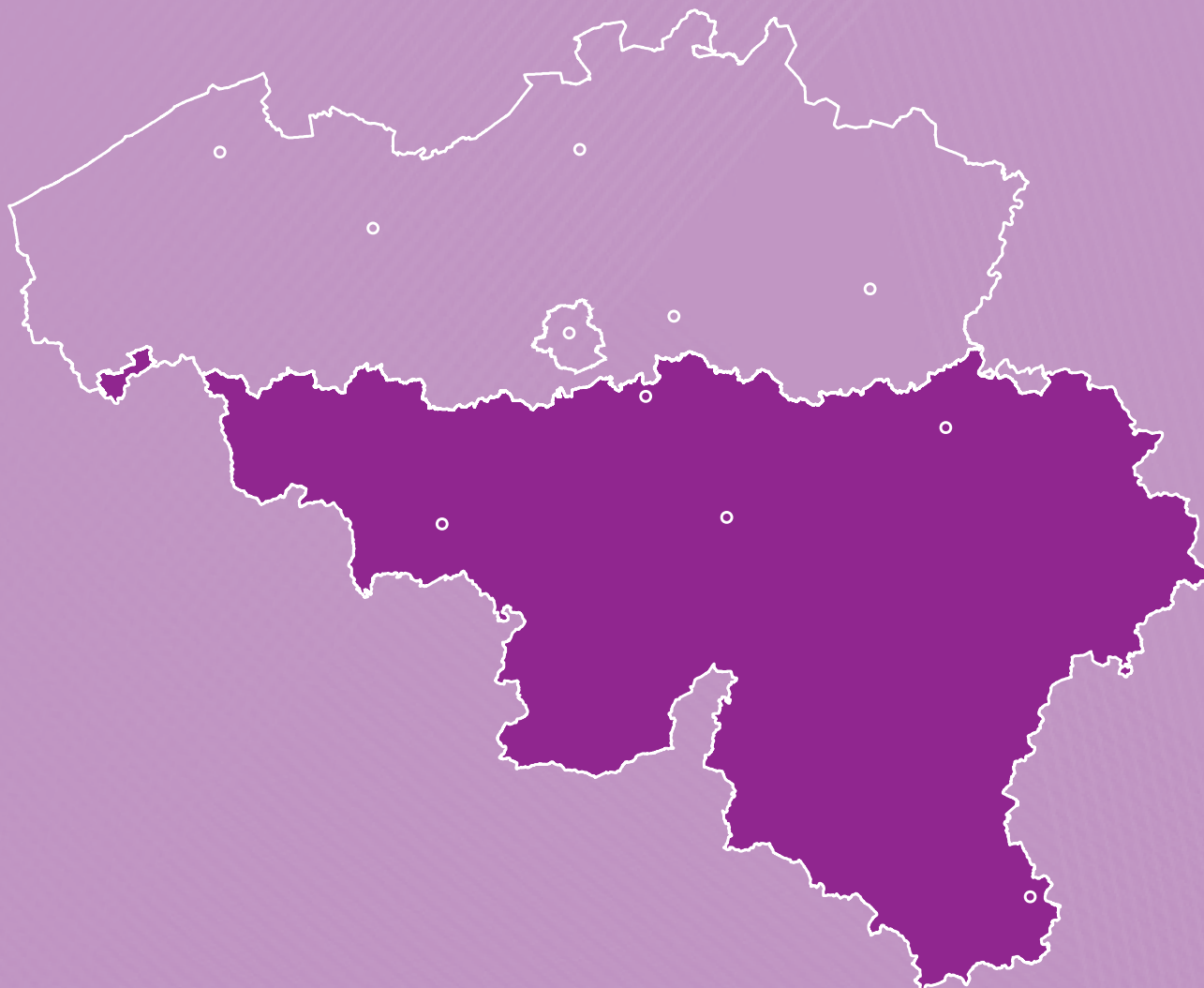


Données périnatales en Wallonie

Année 2013





Données périnatales en Wallonie

Année 2013

Auteurs

Charlotte Leroy, Virginie Van Leeuw et Yvon Englert



Les données traitées dans le présent rapport ont été obtenues auprès de la Direction générale de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le traitement, l'analyse et la publication des données par l'ASBL CEpiP ont été réalisés avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles et plus particulièrement de la Direction générale de la Santé, ainsi que de la Région wallonne. La présente publication a été approuvée par les membres du Conseil scientifique du CEpiP.

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2013. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2015.

COLOPHON

Auteurs

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Yvon Englert

Lay-out

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

Secrétariat

Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Avec nos remerciements tout particuliers

Au personnel des maternités, aux sages-femmes indépendantes et au personnel des administrations communales pour le remplissage et le complément d'informations pour la constitution de la banque de données.

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document

La Direction générale de la Santé du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP

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

ABSTRACT

INTRODUCTION

The objective of the “Centre for Perinatal Epidemiology” (CEpiP) is to collect maternal and perinatal health statistics using exhaustive perinatal data registered on a routine basis (births and perinatal deaths) in Brussels and in Wallonia. The process has been functioning since 2008. This report presents the results of the statistical analyses of live births and stillbirths in 2013 in Wallonia (all births occurring in the Wallonia area).

METHODOLOGY

The report is developed by using official birth and death data in Wallonia, both medical and administrative data. Medical and socio-demographic data were linked and the analysis of evolutions of selected indicators of perinatal health has been performed.

RESULTS

From the harvesting of birth data by CEpiP (2008), the number of births decreased for the first time in Wallonia, reaching 37,430 births in 2013. Since 2009, we have been observing an important increase in diabetes rate and in the proportion of overweight amongst pregnant women. A slow increase in the rate cesarean section has been observed from 2008 (20.5%) to 2013 (21.6%), mainly concerning elective cesarean. The induction rate decreased from 2009 (33.3%) to 2013 (31.5%) but remains the highest of Europe. Analysis of obstetric practices (induction, epidural, caesarean, episiotomy) shows wide disparities between maternities. Mothers with hypertension or diabetes and underweight mothers have higher risk of prematurity and low birth weight.

DISCUSSION - CONCLUSION

The increase of diabetes is likely to be multifactorial and may be related to the new diabetes screening policy during pregnancy but also to a real increase in the prevalence linked in particular to the obesity epidemic in the general population and to the increase in the pregnancy age. Diabetes screening and care for diabetic mothers and their children are essential to limit complications. The increase in the elective cesarean rate and a high induction rate seem to characterize the current trend towards «programmed obstetrics». It is important to note that induction of labor and caesarean section are not without risk and that their indications must be defined on a case by case basis to avoid iatrogenic effects. Avoiding the first cesarean section at all costs and attempting vaginal delivery after a previous caesarean section are two avenues that should be considered in order to lower the rate of cesarean section.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| COLOPHON | 3 |
| ABSTRACT | 5 |
| TABLE DES MATIÈRES | 6 |
| ASBL CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP | 8 |
| ORGANIGRAMME | 9 |
| | |
| 1 INTRODUCTION | 11 |
| 1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE | 11 |
| 1.2 MÉTHODOLOGIE | 11 |
| 1.2.1 Description du flux des données | 11 |
| 1.2.2 Données | 12 |
| 1.2.3 Méthode et analyses | 13 |
| | |
| 2 DÉFINITIONS | 15 |
| | |
| 3 TABLEAUX SYNOPTIQUES | 16 |
| 3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE | 16 |
| 3.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT | 16 |
| | |
| 4 NAISSANCES EN WALLONIE | 17 |
| 4.1 NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS | 17 |
| 4.1.1 Naissances en chiffres | 17 |
| 4.1.2 Accouchements en chiffres | 18 |
| 4.1.3 Lieu d'accouchement | 18 |
| 4.2 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS | 19 |
| 4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents | 19 |
| 4.2.2 Caractéristiques biomédicales de la mère | 24 |
| 4.3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT | 29 |
| 4.3.1 Présentation de l'enfant à la naissance | 29 |
| 4.3.2 Type de début de travail | 29 |
| 4.3.3 Induction de l'accouchement | 30 |
| 4.3.4 Péridurale obstétricale | 31 |
| 4.3.5 Accouchement par césarienne | 32 |
| 4.3.6 Naissance avec instrumentation | 37 |
| 4.3.7 Épisiotomie | 37 |
| 4.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT | 39 |
| 4.4.1 Poids à la naissance | 39 |
| 4.4.2 Durée de la grossesse | 42 |
| 4.4.3 Apgar | 44 |
| 4.4.4 Ventilation du nouveau-né | 45 |
| 4.4.5 Admission dans un centre néonatal | 45 |
| 4.4.6 Sexe de l'enfant à la naissance | 46 |
| 4.4.7 Allaitement maternel | 46 |
| 4.4.8 Malformations | 46 |
| 4.5 MORTINATALITÉ | 47 |
| 4.5.1 Chiffres | 47 |
| 4.5.2 Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel | 48 |
| 4.5.3 Causes de mortalité fœtale | 48 |
| | |
| 5 CONCLUSION | 49 |
| | |
| 6 RÉFÉRENCES | 52 |
| | |
| 7 ANNEXE | 54 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Détails des naissances..... | 17 |
| Tableau 2 : Détails des accouchements..... | 18 |
| Tableau 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement..... | 20 |
| Tableau 4 : Distribution des accouchements selon la nationalité de la mère..... | 21 |
| Tableau 5 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère..... | 22 |
| Tableau 6 : Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère..... | 23 |
| Tableau 7 : Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère..... | 23 |
| Tableau 8 : Distribution des accouchements selon la situation professionnelle des parents..... | 23 |
| Tableau 9 : Distribution des accouchements selon le statut HIV de la mère à l'accouchement..... | 24 |
| Tableau 10 : Distribution des accouchements selon l'IMC de la mère en début de grossesse (18 ans et plus)..... | 25 |
| Tableau 11 : Distribution des accouchements selon le type de conception et le statut de la grossesse..... | 28 |
| Tableau 12 : Évolution du type de début de travail..... | 30 |
| Tableau 13 : Association entre la césarienne et les caractéristiques sociodémographiques de la mère..... | 34 |
| Tableau 14 : Association entre la césarienne, les caractéristiques biomédicales de la mère et les caractéristiques de l'accouchement..... | 34 |
| Tableau 15 : Classifications des césariennes selon les catégories de Robson..... | 36 |
| Tableau 16 : Distribution des naissances selon l'instrumentation..... | 37 |
| Tableau 17 : Répartition du poids à la naissance..... | 39 |
| Tableau 18 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (naissances vivantes)..... | 41 |
| Tableau 19 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques biomédicales de la mère (naissances vivantes)..... | 41 |
| Tableau 20 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement..... | 42 |
| Tableau 21 : Association entre la prématurité et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (accouchements vivants)..... | 43 |
| Tableau 22 : Association entre la prématurité et les caractéristiques biomédicales de la mère (accouchements vivants)..... | 44 |
| Tableau 23 : Distribution des naissances vivantes selon la ventilation..... | 45 |
| Tableau 24 : Distribution des naissances vivantes selon l'admission dans un centre néonatal..... | 45 |
| Tableau 25 : Distribution des naissances selon le sexe de l'enfant..... | 46 |
| Tableau 26 : Malformations les plus enregistrées..... | 46 |
| Tableau 27 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel..... | 48 |
| Tableau 28 : Causes de mortalité foetale selon le certificat de naissance..... | 48 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Évolution du nombre de naissances..... | 17 |
| Figure 2 : Évolution des accouchements par maternité..... | 19 |
| Figure 3 : Évolution de l'âge moyen selon la parité..... | 20 |
| Figure 4 : Évolution de la parité..... | 24 |
| Figure 5 : Évolution des taux de surpoids et d'obésité chez les mères de 18 ans et plus..... | 26 |
| Figure 6 : Évolution du taux de diabète..... | 27 |
| Figure 7 : Répartition du type d'accouchement selon les jours de la semaine..... | 29 |
| Figure 8 : Évolution du taux d'induction..... | 30 |
| Figure 9 : Évolution du taux d'induction par maternité..... | 31 |
| Figure 10 : Évolution du taux de péridurale par maternité..... | 32 |
| Figure 11 : Évolution du type de césariennes..... | 33 |
| Figure 12 : Évolution du taux de césarienne par maternité..... | 33 |
| Figure 13 : Évolution du taux de césarienne selon la parité et l'antécédent de césarienne..... | 35 |
| Figure 14 : Évolution du taux de naissances avec instrumentation..... | 37 |
| Figure 15 : Évolution du taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse..... | 38 |
| Figure 16 : Évolution du taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse par maternité..... | 38 |
| Figure 17 : Évolution des petits et très petits poids à la naissance..... | 40 |
| Figure 18 : Distribution des accouchements selon le statut vital des enfants et l'âge gestationnel (semaines) .. | 42 |
| Figure 19 : Distribution des naissances vivantes selon le score d'apgar à 1 et 5 minute(s)..... | 44 |
| Figure 20 : Évolution du taux d'admission en centre néonatal N* et NIC..... | 45 |
| Figure 21 : Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion..... | 47 |

ASBL CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP

L'ASBL CEpiP a été fondée le 14 septembre 2007 à l'initiative du Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (GGOLFB) et avec la collaboration de la Société belge de pédiatrie.

Le CEpiP a pour objectif de récolter, traiter et analyser les données périnatales de naissances et décès survenus à Bruxelles en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale et de traiter et analyser les données périnatales qu'il reçoit de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour ceux survenus en Wallonie. Ce programme se consacre donc au développement de l'épidémiologie périnatale au bénéfice des acteurs de terrain (en priorité les maternités), des décideurs politiques et du monde scientifique. Pour ce faire, l'ASBL agit en complémentarité avec les services assurés par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles- Capitale et la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La structure bénéficie de l'appui et du soutien financier de la Commission communautaire commune, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Région wallonne ainsi que de l'expérience et des conseils bienveillants de ces deux derniers, de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale et du Studiecentrum voor perinatale epidemiologie.

ORGANIGRAMME

Conseil d'administration

Dr Fr. Chantraine
Prof. Ch. Debauche
Prof. F. Debiève
Prof. N. Deggouj
Dr L. Demanez (T)
Prof. Y. Englert (P)
Prof. M. Guillaume
Prof. P. Lepage
Prof. A. Levêque (S)
Prof. J. Macq
Prof. A.L. Mansbach
Prof. J. Rigo (VP)

Programme périnatalité Comité de gestion

Dr Fr. Chantraine – ULg
Prof. Ch. Debauche – UCL
Prof. F. Debiève – UCL
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. P. Lepage – ULB
Mlle Ch. Leroy - CEpiP
Prof. J. Rigo – ULg
Mme V. Van Leeuw - CEpiP

Observateurs bailleurs de fonds

Dr M. Deguerry – OBSS*

Gestion journalière

Mlle Ch. Leroy
Mme V. Van Leeuw

Centre d'analyse

Mme F. Bercha
Mme K. El Morabit

Collaboration externe

Graphisme

Mme N. da Costa Maya

Informatique

M. Ph. Révelard

Programme périnatalité Conseil scientifique

Prof. S. Alexander – ULB
Prof. P. Bernard – UCL
Prof. P. Buekens – USA
Dr Fr. Chantraine – ULg
Dr M. Deguerry – OBSS*
Prof. Ch. Debauche – UCL
Prof. F. Debiève – UCL
Mme E. Di Zenzo – UPSfB
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. Y. Jacquemyn – SPE
Mme C. Johansson – UPSfB
Prof. P. Lepage – ULB
Prof. A. Levêque – ULB
Dr K. Mathé – Coll.
Mère-Enfant
Dr M.C. Mauroy – ONE
M. S. Ndame – ONE
Dr F. Renard – ULg
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. A. Robert – UCL
Mme A. Vandenhooft –
OWS**
Prof W-H Zhang – ULB

P = Président
VP = Vice-président
T = Trésorier
S = Secrétaire

* Observatoire de la santé et du
social de Bruxelles-Capitale
** Observatoire wallon de la
santé

1. INTRODUCTION

1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce dossier présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2013 en Wallonie. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance.

Les analyses sont faites selon le lieu de naissance. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire wallon, indépendamment du lieu de résidence de la mère. Ce rapport reflète l'activité globale périnatale wallonne, avec des figures reprenant de façon anonyme certaines activités périnatales par maternité.

1.2 MÉTHODOLOGIE

1.2.1 DESCRIPTION DU FLUX DES DONNÉES

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, anonymisés après la déclaration officielle de la naissance faite par un membre de la famille dans la commune de naissance, sont composés de deux volets, l'un reprenant des données médicales et l'autre des données sociodémographiques. Ces volets ont évolué au cours de ces dernières années.

Les données médicales, reprises dans le volet C initial du bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant mais également du bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né ont évolué vers le volet CEpiP (introduit en mai 2009 dans les maternités wallonnes pour remplacer le volet C des naissances vivantes et compléter le volet C des mort-nés), puis vers la déclaration électronique e-Birth pour une série de maternités. En effet, afin de pouvoir optimiser l'échange des données entre l'ensemble des acteurs impliqués dans le traitement des déclarations de naissance, la Belgique via le Fedict a créé l'application e-Birth, un système d'enregistrement électronique des naissances d'enfant né vivant. Depuis 2010, ce système prend petit-à-petit la place du bulletin de naissance d'un enfant né vivant au format papier. Les variables e-Birth se trouvent en annexe.

La notification de la naissance est initiée par les prestataires de soins qui pratiquent les accouchements, tant au sein des maternités qu'à domicile ou dans les maisons de naissance. Ceux-ci complètent alors les données médicales relatives à la naissance, en certifiant l'identification de la mère et de l'enfant, puis les transmettent vers les services d'État Civil de la commune de naissance. L'administration communale peut alors compléter les informations du formulaire sociodémographique, le plus souvent au moment où un membre de la famille, généralement le père, vient déclarer la naissance. Les déclarations sont ensuite transmises de manière anonyme aux administrations des communautés : la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les naissances et décès survenus en Wallonie, la Communauté flamande pour ceux survenus en Flandre et la Commission communautaire commune pour la Région bruxelloise.

Pour la Région wallonne, la tâche du CEpiP ne consiste pas en la collecte mais bien en la vérification complémentairement au travail de l'administration, de la qualité du remplissage du certificat de naissance. En outre, il rectifie, en collaboration avec l'administration, et avec l'aide des gynécologues et des sages-femmes en salle d'accouchement et du fonctionnaire communal, les données incomplètes, incorrectes ou incohérentes. Il analyse ensuite les données à des fins épidémiologiques et de santé publique.

1.2.2 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du volet CEpiP et des volets B, C et D du bulletin statistique de naissance ou de décès. Pour 25 maternités et 20 communes wallonnes, les données proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques e-Birth. 55,2 % des naissances vivantes de 2013 ont été déclarées via cette application.

L'introduction du volet CEpiP a permis d'ajouter de nouvelles variables, à savoir, le poids initial, le poids en fin de grossesse, la taille, le statut HIV, la conception de la grossesse, la surveillance fœtale durant le travail, l'analgésie péridurale, la colonisation par le streptocoque du groupe B et l'épisiotomie. Quelques variables ont également été développées, il s'agit de la parité détaillée, de la différenciation entre césarienne élective et non programmée parmi les modes d'accouchement, des causes précises de césarienne ainsi que des malformations congénitales du nouveau-né. 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". L'ajout et le développement des variables permettent une analyse de celles-ci à partir de l'année 2009. Les quatre autres 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.

Lors de la création de la plate-forme e-Birth et des formulaires de données sociodémographiques et médicales, le modèle de la déclaration d'un enfant vivant (Modèle I) pour les données sociodémographiques ainsi que le modèle du volet CEpiP/SPE¹ pour les données médicales furent en grande partie suivis. Malgré cela, quelques différences apparaissent.

Dans le volet sociodémographique d'e-Birth, les catégories des variables niveau d'instruction, situation professionnelle et niveau social dans la profession ont été quelque peu modifiées. Ces modifications n'ont pas d'influence pour les analyses effectuées dans le présent rapport, excepté pour le niveau d'instruction où le type de filières dans le secondaire inférieur et supérieur n'est plus présent. Ceci a nécessité de regrouper les anciens niveaux du secondaire inférieur et supérieur. Le niveau d'instruction comporte donc 7 catégories : pas d'instruction, primaire, secondaire inférieur, secondaire supérieur, supérieur non universitaire, universitaire et autre.

Dans le volet médical, le mode d'accouchement ne permet plus qu'un seul choix (le dernier mode d'accouchement) et non plus deux ou trois comme dans le volet CEpiP (la mère pouvait avoir eu un essai de forceps, puis une césarienne non programmée). Cette légère différence ne pose pas de problème pour les analyses effectuées dans le présent rapport puisque celles-ci reposent uniquement sur le dernier mode d'accouchement. La variable malformation congénitale ne permet plus que l'enregistrement des principales malformations reprises sur le volet, la case «autre» ayant été supprimée. De plus, une nouvelle variable concernant l'«intention d'allaiter son enfant» apparaît sur le nouveau formulaire e-Birth et sera donc analysée uniquement pour les données provenant des formulaires e-Birth.

¹ Le formulaire SPE correspond au formulaire médical utilisé en Flandre en remplacement du volet C de la déclaration d'un enfant né vivant. Il est identique au volet CEpiP ce qui facilite les comparaisons interrégionales.

1.2.3 MÉTHODE ET ANALYSES

Ce rapport décrit les données périnatales pour les naissances survenues dans les maternités wallonnes ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire wallon, au cours de l'année 2013.

Pour chaque variable étudiée, différentes mesures de fréquence ont été calculées (par naissance ou par accouchement) afin de répondre aux recommandations internationales tout en permettant de comparer les résultats aux autres publications belges à savoir celles de la Région bruxelloise de 2013 (1). Elles peuvent être également comparées avec les données publiées par le SPE pour 2013 (2). À ceci près que le SPE prend en compte dans son rapport toutes les naissances survenues en Flandre mais également à l'UZ-VUB de Jette (une des 11 maternités bruxelloises recensées dans le rapport de données périnatales en Région bruxelloise). Il est également important de préciser que le SPE ne prend pas en compte les naissances d'enfants vivants et mort-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 500 g (quel que soit l'âge gestationnel).

Ces données font l'objet de comparaisons temporelles avec les données des années 2008 (3), 2009 (4), 2010 (5), 2011 (6) et 2012 (7) pour les variables présentes à la fois sur le volet C initial et sur le volet CEpiP ou le formulaire médical e-Birth et uniquement avec les données 2009, 2010, 2011 et 2012 pour les nouvelles variables introduites via le volet CEpiP.

Après la description des variables, des analyses bivariées ont été effectuées. Les données médicales ont été croisées avec les données sociodémographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la mère. Pour mesurer la force de l'association entre chaque variable et les outcomes, des risques relatifs (RR) et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95%) ont été présentés. Après cette étape, une analyse entre prédicteurs, des analyses stratifiées et multivariées devraient être envisagées afin de mettre en évidence d'éventuelles corrélations, confusions et modifications d'effets. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 12.0, 2013.

D'une manière générale, dans ce rapport, l'âge maternel moyen est calculé sur le nombre d'accouchements et pas sur le nombre de naissances (qui inclut donc toutes les naissances issues des grossesses multiples), comme le recommande le projet Euro-Peristat (8).

Concernant la variable «nationalité», 11 catégories ont été créées :

- **UE15 sans Belgique :** Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Grand-Duché de Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède.
- **UE28 sans UE15 :** Bulgarie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie.
- **Russie et Europe de l'Est non UE28 :** Albanie, Russie/URSS, Ex-Yougoslavie, Serbie, Monténégro, Biélorussie, Ukraine, Moldavie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Turquie.
- **Autres Europe :** Andorre, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse, Saint-Siège, Gibraltar.
- **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, Vénézuëla.

- **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.
- **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.
- **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,
- **Maghreb et Egypte :** Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Mauritanie, Sahara, Tunisie.
- **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 duCapVert, 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, Congo.

2. DÉFINITIONS

NAISSANCE VIVANTE

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

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.

PARITÉ

Toute naissance vivante quel que soit l'âge gestationnel et toute naissance d'un enfant mort-né d'un âge ≥ 22 semaines et/ou d'un poids ≥ 500 g. Cet accouchement-ci est inclus. Les grossesses multiples n'influencent pas la parité.

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.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Toute hypertension ≥ 14 mmHg / ≥ 9 mmHg, gravidique (développée pendant la grossesse) ou préexistante.

DIABÈTE

Tout diabète gestationnel ou préexistant

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.

INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

Toute induction par voie médicamenteuse ou par rupture artificielle de la poche des eaux. L'induction des contractions en cas de rupture prématurée de la poche des eaux chez une patiente qui n'a pas d'autre signe de travail est aussi classée dans les inductions.

MODE D'ACCOUCHEMENT

Césarienne élective : césarienne programmée, poche intacte et patiente non en travail.

Césarienne non programmée : tous les autres cas, même si la césarienne était initialement programmée mais a été anticipée pour d'autres raisons d'urgence.

N*

Service de néonatalogie non-intensive

NIC

Neonatal Intensive Care /Service de néonatalogie intensive

3. TABLEAUX SYNOPTIQUES

3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

| | | Nombre | % |
|-----------------------------------|------------------|--------|------|
| Grossesse unique | | 36 175 | 98,3 |
| Grossesse gémellaire | | 617 | 1,7 |
| Grossesse triple | | 7 | 0,0 |
| Parité | Primipare | 15 858 | 43,1 |
| | Multipare | 20 910 | 56,9 |
| Conception de la grossesse | Spontanée | 34 620 | 96,0 |
| | Assistée | 1 433 | 4,0 |
| Hypertension artérielle | | 1 717 | 4,7 |
| Diabète | | 2 863 | 7,8 |
| Durée de la grossesse | <28 semaines | 169 | 0,5 |
| | 28-31 semaines | 264 | 0,7 |
| | 32-36 semaines | 2 593 | 7,0 |
| | ≥ 37 semaines | 33 754 | 91,8 |
| Induction | | 11 571 | 31,5 |
| Analgésie péridurale | | 29 358 | 79,9 |
| Mode d'accouchement | Spontané sommet | 25 859 | 70,3 |
| | Siège vaginal | 205 | 0,6 |
| | Acc instrumental | 2 774 | 7,5 |
| | Césarienne | 7 942 | 21,6 |
| Épisiotomie | | 11 694 | 31,8 |

3.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

| | | Nombre | % |
|----------------------------------|---------------|--------|------|
| Présentation de l'enfant | Céphalique | 35 108 | 94,0 |
| | Siège | 2 060 | 5,5 |
| | Transverse | 194 | 0,5 |
| Poids à la naissance | < 500 g | 17 | 0,0 |
| | 500-1 499 g | 473 | 1,3 |
| | 1 500-2 499 g | 2 738 | 7,3 |
| | ≥ 2 500 g | 34 178 | 91,4 |
| Sexe | Masculin | 19 218 | 51,3 |
| | Féminin | 18 212 | 48,7 |
| Transfert en néonatalogie | N* | 2 652 | 7,1 |
| | NIC | 1 220 | 3,3 |
| Mort-nés | | 204 | 0,6 |

4. NAISSANCES EN WALLONIE

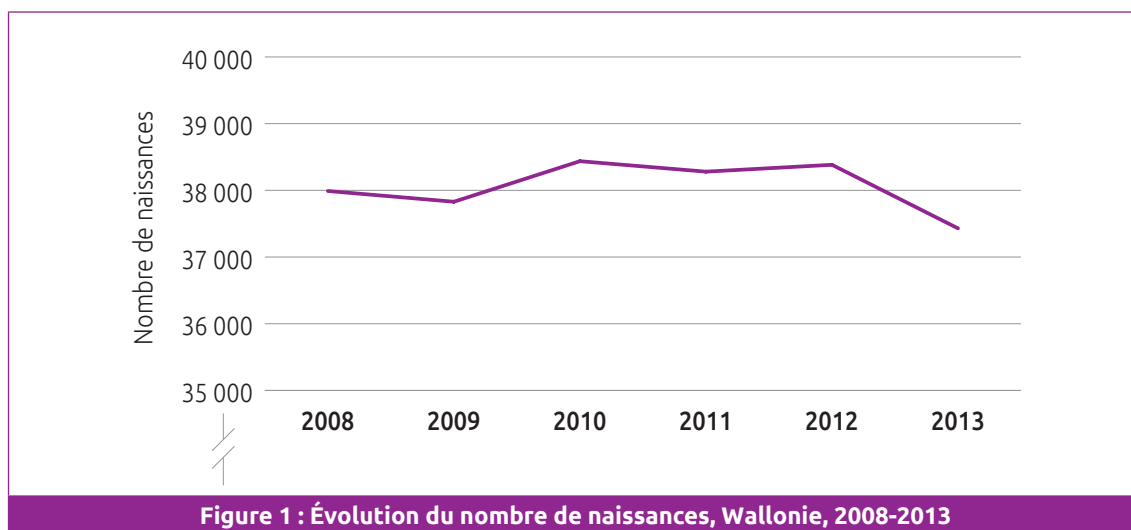
4.1 NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS

4.1.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

37 430 naissances survenues sur le territoire wallon ont été enregistrées par l'état civil en 2013.

| Tableau 1 : Détails des naissances, Wallonie, 2013 | |
|--|---|
| | 37 226 naissances VIVANTES |
| | 204 MORT-NÉS de \geq 500 g et/ou \geq 22 semaines |
| Ou | 1 255 naissances multiples |
| | 36 175 naissances uniques |
| Total : | 37 430 naissances |

Le nombre de naissances en Wallonie reste stable de 2008 à 2012 mais diminue en 2013, atteignant les 37 430 naissances (figure 1).



4.1.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

36 175 accouchements de singletons et 624 accouchements multiples ont été enregistrés par l'État civil en 2013 sur le territoire wallon. Parmi les accouchements multiples, on observe 617 grossesses de jumeaux et 7 grossesses de triplés (1,7 % des grossesses).

| Tableau 2 : Détails des accouchements, Wallonie, 2013 | |
|--|---|
| Singletons : 36 175 accouchements | |
| | 35 992 accouchements de singletons vivants |
| | 183 accouchements de singletons mort-nés |
| Grossesses gémellaires : 617 accouchements | |
| | 599 grossesses gémellaires de 2 enfants vivants dont 1 grossesse où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau |
| | 14 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 mort-né |
| | 4 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés |
| Grossesses triples : 7 accouchements | |
| | 7 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants |
| Total : 36 799 accouchements | |

Le taux de grossesses multiples reste stable sur la période 2008-2013 que ce soit pour les grossesses gémellaires ou les grossesses triples.

4.1.3 LIEU D'ACCOUCHEMENT

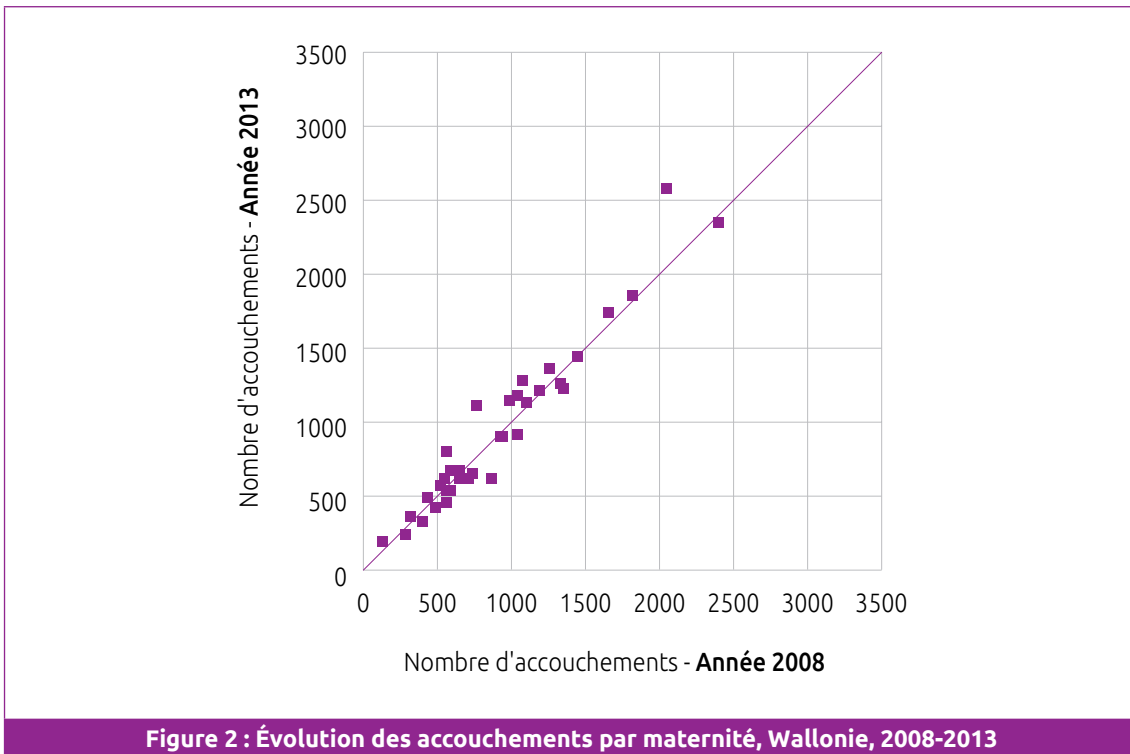
Nous avons comptabilisé 36 557 accouchements à l'hôpital et 239 accouchements en extra-hospitaliers (0,6 %).

En 2013, le parc hospitalier wallon compte 36 maternités. Le nombre d'accouchements s'étend de 189 à 3 383 accouchements par maternité. Plus de la moitié se situe en dessous de 1 000 accouchements par an et 4 maternités en dessous des 500 accouchements.

Aucune évolution du nombre d'accouchements par maternité n'a clairement été observée entre 2008 et 2013 (figure 2). Cependant, 3 maternités ont fortement augmenté leur nombre d'accouchements suite à la fermeture de maternités. Pour 1 maternité, l'augmentation a eu lieu en 2011 suite à la fermeture d'une maternité dans le courant de l'année 2010. Pour deux maternités, l'augmentation a été constatée en 2013 lors de la fermeture d'une maternité durant cette année-là. Malgré ces fermetures et l'augmentation du nombre d'accouchements pour ces 2 maternités, la tendance générale est à la baisse de 2012 à 2013.

Parmi les 239 accouchements extra-hospitaliers, on comptabilise 169 accouchements à domicile programmés en présence d'un professionnel et 70 accouchements inopinés. La donnée concernant le type d'accouchement extra-hospitalier² est inconnue pour 3 accouchements (0,01 %). Étant donné les faibles effectifs, il est relativement difficile d'évaluer l'évolution des accouchements hors maternités programmées d'une part et inopinés d'autre part. Seule l'évolution de la proportion des accouchements extra-hospitaliers dans son ensemble peut être analysée. Celle-ci reste stable entre 2008 et 2013 (0,6 %).

2 L'information concernant le type d'accouchement extra-hospitalier est déduite à partir de la variable «lieu d'accouchement» du volet B et de la variable «code de l'hôpital ou du lieu d'accouchement» du volet CEpiP.



4.2 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS

4.2.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS

4.2.1.1 ÂGE MATERNEL

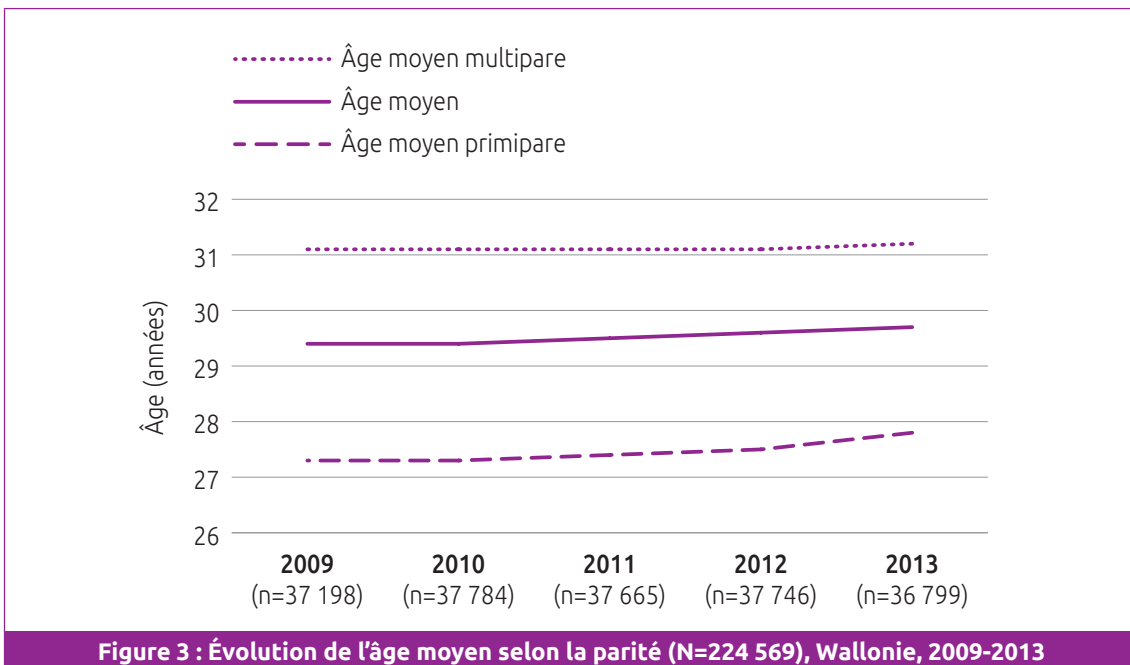
L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 29,7ans (déviati on standard : 5,3 ans) (minimum : 14,1 ans – maximum : 52,6 ans). L'âge moyen chez la primipare est de 27,8 ans ce qui plus faible qu'en Flandre (28,6 ans) (2) et en Région bruxelloise (29,6 ans) (1). Pour les multipares, l'âge moyen est de 31,2 ans, ce qui est identique à la Flandre (31,3 ans) (2) mais plus faible qu'en Région bruxelloise (32,4 ans) (1).

Si l'on s'intéresse aux catégories d'âges extrêmes, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de 3,0 % ce qui est plus élevé qu'en Région bruxelloise (1,7 %) (1) et en Flandre (1,4 %) (2). Parmi ces jeunes mères ayant accouché en Wallonie, on note 12 accouchements en-dessous de l'âge de 15 ans (0,03 % des accouchements) et 352 accouchements en-dessous de l'âge de 18 ans (1,0 % des accouchements).

À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 16,5 %. Ce résultat est plus faible qu'en Région bruxelloise (24,9 %) (1) mais plus élevé qu'en Flandre (15,3 %) (2). Parmi ces mères de 35 ans et plus ayant accouché en Wallonie, 21,6 % sont primipares et 21,5 % sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus). La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est, elle, de 0,1 %.

| Tableau 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement (N=36 799), Wallonie, 2013 | | |
|---|--------|------|
| Âge | Nombre | % |
| < 20 ans | 1 119 | 3,0 |
| 20-24 ans | 5 772 | 15,7 |
| 25-29 ans | 12 468 | 33,9 |
| 30-34 ans | 11 357 | 30,9 |
| 35-39 ans | 4 943 | 13,4 |
| ≥ 40 ans | 1 140 | 3,1 |

Entre 2009 et 2013, l'âge moyen de la mère est passé de 29,4 ans à 29,7 ans. Cet âge moyen augmente davantage chez les primipares (27,3 ans à 27,8 ans) que chez les multipares. La proportion de mères âgées de moins de 20 ans diminue durant la période (4,0 % à 3,0 %). Quant aux mères âgées de 35 ans et plus, la proportion augmente, allant de 15,8 % à 16,5 %. 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 les 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. Néanmoins, le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications et de facteurs de risque tel que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme et la mortinatalité (8-10).

4.2.1.2 NATIONALITÉ DE LA MÈRE

16,2 % des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**. En outre, 27,5 % des mères sont de nationalité non belge **à l'origine**³, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas nées en Belgique. Les nationalités d'origine les plus représentées sont italienne (4,6 %), marocaine (4,1 %) et française (3,6 %). Ceci s'explique par l'immigration italienne et marocaine pour l'industrie et la construction dans la Région du Centre dans les années 50-60 et par l'immigration de ressortissants européens ces dernières années suite à l'implantation des institutions européennes à Bruxelles.

De 2008 à 2013, les proportions de mères de nationalité non belge à l'origine et de nationalité non belge à l'accouchement augmentent, passant respectivement de 23,7 % à 27,5 % et de 14,1 % à 16,2 %. Ces augmentations concernent les mères provenant d'Afrique subsaharienne, de Pologne et de Roumanie.

Tableau 4 : Distribution des accouchements selon la nationalité de la mère, Wallonie, 2013

| Nationalité | Nationalité d'origine (N=36 726) | | Nationalité actuelle (N=36 709) | |
|---|-------------------------------------|------|------------------------------------|------|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Belgique | 26 633 | 72,5 | 30 747 | 83,8 |
| UE15 sans Belgique | 3 544 | 9,6 | 2 051 | 5,6 |
| UE28 sans UE15 | 551 | 1,5 | 451 | 1,2 |
| Russie et Europe de l'Est non UE28 | 1 578 | 4,4 | 808 | 2,2 |
| Autres Europe | 19 | 0,1 | 16 | 0,0 |
| Maghreb et Egypte | 2 014 | 5,5 | 1 046 | 2,8 |
| Afrique subsaharienne | 1 582 | 4,3 | 1 046 | 2,8 |
| Amérique du Nord | 73 | 0,2 | 63 | 0,2 |
| Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes | 149 | 0,4 | 74 | 0,2 |
| Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient | 233 | 0,6 | 174 | 0,5 |
| Asie du Sud-Est | 298 | 0,8 | 156 | 0,4 |
| Océanie | 6 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Autres (apatride, indéterminé) | 46 | 0,1 | 76 | 0,2 |

La nationalité d'origine est inconnue pour 73 mères (0,2 %) et la nationalité actuelle pour 90 mères (0,2 %).

Le statut d'immigration des femmes influence à la fois les facteurs de risque périnataux d'ordre médical et socio-économique (11-12), le recours aux pratiques obstétricales (13-16) et l'issue de la grossesse (17). Le CEpiP a notamment montré l'influence de la nationalité sur l'issue de l'accouchement (13), et a régulièrement montré dans ses précédents rapports un lien entre la nationalité d'origine et certains risques tel que le diabète, l'hypertension et l'indice de masse corporelle (10).

3 Il s'agit cependant ici de la nationalité d'origine de la mère (c'est-à-dire la nationalité que la mère avait à sa propre naissance).

4.2.1.3 LIEU DE RÉSIDENCE DE LA MÈRE

La très grande majorité des mères (97,2 %) ayant accouché sur le territoire wallon réside en Wallonie. Parmi les faibles proportions de mères qui résident en France, en Flandre ou en Région bruxelloise, on observe que la majorité des mères accouche dans une maternité proche de leur lieu de résidence.

| Tableau 5 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère (N=36 788), Wallonie, 2013 | | |
|--|---------------|-------------|
| Lieu de résidence | Nombre | % |
| Bruxelles | 185 | 0,5 |
| Total Flandre | 337 | 0,9 |
| Flandre orientale | 24 | 0,1 |
| Flandre occidentale | 76 | 0,2 |
| Limbourg | 58 | 0,2 |
| Anvers | 14 | 0,0 |
| Brabant flamand | 165 | 0,5 |
| Total Wallonie | 35 747 | 97,2 |
| Hainaut | 13 405 | 36,4 |
| Liège | 11 643 | 31,6 |
| Luxembourg | 2 970 | 8,1 |
| Namur | 5 127 | 13,9 |
| Brabant wallon | 2 602 | 7,1 |
| Total pays frontaliers | 408 | 1,1 |
| France | 380 | 1,0 |
| Allemagne | 7 | 0,0 |
| Luxembourg | 16 | 0,0 |
| Pays-Bas | 5 | 0,0 |
| Pays étrangers | 111 | 0,3 |

Le lieu de résidence de la mère est inconnu pour 11 mères (0,03 %).

4.2.1.4 NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MÈRE

80,5 % des mères ont obtenu leur diplôme de secondaire supérieur dont la moitié un diplôme d'études supérieures (universitaire ou non). Cet indicateur maintient un taux de données manquantes important et ce malgré le travail de sensibilisation du personnel des administrations communales, réalisé par la Cellule Statistiques Naissance-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette problématique trouve probablement son origine dans la sensibilité de la question et dans la définition du niveau d'études des parents de nationalité non belge à l'origine⁴.

Le niveau d'instruction influence les indicateurs de santé périnatale. Les analyses de la suite du présent rapport montrent par exemple que les mères d'un niveau d'instruction élevé ont moins de risque d'accoucher d'un enfant de petit poids à la naissance ou prématuré.

4 La définition du niveau d'études des parents qui ont passé leur enfance, au moins en partie, à l'étranger, peut être complexe pour le personnel des administrations communales.

Tableau 6 : Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère (N=30 306), Wallonie, 2013

| Type d'instruction | Nombre | % |
|--|--------|------|
| Pas d'instruction | 418 | 1,4 |
| Primaire | 948 | 3,1 |
| Secondaire inférieur | 4 333 | 14,3 |
| Secondaire supérieur | 11 955 | 39,4 |
| Supérieur non universitaire | 8 506 | 28,1 |
| Supérieur universitaire | 3 952 | 13,0 |
| Autre (spécial, études en cours, à l'étranger) | 194 | 0,6 |

Le niveau d'instruction de la mère est inconnu pour 6 493 mères (17,6 %).

4.2.1.5 ÉTAT D'UNION DE LA MÈRE

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule est de 19,3 %. Cette proportion a augmenté de 2010 à 2013 passant de 18,0 % à 19,3 %. Ce taux paraît tout de même surestimé et être la conséquence du fait que l'Officier d'état civil de la commune représente davantage l'autorité et fait craindre un certain contrôle. Dans certaines situations en effet, la déclaration de vie en couple ou de façon isolée pourrait être plus ou moins avantageuse au regard de la loi belge en matière de droit aux allocations sociales.

L'état d'union de la mère influence également les indicateurs périnataux, ce qui est confirmé dans la suite de ce rapport.

Tableau 7 : Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère (N=36 729), Wallonie, 2013

| État d'union | Nombre | % |
|--------------|--------|------|
| Vit seule | 7 089 | 19,3 |
| Vit en union | 29 640 | 80,7 |

L'état d'union de la mère est inconnu pour 70 mères (0,2 %).

4.2.1.6 SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

La proportion de pères actifs a diminué de 2008 à 2013, passant de 84,2 % à 80,1 %. Quant aux mères actives, la proportion est restée stable durant ces six années.

Tableau 8 : Distribution des accouchements selon la situation professionnelle des parents, Wallonie, 2013

| Situation professionnelle | Père (N=33 307) | | Mère (N=36 145) | |
|---|-----------------|------|-----------------|------|
| | nombre | % | nombre | % |
| Actif | 26 687 | 80,1 | 21 483 | 59,4 |
| Chômeur | 3 165 | 9,5 | 5 759 | 15,9 |
| Sans profession (CPAS / mutuelle / invalidité / incapacité / sans profession / formation / rentier) | 3 151 | 9,5 | 8 082 | 22,4 |
| Pensionné | 74 | 0,2 | 28 | 0,1 |
| Étudiant | 230 | 0,7 | 793 | 2,2 |

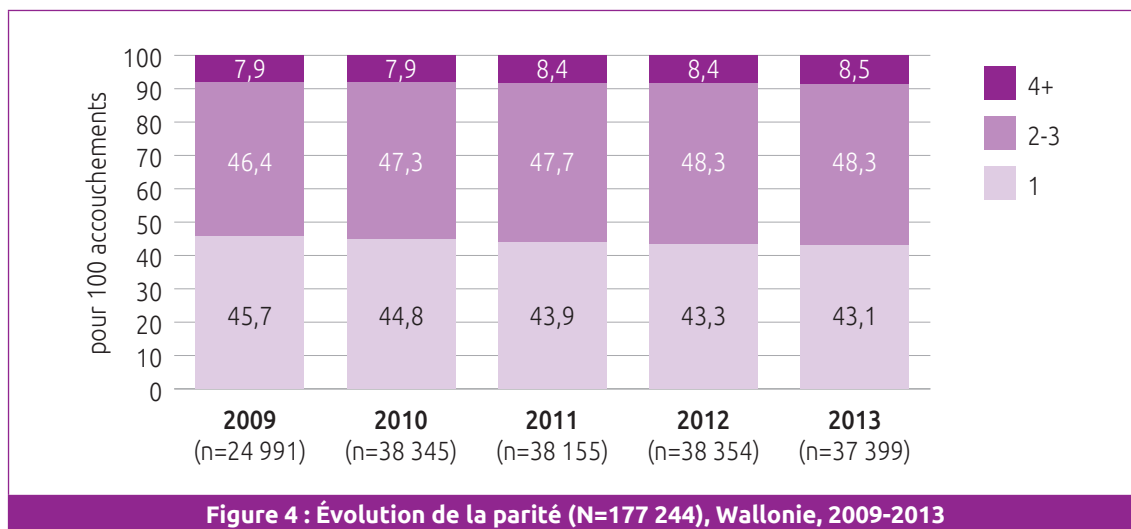
La situation professionnelle de la mère est inconnue pour 654 mères (1,8 %).

4.2.2 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

4.2.2.1 PARITÉ

Le taux de primipares est de 43,1 %. Ce taux est plus faible qu'en Flandre (44,8 %) (2) mais plus élevé qu'en Région bruxelloise (41,8 %) (1). Le nombre de grandes multipares (4e accouchement et plus) est de 3 193 (8,5 %). Parmi les multipares, 326 mères ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (1,5 % des accouchements).

La proportion de primipares diminue de 2009 à 2013 (45,7 % à 43,1 %) au dépend des multipares, quelque soit le nombre d'accouchements précédents.



4.2.2.2 SÉROPOSITIVITÉ HIV

Des 89 accouchements concernés par un statut HIV positif, 90 enfants sont nés dont 1 enfant mort-né. De 2009 à 2013, aucune évolution de la proportion de mères avec un statut HIV positif n'a été observée.

Tableau 9 : Distribution des accouchements selon le statut HIV de la mère à l'accouchement (N=35 258), Wallonie, 2013

| Statut HIV | Nombre | % |
|------------|--------|------|
| Positif | 89 | 0,2 |
| Négatif | 34 363 | 97,5 |
| Non testé | 806 | 2,3 |

Le statut HIV de la mère est inconnu pour 1 541 mères (4,2 %).

4.2.2.3 POIDS ET TAILLE DE LA MÈRE

Le poids médian des mères avant la grossesse est de 64 kg (p25 : 56 kg ; p75 : 75 kg) et la taille moyenne de 165 cm (déviati on standard : 6,5 cm). L'indice de masse corporelle (IMC)⁵ médian pour les femmes de 18 ans et plus⁶, calculé à partir du poids avant la grossesse et de la taille de la mère est de 23,4 kg/m².

Durant la grossesse, les femmes âgées de 18 ans et plus prennent en moyenne 12,1 kg (déviati on standard : 5,7 kg). Une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et l'IMC de la mère. La prise moyenne de poids diminue lorsque l'IMC de la mère augmente, avec une prise moyenne de poids de 13,0 kg pour les femmes avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m² et de 5,1 kg pour les femmes avec un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m², ces résultats correspondant pratiquement aux guidelines de prise de poids par catégories d'IMC⁷. Cette prise de poids ne montre pas d'évolution de 2009 à 2013.

| Tableau 10 : Distribution des accouchements selon l'IMC de la mère en début de grossesse (18 ans et plus) (N=33 177), Wallonie, 2013 | | |
|--|--------|------|
| Catégories d'IMC | Nombre | % |
| <18,5 kg/m ² | 2 166 | 6,5 |
| 18,5-24,9 kg/m ² | 18 877 | 56,9 |
| 25,0-29,9 kg/m ² | 7 239 | 21,8 |
| 30,0-39,9 kg/m ² | 4 417 | 13,3 |
| ≥40 kg/m ² | 478 | 1,4 |

L'IMC est inconnu pour 3 622 mères (9,8 %).

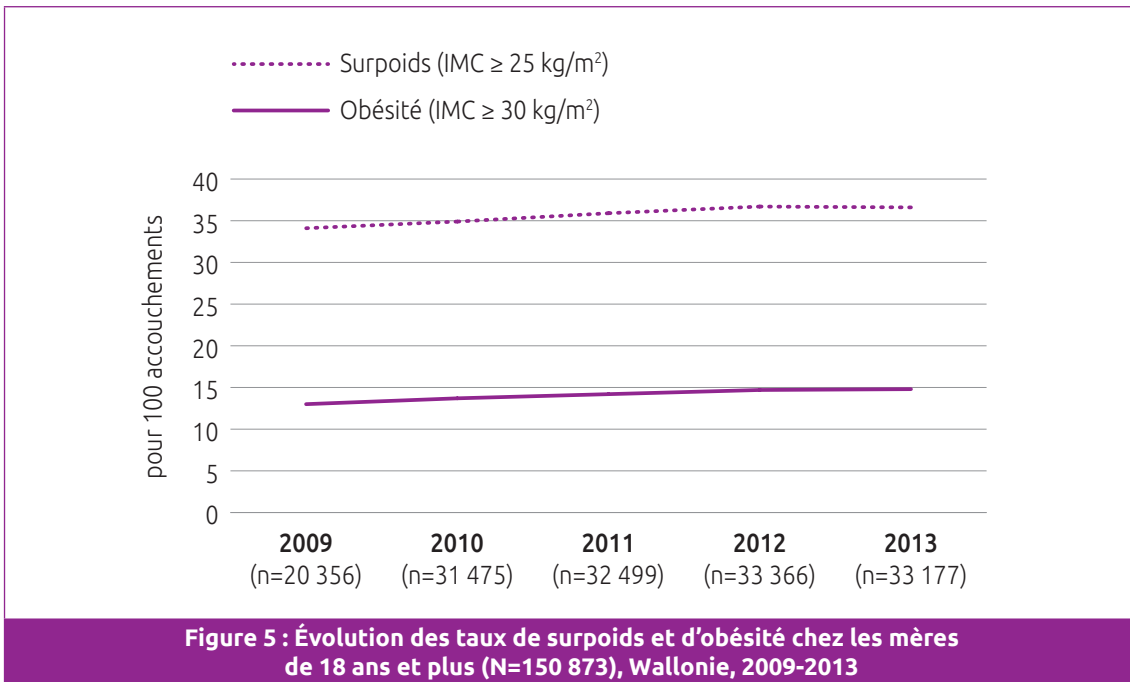
Les proportions de mères en surpoids ou souffrant d'obésité ne cessent d'augmenter depuis la collecte de cet indicateur en 2009, avec actuellement plus d'une femme sur trois souffrant de surpoids et plus d'une femme sur dix souffrant d'obésité (tableau 10) (figure 5). Ces proportions sont plus élevées que celles observées en Région bruxelloise (34,2 % de mères en surpoids et 11,7 % de mères obèses) (1).

Ce sont les mères de 40 ans et plus et les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne qui présentent le plus de problème de surpoids avec 49,7 % parmi les mères de 40 ans et plus et 46,4 % parmi les mères originaires d'Afrique subsaharienne.

5 L'IMC est calculé en prenant le poids avant la grossesse divisé par le carré de la taille. Les catégories utilisées sont celles recommandées par l'OMS, à savoir : IMC <18,5 kg/m² = sous-poids – IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m² = poids normal – IMC entre 25 à 29,9 kg/m² = surpoids – IMC entre 30,0 et 39,9 kg/m² = obésité – IMC ≥ 40 kg/m² = obésité sévère.

6 Les seuils de définition du surpoids et de l'obésité pour les femmes à partir de l'âge de 18 ans sont différents de ceux des jeunes femmes de moins de 18 ans. Dans le présent rapport, les analyses croisées selon l'IMC sont réalisées uniquement sur les mères de 18 ans et plus.

7 Les recommandations de prise de poids durant la grossesse, publiées dans le rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" en 2009 (18), sont de 12,7 à 18,1 kg pour les mères dont l'IMC est < 18,5 kg/m², de 11,3 à 15,9 kg pour les mères avec un IMC de 18,5 à 24,9 kg/m², de 6,8 à 11,3 kg pour les mères avec un IMC de 25 à 29,9 kg/m² et de 5,0 à 9,1 kg pour les mères avec un IMC ≥ 30 kg/m².



En Europe, les pays et régions affichent une variabilité importante des proportions de surpoids et d'obésité, mais la majorité des pays qui récolte cet indicateur affiche un taux d'obésité supérieur à 10 % (8). Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreux facteurs de risque, tels que le diabète, l'hypertension et la macrosomie. Par ailleurs, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivent plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (19).

4.2.2.4 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

4,7 % de mères souffrent d'hypertension qu'elle soit préexistante ou gravidique. La proportion d'hypertension en Wallonie est identique à celle observée en Flandre (4,7 %) (2) mais plus élevée qu'en Région bruxelloise (4,3 %) (1).

L'analyse selon la parité présente des résultats différents avec une proportion d'hypertension artérielle plus élevée parmi les primipares (6,0 % contre 3,7 %).

Une tendance est observée entre l'hypertension artérielle et l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant un taux de 2,2 % contre 8,9 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Une association est également constatée entre l'hypertension et l'indice de masse corporelle avec 1,0 % d'hypertension pour les mères en insuffisance pondérale contre 23,7 % pour les femmes en obésité morbide.

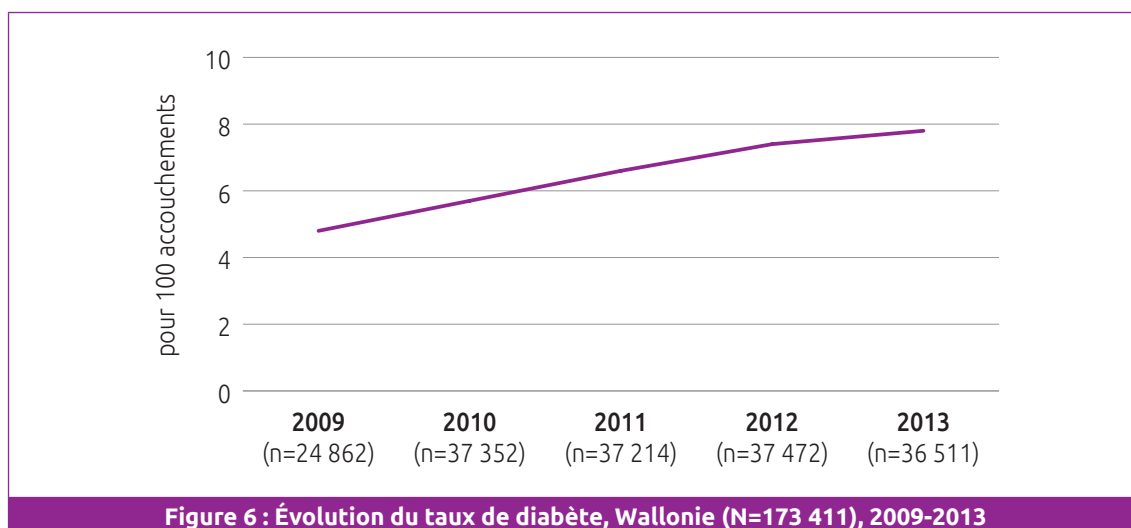
De 2009 à 2013, le taux d'hypertension artérielle reste stable.

4.2.2.5 DIABÈTE

7,8 % des mères souffrent de diabète, qu'il soit gestationnel ou préexistant. Cette proportion est plus faible qu'en Région bruxelloise (8,3 %) (1) mais beaucoup plus élevée qu'en Région flamande (3,3 %) (2). Cette différence importante avec les données de la Flandre pourrait en partie s'expliquer par le fait que la Flandre n'a pas adopté les nouvelles recommandations pour le dépistage du diabète gestationnel durant la grossesse (20).

L'analyse selon la parité présente des résultats différents avec une proportion de diabète plus élevée parmi les multipares (8,4 % contre 7,2 %). Une tendance est également observée entre le diabète et l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant un taux de diabète de 3,9 % contre 18,8 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. De plus, les femmes en insuffisance pondérale présentent un taux de diabète plus faible (4,5 %) que les femmes en obésité morbide (29,6 %).

Une augmentation constante du taux de diabète est observée passant de 4,8 % à 7,8 % (figure 6). Cette augmentation est probablement multifactorielle et peut être liée à la nouvelle politique de dépistage du diabète dans le cadre de la grossesse (diminution du seuil glycémique pour le dépistage du diabète gestationnel), mais également à une augmentation réelle de la prévalence en lien notamment avec l'épidémie d'obésité dans la population générale et le recul de l'âge 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 qui ne sont pas insignifiants. En effet, l'étude HAPO "Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study" (étude prospective) a conduit à abaisser le seuil du diagnostic du diabète gestationnel. Les auteurs ont démontré une meilleure association entre ce seuil abaissé et un poids à la naissance supérieur au percentile 90, un accouchement par césarienne, une hypoglycémie néonatale et un hyperinsulinisme fœtale. L'étude a également démontré une meilleure association entre les nouvelles normes de glycémies maternelles anormales et cinq complications fœto-maternelles: l'accouchement prématuré, le risque de prééclampsie, la dystocie de l'épaule, l'hyperbilirubinémie et les soins intensifs néonataux (21). Le dépistage du diabète et la prise en charge des mères diabétiques et de leur(s) enfant(s) sont très importants afin de limiter les complications.



4.2.2.6 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

96,0 % des grossesses ont été conçues spontanément. Parmi les grossesses multiples, 29,6 % sont des grossesses de conception assistée⁸. Parmi les grossesses triples, 1 a été conçue par FIV ou ICSI, 2 ont fait suite à un traitement hormonal et 4 étaient spontanées. 12,7 % des grossesses de conception assistée concernent des accouchements multiples. Les résultats en fonction de la mortalité présentent un taux deux fois plus élevé parmi les grossesses de conception assistée comparé aux grossesses de conception spontanée (0,8 %).

La proportion de conception assistée est plus élevée chez les mères plus âgées, passant de 2,6 % chez les mères de 20 à 29 ans à 11,5 % chez les mères de 40 ans et plus.

Tableau 11 : Distribution des accouchements selon le type de conception et le statut de la grossesse (N=36 053), Wallonie, 2013

| Type de conception | Grossesse unique (N=35 439) | | Grossesse multiple (N=614) | | Total (N=36 053) |
|---------------------|--------------------------------|------|-------------------------------|------|---------------------|
| | Nombre | % | Nombre | % | % |
| Spontanée | 34 188 | 96,5 | 432 | 70,4 | 96,0 |
| Traitement hormonal | 281 | 0,8 | 37 | 6,0 | 0,9 |
| FIV ou ICSI | 970 | 2,7 | 145 | 23,6 | 3,1 |

Le type de conception est inconnu ou non demandé pour 2,0 % des singletons et 1,6 % des accouchements multiples.

Au cours des années 2009 à 2013, la proportion de grossesse assistée est restée stable.

Au niveau européen, cet indicateur est très difficile à comparer d'un pays à l'autre, les définitions utilisées n'étant pas toujours les mêmes. Néanmoins, Peristat précise qu'à peu près 5 à 6 % des grossesses ont fait suite à un traitement de conception assistée quel qu'il soit et que l'indicateur concernant les traitements les moins invasifs de type traitement hormonal paraît sous-estimé dans la plupart des pays récoltant cet indicateur (8).

⁸ Les variables "traitement hormonal" et "ICSI ou FIV" ont été regroupées sous l'item «grossesse de conception assistée».

4.3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

4.3.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

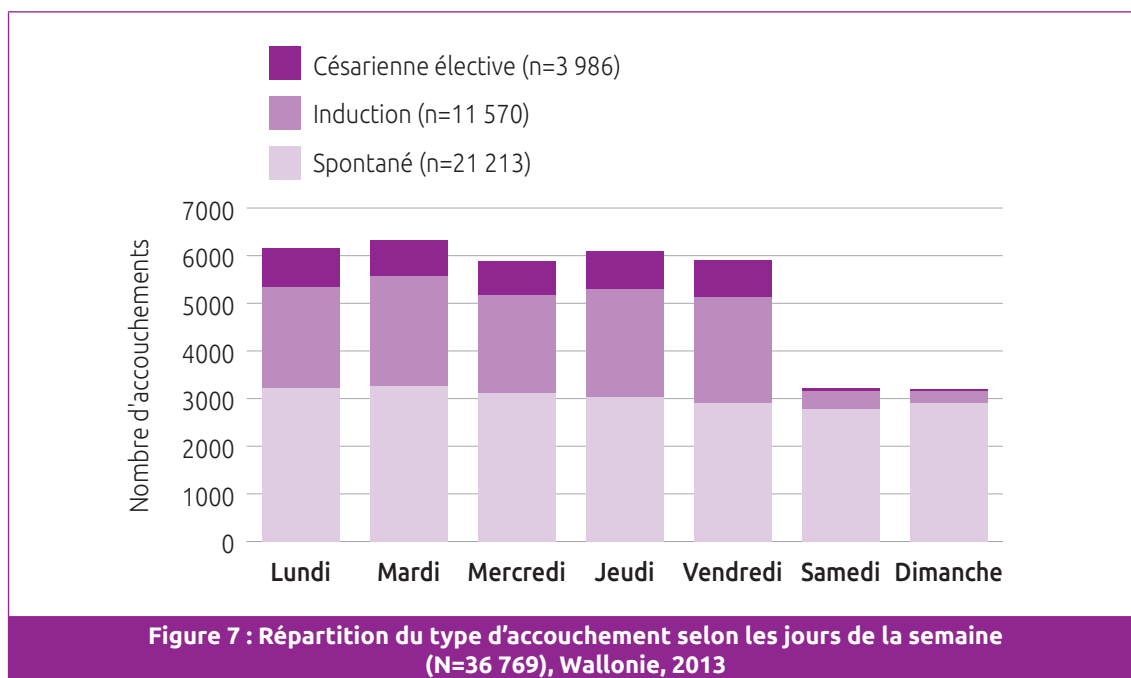
Pour les singletons vivants,

- 95,1 % se présentent en sommet
- 4,6 % se présentent en siège
- 0,4 % se présentent en transverse

La présentation est inconnue pour 54 singletons vivants (0,2 %).

4.3.2 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

Davantage de naissances ont lieu du lundi au vendredi. Les jours de week-end, le nombre d'accouchements induits et les césariennes électives diminuent fortement.



Sur la période 2009 à 2013, une évolution progressive du type de début de travail est constatée, marquant une diminution constante de l'induction au profit de la césarienne élective et du travail spontané (tableau 12). Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux accouchements multiples, la répartition du type de début de travail est différente avec 51,6 % de travail spontané, 20,0 % d'induction et 28,4 % de césarienne élective, en 2013 et pas d'évolution sur les années 2009 à 2013.

En outre, les comparaisons internationales sont relativement difficiles à ce niveau et ce à cause de la définition des différentes variables qui composent cet indicateur et principalement celle de la césarienne élective.

Tableau 12 : Évolution du type de début de travail (N=174 414), Wallonie, 2009-2013

| Type de conception | Travail spontané | | Induction | | Césarienne élective | |
|--------------------|------------------|------|-----------|------|---------------------|------|
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| 2009 (n=24 896) | 14 131 | 56,8 | 8 382 | 33,7 | 2 383 | 9,6 |
| 2010 (n=37 503) | 21 238 | 56,6 | 12 429 | 33,1 | 3 836 | 10,2 |
| 2011 (n=37 546) | 21 429 | 57,1 | 12 202 | 32,5 | 3 915 | 10,4 |
| 2012 (n=37 700) | 21 771 | 57,8 | 12 045 | 32,0 | 3 884 | 10,3 |
| 2013 (n=36 769) | 21 213 | 57,7 | 11 570 | 31,5 | 3 986 | 10,8 |

Le type de début de travail est inconnu pour 657 accouchements (0,4 %)

4.3.3 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

4.3.3.1 PRÉVALENCE

On constate que 31,5 % des accouchements ont été induits, ou :

- 32,7 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 34,1 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 35,6 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 33,1 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare
- 35,3 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives

La notification de l'induction est manquante pour 15 accouchements (0,04 %).

Le projet Euro-Peristat (8) recommande de présenter les taux d'induction comme le nombre d'enfants nés après induction sur le total des naissances vivantes et mortes. De cette manière, on obtient 31,3 % de naissances induites.

Le taux d'induction en Wallonie est plus élevé que les taux en Région flamande (23,9 %) (2) et en Région bruxelloise (28,8 %) (1).

Le taux d'induction diminue de 2009 à 2013 passant de 33,3 % à 31,5 % mais reste le plus élevé d'Europe (8).

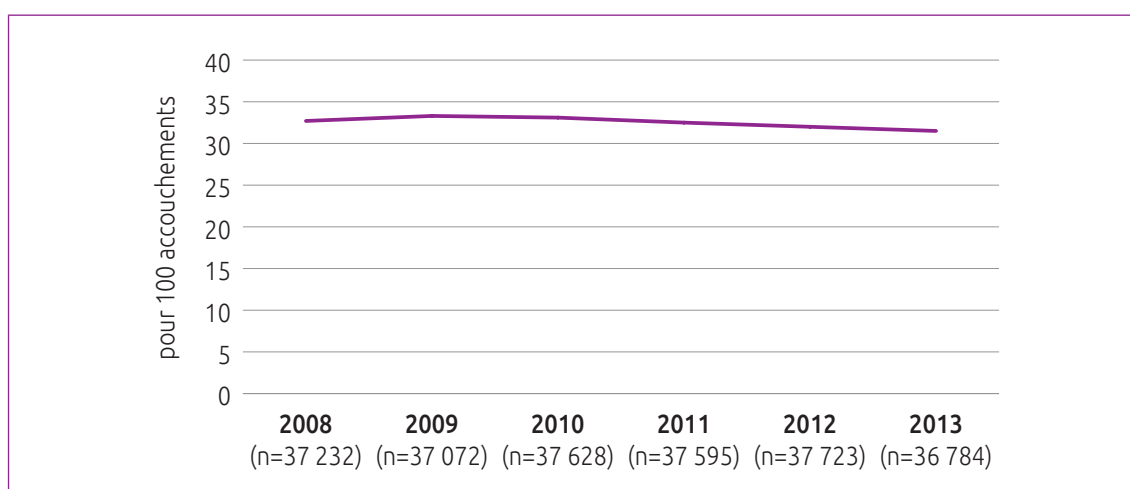
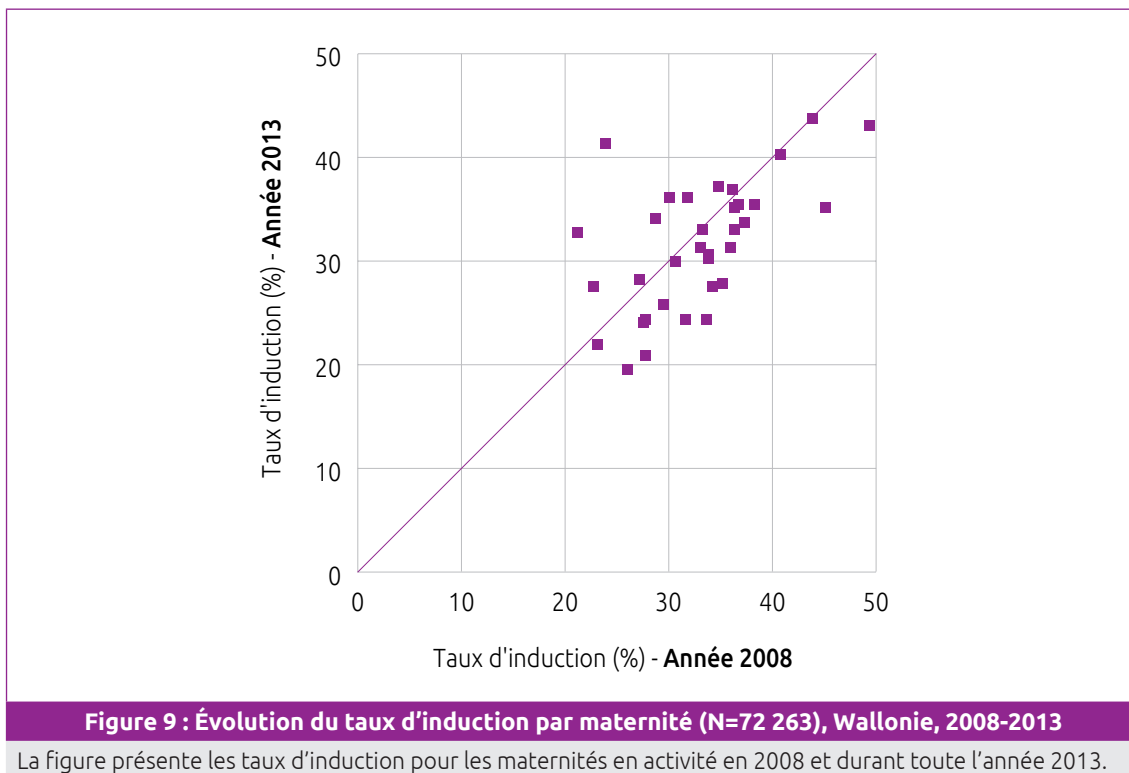


Figure 8 : Évolution du taux d'induction (N=224 034), Wallonie, 2008-2013

4.3.3.2 INDUCTION ET MATERNITÉS

En 2013, le taux d'induction varie fortement d'une maternité à l'autre, allant de 19,6 % à 48,6 % selon la maternité. De 2008 à 2013, 21 maternités ont diminué leur taux d'induction et 9 maternités l'ont augmenté (figure 9).



4.3.4 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

On constate que 79,9 % des accouchements ont bénéficié d'une péridurale, ou :

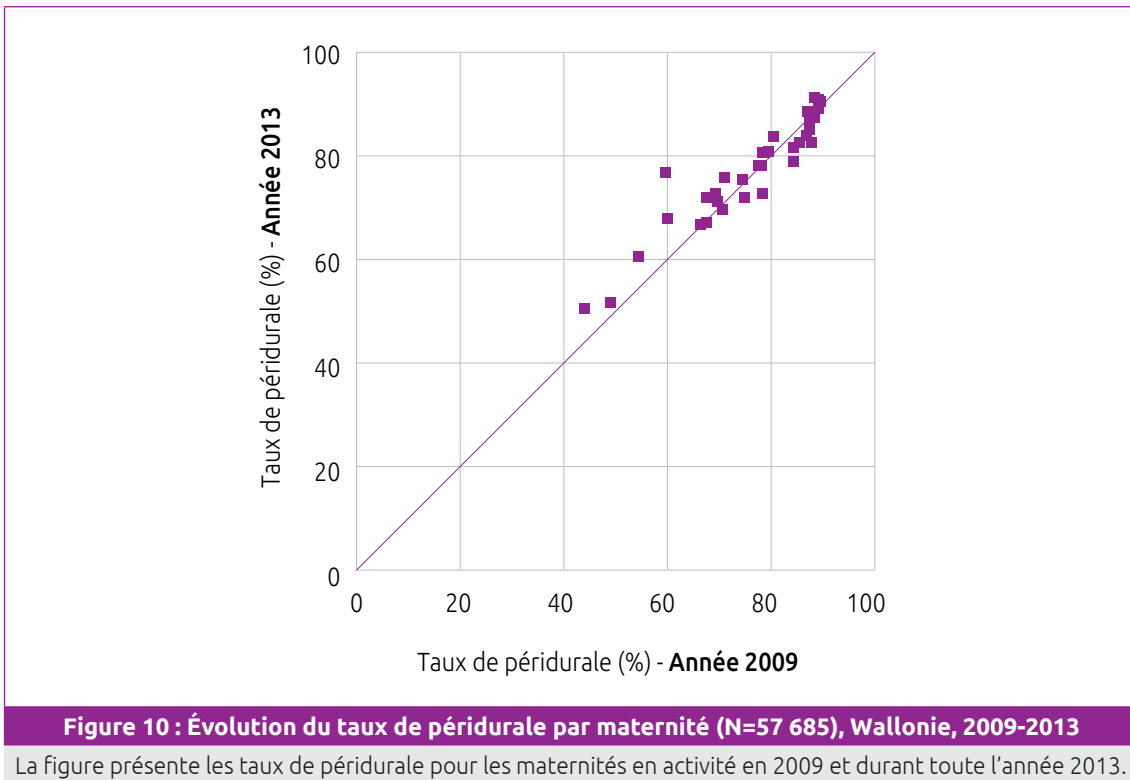
- 77,7 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives
- 75,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse
- 86,8 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives chez la primipare
- 70,3 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives chez la multipare

L'information est manquante pour 45 accouchements (0,1 %) et 34 accouchements par voie basse (0,1 %).

Le taux de péridurale en Wallonie est plus élevé que les taux en Flandre (70,3 %) (2) et en Région bruxelloise (74,3 %) (1).

Le taux de péridurale (hors césariennes électives) reste stable en Wallonie entre 2009 et 2013.

Le taux global de péridurale varie de 50,6 % à 91,2 % d'une maternité à l'autre. Pour un singleton vivant en sommet à partir de 37 semaines et hors césariennes électives, le taux de péridurale varie de 41,7 % à 91,2 %. Pour 19 maternités, le taux de péridurale a augmenté durant la période 2009-2013 et pour 9, le taux a diminué (figure 10).



4.3.5 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

4.3.5.1 PRÉVALENCE

Le taux de césarienne est de 21,6 %, ou

- 20,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements uniques
- 59,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements multiples
- 10,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes électives
- 10,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes non programmées
- 13,6 % si l'on ne s'intéresse qu'aux premières césariennes
- 7,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes répétées

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 19 accouchements (0,05 %).

Euro-Peristat (8) recommande de calculer le taux de césarienne sur le nombre total de naissances. On obtient donc 22,3 césariennes pour 100 naissances.

Le taux de césarienne en Wallonie est plus élevé que les taux en Flandre (20,3 %) (2) et en Région bruxelloise (20,7 %) (1). Au niveau européen, le taux de césarienne oscille entre 14,8 % (Islande) et 52,2 % (Chypre). La Wallonie fait partie de la majorité des pays qui présente un taux de césarienne inférieur à 30,0 % (8). Une augmentation du taux de césarienne est observée de 2008 à 2013 passant de 20,5 % à 21,6 %. Ce constat est également observé parmi les grossesses uniques contrairement aux grossesses multiples où le taux reste stable.

L'augmentation du taux de césarienne de 2009 à 2013 ne concerne uniquement les césariennes électorives (9,5 % en 2009 à 10,8 % en 2013) (figure 11).

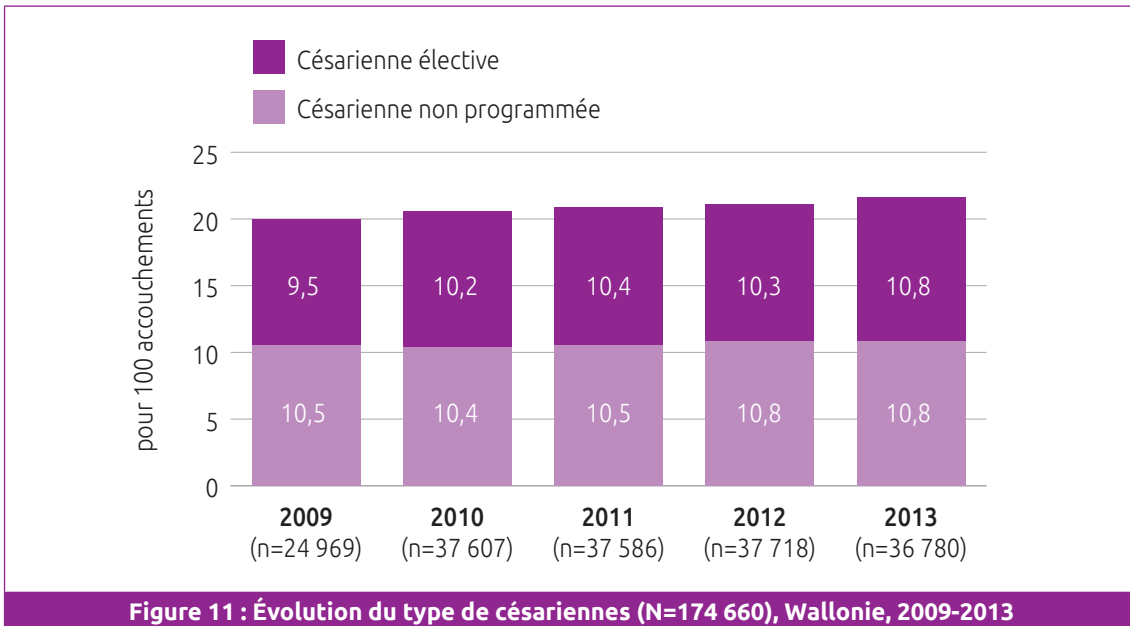


Figure 11 : Évolution du type de césariennes (N=174 660), Wallonie, 2009-2013

4.3.5.2 CÉSARIENNE ET MATERNITÉS

En 2013, le taux de césarienne varie fortement d'une maternité à l'autre allant de 13,1 % à 30,9 %. De 2008 à 2013, 21 maternités ont augmenté leur taux de césarienne et 7 l'ont diminué (figure 12).

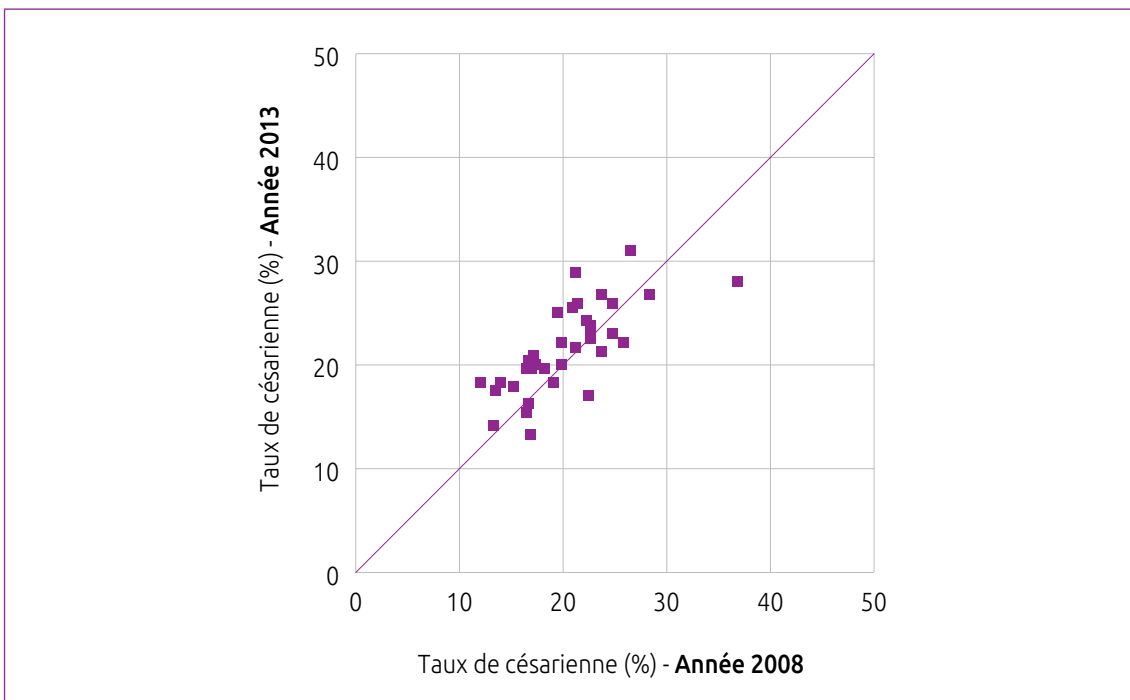


Figure 12 : Évolution du taux de césarienne par maternité (N=72 250), Wallonie, 2008-2013

La figure présente les taux de césarienne pour les maternités en activité en 2008 et durant toute l'année 2013.

4.3.5.3 CÉSARIENNE ET FACTEURS DE RISQUE

| Tableau 13 : Association entre la césarienne et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2013 | | | | |
|--|--------------------------|----------|-----------------------|--------------------------|
| | | N | Césarienne (%) | RR brut (IC 95 %) |
| Caractéristiques sociodémographiques de la mère | | | | |
| Âge | < 20 ans | 1 119 | 14,7 | 1 |
| | 20-34 ans | 29 581 | 20,4 | 1,39 (1,21-1,61) |
| | ≥ 35 ans | 6 080 | 28,5 | 1,94 (1,68-2,25) |
| Nationalité d'origine | Belgique | 26 622 | 20,4 | 1 |
| | UE28 moins Belgique | 4 081 | 24,5 | 1,20 (1,13-1,27) |
| | Maghreb et Egypte | 2 013 | 24,8 | 1,22 (1,12-1,32) |
| | Turquie | 763 | 20,2 | 0,99 (0,86-1,14) |
| | Afrique subsaharienne | 1 580 | 33,9 | 1,66 (1,54-1,79) |
| Niveau d'instruction | Pas d'études supérieures | 17 647 | 22,3 | 1,07 (1,02-1,12) |
| | Études supérieures | 12 453 | 20,8 | 1 |
| État d'union | Vit seule | 7 086 | 22,3 | 1,04 (0,99-1,09) |
| | Vit en union | 29 625 | 21,4 | 1 |

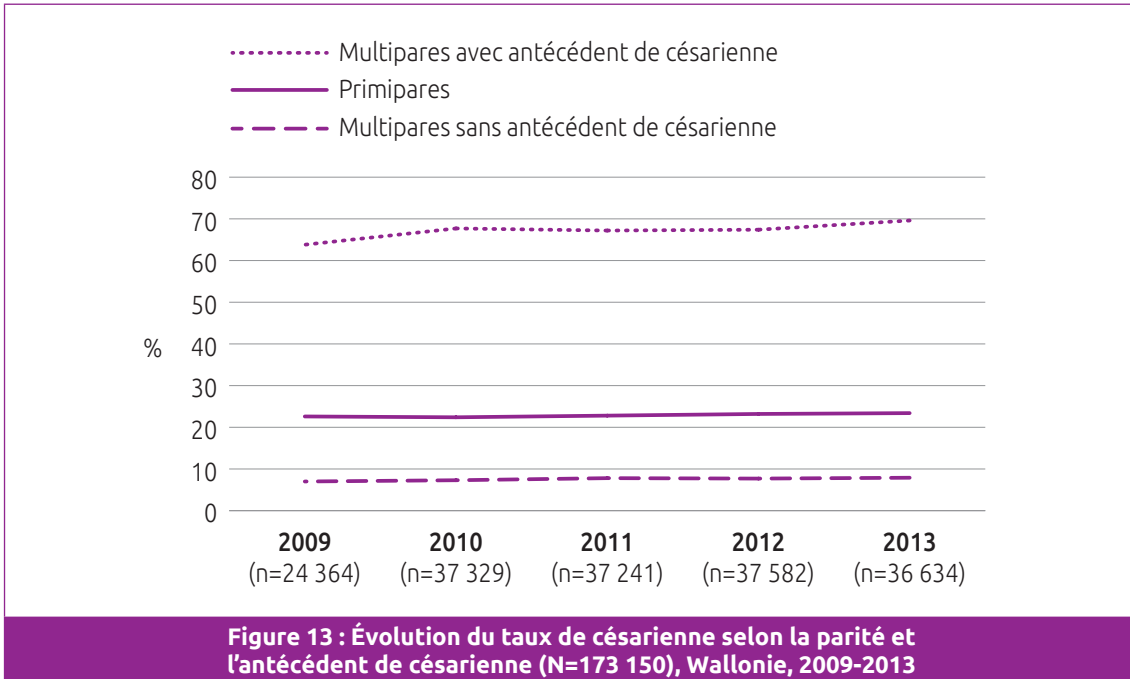
Les analyses ci-dessus montrent que le risque de césarienne augmente en fonction de l'âge de la mère, le risque étant deux fois plus important parmi les mères de 35 ans et plus comparées aux mères âgées de moins de 20 ans. Les mères originaires d'Afrique subsaharienne présentent un risque de césarienne plus élevé que les mères d'origine belge.

| Tableau 14 : Association entre la césarienne, les caractéristiques biomédicales de la mère et les caractéristiques de l'accouchement, Wallonie, 2013 | | | | |
|---|-----------------------------|----------|-----------------------|--------------------------|
| | | N | Césarienne (%) | RR brut (IC 95 %) |
| Caractéristiques biomédicales de la mère | | | | |
| Parité | Primipares | 15 853 | 23,4 | 1,16 (1,11-1,20) |
| | Multipares | 20 901 | 20,2 | 1 |
| IMC | < 18,5 kg/m ² | 2 174 | 15,2 | 0,82 (0,74-0,91) |
| | 18,5-24,9 kg/m ² | 19 144 | 18,6 | 1 |
| | ≥ 25,0 kg/m ² | 12 152 | 26,1 | 1,40 (1,35-1,46) |
| Hypertension | Oui | 1 716 | 39,9 | 1,93 (1,81-2,05) |
| | Non | 34 843 | 20,7 | 1 |
| Diabète | Oui | 2 863 | 31,1 | 1,50 (1,41-1,59) |
| | Non | 33 633 | 20,8 | 1 |
| Type de conception | Conception assistée | 1 433 | 35,1 | 1,67 (1,55-1,80) |
| | Conception spontanée | 34 609 | 21,0 | 1 |
| Statut de la grossesse | Multiple | 624 | 59,8 | 2,86 (2,67-3,05) |
| | Unique | 36 156 | 20,9 | 1 |
| Caractéristiques de l'accouchement | | | | |
| Présentation de l'enfant | Sommet | 34 758 | 17,6 | 1 |
| | Siège | 1 830 | 88,9 | 5,04 (4,90-5,18) |
| | Transverse | 141 | 97,2 | 5,51 (5,32-5,71) |

Les mères souffrant d'hypertension ou de diabète, les mères en surpoids ainsi que les grossesses de conception assistée ont davantage de risque d'avoir une césarienne. Les grossesses multiples présentent également un risque plus important de césariennes.

Les taux de césarienne sont également plus élevés parmi les femmes avec un singleton vivant en présentation transverse (100,0 %) ou siège (90,2 %). Le taux de césarienne pour les singletons vivants en siège reste stable de 2009 à 2013, quelle que soit la parité.

Concernant les antécédents de césarienne, 20,1 % des multipares en ont un et parmi celles-ci, 70,0 % ont accouché par césarienne. Pour les multipares sans antécédent de césarienne, seul 7,9 % ont accouché par césarienne. Entre 2009 et 2013, on observe une augmentation du taux de césarienne chez les mères multipares avec antécédent de césarienne (63,8 % à 69,6 %) (figure 13).



4.3.5.4 INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Si l'on s'intéresse aux indications de césarienne reprises sur le volet CEpiP pour les naissances uniques vivantes, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel a été signalé comme l'indication de la césarienne dans plus de 1 césarienne sur 4, suivie de près par l'anomalie de la présentation. Pour les premières césariennes, la première indication de césarienne est l'anomalie de la présentation (26,1 %) suivie de la souffrance fœtale aigüe (21,7 %). 70,7 % des césariennes répétées ont comme indication, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel.

Les systèmes de classification qui suivent ce type d'indications sont très hétérogènes et les comparaisons régionales, nationales et internationales sont rendues difficiles. Dans sa dernière recommandation, l'OMS recommande d'utiliser le système de classification de Robson⁹ (22) reposant sur les caractéristiques des femmes, à savoir le statut de la grossesse, les antécédents obstétricaux, le mode de travail et d'accouchement et l'âge gestationnel.

9 Le système de catégorisations de Robson est un système simple et facile à implémenter. Les catégories se basent sur des critères pertinents, mutuellement exclusifs et totalement inclusifs.

Tableau 15 : Classifications des césariennes selon les catégories de Robson (N=36 596), Wallonie, 2013

| Groupes Robson | Nbre C/S sur le total des mères de chaque groupe | Taille relative des groupes (%) | Taux de césariennes dans chaque groupe (%) | Contribution de chaque groupe dans le taux global de césarienne (%) |
|--|--|---------------------------------|--|---|
| 1 Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané | 807/8294 | 22,7 | 9,7 | 2,2 |
| 2 Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective | 1541/5316 | 14,5 | 29,0 | 4,2 |
| 3 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané | 199/8977 | 24,5 | 2,2 | 0,5 |
| 4 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective | 337/5819 | 15,9 | 5,8 | 0,9 |
| 5 Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines | 2327/3493 | 9,5 | 66,6 | 6,4 |
| 6 Toutes les primipares, singleton en siège | 826/877 | 2,4 | 94,2 | 2,3 |
| 7 Toutes les multipares, singleton en siège | 662/807 | 2,2 | 82,0 | 1,8 |
| 8 Toutes les grossesses multiples | 373/624 | 1,7 | 59,8 | 1,0 |
| 9 Toutes les grossesses, singleton en transverse | 129/133 | 0,4 | 97,0 | 0,4 |
| 10 Toutes les grossesses, singleton sommet, < 37 semaines | 681/2256 | 6,2 | 30,2 | 1,9 |
| TOTAL | 7882/36596 | 100,0 | | 21,5 |

Selon la nomenclature de Robson, 47,2 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 22,7 % de primipares et 24,5 % de multiplares. Si l'on regarde la contribution de ces deux groupes dans le taux global de césarienne, on se rend compte qu'elle est faible (2,2 % pour la catégorie 1 et 0,5 pour la catégorie 3). Ce constat est très positif. Les taux de césarienne les plus élevés se retrouvent dans les catégories 9 (transverse) et 6 (primipare en siège). Néanmoins, la taille de ces groupes étant très petite, leur contribution dans le taux de césarienne est relativement faible. Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 21,5 % de taux de césarienne, sont les catégories «Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective», avec 4,2 % et «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines», avec 6,4 %.

Ce constat ainsi que l'augmentation du taux de césarienne élective et le taux élevé d'induction semblent marquer la tendance actuelle vers une «obstétrique programmée», qui dépassent nos frontières et dont les raisons sont multiples. Préoccupation médico-légale, changements dans la pratique clinique (diminution des essais de travail spontané après un antécédent de césarienne, des accouchements en siège vaginal et des extractions instrumentales), attentes parentales (augmentation des inductions et des césariennes sur demande maternelle), manque d'expérience des accouchements physiologiques chez les jeunes prestataires, préservation de la qualité de vie et les questions financières sont une partie des réponses à cette programmation [23-27].

Néanmoins, il est important de souligner que l'induction du travail et la césarienne ne sont pas sans risque et que leurs indications doivent être posées au cas par cas pour éviter les effets iatrogènes. Par ailleurs, éviter chaque fois que possible la première césarienne et tenter la voie basse après un antécédent de césarienne devraient être les deux pistes à suivre pour diminuer le taux de césarienne, au regard de l'analyse du Robson.

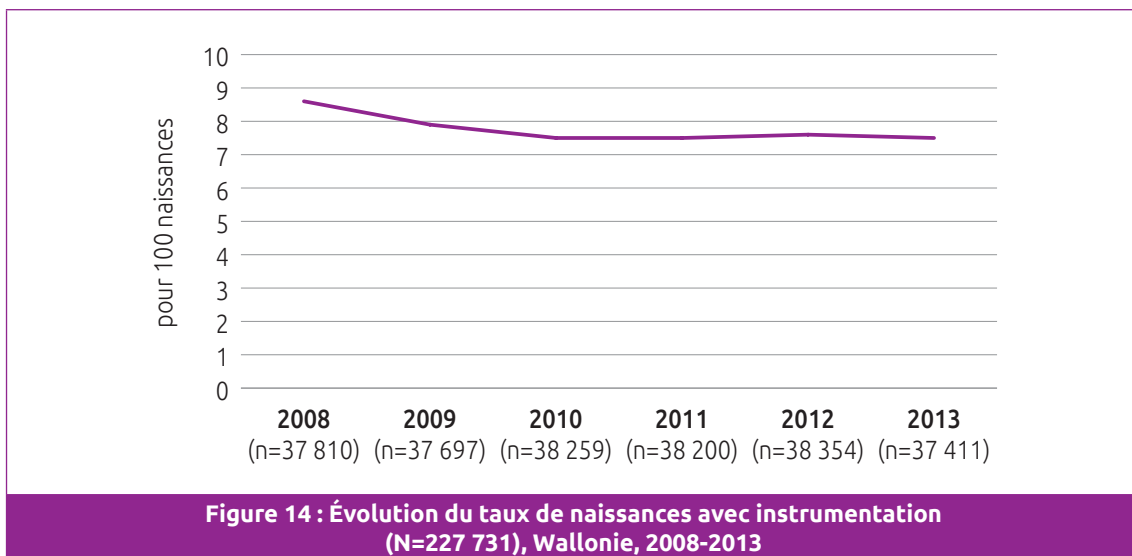
4.3.6 NAISSANCE AVEC INSTRUMENTATION

La proportion d'utilisation de la ventouse (5,0 %) est deux fois plus élevée que l'utilisation du forceps (2,5 %). La proportion de naissances avec instrumentation est plus faible qu'en Région flamande (9,8 %) (2) et qu'en Région bruxelloise (9,4 %) (1).

| | Nombre | % |
|--------------|---------------|------------|
| Ventouse | 1 870 | 5,0 |
| Forceps | 927 | 2,5 |
| Total | 2 797 | 7,5 |

Le type d'accouchement est inconnu pour 19 naissances (0,05 %).

La proportion de naissances avec instrumentation diminue de 2008 à 2010 (8,6 à 7,5 %) et reste stable jusqu'en 2013. La diminution entre 2008 et 2010 concerne aussi bien l'utilisation de la ventouse que du forceps.



4.3.7 ÉPISIOTOMIE

On constate que 31,8 % des accouchements ont eu une épisiotomie, ou :

- 40,5 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse
- 60,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la primipare
- 26,0 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la multipare

Cette information est manquante pour 25 accouchements par voie basse (0,1 %).

La Wallonie présente un taux d'épisiotomie plus élevé qu'en Région bruxelloise (26,8 %) (1) mais nettement plus faible qu'en Flandre (51,9 %) (2).

Une diminution du taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse s'observe entre 2009 et 2013 allant de 46,9 % à 40,5 %.

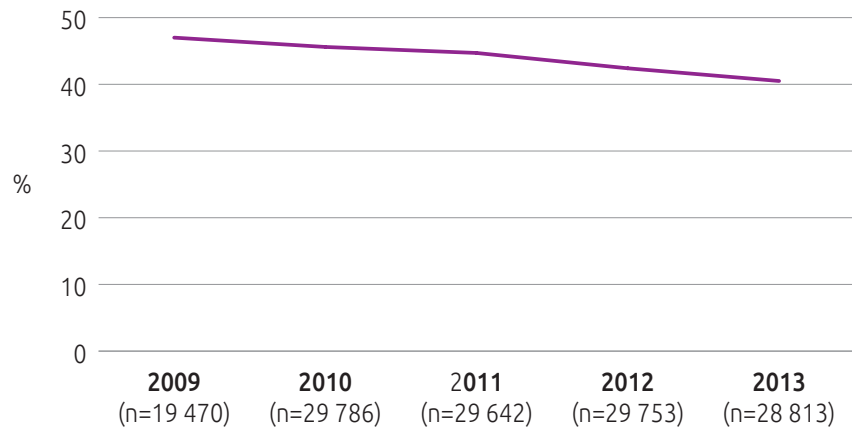


Figure 15 : Évolution du taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse (N=137 464), Wallonie, 2009-2013

Le taux d'épisiotomie oscille fortement d'une maternité à l'autre, ce taux variant de 12,1 % à 52,6 %, et de 15,5 % à 59,4 % en cas d'accouchement par voie basse. Malgré la grande variation du taux entre maternités, la grande majorité (29) a diminué son taux de 2010 à 2013 (figure 16). Ce constat est probablement lié au fait que cette pratique est moins standardisée que celle de la césarienne ou de l'induction et que contrairement à ces deux dernières pratiques, l'épisiotomie fait très rarement l'objet de discussion au sein des équipes.

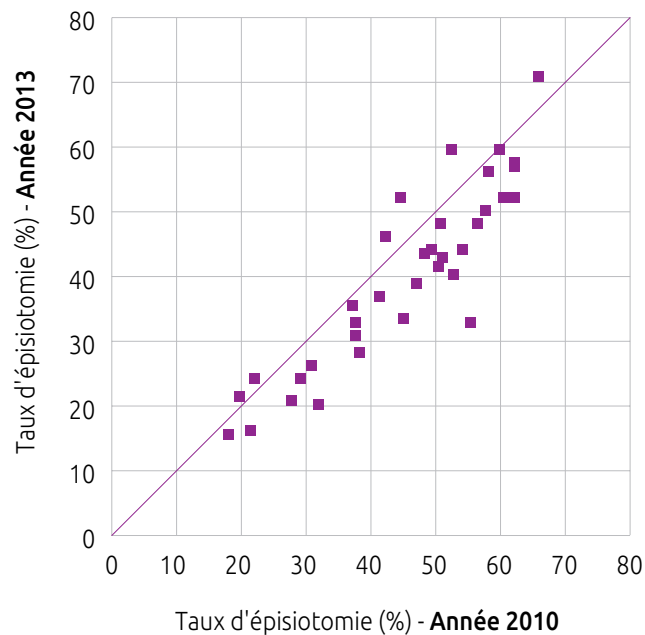


Figure 16 : Évolution du taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse par maternité (N=57 451), Wallonie, 2010-2013

La figure présente les taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse pour les maternités en activité en 2010 et durant toute l'année 2013.

4.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

4.4.1 POIDS À LA NAISSANCE

4.4.1.1 POIDS MOYEN DE L'ENFANT

Pour les enfants nés vivants, le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 221 g (minimum : 380 g – maximum : 5 360 g).

Celui-ci est de 3 212 g si l'on prend en compte tous les enfants (mort-nés et nés vivants) (minimum : 190 g – maximum : 5 360 g).

Le poids n'a pu être obtenu pour 226 naissances (0,6 %).

Le poids moyen de l'enfant à la naissance est resté stable sur la période 2008-2013.

4.4.1.2 RÉPARTITION DU POIDS À LA NAISSANCE

Euro-Peristat (8) définit cet indicateur comme le nombre de naissances par intervalle de 500 g, sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. De plus, les proportions d'enfants d'un poids inférieur à 2 500g et 1 500g sont habituellement présentées à des fins de comparaisons internationales. Il propose d'également calculer ce taux sur l'ensemble des naissances vivantes uniquement, pour éviter le biais lié à la déclaration des mort-nés qui n'est pas égale dans chaque pays et région. C'est la raison pour laquelle, les figures ci-dessous présentent les catégories de poids à la naissance pour les enfants singletons et issus de grossesse multiple, nés vivants et mort-nés.

Des tendances sont observées entre la multiplicité de la grossesse et le poids à la naissance de l'enfant que ce soit pour les enfants nés vivants ou mort-nés. Parmi les naissances vivantes, la grande majorité des singletons présente un poids à la naissance supérieur ou égal à 2 500 g et pratiquement deux tiers des enfants issus d'une grossesse multiple ont un poids à la naissance inférieur à 2 500 g.

Tableau 17 : Répartition du poids à la naissance (N=37 406), Wallonie, 2013

| Poids (g) | Naissances vivantes (n=37 204) | | | | Mort-nés (n=202) | | | |
|-------------|--------------------------------|------|---------------------|------|--------------------|------|------------------|------|
| | Singletons (n=35 971) | | Multiples (n=1 233) | | Singletons (n=182) | | Multiples (n=20) | |
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| < 500 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 15 | 8,2 | 1 | 5,0 |
| 500-1 499 | 242 | 0,7 | 132 | 10,7 | 88 | 48,4 | 11 | 55,0 |
| 1 500-2 499 | 2 051 | 5,7 | 646 | 52,4 | 36 | 19,8 | 5 | 25,0 |
| ≥ 2 500 | 33 677 | 93,6 | 455 | 36,9 | 43 | 23,6 | 3 | 15,0 |

4.4.1.3 PRÉVALENCE DU FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

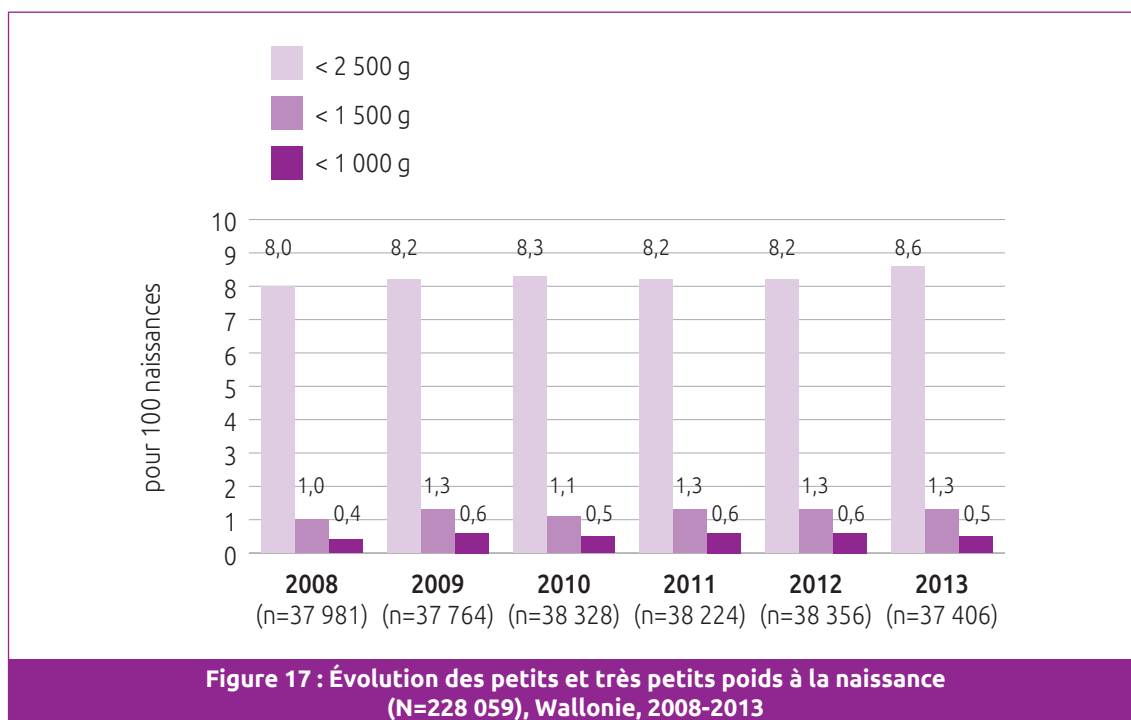
Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g est de 3 228 pour 37 406 naissances (8,6 %) au total, et de 3 072 pour 37 204 naissances vivantes (8,3 %). Dans les maternités disposant d'un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 11,9 %, contre 7,0 % dans les autres maternités.

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 500 g est de 490 pour 37 406 naissances (1,3 %) au total, et de 375 pour 37 204 naissances vivantes (1,0 %).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 000 g est de 201 pour 37 406 naissances (0,5 %) au total, et de 122 pour 37 204 naissances vivantes (0,3 %).

En Flandre, la proportion de petit poids à la naissance (< 2 500 g) (6,8 %) (2) est plus faible qu'en Région bruxelloise (8,1 %) (1) et qu'en Wallonie (8,6 %).

Les proportions de petit poids à la naissance (moins de 2 500 g) fluctuent durant la période 2008 à 2013, tout en atteignant un taux plus important en 2013 (8,6 %). Les proportions de très petit poids à la naissance (moins de 1 500 et de 1 000 g) sont quant à eux stables au cours de la même période.



Les recommandations européennes (8) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g et à un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines. On obtient alors un taux de 3,4 pour 100 naissances vivantes (1 140/33 917) de 37 semaines et plus, et de 23,5 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (12/51).

Au cours des années 2008 à 2013, la proportion d'enfants de petit poids à la naissance mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines reste stable.

4.4.1.4 FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE ET FACTEURS DE RISQUE

Le petit poids à la 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 (28). C'est l'un des plus importants facteurs de risque de la mortalité néonatale et également un déterminant de la morbidité et mortalité infantile (29).

Les principaux déterminants du retard de croissance du fœtus sont l'alcool, le tabac, la drogue, un faible indice de masse corporel, l'âge de la mère, sa petite taille, la primiparité, l'hypertension gravidique, les anomalies congénitales et génétiques (30), et les facteurs socio-économiques (31).

Le risque de petit poids à la naissance est plus important parmi les mères âgées de moins de 20 ans et de 35 ans et plus comparées aux mères de 20-34 ans. Les mères ayant un niveau d'études supérieures ou vivant en union ainsi que les mères d'origine maghrébine présentent un risque de petit poids à la naissance plus faible (tableau 18).

Tableau 18 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (naissances vivantes), Wallonie, 2013

| | | N | Petit poids à la naissance (< 2 500 g) (%) | RR brut (IC 95 %) |
|--|--------------------------|--------|--|-------------------|
| Caractéristiques sociodémographiques de la mère | | | | |
| Âge | < 20 ans | 1 117 | 9,7 | 1,22 (1,02-1,47) |
| | 20-34 ans | 29 907 | 7,9 | 1 |
| | ≥ 35 ans | 6 180 | 9,7 | 1,23 (1,13-1,34) |
| Nationalité d'origine | Belgique | 26 931 | 8,3 | 1 |
| | UE28 moins Belgique | 4 126 | 8,8 | 1,05 (0,95-1,17) |
| | Maghreb et Egypte | 2 042 | 5,8 | 0,70 (0,58-0,84) |
| | Turquie | 782 | 7,4 | 0,89 (0,69-1,14) |
| | Afrique subsaharienne | 1 613 | 9,5 | 1,14 (0,97-1,33) |
| Niveau d'instruction | Pas d'études supérieures | 17 879 | 9,1 | 1,50 (1,38-1,63) |
| | Études supérieures | 12 639 | 6,1 | 1 |
| État d'union | Vit seule | 7 145 | 11,6 | 1,56 (1,45-1,68) |
| | Vit en union | 30 035 | 7,4 | 1 |

Les mères primipares, souffrant d'hypertension ou souffrant de diabète ainsi que les mères en sous-poids ont davantage de risque d'avoir un enfant de petit poids à la naissance. Les grossesses multiples ainsi que les grossesses de conception assistée présentent également un risque de petit poids à la naissance plus important.

Tableau 19 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques biomédicales de la mère (naissances vivantes), Wallonie, 2013

| | | N | Petit poids à la naissance (< 2 500 g) (%) | RR brut (IC 95 %) |
|---|-----------------------------|--------|--|-------------------|
| Caractéristiques biomédicales de la mère | | | | |
| Parité | Primipares | 16 036 | 9,1 | 1,20 (1,12-1,28) |
| | Multipares | 21 145 | 7,6 | 1 |
| IMC | < 18,5 kg/m ² | 2 194 | 13,0 | 1,75 (1,55-1,97) |
| | 18,5-24,9 kg/m ² | 19 387 | 7,5 | 1 |
| | ≥ 25,0 kg/m ² | 12 316 | 6,6 | 0,89 (0,82-0,96) |
| Hypertension | Oui | 1 773 | 22,2 | 2,95 (2,68-3,24) |
| | Non | 35 214 | 7,5 | 1 |
| Diabète | Oui | 2 923 | 10,7 | 1,34 (1,20-1,49) |
| | Non | 34 002 | 8,0 | 1 |
| Type de conception | Conception assistée | 1 604 | 20,3 | 2,64 (2,38-2,93) |
| | Conception spontanée | 34 876 | 7,7 | 1 |
| Statut de la grossesse | Multiple | 1 233 | 63,1 | 9,89 (9,33-10,49) |
| | Unique | 35 971 | 6,4 | 1 |

4.4.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

4.4.2.1 DURÉE MOYENNE DE LA GROSSESSE

La durée moyenne de la grossesse est de 38 semaines (minimum : 22 semaines – maximum : 42 semaines).

La durée moyenne de la grossesse pour les grossesses uniques est de 38 semaines (minimum : 22 semaines maximum : 42 semaines) et de 35 semaines (minimum : 22 semaines – maximum : 40 semaines) pour les grossesses multiples.

L'âge gestationnel n'a pu être obtenu pour 19 accouchements (0,05 %).

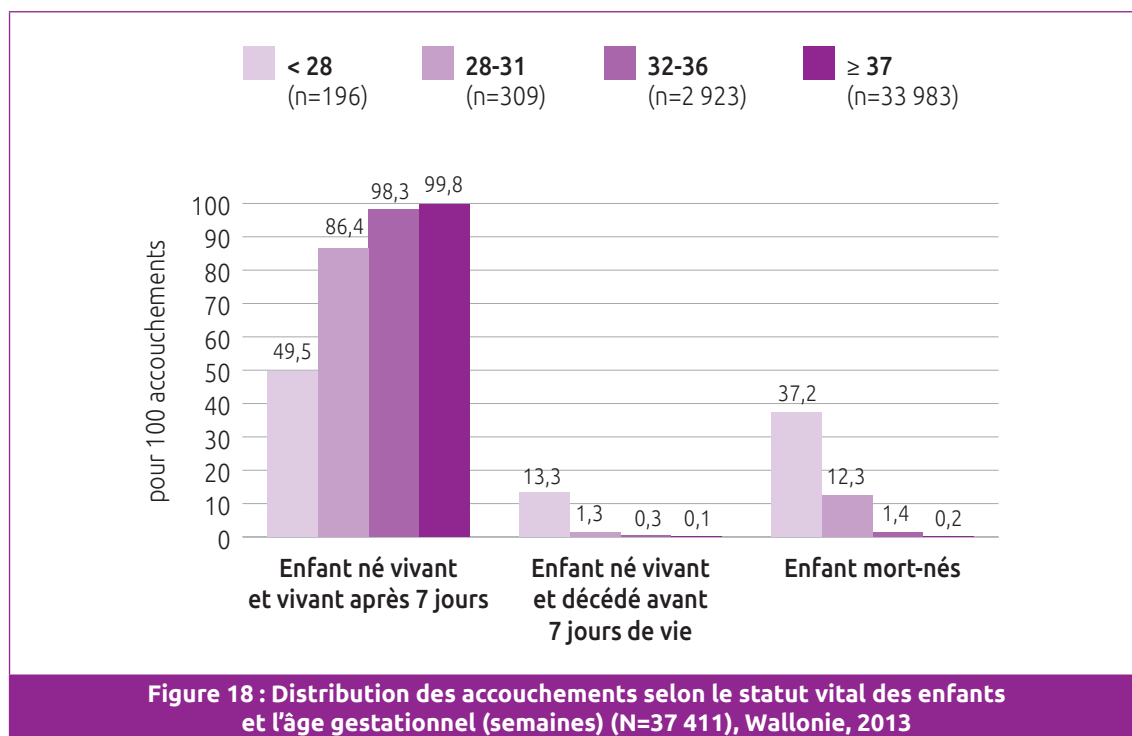
4.4.2.2 RÉPARTITION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

7,3 % des grossesses uniques arrivent avant terme. Pour les grossesses multiples, ce résultat atteint 63,3 % avec 11,3 % n'atteignant pas les 32 semaines de grossesse.

Tableau 20 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=36 780), Wallonie, 2013

| Âge gestationnel (semaines) | Singletons (n=36 156) | | Multiples (n=624) | |
|-----------------------------|-----------------------|------|-------------------|------|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| ≤ 23 | 28 | 0,1 | 1 | 0,2 |
| 24 | 26 | 0,1 | 5 | 0,8 |
| 25 | 23 | 0,1 | 2 | 0,3 |
| 26-27 | 66 | 0,2 | 18 | 2,9 |
| 28-31 | 220 | 0,6 | 44 | 7,1 |
| 32-36 | 2 268 | 6,3 | 325 | 52,1 |
| ≥ 37 | 33 525 | 92,7 | 229 | 36,7 |

Lorsque l'âge gestationnel augmente, la proportion d'enfants nés vivants et vivants toujours après 7 jours de vie devient de plus en plus importante. Cette tendance est inversée pour les mort-nés et les enfants nés vivants et décédés avant 7 jours de vie.



4.4.2.3 PRÉVALENCE DE LA PRÉMATURITÉ

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 3 026 pour un total de 36 780 accouchements (8,2 %), 7,3 % pour les accouchements de singletons et 63,3 % pour les accouchements multiples.

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint 10,8 %, contre 6,9 % dans les autres maternités.

Le taux de prématurité en Wallonie (8,2 %) est plus élevé qu'en Flandre (7,4 %) (2) et qu'en Région bruxelloise (7,8 %) (1).

Les proportions d'accouchements prématurés ne diffèrent pas durant la période 2008-2013, que ce soit pour les grossesses uniques ou multiples.

Euro-Peristat (8) définit cet indicateur comme le nombre de naissances vivantes et mortes entre 22 et 37 semaines de gestation sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. En Wallonie en 2013, on obtient alors 9,2 % de naissances prématurées.

La plupart des données disponibles en Europe ne concernent que le nombre de naissances vivantes prématurées sur le total des naissances vivantes. Avec ce calcul, on obtient un taux de 8,8 % en Wallonie.

Des variations d'attitude face à des situations obstétricales difficiles à des âges gestationnels précoces, peuvent entraîner des différences importantes dans les taux retrouvés. En effet, certaines naissances «vivantes» sont des naissances d'enfants «destinés à mourir», du fait de leur prématurité extrême (< 24 semaines) ou d'une pathologie non compatible avec la vie.

4.4.2.4 PRÉMATURITÉ ET FACTEURS DE RISQUE

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 des accouchements prématurés (32).

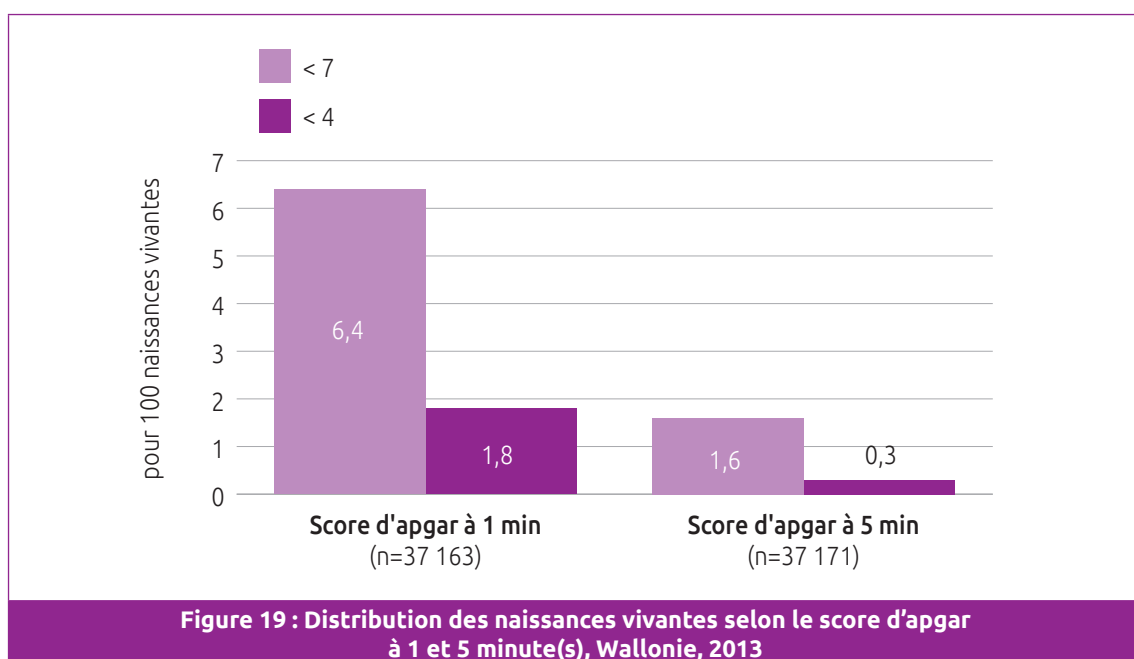
Tout comme observé pour le petit poids à la naissance, le risque de prématurité est plus important parmi les mères âgées de moins de 20 ans et de 35 ans et plus comparées aux mères de 20-34 ans. Les mères ayant un niveau d'études supérieures ou vivant en union ainsi que les mères d'origine maghrébine présentent un risque de prématurité plus faible (tableau 21).

| Tableau 21 : Association entre la prématurité et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (accouchements vivants), Wallonie, 2013 | | | | |
|--|--------------------------|--------|-----------------|-------------------|
| | | N | Prématurité (%) | RR brut (IC 95 %) |
| Caractéristiques sociodémographiques de la mère | | | | |
| Âge | < 20 ans | 1 105 | 9,2 | 1,23 (1,02-1,49) |
| | 20-34 ans | 29 441 | 7,5 | 1 |
| | ≥ 35 ans | 6 044 | 9,5 | 1,27 (1,16-1,39) |
| Nationalité d'origine | Belgique | 26 512 | 7,9 | 1 |
| | UE28 moins Belgique | 4 058 | 8,5 | 1,08 (0,97-1,20) |
| | Maghreb et Egypte | 2 005 | 5,9 | 0,74 (0,62-0,89) |
| | Turquie | 763 | 6,7 | 0,85 (0,65-1,11) |
| | Afrique subsaharienne | 1 575 | 9,3 | 1,17 (1,00-1,38) |
| Niveau d'instruction | Pas d'études supérieures | 17 605 | 8,3 | 1,22 (1,12-1,32) |
| | Études supérieures | 12 432 | 6,9 | 1 |
| État d'union | Vit seule | 7 036 | 10,1 | 1,37 (1,27-1,49) |
| | Vit en union | 29 533 | 7,3 | 1 |

Comme constaté pour le petit poids à la naissance, les mères primipares, souffrant d'hypertension ou souffrant de diabète ainsi que les mères en sous-poids ont davantage de risque de prématurité. Les grossesses multiples ainsi que les grossesses de conception assistée présentent également un risque de prématurité plus important (tableau 22).

| Tableau 22 : Association entre la prématurité et les caractéristiques biomédicales de la mère (accouchements vivants), Wallonie, 2013 | | | | |
|---|-----------------------------|--------|-----------------|-------------------|
| | | N | Prématurité (%) | RR brut (IC 95 %) |
| Caractéristiques biomédicales de la mère | | | | |
| Parité | Primipares | 15 770 | 8,3 | 1,10 (1,02-1,18) |
| | Multipares | 20 797 | 7,6 | 1 |
| IMC | < 18,5 kg/m ² | 2 168 | 10,7 | 1,50 (1,31-1,71) |
| | 18,5-24,9 kg/m ² | 19 101 | 7,2 | 1 |
| | ≥ 25,0 kg/m ² | 12 110 | 6,7 | 0,94 (0,86-1,02) |
| Hypertension | Oui | 1 702 | 20,7 | 2,89 (2,62-3,19) |
| | Non | 34 677 | 7,2 | 1 |
| Diabète | Oui | 2 850 | 10,8 | 1,43 (1,28-1,60) |
| | Non | 33 468 | 7,6 | 1 |
| Type de conception | Conception assistée | 1 423 | 15,9 | 2,11 (1,86-2,39) |
| | Conception spontanée | 34 455 | 7,5 | 1 |
| Statut de la grossesse | Multiple | 617 | 62,9 | 9,07 (8,45-9,75) |
| | Unique | 35 973 | 6,9 | 1 |

4.4.3 APMAR



Le score d'apgar à 1 minute manque pour 63 naissances (0,2 %).
Le score d'apgar à 5 minutes manque pour 55 naissances (0,1 %).

4.4.4 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

5,5 % des naissances vivantes sont ventilées dont 89,2 % au ballon et masque.

| Tableau 23 : Distribution des naissances vivantes selon la ventilation (N=37 208), Wallonie, 2013 | | | |
|---|------------------|--------------|------------|
| | | Nombre | % |
| Ventilation | | 2 036 | 5,5 |
| dont : | Intubation | 220 | 10,8 |
| | Ballon et masque | 1 810 | 89,2 |

La ventilation du nouveau-né vivant est inconnue pour 18 naissances vivantes (0,05 %) et le type de ventilation pour 6 naissances vivantes (0,3 %).

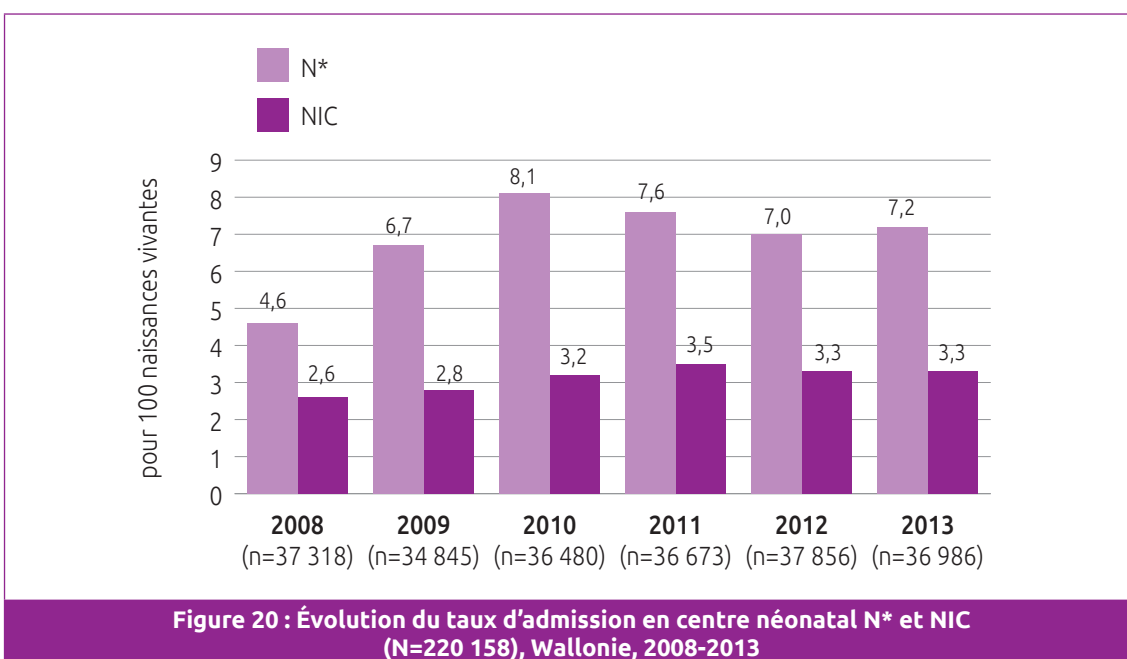
4.4.5 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 10,5 % des naissances vivantes dont 68,5 % de transferts en service N*.

| Tableau 24 : Distribution des naissances vivantes selon l'admission dans un centre néonatal (N=37 003), Wallonie, 2013 | | | |
|--|-----|--------------|-------------|
| | | Nombre | % |
| Transfert | | 3 889 | 10,5 |
| dont : | N* | 2 652 | 68,5 |
| | NIC | 1 220 | 31,5 |

L'admission du nouveau-né vivant dans un centre néonatal est inconnue pour 4 360 naissances vivantes (3,6 %) et le type de centre pour 59 naissances vivantes (0,4 %).

Le taux d'admissions en service N* a augmenté de 2008 à 2010 pour diminuer en 2011 et se stabiliser. Pour les admissions en service NIC, le taux a augmenté de 2008 à 2011 pour se stabiliser par la suite.



4.4.6 SEXE DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Le tableau montre une légère différence entre les proportions de filles (48,7 %) et de garçons (51,3 %).

| Sexe | Nombre | % |
|----------|--------|------|
| Masculin | 19 218 | 51,3 |
| Féminin | 18 212 | 48,7 |

4.4.7 ALLAITEMENT DE L'ENFANT¹⁰

81,3 % des mères ont notifié leur intention d'allaiter leur enfant au moment de l'accouchement. La proportion est de 81,3 % parmi les grossesses uniques et de 80,6 % parmi les grossesses multiples. Une différence dans les proportions s'observe lorsque l'on s'intéresse à l'âge gestationnel. Parmi les mères ayant accouché à terme, 81,5 % des mères ont signifié leur intention d'allaiter, contre 78,8 % des mères ayant accouché prématurément. Cette variable présente 0,1 % de manquants.

Cette proportion, bien que ne donnant aucune information sur la poursuite de l'allaitement dans la durée, est très proche du taux d'initiation relevé lors de l'enquête de couverture vaccinale où le taux était de 81,7 % en Wallonie (33).

En Région bruxelloise, la proportion s'élève à 94,8 % (1) ce qui est plus élevé qu'en Wallonie (81,3 %).

4.4.8 MALFORMATIONS

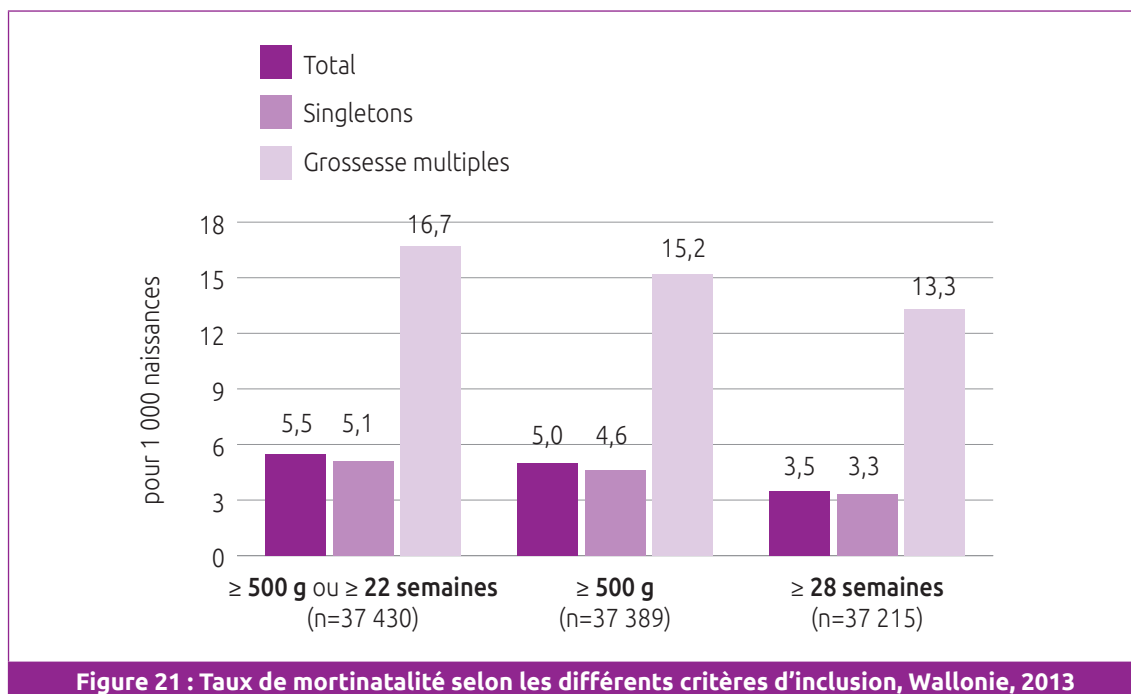
235 malformations ont été enregistrées en 2013. Il s'agit uniquement des malformations reprises sur le volet médical et diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance de l'enfant. Le tableau 26 reprend uniquement les malformations les plus enregistrées au cours de l'année 2013.

| Nombre | Malformations |
|--------|-------------------------------------|
| 41 | Fente labiale/palatine |
| 31 | Hypospade |
| 14 | Réduction des membres |
| 13 | Spina bifida |
| 13 | Hydrocéphalie |
| 12 | Agénésie rénale |
| 11 | Trisomie 21 |
| 10 | Hernie diaphragmatique |
| 8 | Imperforation anale |
| 8 | Dysplasie rénale poly/multikystique |
| 8 | Omphalocèle |

¹⁰ La variable «Allaitement maternel» apparaît sur le nouveau formulaire e-Birth et n'est donc étudiée que pour les accouchements déclarés via cette application.

4.5 MORTINATALITÉ

4.5.1 CHIFFRES



Euro-Peristat (8) recommande de collecter les mort-nés de 500 g et plus ou de minimum 22 semaines. Il définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. On compte 204 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (5,5 ‰ naissances), dont 21 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mortinatalité est de 5,1 et 16,7 pour 1 000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.

Le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 5,0 ‰. La recommandation de l'OMS est de comparer les naissances d'au moins 28 semaines, le taux de mortinatalité est alors de 3,5 ‰ (3,3 ‰ pour les singletons et 13,3 ‰ pour les grossesses multiples de ≥ 28 semaines). Ce taux de mortinatalité ne diffère pas du taux en Région bruxelloise (3,8 ‰) (6) et ne montre pas d'évolution sur la période 2008-2013.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des mort-nés montre 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 (34).

Par ailleurs, 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 provoqués.

4.5.2 TAUX DE MORTINATALITÉ SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Le taux de mort-nés singletons décroît lorsque l'âge gestationnel augmente avec un minimum de 0,1 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines et un maximum de 83,3 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 23 semaines.

| Âge gestationnel (semaines) | Mort-nés singletons | | Mort-nés jumeaux | |
|-----------------------------|---------------------|------|------------------|-----|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| ≤ 23 (n=30) | 25 | 83,3 | 2 | 6,7 |
| 24 (n=36) | 13 | 36,1 | 0 | 0,0 |
| 25 (n=28) | 5 | 17,9 | 0 | 0,0 |
| 26-27 (n=102) | 25 | 24,5 | 3 | 2,9 |
| 28-31 (n=309) | 38 | 12,3 | 0 | 0,0 |
| 32-36 (n=2 923) | 32 | 1,1 | 9 | 0,3 |
| ≥ 37 (n=33 983) | 45 | 0,1 | 7 | 0,0 |

L'âge gestationnel est inconnu pour 19 naissances (0,05 %).

4.5.3 CAUSES DE MORTALITÉ FŒTALE

| | | Nombre |
|--|--|--------|
| Causes fœtales | Malformation et maladie congénitale | 65 |
| | Infections périnatales | 12 |
| | Autres | 6 |
| Causes maternelles et obstétricales | Causes placentaires | 30 |
| | Anoxie pendant le travail et complication mécanique | 18 |
| | HTA, pré-éclampsie, éclampsie | 3 |
| | Autres pathologies maternelles | 5 |
| Causes inexplicées | Dans un contexte de prématurité extrême (<27-26 sem) | 20 |
| | En dehors de la prématurité | 9 |
| Causes non transmises | | 36 |

5. CONCLUSION

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés en Wallonie en 2013. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire wallon, indépendamment du lieu de résidence de la mère (données de fait). Suite au traitement et à l'analyse de ces données, des analyses descriptive et analytique des variables médicales et sociodémographiques disponibles ont été réalisées.

Cette sixième année de publication a permis au CEpiP d'analyser les évolutions de quelques indicateurs de santé périnatale en Wallonie. Ces évolutions, réalisées sur plusieurs années, montrent des tendances intéressantes pour certaines variables.

Ce programme se consacre au développement de l'épidémiologie périnatale au bénéfice des acteurs de terrain (en priorité les maternités), des décideurs politiques et du monde scientifique.

Depuis l'implication du CEpiP dans le traitement des données de naissance (2008), le nombre de naissances diminue pour la première fois en Wallonie, atteignant 37 430 naissances en 2013. Cette diminution concerne la grande majorité des maternités.

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Tout comme observé dans les deux autres régions du pays ainsi que dans la majorité des pays européens, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus augmente en Wallonie. Les raisons de cette augmentation sont complexes. Les femmes retardent de plus en plus la première naissance notamment par le fait qu'elles font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, se mettent en union plus tard et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces. Toutefois, comme nous l'avons montré dans ce rapport ainsi que dans le rapport sur les données 2008-2012 (7), le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications et de facteurs de risque tel que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme, le petit poids à la naissance et la mortinatalité (8-10).

Lors de l'analyse des données biomédicales de la mère, les constats observés les années précédentes persistent et s'accroissent en 2013 : les proportions de mères en surpoids et diabétiques ne cessent d'augmenter.

En 2013, plus d'une femme sur trois souffre de surpoids et plus d'une femme sur dix d'obésité. Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreux facteurs de risque, comme le diabète, l'hypertension artérielle et la macrosomie. D'autre part, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivaient plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (19).

Pour ce qui est du diabète, le taux pendant la grossesse augmente depuis 2008, passant de 4,8 % à 7,8 %. Si l'augmentation de ce taux est en partie le résultat d'un changement de définition, elle reflète une augmentation réelle de la prévalence que l'on peut rapprocher de l'obésité maternelle et du recul de l'âge de la grossesse. Lutter contre l'obésité et améliorer le dépistage des mères diabétiques permettent de limiter les risques associés (un poids de naissance élevé, un accouchement compliqué ou par césarienne, une hypoglycémie néonatale due à l'hyperinsulinisme fœtal) et est donc une priorité croissante en santé publique.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

Le taux d'induction diminue de 2009 à 2013 passant de 33,3 % à 31,5 % mais reste le plus élevé d'Europe (8). Le taux en Wallonie est plus élevé que les taux en Région flamande (23,9 %) (2) et en Région bruxelloise (28,8 %) (1).

Au niveau européen, le taux de césarienne oscille entre 14,8 % (Islande) et 52,2 % (Chypre). La Wallonie fait partie de la majorité des pays qui présente un taux de césarienne inférieur à 30,0 % (8). Une lente augmentation du taux de césarienne est observée entre 2008 et 2013 passant de 20,5 % à 21,6 % et concerne uniquement les césariennes électives (9,5 % en 2009 à 10,8 % en 2013). Les analyses de l'association entre le taux de césarienne et les caractéristiques de la mère montrent que le taux est plus élevé parmi les mères plus âgées, multipares avec antécédent de césarienne, originaires d'Afrique subsaharienne, souffrant d'hypertension ou de diabète. Les grossesses multiples ou de conception assistée ont davantage de risque d'avoir une césarienne. Pour les mères ayant un singleton vivant, les taux de césarienne les plus élevés s'observent également parmi les enfants en présentation «transverse» ou «siège».

L'augmentation du taux de césarienne élective depuis 2009 et le taux élevé d'induction semblent indiquer que la Belgique s'inscrit dans la tendance mondiale actuelle vers une « obstétrique programmée », génératrice d'effets secondaires. Il est bien connu que l'induction du travail et la césarienne ne sont pas sans risque et que leurs indications doivent être posées au cas par cas pour éviter les effets iatrogènes. Suite à ces analyses, les deux pistes recommandées pour diminuer le taux de césarienne sont d'éviter chaque fois que possible la première césarienne et de tenter un accouchement par voie basse après un antécédent de césarienne.

Malgré cette tendance vers une «obstétrique programmée», l'analyse des pratiques de l'accouchement montre de grandes disparités entre les maternités. Les taux varient fortement d'une maternité à l'autre pour l'induction (19,6 % à 48,6 %), la péridurale (51,6 % à 90,8 %), la césarienne (13,1 % à 30,9 %) et l'épisiotomie (12,1 % à 52,6 %).

Bien qu'il y ait une grande variation du taux d'épisiotomie entre maternités, la grande majorité des maternités a diminué son taux de 2009 à 2013.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

La proportion de petit poids à la naissance (moins de 2 500 g) fluctue durant la période 2008 à 2013, tout en atteignant un taux plus important en 2013 (8,6 %). La proportion d'enfants de petit à poids à la naissance à terme (≥ 37 semaines) reste, elle, stable au cours de la même période.

La proportion de prématurité ne diffère pas durant la période 2008-2013, que ce soit pour les grossesses uniques ou multiples.

Pour le petit poids à la naissance et la prématurité, les caractéristiques médicales de la mère sont fortement associées. Les mères souffrant d'hypertension ou de diabète ainsi que les mères en sous poids ont davantage de risque de prématurité et de petit poids à la naissance. Les grossesses multiples ainsi que les grossesses de conception assistée présentent également un risque plus important. Concernant les caractéristiques de l'accouchement, les accouchements induits et les accouchements à terme ont un risque de petit poids à la naissance plus faible que les accouchements spontanés ou prématurés.

MORTINATALITÉ

En Wallonie, le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 5,0 ‰ en 2013. La recommandation de l'OMS est de comparer les naissances d'au moins 28 semaines, le taux de mortinatalité est alors de 3,5 ‰ et ne diffère pas du taux en Région bruxelloise (3,8 ‰) (6). Ce taux ne montre pas d'évolution sur la période 2008-2013.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des mort-nés montre 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 foëto-infantile de 2000 à 2010 (34).

Par ailleurs, 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 provoqués.

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 la Direction générale de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles sans qui ce rapport ne pourrait être publié.

6. RÉFÉRENCES

- (1) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2013. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2015.
- (2) Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Jacquemyn Y. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2013. Studiecentrum voor perinatale Epidemiologie 2014.
- (3) Minsart AF, Wilen G, De Spiegelare M, Van de Putte S, Verdoot C , Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2010.
- (4) Minsart AF, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelare M, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (5) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- (6) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.
- (7) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Années 2008-2012. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2014.
- (8) 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.
- (9) Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, et al. (2013) Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome : Evidence from a Large Contemporary Cohort. PLoS ONE 8(2) : e56583. doi :10.1371/journal.pone.0056583
- (10) 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.
- (11) Gissler M, Alexander S, Macfarlane A, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2009;88 :134-48.
- (12) Reeske A, Kutschmann M, Razum O, Spallek J. Stillbirth differences according to regions of origin : an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC pregnancy and childbirth* 2011;11 :63.
- (13) Minsart A-F, De Spiegelare M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92 :204-209.
- (14) Essen B, Hanson BS, Ostergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica* 2000;79 :737-43.
- (15) Beeckman K, Louckx F, Putman K. Content and timing of antenatal care : predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of antenatal care trajectories. *European journal of public health* 2012.
- (16) Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *American journal of preventive medicine* 2001;21 :52-9.
- (17) Racape J, De Spiegelare M, Alexander S, Dramaix M, Buekens P, Haelterman E. High perinatal mortality rate among immigrants in Brussels. *The European Journal of Public Health*, 2010; 16 : 1-7.

- (18) IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC : The National Academies Press.
- (19) Minsart et al. : Neonatal outcomes in obese mothers : a population-based analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2013 13 :36.
- (20) Benhalima, C., Devlieger, R., 2012. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap (swens), en zwangerschapsdiabetes : consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012. Vlaams Tijdschr. Voor Diabetol.
- (21) HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008; 358 : 1991-2002.
- (22) Robson, M.S., Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review, 2001. 12 : p. 2339
- (23) Porter M, Bhattacharya S. Preventing unnecessary caesarean sections : marginal benefit of a second opinion. Lancet 2004; 363 :1921.
- (24) Ecker JL, Frigoletto FD Jr. Caesarean delivery and the risk-benefit calculus. N Engl J Med 2007; 356 :885.
- (25) Localio AR, Lawthers AG, Bengtson JM, et al. Relationship between malpractice claims and caesarean delivery. JAMA 1993; 269 :366.
- (26) Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association between rising professional liability insurance premiums and primary caesarean delivery rates. Obstet Gynecol 2007; 110 :1264.
- (27) G. Absil, A.-S. Van Parys, S. Bednarek et al. A report of the college mother anec new born. Determinants of high and low rates of Caesarean deliveries in Belgium . Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue française de Belgique, 09/11/2011.
- (28) Kramer M.S. Determinants of low birth weight : methodological assessment and meta-analysis Bulletin of the World Health Organization, 65 (5) :663-737 (1987)
- (29) McCormick M. C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. New England journal of medicine, 312 : 82-90 (1985).
- (30) 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.
- (31) 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.
- (32) Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet.2008;371(9606) :75-84.
- (33) Robert, E., & Swennen, B. (2013, October 01). Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 61, 288
- (34) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Evolution de la mortalité foeto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013

7. ANNEXE

Variables e-Birth

Fedict
eBirth Project – Electronic Birth Notification
Export to Communities
 Definition CSV export files
 Version 0.10

| e-Birth - Medical form | | |
|--|---|---|
| Data Element | Description | Possible values |
| TRACKING & STATUS INFORMATION | | |
| Version | | |
| Identification number | Identification number of the socio-economic form (link to the medical form). The contents of this field is anonymized to comply with specific privacy regulations. | |
| Submission timestamp | Date and time of submission of the medical form | |
| Status | | SUBMITTED CLOSED |
| BIRTH NOTIFICATION (INFORMATION AS PROVIDED BY THE HOSPITAL / MEDICAL PRACTITIONER) | | |
| City of Birth | | |
| City of Birth - NIS code | NIS code of the city of birth | List of NIS code for Belgian cities available in annex. |
| Identification of the Parents | | |
| Mother - Zipcode | Postal code of the address where the mother lives. Information provided by the medical practitioner and/or hospital. | |
| Mother - Birth date | Birth date of the mother. Information provided by the medical practitioner and/or hospital. | |
| Identification of the Baby | | |
| Gender | Gender of the baby | 1 Male 2 Female 3 Undetermined |
| Date of birth | Baby's date of birth | |
| Time of birth | Baby's time of birth | |
| Information related to the Birth | | |
| Pregnancy and delivery data | | |
| Baby's resulting from a multiple pregnancy | To identify if the baby is part of a multiple birth | 1 Yes 2 No |
| Rank number of the concerned child | Rank of the baby in question regard to the other baby's coming from the same delivery | |
| MEDICAL FORM | | |
| Partus Number | | |
| Partus Number - Year | Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby. | |
| Partus Number - Sequence Number | Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby. | |
| Partus Number - Rank | Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby. | |
| Mother's data | | |
| Weight Mother Before | Weight of the mother before the current pregnancy in kg. | |
| Weight Mother At Entry | Weight of the mother at her entrance in the delivery room in kg. | |
| Height Mother | Height of the mother in cm. | |

| Previous childbirths | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| Previous Childbirth | Question to know if the mother has already given birth to a baby (born-alive or stillborn). | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Babies Born Alive | Total number of born-alive baby(s) from all previous pregnancies | | |
| Birth Date Last Born Alive | Date of birth of the last baby born alive? | | |
| Previous Stillborn Delivery | Has the mother given birth to a stillborn baby (500 g and/or 22 weeks) since the delivery of this last born alive baby. | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Previous Caesarian Section | Did a previous delivery happened by a caesarian section? | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Current pregnancy | | | |
| Parity | Parity This delivery included - all alive or still born babies Definition to be used to consider a delivery of a stillborn baby : 1) > 500 gr 2) > 22 weeks 3) > 25 cm Multiple pregnancies do not impact the parity | | |
| Pregnancy Origin | The origin of this pregnancy. | 1 | Spontaneous |
| | | 2 | Hormonal |
| | | 3 | IVF |
| | | 4 | ICSI |
| | | 9 | Not asked |
| Hypertension | To know if hypertension ($\geq 140 / \geq 90$ mm Hg) was diagnosed | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| | | 9 | Unknown |
| Diabetes | To know if diabetes was diagnosed | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| | | 9 | Unknown |
| HIV | To know if HIV was diagnosed or tested | 1 | Positive |
| | | 2 | Negative |
| | | 3 | Not tested |
| | | 9 | Unknown |
| Delivery | | | |
| Pregnancy Duration | The length of the pregnancy in full weeks | | |
| Duration Confidence | The confidence with the provided pregnancy duration. | 1 | Sure |
| | | 2 | Estimation |
| Position At Birth | The position of the child at time of birth | 1 | Head-down position |
| | | 2 | Other head presentation |
| | | 3 | Breech presentation |
| | | 4 | Transverse (oblique) presentation |
| | | 9 | Unknown |
| Induction Delivery | To determine whether the delivery process was started in an artificial way (use of medicines or by breaking the membranes). | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Epidural Analgesia Rachi | To determine if Epidural analgesia and/or Rachi was observed. | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Foetal Monitoring CTG | Monitoring (control) foetal - CTG | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Foetal Monitoring STAN-Monitor | Monitoring (control) foetal - STAN-Monitor | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Foetal Monitoring MBO | Monitoring (control) foetal - MBO (micro blood examination) | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Foetal Monitoring Intermittent Auscultation | Monitoring (control) foetal - Intermittent auscultation | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Colonization Streptococcus B | To determine if Colonization Streptococcus of B group was observed. | 1 | Positive |
| | | 2 | Negative |
| | | 3 | Not tested |
| Intrapartal Operation SBG Prophylaxis | To determine if Intrapartal operation of SBG prophylaxis (peni, ampi) was the case or not observed or not. | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Delivery Way | To determine how the delivery happened. | 1 | Spontaneous (head) |
| | | 2 | Vacuum extraction |
| | | 3 | Forceps |
| | | 4 | Primary caesarian |
| | | 5 | Secondary caesarian |
| | | 6 | Vaginal breech |
| Episiotomy | To determine if it was the case or not | 1 | Yes |
| | | 2 | No |

| | | | |
|--|---|---|-----|
| Previous Caesarean Section | Indication(s) for caesarean section - previous caesarean section | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Breech Presentation | Indication(s) for caesarean section - position deviation | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Transverse Presentation | Indication(s) for caesarean section - position deviation | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Foetal Distress | Indication(s) for caesarean section - foetal distress | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Dystocie Not In Labour | Indication(s) for caesarean section - dysproportion (foeto-pelvic), not in labour | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Dystocie In Labour Insufficient Dilatation | Indication(s) for caesarean section - dystocie, in labour | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Dystocie In Labour Insufficient Expulsion | Indication(s) for caesarean section - dystocie, in labour | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Maternal Indication | Indication(s) for caesarean section - maternal indication | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Abruptio Placentae | Indication(s) for caesarean section - abruptio placentae, placenta praevia | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Requested By Patient | Indication(s) for caesarean section - requested by patient without medical indication | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Multiple Pregnancy | Indication(s) for caesarean section - multiple pregnancy | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Other | Indication(s) for caesarean section - other (to be specified) | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Other Description | Description of the other indication(s) for caesarean section | | |
| Breast Feeding | Question to know if the mother thinks to breast-feed her baby (babies). | 1 | Yes |
| | | 2 | No |

State at birth

| | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| Weight At Birth | The weight of the baby at birth in grams | | |
| Apgar 1 | Apgar score after 1 minute | | |
| Apgar 5 | Apgar score after 5 minutes | | |
| Artificial Respiration | Has artificial respiration has been given to the newborn baby? | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Artificial Respiration Type | The kind of artificial respiration given to the newborn baby | 1 | Artificial respiration with balloon and mask |
| | | 2 | Artificial respiration with intubation |
| Transfer Neonatal | Inform if the baby has been transferred to a neonatal department within the 7 days following the birth. | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Transfer Neonatal Type | Here the type of neonatal department has to be chosen | 1 | N*-department |
| | | 2 | NIC-department |
| Congenital Malformation | Identify if the baby suffers of congenital malformation (detected at birth) | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Anencephalia | Congenital Malformation - Anencephalia | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Spina bifida | Congenital Malformation - Spina bifida | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Hydrocephalia | Congenital Malformation - Hydrocephalia | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Split Lip Palate | Congenital Malformation - split lip/palate | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Anal Atresia | Congenital Malformation - anal atresia | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Members Reduction | Congenital Malformation - members reduction | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Diaphragmatic Hernia | Congenital Malformation - diaphragmatic hernia | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Omphalocele | Congenital Malformation - omphalocele | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Gastroschisis | Congenital Malformation - gastroschisis | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Transpositie Grote Vaten | Congenital Malformation - transpositie grote vaten | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Afwijking Long | Congenital Malformation - afwijking long (CALM) | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Atresie Dundarm | Congenital Malformation - atresie dundarm | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Nier Âgenese | Congenital Malformation - nier agenese | 1 | Yes |
| | | 2 | No |

| | | | |
|---|--|---|-----|
| Craniosynostosis | Congenital Malformation - craniosynostosis | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Turner syndrome (XO) | Congenital Malformation - turner syndrom (XO) | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Obstructieve Defecten Nierbekken Ureter | Congenital Malformation - obstructieve defecten nierbekken en ureter | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Tetralogie Fallot | Congenital Malformation - tetralogie Fallot | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Oesofagale Atresie | Congenital Malformation - oesofagale atresie | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Atresie Anus | Congenital Malformation - atresie anus | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Twin To Twin Transfusiesyndroom | Congenital Malformation - twin-to-twin transfusiesyndroom | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Skeletdysplasie Dwerggroei | Congenital Malformation - skeletdysplasie/dwerggroei | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Hydrops Foetalis | Congenital Malformation - hydrops foetalis | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Poly Multikystische Nierdysplasie | Congenital Malformation - poly/multikystische nierdysplasie | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| VSD | Congenital Malformation - VSD | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Atresie Galwegen | Congenital Malformation - atresie galwegen | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Hypospadias | Congenital Malformation - hypospadias | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Cystisch Hygroma | Congenital Malformation - cystisch hygroma | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Trisomie 21 | Congenital Malformation - trisomie 21 | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Trisomie 18 | Congenital Malformation - trisomie 18 | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Trisomie 13 | Congenital Malformation - trisomie 13 | 1 | Yes |
| | | 2 | No |

Hospital & Medical Practitioner

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Medical Practitioner - Name | Name of the medical profile who provided the medical information | |
| Medical Practitioner - First Name | First name of the medical profile who provided the medical information | |
| Medical Practitioner - RIZIV number | RIZIV/INAMI number of medical profile who provided the medical information | |
| Hospital code | RIZIV/INAMI number of the hospital where the baby is born | |
| Campus code | Unique number of the hospital campus where the baby is born | |

e-Birth - Socio-economic form

| Data Element | Description | Possible values |
|--------------|-------------|-----------------|
|--------------|-------------|-----------------|

TRACKING & STATUS INFORMATION

Version

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Identification number | Identification number of the socio-economic form (link to the medical form). The contents of this field is anonymized to comply with specific privacy regulations. | |
| Submission timestamp | Date and time of submission of the socio-economic form | |
| Status | | SUBMITTED CANCELLED |
| Origin | Is this birth file initially created by a hospital / medical practitioner or by a city? | 1 Hospital or medical practitioner 2 City |

BIRTH NOTIFICATION (INFORMATION VALIDATED BY BURGERLIJKE STAND / ÉTAT CIVIL)

City of Birth

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| City of Birth - NIS code | NIS code of the city of birth | List if NIS code for Belgian cities available in annex. |
| City of Birth - District code | District code of the city of birth (only applicable for Antwerpen, Tournai). | List of district codes for Antwerpen and Tournai available in annex. |

| Identification of the Parents | | |
|-------------------------------|--|---|
| Mother - Zipcode | Postal code of the address where the mother lives. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil. | |
| Mother - Country | Country where the mother lives. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil. | List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex. |
| Mother - Nationality | Current nationality of the mother. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil. | List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex. |
| Mother - Birth date | Birth date of the father. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil. | |
| Father - Nationality | Current nationality of the father. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil. | List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex. |
| Father - Birth date | Birth date of the father. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil. | |

| Identification of the Baby | | | |
|----------------------------|----------------------|---|--------------|
| Gender | Gender of the baby | 1 | Male |
| | | 2 | Female |
| | | 3 | Undetermined |
| Date of birth | Baby's date of birth | | |
| Time of birth | Baby's time of birth | | |

| Information related to the Birth | | | |
|----------------------------------|--|---|----------|
| Birth Place Type | Type of place where the baby is born | 1 | Hospital |
| | | 2 | Other |
| | | 3 | Home |
| Birth Place Type Other | Explication where the baby is born if it is not in a hospital or at home | | |
| City of Birth - Postal Code | Postal code of the city where the baby is born | | |

| Pregnancy and delivery data | | | |
|--|---|---|-------------------|
| Baby's resulting from a multiple pregnancy | To identify if the baby is part of a multiple birth | 1 | Yes |
| | | 2 | No |
| Total babies born, stillborn included | Total of baby's born in this delivery, stillborn included | | |
| Rank number of the concerned child | Rank of the baby in question regard to the other baby's coming from the same delivery | | |
| Structure by sex | Structure by sex of the multiple pregnancy | 1 | Same genders |
| | | 2 | Different genders |
| Number of stillborn children | Number of stillborn children in this multiple pregnancy | | |

| SOCIO-ECONOMIC FORM | | |
|--------------------------|---|--|
| Birth Certificate Number | | |
| Number birth certificate | Number of the birth act completed by the Burgerlijke Stand/ État Civil agent. | |

| Information related to the Mother | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Mother Previous Nationality | Previous nationality of the mother. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil | List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex. | |
| Mother Education Level | Highest education level achieved or highest education diploma for the mother. | 1 | Pas d'instruction ou primaire non achevé |
| | | 2 | Enseignement primaire |
| | | 3 | Enseignement secondaire inférieur |
| | | 4 | Enseignement secondaire supérieur |
| | | 5 | Enseignement supérieur non universitaire |
| | | 6 | Enseignement universitaire |
| | | 8 | Autre |
| | | 9 | Inconnu |
| | | Mother Professional Situation | Current professional situation of the mother. |
| 2 | Femme/Homme au foyer | | |
| 3 | Étudiant(e) | | |
| 4 | Chômeur(se) | | |
| 5 | Pensionné(e) | | |
| 6 | Incapacité de travail | | |
| 7 | Autre, précisez | | |
| 9 | Inconnu ou non déclaré | | |
| Mother Other Professional Situation | If option other is chosen for the current professional situation, a description must be provided. | | |

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------|
| Mother Social State | Social state in the mother's current profession or for retired or unemployed worker in the last profession. | 1 | Indépendant(e) |
| | | 2 | Employé(e) |
| | | 3 | Ouvrier(ère) |
| | | 4 | Aidant(e) |
| | | 5 | Sans statut |
| | | 6 | Autre, précisez |
| | | 9 | Inconnu ou non déclarée |
| Mother Other Social State | If option other is chosen for the social state in the current profession, a description must be provided. | | |
| Mother Current profession | Current profession of the mother. | Note : if the web application is used, a profession is proposed based on the initial characters entered by the user. | |
| Mother Usual Place Of Living - Municipality code | Usual place of living of the mother. NIS-code of the municipality (only if country is Belgium, without district code). | List if NIS code for Belgian cities available in annex. | |
| Mother Usual Place Of Living - Country | Usual place of living of the mother. Country / nationality code. | List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex. | |
| Mother Usual Place Of Living - Description | Usual place of living of the mother. Free text description. | | |
| Mother Civil Status | Civil status of the mother. | 1 | Célibataire |
| | | 2 | Mariée |
| | | 3 | Veuve |
| | | 4 | Divorcée |
| | | 5 | Légalement séparée de corps |
| | | 9 | Inconnu |
| Mother Cohabitation | Does the mother live with her partner? | 1 | Oui, cohabitation légale |
| | | 2 | Oui, en union (mariage) |
| | | 3 | Oui, cohabitation de fait |
| | | 4 | Non |
| Mother Cohabitation Date | Date of the current wedding or of the (cohabitation légale/ wettelijke samenwoning) with her partner. | | |

Information related to the Father

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Father Previous Nationality | Previous nationality of the father. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil. | List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex. | |
| Father Education Level | Highest education level achieved or highest education diploma for the father. | 1 | Pas d'instruction ou primaire non achevé |
| | | 2 | Enseignement primaire |
| | | 3 | Enseignement secondaire inférieur |
| | | 4 | Enseignement secondaire supérieur |
| | | 5 | Enseignement supérieur non universitaire |
| | | 6 | Enseignement universitaire |
| | | 8 | Autre |
| | | 9 | Inconnu |
| Father Professional Situation | Current professional situation of the father. | 1 | Actif/Active |
| | | 2 | Femme/Homme au foyer |
| | | 3 | Étudiant(e) |
| | | 4 | Chômeur(se) |
| | | 5 | Pensionné(e) |
| | | 6 | Incapacité de travail |
| | | 7 | Autre, précisez |
| | | 9 | Inconnu ou non déclarée |
| Father Other Professional Situation | If option other is chosen for the current professional situation, a description must be provided. | | |
| Father Social State | Social state in the father's current profession or for retired or unemployed worker in the last profession. | 1 | Indépendant(e) |
| | | 2 | Employé(e) |
| | | 3 | Ouvrier(ère) |
| | | 4 | Aidant(e) |
| | | 5 | Sans statut |
| | | 6 | Autre, précisez |
| | | 9 | Inconnu ou non déclarée |
| Father Other Social State | If option other is chosen for the social state in the current profession, a description must be provided. | | |
| Father Current profession | Current profession of the father. | Note : if the web application is used, a profession is proposed based on the initial characters entered by the user. | |

