vivant seules ou les mères primipares.

Cette fréquence est moins importante parmi les mères de nationalité marocaine et turque ou celles qui ont un niveau d'instruction élevé.

Une tendance significative entre le niveau d'instruction et le petit poids de naissance est observée. La proportion des petits poids de naissance augmente lorsque le niveau d'instruction diminue (6,1 % pour le niveau "supérieur" à 10,6 % pour le niveau "secondaire inférieur").

6.1.4 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

Tableau 19 : Distribution des accouchements vivants selon le poids de naissance de l'enfant et les caractéristiques biomédicales de la mère, Wallonie, 2008-2010

Caractéristiques biomédicales	Poids de naissance	Petit poids de naissance
	n	%
IMC (kg/m²) (18 ans et plus)*		
< 18,5	2 243	13,6
18,5-24,9	19 044	6,9
25,0-29,9	6 899	6,3
30,0-39,9	3 961	5,4
≥ 40	453	8,0
Diabète		
Oui	4 829	7,1
Non	110 956	7,9
Hypertension artérielle		
Oui	4 924	22,9
Non	111 018	7,3
Type de conception*		
Conception spontanée	35 742	7,4
Conception assistée	1 786	21,4

* Les analyses sur les données de l'indice masse corporelle et le type de conception portent sur l'année 2010. Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

La proportion d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 g est plus importante parmi les mères dont l'indice de masse corporelle est inférieur à 18,5 kg/m², les mères avec de l'hypertension artérielle ainsi que les grossesses issues d'une conception assistée et dans une moindre mesure les mères qui ont des problèmes de diabète.

Les mères avec de l'hypertension artérielle ont 3 fois plus de risque d'avoir un enfant dont le poids de naissance sera inférieur à 2 500 g. C'est aussi le cas pour les mères dont la grossesse a été conçue médicalement.

6.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

L'âge gestationnel est un indicateur de santé largement utilisé et étudié en semaines ou en proportions d'enfants nés avant 32 semaines, entre 32 et 36 semaines et à partir de 37 semaines (7).

Les accouchements pour cause de détresse de la mère ou de l'enfant (déclenchement du travail ou césarienne avant le début du travail), le travail spontané prématuré avec membranes intactes et la rupture prématurée des membranes avant terme sont à l'origine d'un accouchement prématuré (12). Les populations d'un niveau social défavorisé ont plus de risque de retard de croissance intra-utérin et de naissance avant terme (13).

6.2.1 DESCRIPTION

Tableau 20 : Distribution des accouchements selon l'âge gestationnel (n=117 069), Wallonie, 2008-2010

	Singletons (n=115 009)		Grossesses multiples (n=2 060)	
	n	%	n	%
≤ 23 semaines	97	0,1	21	1,0
24 semaines	44	0,0	12	0,6
25 semaines	104	0,1	11	0,5
26-27 semaines	255	0,2	32	1,6
28-31 semaines	678	0,6	134	6,5
32-36 semaines	6 985	6,1	1 005	48,8
≥ 37 semaines	106 846	92,9	845	41,0

126 données manquantes (0,1 %).
Les naissances avant 22 semaines concernaient 7 mort-nés de plus de 500 g et un enfant déclaré vivant avec moins de 500 grammes.

Le taux de prématurité en Wallonie est de 8,0 % en 2010 et ne varie pas durant la période 2008-2010. Ce taux est plus élevé qu'en Flandre (7,3 % en 2010) (6) et qu'en Région bruxelloise (7,4 % en 2010) (5). Au niveau européen, les taux varient de 5 % dans les pays baltes, nordiques et en France à 10 % à Chypre (7). Cette variabilité des taux pourrait notamment s'expliquer par la fréquence des naissances multiples qui entraînent un risque plus important de naissances prématurées (7).

Les naissances avant terme s'observent pour 7,1 % des grossesses uniques. Pour les grossesses multiples, ce taux s'élève à 59,0 %. La prématurité est plus sévère parmi les grossesses multiples puisque dans 17 % des cas la naissance se fait avant 32 semaines de gestation. Tant pour les prématurés que les grands prématurés, les taux de prématurité sont 8 à 10 fois plus élevés en cas de grossesses multiples.

6.2.2 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

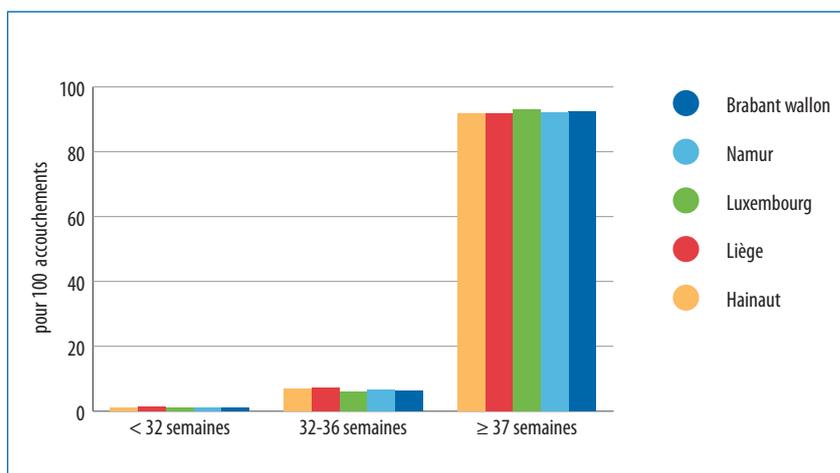


Figure 19 : Distribution des accouchements selon l'âge gestationnel et la province de résidence de la mère (n=117 069), Wallonie, 2008-2010

Il n'y a pas de variations des taux de prématurité en fonction de la province de résidence de la mère.

6.2.3 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

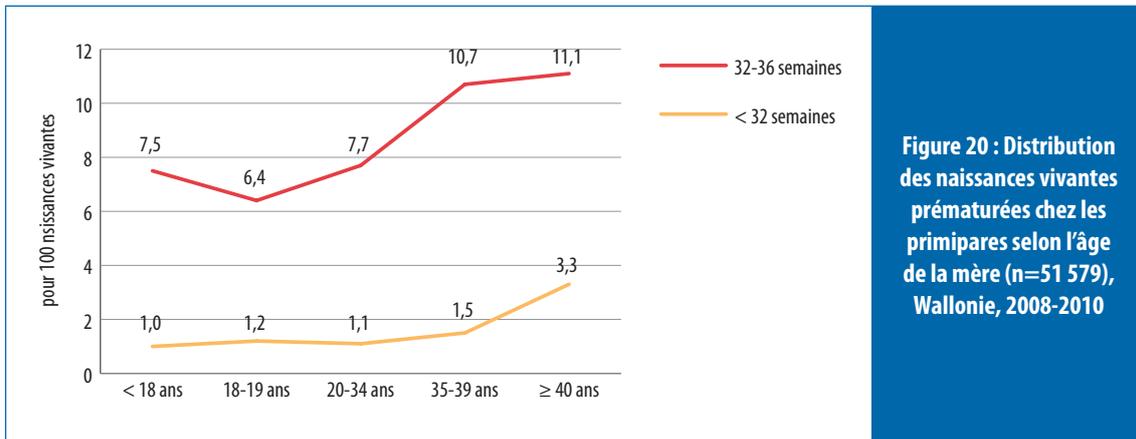


Figure 20 : Distribution des naissances vivantes prématurées chez les primipares selon l'âge de la mère (n=51 579), Wallonie, 2008-2010

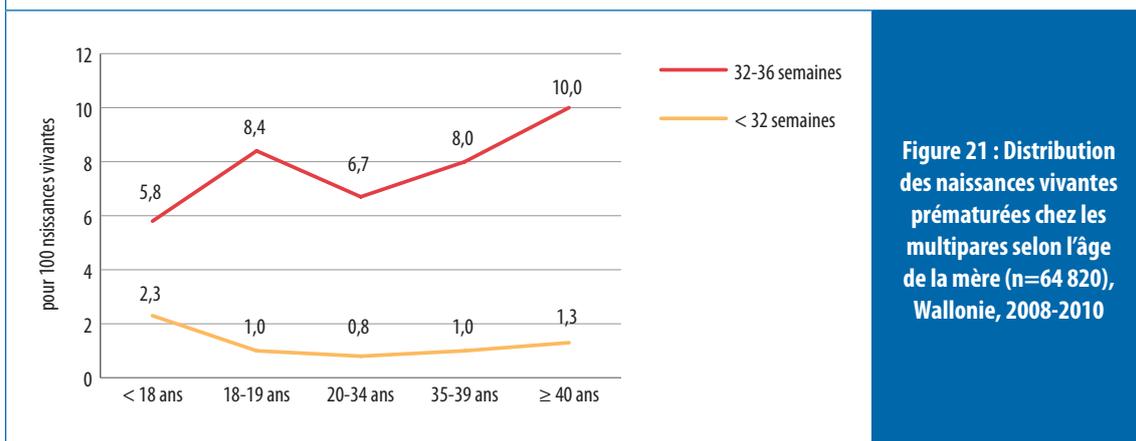


Figure 21 : Distribution des naissances vivantes prématurées chez les multipares selon l'âge de la mère (n=64 820), Wallonie, 2008-2010

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ces deux figures.

Pour les prématurés de moins de 32 semaines, les taux sont globalement assez similaires selon la parité. L'augmentation des taux selon l'âge est cependant plus prononcée chez les primipares. Chez les multipares, la prématurité touche davantage les jeunes mères.

Pour les prématurés de 32 à 36 semaines, les taux augmentent avec l'âge de la mère.

Tableau 21 : Distribution des naissances vivantes selon la durée de la grossesse et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2010

Caractéristiques sociodémographiques	Durée de la grossesse	Prématurité
	n	%
Nationalité à l'accouchement		
Belge	101 551	8,7
UE27 sans Belgique	7 109	7,8
Turquie	1 041	6,8
Maroc	2 275	5,5
Afrique subsaharienne	2 464	8,8
Niveau d'instruction		
Pas d'instruction/primaire	3 521	9,3
Secondaire inférieur	12 332	9,9
Secondaire supérieur	36 249	8,6
Supérieur	39 636	7,4
État d'union de la		
Vit seule	20 566	10,9
Vit en union	95 131	8,0
Parité*		
Primipare	51 579	9,1
Multipare	64 820	8,0

* Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte.

La prématurité est moins fréquente chez les mères de nationalité marocaine et turque, et dans une moindre mesure, chez les mères avec un bon niveau d'instruction.

La prématurité est plus élevée parmi les mères qui vivent seules et les mères primipares.

6.2.4 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

Tableau 22 : Distribution des accouchements vivants selon la durée de la grossesse et les caractéristiques biomédicales de la mère, Wallonie, 2010

Caractéristiques biomédicales	Durée de la grossesse	Prématurité
	n	%
IMC (kg/m²) (18 ans et plus)*		
< 18,5	2 248	10,3
18,5-24,9	19 063	7,5
25,0-29,9	6 900	6,6
30,0-39,9	3 961	6,8
≥ 40	455	7,9
Diabète		
Oui	4 833	13,5
Non	111 013	8,2
Hypertension artérielle		
Oui	4 927	23,2
Non	111 075	7,8
Type de conception*		
Conception spontanée	35 773	7,9
Conception assistée	1 786	20,6

* Analyse sur l'année 2010
Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Les taux de prématurité sont plus élevés parmi les mères dont l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m² et les mères avec un IMC de 40 kg/m² ou plus, les mères présentant un diabète, les mères hypertendues ainsi que les grossesses issues de conception assistée.

Comme observé pour le petit poids de naissance, les mères avec de l'hypertension artérielle et les mères dont la grossesse a été conçue médicalement ont 3 fois plus de risque d'avoir un enfant prématuré. Les techniques de reproduction assistée augmentent le risque de grossesse multiple, et par conséquent le taux de prématurité.

6.3 GROSSESSE MULTIPLE

Les grossesses multiples présentent plus de complications que les grossesses uniques : prématurité, petit poids de naissance, césarienne, hypertension artérielle, diabète ou mortinatalité et mortalité infantile (13-17).

6.3.1 DESCRIPTION

Tableau 23 : Distribution des accouchements simples et multiples (n=117 195), Wallonie, 2008-2010

	n	%
Singletons	115 135	98,2
Jumeaux	2 039	1,7
Triplés	21	0,0

Les grossesses multiples représentent 1,7 % des accouchements, avec 2 039 grossesses gémellaires et 21 grossesses de triplés.

Cette proportion est 2,5 fois plus élevée en Région bruxelloise (4,0 % en 2010) (5). En Flandre, la proportion est proche de celle de Wallonie (1,9 %) (6). Parmi les pays européens, cette proportion varie de 0,9 % en Roumanie, Lituanie, Lettonie et Pologne à plus de 2,0 % en République tchèque, Danemark, Espagne, Chypre et Malte (7).

La proportion d'accouchements multiples ne varie pas en fonction du lieu de résidence de la mère ni au cours de la période d'étude.

6.3.2 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

Tableau 24 : Distribution des accouchements selon la multiplicité de la grossesse et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2008-2010

Caractéristiques sociodémographiques	Accouchements multiples	
	n	%
Âge de la mère (années)		
< 20	4 329	0,6
20-34	91 947	1,7
35-39	15 663	2,5
≥ 40	3 220	2,5
Nationalité à l'accouchement		
Belge	98 688	1,8
UE27 sans Belgique	6 835	1,7
Turquie	1 035	1,1
Maroc	2 238	1,4
Afrique subsaharienne	2 400	2,6

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Les proportions de grossesses multiples les plus élevées sont observées parmi les mères de 35 ans et plus et les mères de nationalité d'Afrique subsaharienne.

Les analyses selon l'état d'union de la mère, le niveau d'instruction et la parité ne montrent pas de différence significative.

6.3.3 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

Tableau 25 : Distribution des accouchements vivants selon la multiplicité de la grossesse et les caractéristiques biomédicales de la mère, Wallonie, 2008-2010

Caractéristiques biomédicales	Accouchements multiples	
	n	%
Diabète		
Oui	4 752	2,4
Non	109 676	1,7
Hypertension artérielle		
Oui	4 769	4,2
Non	109 813	1,7
Type de conception*		
Conception spontanée	35 548	1,3
Conception assistée	1 599	13,1

* Analyse sur l'année 2010
Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Les grossesses multiples sont plus fréquentes en cas de conception assistée.

Il y a une association entre les grossesses multiples et le diabète de la mère ainsi que l'hypertension.

6.3.4 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

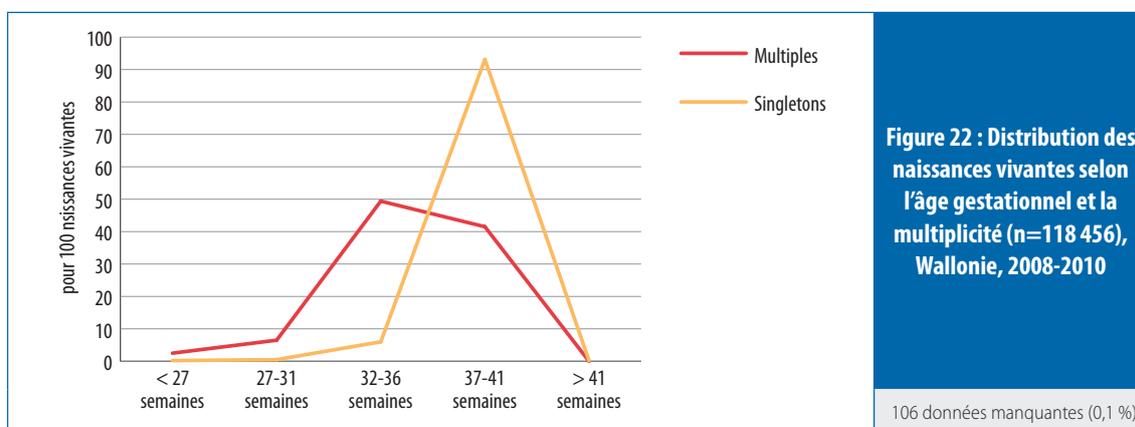


Figure 22 : Distribution des naissances vivantes selon l'âge gestationnel et la multiplicité (n=118 456), Wallonie, 2008-2010

106 données manquantes (0,1 %)

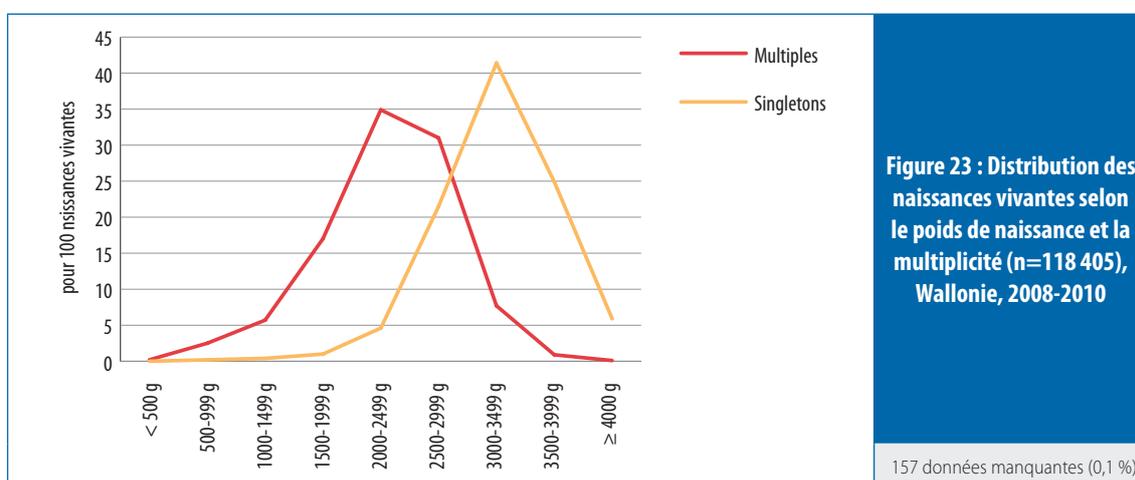


Figure 23 : Distribution des naissances vivantes selon le poids de naissance et la multiplicité (n=118 405), Wallonie, 2008-2010

157 données manquantes (0,1 %)

En cas de grossesses multiples, il y a plus de naissances prématurées. 58,5 % des enfants nés de grossesses multiples sont nés prématurément alors qu'uniquement 6,7 % des naissances uniques sont concernées.

Les enfants issus d'une grossesse multiple ont un poids de naissance plus faible que les singletons. 60,0 % des enfants issus de grossesses multiples ont un poids de naissances inférieur à 2 500 g. Ce pourcentage est de 6,3 % pour les naissances uniques.

6.4 MORTALITÉ FŒTALE

6.4.1 DÉFINITION ET DESCRIPTION

Euro-Peristat (7) recommande de collecter les données sur les mort-nés de 22 semaines ou de 500 grammes et plus. Le taux de mortinatalité est de 5,8 pour 1 000 naissances (5,8 ‰) pour l'ensemble de la période.

Pour les enfants dont le poids de naissance est supérieur ou égal à 500 g, le taux de mortinatalité est de 5,1 pour 1 000 naissances (5,1 ‰).

La recommandation de l'OMS est de comparer les naissances d'au moins 28 semaines, le taux de mortinatalité est alors de 3,4 pour 1 000 naissances (3,4 ‰).

6.4.2 ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

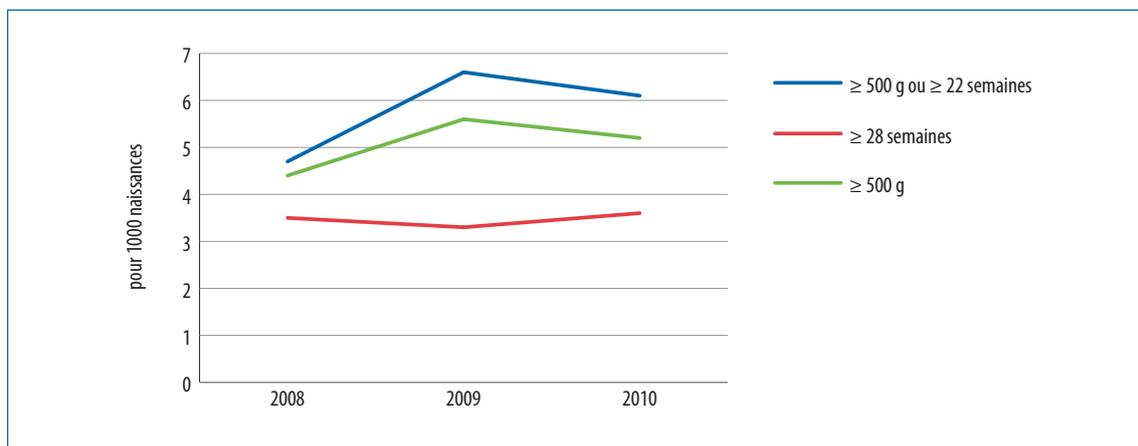


Figure 24 : Évolution de la mortalité fœtale (n=119 258), Wallonie, 2008-2010

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans cette figure.

1 L'Arrêté royal du 17 juin 1999 prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle de tous les décès définit la mortinaissance comme "toute mort fœtale dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 500 grammes ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 centimètres du vortex au talon)". Une circulaire du Ministère de la justice du 10 juin 1999 relative à l'acte de déclaration d'un enfant sans vie précise que l'acte de déclaration d'un enfant sans vie n'est dressé que si la naissance a eu lieu plus de six mois après la conception (il s'agit ici de ce que l'on appelle communément la "règle des 180 jours"). D'autres règlements fixent également une limite

Le taux de mortalité a augmenté entre 2008 et 2009. L'augmentation concerne essentiellement les enfants mort-nés extrêmement prématurés (22-23 semaines d'âge gestationnel). Cette croissance est sans doute liée à la sensibilisation faite par la CEpiP auprès des maternités afin d'améliorer l'enregistrement des naissances d'enfants mort-nés.

Tableau 26 : Évolution du taux de la prématurité selon le statut vital de l'enfant (n=119 132), Wallonie, 2008-2010

		2008	2009	2010	2008-2010
Vivants (n=118 440)					
< 32 semaines	n	385	406	412	1 203
	%	1,0	1,0	1,0	1,0
32-36 semaines	n	2 958	2 899	2 987	8 844
	%	7,5	7,4	7,5	7,5
≥ 37 semaines	n	36 337	35 784	36 272	108 393
	%	91,5	91,6	91,5	91,5
Mort-nés (n=692)					
< 32 semaines	n	93	161	142	396
	%	48,2	62,6	58,7	57,2
32-36 semaines	n	57	47	51	155
	%	29,5	18,3	21,1	22,4
≥ 37 semaines	n	43	49	49	141
	%	22,3	19,1	20,2	20,4

126 données manquantes (0,1 %).

Le taux de prématurité est de 8,5 % pour les naissances vivantes et de 79,6 % pour les mort-nés. La grande prématurité représente 1/10 des naissances vivantes prématurées mais presque $\frac{3}{4}$ (72 %) des naissances de mort-nés prématurés.

de 180 jours de grossesse (soit 26 semaines) : par exemple, dans la nomenclature de l'INAMI, un accouchement est une intervention effectuée à partir du 180^{ème} jour de gestation. Une circulaire du Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement du 27 mars 2000 précise que l'allocation de naissance peut être accordée pour un enfant mort-né pour autant que la durée de grossesse soit au minimum de 180 jours.

6.4.3 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

Tableau 27 : Distribution des accouchements vivants selon le statut vital de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2010		
Caractéristiques sociodémographiques	Statut vital	Mortinatalité
	n	‰
Âge de la mère (années)*		
< 18	1 152	10,4
18-19	3 202	5,3
20-34	93 472	5,2
35-39	16 057	7,1
≥ 40	3 299	9,4
Nationalité à l'accouchement		
Belge	102 157	5,0
UE27 sans Belgique	7 151	4,8
Turquie	1 050	6,7
Maroc	2 290	5,2
Afrique subsaharienne	2 488	9,2
Niveau d'instruction		
Pas d'instruction/primaire	3 550	6,8
Secondaire inférieur	12 430	6,0
Secondaire supérieur	36 381	2,9
Supérieur	39 824	4,0
État d'union de la mère		
Vit seule	20 722	5,6
Vit en union	95 665	4,8
Parité		
Primipare	52 824	6,5
Multipare	66 428	5,3

Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Les taux de mortalité fœtale sont plus élevés parmi les mères de moins de 18 ans (10,4 ‰) et les mères de 40 ans et plus (9,4 ‰).

Le taux de mortalité fœtale est plus élevé parmi les mères d'Afrique subsaharienne (9,2 ‰) et dans une moindre mesure pour les mères de nationalité turque (6,7 ‰).

Elle est aussi plus élevée chez les femmes avec un plus faible niveau d'instruction, les mères qui vivent seules et les primipares.

6.4.4 LIEN AVEC LES CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

Tableau 28 : Distribution des accouchements vivants selon le statut vital de l'enfant et les caractéristiques biomédicales de la mère, Wallonie, 2010		
Caractéristiques biomédicales	Statut vital	Mortinatalité
	n	‰
Hypertension artérielle		
Oui	4 971	8,7
Non	111 621	4,3
Type de conception*		
Conception spontanée	35 995	5,3
Conception assistée	1 813	14,3

* Analyse sur l'année 2010
Les mères wallonnes qui accouchent en Flandre ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

Les catégories à risque de mortinatalité sont les mères hypertensives et les grossesses issues de conception assistée.

Les associations avec l'IMC et le diabète sont non significatives.



Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de 2008 à 2010 en Wallonie. Il s'agit de tous les accouchements qui ont eu lieu en Wallonie, en Flandre ou à Bruxelles pour des femmes résidant en Wallonie au moment de l'accouchement.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

Les mères âgées de 35 ans et plus ont plus de risques d'accoucher d'un enfant de petit poids de naissance ou prématuré que les mères âgées de 20 à 34 ans. Une augmentation du taux de mortalité est observée aux âges extrêmes de la mère. Comme observé dans d'autres études (18-19), l'âge avancé de la mère entraîne des proportions plus importantes de diabète, d'hypertension artérielle, de grossesse multiples et de complications périnatales.

Comme pour les autres régions du pays, ce rapport met en évidence de grandes disparités sociales. Les analyses montrent que les mères d'un niveau d'instruction élevé ont moins de risques d'accoucher d'un enfant de petit poids de naissance, prématuré ou mort-né. Ces risques périnataux sont plus élevés chez les mères qui vivent seules que chez les mères vivant en couple.

Les analyses selon la nationalité de la mère mettent en évidence des inégalités de santé. Les risques de prématurité et mortalité sont plus élevés chez les mères de nationalité d'Afrique subsaharienne. Les proportions de prématurité et de petit poids de naissances les plus faibles s'observent chez les mères de nationalité marocaine ou turque.

CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

Un tiers des mères sont en surpoids ou obèses. La proportion de mères en obésité augmente avec l'âge et est deux fois plus importante chez les mères de 40 ans et plus que chez les mères de moins de 20 ans. Le surpoids est un facteur de risque du diabète gestationnel bien illustré dans ce présent rapport. Par ailleurs, 20 % des mères âgées de 18-19 ans sont en situation de maigreur ce qui peut entraîner des carences en vitamines et des retards de croissance chez l'enfant.

Les prévalences du diabète et de l'hypertension artérielle augmentent significativement depuis 2008. Cette augmentation est plus prononcée pour le diabète que pour l'hypertension artérielle. L'augmentation de ce taux de diabète est probablement multifactorielle, reflet d'une augmentation réelle de la prévalence suite à l'augmentation de l'obésité maternelle, d'une nouvelle politique de dépistage du diabète dans le cadre de la grossesse (diminution du seuil glycémique pour le diagnostic du diabète gestationnel) et d'une meilleure systématique des tests de dépistage au cours de la grossesse. La grossesse est une période "clé" tant pour l'incidence que pour le dépistage du diabète. Améliorer le dépistage des mères diabétiques permet de limiter les risques associés : accouchement prématuré, pré-éclampsie, césarienne, macrosomie, hypoglycémie néonatale et hyperinsulinisme fœtale (20). Les facteurs de risque du diabète sont l'âge de la mère, l'obésité et la nationalité de la mère.

Les risques de prématurité et de petit poids de naissance sont 3 fois plus élevés chez les mères hypertensives. L'hypertension artérielle et la pré-éclampsie élevée augmentent les risques de prématurité, de retard de croissance intra-utérin, de décollement placentaire et de décès périnatal (21).

DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES

Dans le Luxembourg, on constate une augmentation assez marquée du nombre de naissances par femme avec un indice conjoncturel de fécondité qui atteint les 2 enfants par femme en 2010.

En comparaison avec les autres provinces wallonnes, le Hainaut présente les proportions les plus élevées de mères âgées de moins de 20 ans, d'obésité et de petit poids de naissance (< 2 500 g).

La province de Liège a une proportion de mères diabétiques la plus élevée sur la période 2008-2010. Pourrait-elle en partie s'expliquer par la présence d'un important centre de diabétologie à Liège qui favoriserait davantage le dépistage que dans les autres provinces wallonnes ?

Suite aux disparités géographiques observés dans ce rapport, le CEpiP a proposé de collaborer avec les observatoires provinciaux de la santé intéressés par la réalisation d'une analyse descriptive périnatale au niveau provincial voire plus. Ces données permettront de cibler, à un niveau local, les populations fragilisées et d'en définir les besoins. Ceci permettra ensuite d'améliorer les programmes et les stratégies de promotion de la santé périnatale, de définir les besoins en services médicaux, d'évaluer les pratiques et les performances et d'analyser les interventions en soins prénataux.

MORTINATALITÉ

En Wallonie, le taux de mortinatalité est de 5,8 ‰. Ce taux reprend tous les mort-nés qui ont atteint un âge gestationnel de 22 semaines ou un poids de naissance de 500 g, ce qui est le reflet d'une collecte soigneuse des données. En effet, si l'on ne considère que les mort-nés à partir de 28 semaines d'âge gestationnel, comme le recommande l'OMS afin de pouvoir comparer les pays et les régions, on obtient un taux de 3,4 ‰. De même, si l'on ne tient compte que des enfants dont le poids de naissance est supérieur ou égal à 500 g conformément à l'AR du juin 1999, le taux de mortinatalité est de 5,1 ‰.

Ces calculs de taux de mortinatalité en fonction de différents critères montrent bien que l'interprétation et les comparaisons des analyses sont délicates, ce qui a également été démontré par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles dans sa note sur l'évolution de la mortalité fœto- infantile de 2000 à 2010 (22).

Ce taux prend également en compte certaines interruptions médicales de grossesse. En effet, en Belgique, aucune distinction n'est faite de manière systématique entre les décès spontanés et les interruptions médicales de grossesse.

Le CEpiP se consacre au développement de l'épidémiologie par la publication de rapports de données périnatales. L'analyse de la santé périnatale en Wallonie montre l'importance de la maternité et de la naissance, périodes à risque pour la mère et l'enfant. Il est important de pouvoir continuer l'analyse de ces données afin d'analyser les évolutions de certains indicateurs de santé comme le diabète gestationnel et le surpoids maternel.

Ce rapport est un outil de travail pour les professionnels en contact avec les femmes enceintes, les jeunes mères et les nouveau-nés afin de prévenir les risques et d'améliorer leur prise en charge. La description des caractéristiques de la population étudiée permet de cibler les populations fragilisées et d'en définir les besoins. Ceci permettra ensuite d'améliorer les programmes et les stratégies de promotion de la santé périnatale, de définir les besoins en services médicaux, d'évaluer les pratiques et les performances et d'analyser les interventions en soins prénatals. Par ailleurs, les indicateurs de santé à plus long terme permettent de mettre en évidence les effets des prises en charge médicales périnatales. Ce rapport aidera les décideurs politiques en matière de financement des hôpitaux et les autres services offerts en matière de périnatalité.

Nous remercions vivement le personnel des maternités, les sages-femmes indépendantes et le personnel des services d'état civil, qui contribuent quotidiennement à remplir les certificats ainsi que l'Observatoire wallon de la santé.

- (1) Direction générale de la Statistique, Naissances et fécondité : Adoption du RN (modifications survenues en 2010), janvier 2014.
- (2) Minsart AF, Van de Putte S, Wilen G, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2010
- (3) Minsart AF, Van Leeuw V, Wilen G, Van de Putte S, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (4) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- (5) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Les indicateurs de santé périnatale en Région bruxelloise. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2014.
- (6) Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2010. Studie centrum voor Perinatale Epidemiologie 2011.
- (7) EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013.
- (8) Kramer MS, Seguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome : why do the poor fare so poorly? Paediatric and perinatal epidemiology 2000; 14 : 194-210.
- (9) Valero de Bernabe J et al. Risk factors for low birth weight : a review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 116 (2004) 3-15.
- (10) Kramer M.S. Determinants of low birth weight : methodological assessment and meta-analysis Bulletin of the World Health Organization, 65 (5) :663-737 (1987).

- (11) McCormick M. C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *New England journal of medicine*, 312 : 82-90 (1985).
- (12) Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371(9606) :75-84.
- (13) Blondel B, Macfarlane A. Rising multiple maternity rates and medical management of subfertility : better information is needed. *European journal of public health* 2003; 13 : 83-6.
- (14) Blondel B, Kogan MD, Alexander GR, et al. The impact of the increasing number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweight : an international study. *American journal of public health* 2002; 92 : 1323-30.
- (15) Hillman SC, Morris RK, Kilby MD. Co-twin prognosis after single fetal death : a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology* 2011; 118 : 928-40.
- (16) Hillman SC, Morris RK, Kilby MD. Single twin demise : consequence for survivors. *Seminars in fetal & neonatal medicine* 2010; 15 : 319-26.
- (17) Petit N, Cammu H, Martens G, Papiernik E. Perinatal outcome of twins compared to singletons of the same gestational age : a case-control study. *Twin Res Hum Genet* 2011; 14 : 88-93.
- (18) CANTWELL R, CLUTTON-BROCK T, COOPER G, et al. Saving Mothers' Lives : Reviewing maternal deaths to make motherhood safer : 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *Bjog* 2011;118 Suppl 1 :1-203.
- (19) SAASTAD E, VANGEN S, FROEN JF. Suboptimal care in stillbirths - a retrospective audit study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2007;86 :444-50
- (20) HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008; 358 : 1991-2002.
- (21) SIBAI BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetrics and gynecology* 2003;102 :181-92.
- (22) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Évolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013

