



Santé périnatale en Wallonie

Année 2017





Santé périnatale en Wallonie

Année 2017

Auteurs

Charlotte Leroy, Caroline Daelemans,
Christian Debauche, Virginie Van Leeuw

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES



OBSERVATORIUM VOOR
GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL



AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Les données traitées dans le présent rapport proviennent des bulletins statistiques de naissance et de décès qui sont complétés pour chaque naissance et décès d'enfant de moins d'un an sur le territoire wallon conformément aux Arrêtés royaux du 14 et du 17 juin 1999 et transmis au CEpiP par l'Agence pour une Vie de Qualité au nom de la Région wallonne.

La collecte, le traitement, l'analyse et la publication des données par l'asbl CEpiP ont été réalisés avec le soutien de la Région wallonne et l'Agence pour une Vie de Qualité. Cette publication a été approuvée par les membres du Conseil scientifique du CEpiP.

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Leroy Ch, Daelemans C, Debauche Ch, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2017. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2019.

COLOPHON

Auteurs

Charlotte Leroy
Caroline Daelemans
Christian Debauche
Virginie Van Leeuw

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

L'Agence pour une Vie de Qualité
Les membres du conseil scientifique du CEpiP

Lay-out

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

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

TABLE DES MATIÈRES

ORGANIGRAMME	8
INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES PÉRINATALES EN WALLONIE	11
1 ABSTRACT	12
2 MÉTHODOLOGIE	13
2.1 DESCRIPTION DU FLUX DES DONNÉES	13
2.2 DONNÉES	13
2.3 TRAITEMENT DE DONNÉES	14
2.4 ANALYSES	15
3 DÉFINITIONS	17
4 TABLEAUX SYNOPTIQUES	18
5 ACCOUCHEMENTS EN WALLONIE	20
5.1 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES	20
5.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT	20
5.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE	21
5.3.1 Âge maternel	21
5.3.2 Nationalités de la mère	23
5.3.3 Lieu de résidence de la mère	24
5.3.4 Niveau d'instruction de la mère	24
5.3.5 État d'union de la mère	25
5.3.6 Situation professionnelle de la mère	25
5.4 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE	26
5.4.1 Parité	26
5.4.2 Séropositivité VIH	26
5.4.3 Poids et taille de la mère	27
5.4.4 Conception de la grossesse	29
5.4.5 Hypertension artérielle	30
5.4.6 Diabète	30

5.5	CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	31
5.5.1	Durée de la grossesse	31
5.5.2	Type de début de travail	31
5.5.3	Induction de l'accouchement	32
5.5.4	Péridurale obstétricale	34
5.5.5	Mode d'accouchement	34
5.5.6	Épisiotomie	38
5.5.7	Accouchement sans intervention obstétricale	39
5.5.8	Pratiques obstétricales et maternités	40
5.6	ALLAITEMENT MATERNEL	45
6	NAISSANCES EN WALLONIE	46
6.1	NAISSANCES EN CHIFFRES	46
6.2	CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES	47
6.2.1	Présentation de l'enfant à la naissance	47
6.2.2	Âge gestationnel	47
6.2.3	Poids à la naissance	50
6.2.4	Poids à la naissance selon l'âge gestationnel	52
6.2.5	Apgar	54
6.2.6	Ventilation du nouveau-né	54
6.2.7	Admission dans un centre néonatal	55
6.2.8	Sexe du nouveau-né	56
6.2.9	Malformations	56
6.3	MORTINATALITÉ	57
7	CONCLUSION	58
8	RÉFÉRENCES	61
	DEUXIÈME PARTIE :	
	DOSSIER SPÉCIAL «ACCOUCHEMENTS EXTRA-HOSPITALIERS»	65
	Accouchements extra-hospitaliers : comparaison des caractéristiques de la mère et de l'enfant	66
	ANNEXE	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques des accouchements	18
Tableau 2.	Caractéristiques des naissances	19
Tableau 3.	Détail des accouchements	20
Tableau 4.	Distribution des accouchements selon l'âge de la mère	21
Tableau 5.	Distribution des accouchements selon les nationalités de la mère	23
Tableau 6.	Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère	24
Tableau 7.	Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère	24
Tableau 8.	Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère	25
Tableau 9.	Distribution des accouchements selon la situation professionnelle de la mère	25
Tableau 10.	Distribution des accouchements selon le statut VIH de la mère	26
Tableau 11.	Distribution des accouchements selon la corpulence de la mère en début de grossesse	27
Tableau 12.	Distribution des accouchements selon le type de conception de la grossesse	29
Tableau 13.	Distribution des accouchements selon la durée de la grossesse	31
Tableau 14.	Distribution des accouchements selon le type de début de travail	31
Tableau 15.	Classification des inductions selon les groupes de Nippita	34
Tableau 16.	Distribution des accouchements selon le mode d'accouchement	34
Tableau 17.	Classification des césariennes selon les catégories de Robson	37
Tableau 18.	Détail des naissances	46
Tableau 19.	Distribution des naissances selon l'âge gestationnel	47
Tableau 20.	Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques sociodémographiques de la mère parmi les naissances uniques vivantes	48
Tableau 21.	Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques biomédicales de la mère parmi les naissances uniques vivantes	49
Tableau 22.	Distribution des naissances selon le poids à la naissance	50
Tableau 23.	Distribution des naissances vivantes selon le poids à la naissance et le mode d'accouchement	51
Tableau 24.	Distribution des naissances selon les percentiles de poids pour âge gestationnel	53
Tableau 25.	Distribution des naissances vivantes selon la ventilation du nouveau-né	54
Tableau 26.	Distribution des naissances vivantes selon l'admission du nouveau-né dans un centre néonatal	55
Tableau 27.	Distribution des naissances selon le sexe du nouveau-né	56
Tableau 28.	Malformations les plus enregistrées	56
Tableau 29.	Distribution des mort-nés selon l'âge gestationnel	57
Tableau A.	Caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement parmi les accouchements extra-hospitaliers programmés, extra-hospitaliers inopinés ou hospitaliers	69
Tableau B.	Caractéristiques de l'enfant parmi les accouchements extra-hospitaliers programmés, extra-hospitaliers inopinés ou hospitaliers	71

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Proportion de naissances vivantes selon le type de déclaration	14
Figure 2.	Évolution du nombre d'accouchements par maternité	21
Figure 3.	Évolution de l'âge moyen des mères selon la parité	22
Figure 4.	Évolution de la parité	26
Figure 5.	Évolution des proportions de surpoids et d'obésité	28
Figure 6.	Prise de poids moyenne durant la grossesse selon la corpulence de la mère	28
Figure 7.	Évolution du traitement conceptionnel	29
Figure 8.	Évolution de la proportion de diabète	30
Figure 9.	Évolution du type de début de travail	32
Figure 10.	Évolution de la proportion d'inductions	33
Figure 11.	Évolution du mode d'accouchement	35
Figure 12.	Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse pour les singletons vivants en siège selon la parité	36
Figure 13.	Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne	36
Figure 14.	Évolution de la part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes ..	38
Figure 15.	Proportion d'épisiotomies selon le mode d'accouchement pour les accouchements par voie basse	39
Figure 16.	Évolution de la proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse	39
Figure 17.	Évolution de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale	40
Figure 18.	Évolution de la proportion d'inductions par maternité	40
Figure 19.	Part des groupes de Nippita dans la proportion d'inductions par maternité	41
Figure 20.	Mode d'accouchement par maternité	42
Figure 21.	Évolution de la proportion de césariennes par maternité	42
Figure 22.	Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne par maternité	42
Figure 23.	Part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes par maternité ...	43
Figure 24.	Évolution de la proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse par maternité	44
Figure 25.	Évolution de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale par maternité	44
Figure 26.	Évolution du nombre de naissances	46
Figure 27.	Évolution de l'âge gestationnel pour les naissances vivantes	50
Figure 28.	Évolution des proportions de faible poids à la naissance pour les naissances vivantes	52
Figure 29.	Évolution de la proportion des naissances vivantes selon les percentiles de poids pour âge gestationnel	53
Figure 30.	Distribution des naissances vivantes selon le score d'Apgar à 1 et 5 minute(s) ...	54
Figure 31.	Évolution du type de ventilation pour les naissances vivantes	55
Figure 32.	Évolution du type d'admission en centre néonatal pour les naissances vivantes	55
Figure 33.	Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion	57
Figure A.	Répartition du lieu d'accouchement	68
Figure B.	Répartition des accouchements extra-hospitaliers	68

ORGANIGRAMME

Conseil d'administration

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

Programme périnatalité Comité de gestion

Dr Fr. Chantraine – ULg
Prof. C. Daelemans – ULB
Prof. Ch. Debauche – UCL
Prof. Fr. Debiève – UCL
Prof. P. Lepage – ULB
Mme Ch. Leroy – CEpiP
Prof. V. Rigo – ULg
Mme V. Van Leeuw – CEpiP

Observateurs bailleurs de fonds

Dr E. Mendes da Costa –
OBSS*

Équipe

Mme F. Bercha
Mme K. El Morabit
Mme L. Henrion
Mme Ch. Leroy
Mme V. Van Leeuw

Collaboration externe

Graphisme

Mme N. da Costa Maya –
CDCS asbl

Informatique

M. Ph. Révelard

Programme périnatalité Conseil scientifique

Prof. S. Alexander – ULB
Prof. P. Bernard – UCL
Prof. P. Buekens – USA
Dr Fr. Chantraine – ULg
Prof. C. Daelemans – ULB
Prof. Ch. Debauche – UCL
Prof. Fr. Debiève – UCL
Mme E. Di Zenzo – UPSfB
M. O. Gillis – OBSS*
Prof. Y. Jacquemyn – SPE
Mme C. Johansson – UPSfB
Prof. P. Lepage – ULB
Prof. A. Levêque – ULB
Dr E. Mendes da Costa –
OBSS*
M. S. Ndame – ONE
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. V. Rigo – ULg
Prof. A. Robert – UCL
Mme A. Vandenhooft –
OWS**

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

* Observatoire de la santé et du
social – Bruxelles

** Observatoire wallon de la
santé

INTRODUCTION

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 constituer un registre permanent et exhaustif de données périnatales (naissances et décès périnataux) en Wallonie et à Bruxelles. Dans ce cadre, la tâche du CEpiP consiste à collecter, traiter et analyser les données périnatales des naissances et décès survenus dans ces deux régions en collaboration avec l'Agence pour une Vie de Qualité de la Région wallonne et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 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.

La structure bénéficie de l'appui et du soutien financier de la Région wallonne et de la Commission communautaire commune.

Ce rapport en santé périnatale est composé de 2 parties.

La première partie présente **les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2017 en Wallonie**. Il s'agit de toutes les naissances vivantes quels que soit le poids à la naissance ou l'âge gestationnel et tous les mort-nés à partir de 500 grammes ou 22 semaines d'âge gestationnel. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de la 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.

La deuxième partie présente un dossier spécial sur les accouchements extra-hospitaliers. Les caractéristiques de la mère, de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant ont été analysées selon le lieu de l'accouchement (hôpital, programmé en maison de naissance ou au domicile, inopiné avec ou sans la présence d'un professionnel de santé).

PREMIÈRE PARTIE

Données périnatales en Wallonie

1. ABSTRACT

INTRODUCTION

Depuis 2008, le Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP) collecte, analyse et diffuse les données en santé périnatale à partir du bulletin statistique obligatoire rempli pour chaque naissance en Wallonie et à Bruxelles. Ce rapport présente les résultats des analyses statistiques des naissances vivantes et des mort-nés ayant eu lieu en 2017 en Wallonie, indépendamment du lieu de résidence de la mère.

MÉTHODOLOGIE

Le rapport est élaboré en utilisant les données médicales et administratives officielles des naissances vivantes et de mort-nés ayant eu lieu en Wallonie en 2017. Des analyses descriptives et des comparaisons temporelles ont été réalisées.

RÉSULTATS

Depuis 2012, une diminution du nombre de naissances est observée en Wallonie. Une augmentation constante des proportions d'obésité et de diabète est observée depuis 2009. L'analyse des proportions d'inductions, de césariennes et d'instrumentations montre une tendance à la stabilisation depuis trois années, la proportion d'épisiotomies continue de diminuer depuis 2009. Malgré cela, de grandes disparités dans les proportions des pratiques obstétricales existent entre les maternités. Parmi les singletons vivants nés à terme, 30,3 % des enfants ont un âge gestationnel de 37 ou 38 semaines (early-term). Parmi les singletons vivants nés prématurément, 78,3 % des enfants sont nés entre 34 et 36 semaines (late-preterm). Les mères en sous-poids et celles souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle accouchent davantage avant 39 semaines, que ce soit en preterm, late-preterm et early-term.

CONCLUSION

Malgré une tendance à l'augmentation de certains facteurs de risque chez les femmes qui accouchent en Wallonie, les caractéristiques de l'accouchement révèlent des constats d'évolution positive et les caractéristiques de l'enfant ne montrent pas d'évolution péjorative.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 DESCRIPTION DU FLUX DES DONNÉES

En Belgique, lors de la déclaration d'une **naissance vivante**, un bulletin statistique est obligatoirement complété. 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 évoluent au cours de ces dernières années. Le bulletin de naissance d'un enfant né vivant (Modèle I) évolue vers la déclaration électronique e-Birth pour une série de maternités et de communes. 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 (figure 1). Les variables e-Birth se trouvent en annexe.

Un bulletin statistique de **décès** (Modèle IIID) est obligatoirement complété pour tout enfant mort-né dont le poids de naissance est de minimum 500 grammes ou dont l'âge gestationnel est de minimum 22 semaines.

Les prestataires de soins qui pratiquent les accouchements, tant au sein des maternités qu'à domicile ou dans les maisons de naissance remplissent une notification de naissance permettant d'identifier la mère et l'enfant qu'ils transmettent aux services d'État Civil de la commune de naissance. Dans le même temps, ils complètent les informations statistiques médicales relatives à la naissance. L'administration communale, quant à elle, établit l'acte de naissance ou de décès et complète les informations du formulaire sociodémographique, le plus souvent au moment où un membre de la famille, généralement le père, vient déclarer la naissance ou le décès. Pour les Régions wallonne et bruxelloise, les formulaires médicaux et sociodémographiques anonymisés sont ensuite transmis au CEpiP via les administrations de ces Régions.

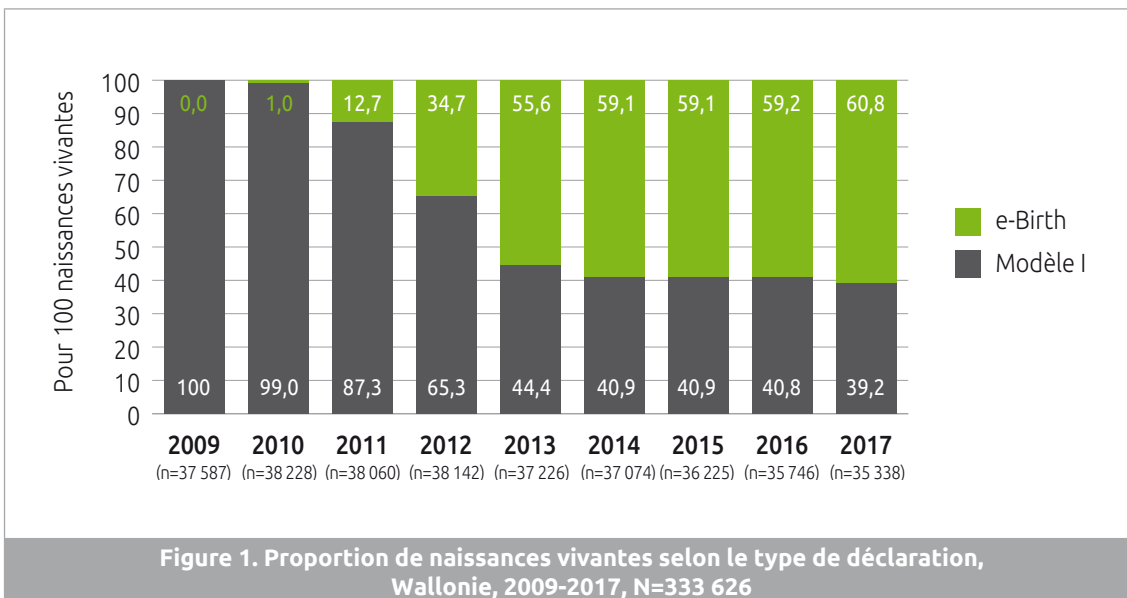
2.2 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du bulletin statistique de naissance (Modèle I) ou de décès (Modèle IIID). Pour 25 des 35 maternités et 22 des 262¹ communes wallonnes, les données proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques e-Birth. En 2017, 60,8 % des naissances vivantes ont été déclarées via cette application. La proportion de naissances déclarées via e-Birth est en constante augmentation (figure 1).

Lors de la création des formulaires de données sociodémographiques et médicales e-Birth, le modèle papier de la déclaration d'un enfant né vivant (Modèle I) pour les données sociodémographiques ainsi que le modèle du volet CEpiP² pour les données médicales furent en grande partie suivis. Malgré cela, quelques différences apparaissent.

1 En Wallonie, 26 communes possèdent au moins une maternité.

2 Le formulaire CEpiP a été introduit en 2009 dans les maternités bruxelloises et wallonnes pour remplacer le volet médical de la déclaration d'un enfant né vivant (Modèle I) et compléter celui de la déclaration d'un enfant mort-né (Modèle IIID).



Dans le formulaire 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.

Dans le formulaire 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. 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.

2.3 TRAITEMENT DE DONNÉES

Pour la Wallonie, le CEpiP collecte, encode, intègre et couple les données du bulletin statistique avant de vérifier la qualité du remplissage. En outre, il rectifie avec l'aide des prestataires de soins des salles d'accouchement et des fonctionnaires de l'État civil des communes, les données incomplètes, incohérentes ou suspectes.

L'un des objectifs du CEpiP est le suivi de la qualité des données. Une collecte de données de qualité repose sur trois critères : l'exhaustivité des données, la bonne compréhension des indicateurs collectés et des taux faibles de données manquantes par indicateur.

Une stratégie de communication au travers de visites et de supports à destination des chefs de service et des équipes a été mise en place dans les maternités et les communes afin de faciliter l'encodage de leurs données et de s'assurer de la bonne compréhension des indicateurs présents sur les bulletins de naissance/décès. La rétro-information sous la forme d'un rapport d'analyse de données personnalisées vient compléter la stratégie de communication. Les objectifs de ce rapport sont de permettre aux équipes d'obtenir une photographie de leur population et de leur activité, de s'auto-évaluer, de situer leurs pratiques obstétricales par

rapport aux autres maternités bruxelloises et wallonnes. Les indicateurs permettent aux équipes de réfléchir sur les mesures à mettre en place pour améliorer la collecte des données mais également leurs pratiques.

Le CEpiP analyse ensuite les données à des fins épidémiologiques et de santé publique. Ce travail est réalisé en collaboration avec l'Agence pour une Vie de Qualité.

2.4 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 2017.

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 2017 (1). Elles peuvent être également comparées avec les données publiées par le le Studiecentrum voor perinatale epidemiologie (SPE) pour 2017 (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). Le dernier rapport d'Euro-Peristat permet de situer les données des Régions au sein de l'Europe (3).

Ces données font l'objet de comparaisons temporelles avec les données des années 2009 (4), 2010 (5), 2011 (6), 2012 (7), 2013 (8), 2014 (9), 2015 (10) et 2016 (11).

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

Les variables «nationalités d'origine et actuelle» ont été analysées en 12 catégories pour la description de la variable. Pour les analyses croisées, 6 catégories ont été créées pour la nationalité d'origine de la mère sur la base des nationalités les plus fréquentes en Wallonie en 2017 (belge, marocaine, italienne, française, turque et autres).

Les 12 catégories pour les nationalités sont les suivantes :

- **Belgique**
- **UE15 sans Belgique** : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède
- **UE28 sans UE15** : Bulgarie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovaquie
- **Russie et Europe de l'Est non UE28** : Albanie, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Ex-Yougoslavie, Kosovo, Macédoine, Moldavie, Monténégro, Russie/URSS, Serbie, Ukraine
- **Autres Europe** : Andorre, Gibraltar, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Saint-Siège, Suisse
- **Maghreb et Egypte** : Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Tunisie
- **Afrique subsaharienne** : Afars et Issas, Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, CapVert, Comores, Côte d'Ivoire, Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mayotte, Mozambique, Namibie,

Niger, Nigéria, Ouganda, République Centrafricaine, République du Congo, République démocratique du Congo, Réunion, Rwanda, Sahara occidental, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe

- **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, Turquie, Yémen
- **Asie du Sud-Est :** Bangladesh, Bhoutan, Brunei, Cambodge, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Inde, Indonésie, Japon, Laos, Macao, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar, Népal, Philippines, Singapour, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Timor-Leste, Vietnam
- **Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes :** Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Antilles américaines, Antilles britanniques, Antilles néerlandaises, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Caïmanes, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, El Salvador, Equateur, Falkland, Grenade, Guadeloupe, Guatémala, 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, République dominicaine, République dominique, Saint-Vincent, Suriname, Trinidad et Tobago, Uruguay, Vénézuéla
- **Amérique du Nord :** Canada, Etats-Unis, Groenland, Saint-Pierre-et-Miquelon
- **Océanie :** Australie, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Heard et Mac Donald, Iles mineures éloignées des Etats-Unis, Iles Samoa, Kiribati, Mariannes du Nord, Marshall, Micronésie, Nauru, Niué, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle Guinée, Pitcairn, Polynésie française, Salomon, Samoa, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna

Pour l'analyse des pratiques obstétricales par maternité, un numéro a été attribué par maternité sur la base de la proportion de l'inductions, la maternité 1 présentant la proportion la plus faible et la maternité 34, la proportion la plus élevée. Les maternités maintiennent le même numéro dans les différentes figures du paragraphe «pratiques obstétricales par maternité», ceci permettant d'observer le ranking de chaque maternité selon le type de pratique obstétricale.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 14.0, 2015.

3. DÉFINITIONS

ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Accouchement par voie basse après un travail spontané, sans instrumentation et sans épisiotomie.

CONCEPTION ASSISTÉE DE LA GROSSESSE

Traitement hormonal : pour obtenir la grossesse avec ou sans insémination de sperme mais hors fécondation in vitro (FIV). Injection intracytoplasmique de sperme (ICSI) : technique particulière de FIV avec sélection d'un spermatozoïde.

DIABÈTE

Tout diabète gestationnel ou préexistant.

ENFANT MORT-NÉ

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

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

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

INDICE DE MASSE CORPORELLE

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en prenant le poids avant la grossesse (kg) divisé par le carré de la taille (mètre) et exprimé en kg/m². L'IMC est analysé selon 4 catégories : sous-poids, corpulence normale, surpoids et obésité.

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 ou primaire : césarienne programmée chez une femme enceinte poche intacte et non en travail.

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

NAISSANCE VIVANTE

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

PARITÉ

Nombre d'accouchement d'enfant(s) né(s) vivant(s) ou de mort-né(s) d'un âge ≥ 22 semaines ou d'un poids ≥ 500 g. L'accouchement actuel est comptabilisé mais la grossesse multiple n'influence pas la parité (les enfants issus de ce type de grossesse naissant au cours d'un même accouchement).

SCORE D'APGAR

Le score d'Apgar permet d'évaluer la qualité d'adaptation immédiate à la vie extra-utérine. Ce score évalue 5 paramètres : la fréquence cardiaque, la respiration, la coloration de la peau, le tonus et la réactivité.

TYPE DE CENTRE NÉONATAL

N* : Service de néonatalogie non-intensive
NIC : Neonatal Intensive Care / Service de néonatalogie intensive

4. TABLEAUX SYNOPTIQUES

Tableau 1. Caractéristiques des accouchements, Wallonie, 2017, N=34 995			
		Nombre	%
Multiplicité de la grossesse	Unique	34 446	98,4
	Gémellaire	544	1,6
	Triple	5	0,0
	<i>Manquant</i>	0	
Parité	Primipare	14 846	42,4
	Multipare	20 147	57,6
	<i>Manquant</i>	2	
Corpulence de la mère	Surpoids/obésité	13 044	39,2
	<i>Manquant</i>	1 754	
Conception de la grossesse	Assistée	1 448	4,2
	<i>Manquant</i>	468	
Hypertension artérielle	Oui	1 594	4,6
	<i>Manquant</i>	119	
Diabète	Oui	3 114	9,0
	<i>Manquant</i>	242	
Durée de la grossesse (semaines)	< 28	217	0,6
	28-31	251	0,7
	32-36	2 507	7,2
	≥ 37	32 018	91,5
	<i>Manquant</i>	2	
Induction	Oui	11 071	31,6
	<i>Manquant</i>	4	
Analgésie péridurale	Oui	23 038	80,1
	<i>Manquant</i>	8	
Mode d'accouchement	Spontané sommet	24 615	70,4
	Spontané siège	187	0,5
	Instrumental	2 554	7,3
	Césarienne	7 634	21,8
	<i>Manquant</i>	5	
Épisiotomie	Oui	8 873	25,4
	<i>Manquant</i>	13	

Tableau 2. Caractéristiques des naissances, Wallonie, 2017, N=35 549

		Nombre	%
Multiplicité des naissances	Unique	34 446	96,9
	Gémellaire	1 088	3,1
	Triple	15	0,0
	<i>Manquant</i>	0	
Présentation de l'enfant	Céphalique	33 401	94,1
	Siège	1 933	5,4
	Transverse	172	0,5
	<i>Manquant</i>	43	
Âge gestationnel (semaines)	< 34	906	2,6
	34-36	2 409	6,8
	37-38	10 035	28,2
	≥ 39	22 197	62,4
	<i>Manquant</i>	2	
Poids à la naissance (grammes)	< 500	45	0,1
	500 – 1 499	471	1,3
	1 500 – 2 499	2 524	7,1
	2 500 – 3 999	30 250	85,1
	≥ 4 000	2 240	6,3
	<i>Manquant</i>	19	
Assistance respiratoire	Ballon/Masque	2 093	5,9
	Intubation	155	0,4
	<i>Manquant</i>	8	
Transfert en néonatalogie	N*	2 251	6,3
	NIC	1 275	3,6
	<i>Manquant</i>	6	
Sexe du nouveau-né	Masculin	18 140	51,0
	Féminin	17 405	49,0
	<i>Manquant</i>	4	
Mort-né	Oui	211	0,6
	<i>Manquant</i>	0	

5. ACCOUCHEMENTS EN WALLONIE

5.1 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

En 2017, 34 446 accouchements de singletons et 549 accouchements multiples ont été enregistrés sur le territoire wallon. Parmi les accouchements multiples, on observe 544 grossesses de jumeaux et 5 grossesses de triplés (1,6 % des grossesses) (tableau 3).

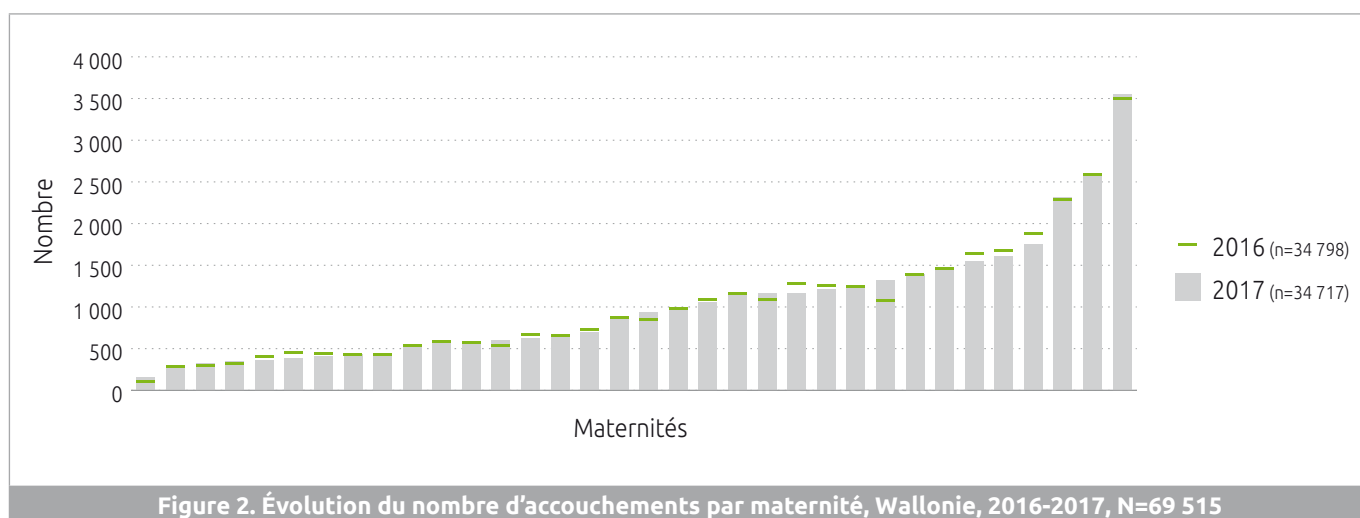
Tableau 3. Détail des accouchements, Wallonie, 2017, N=34 995	
Singletons : 34 446 accouchements	
singletons vivants : 34 250 accouchements	
singletons mort-nés : 196 accouchements	
Grossesses gémellaires : 544 accouchements	
2 enfants vivants : 533 accouchements	
1 enfant vivant et 1 mort-né : 7 accouchements	
2 enfants mort-nés : 4 accouchements	
Grossesses triples : 5 accouchements	
3 enfants vivants : 5 accouchements	

La proportion de grossesses multiples reste stable sur la période 2009-2017, que ce soit pour les grossesses gémellaires ou les grossesses triples.

5.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT

Nous avons comptabilisé 34 755 accouchements à l'hôpital et 240 accouchements en extra-hospitaliers (0,7 %).

En 2017, le parc hospitalier wallon compte 35 maternités dont une a fermé ses portes en février. Le nombre d'accouchements par maternité s'étend de 154 à 3 558 accouchements parmi les 34 maternités en activité durant toute l'année 2017. Plus de la moitié (19/34) se situe en dessous de 1 000 accouchements par an dont 9 maternités en dessous de 500 accouchements par an (figure 2). Entre 2016 et 2017, la tendance est à la stabilisation avec 1 maternité qui a fortement augmenté son nombre d'accouchements suite à la fermeture de la maternité en 2017.



Parmi les 240 accouchements extra-hospitaliers³, on comptabilise 71 accouchements en maisons de naissance, 117 accouchements à domicile programmés en présence d'un professionnel et 52 accouchements inopinés. La proportion d'accouchements extra-hospitaliers reste stable de 2009 à 2017 (0,7 %).

5.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

5.3.1 ÂGE MATERNEL

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30,3 ans (déviation standard: 5,2 ans; minimum: 13,1 ans; maximum: 51,0 ans). L'âge moyen chez la primipare est de 28,4 ans ce qui est plus faible qu'en Flandre (29,0 ans) (2) et en Région bruxelloise (30,1 ans) (1). Pour les multipares, l'âge moyen est de 31,6 ans, ce qui est identique à la Flandre (31,7 ans) (2) mais plus faible qu'en Région bruxelloise (32,9 ans) (1).

Âge	Nombre	%
< 20 ans	916	2,6
20-24 ans	4 306	12,3
25-29 ans	11 807	33,7
30-34 ans	11 523	32,9
35-39 ans	5 254	15,0
≥ 40 ans	1 189	3,4

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 2,6 % (tableau 4) ce qui est plus élevé qu'en Région bruxelloise (1,2 %) (1) et en Flandre (1,2 %) (2). Parmi ces jeunes mères, on note 250 accouchements (0,7 %) en-dessous de l'âge de 18 ans avec 10 accouchements (0,03 %) en-dessous de l'âge de 15 ans.

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

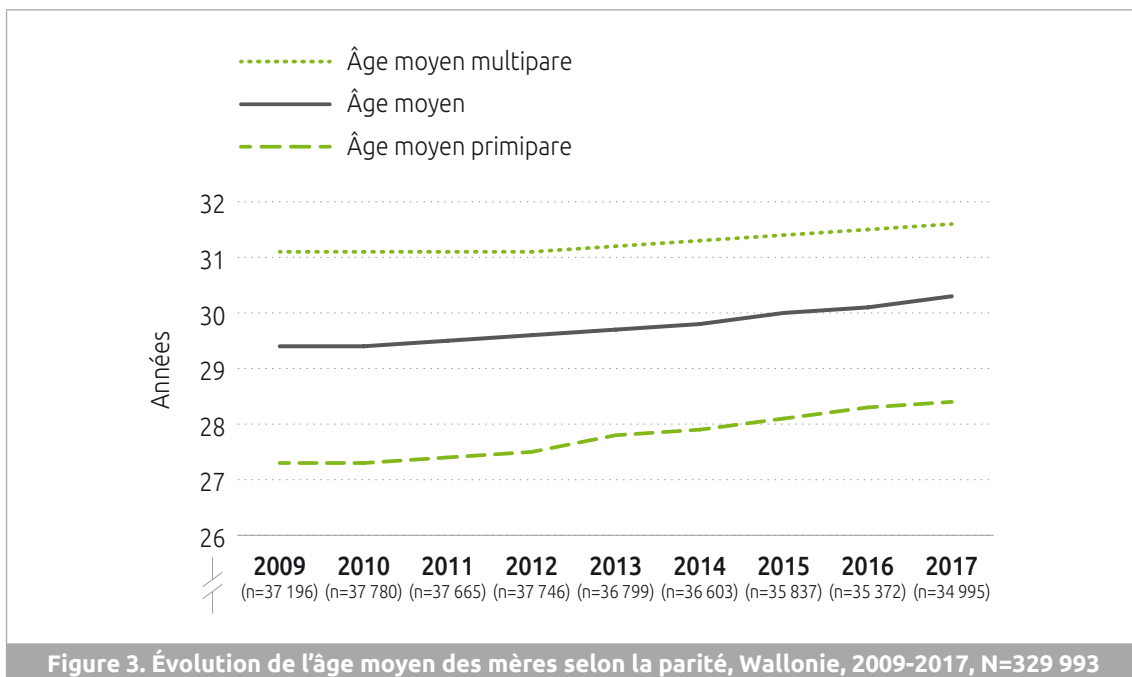
Dans plus de 60 % des pays étudiés par Euro-Peristat, la proportion de mères-adolescentes (< 20 ans) représente moins de 3 % de l'ensemble des accouchements. Cette proportion de mères âgées de moins de 20 ans varie de 0,8 % en Suisse à 10,2 % en Bulgarie (3).

La proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 18,4 % (tableau 4). Ce résultat est plus faible qu'en Région bruxelloise (28,4 %) (1) mais plus élevé qu'en Flandre (17,4 %) (2). Parmi ces mères de 35 ans et plus, 22,4 % sont primipares et 20,7 % sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus). La proportion de mères âgées de 40 ans et plus en Wallonie (3,4 %) est plus faible qu'à Bruxelles (6,3 %) (1) et plus élevée qu'en Flandre (3,0 %) (2). Pour la proportion de mères âgées de 45 ans et plus, elle est de 0,2 %.

En Europe, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus la plus faible est de 14 % et concerne la Bulgarie, la Pologne et la Roumanie. L'Italie et l'Espagne affichent les proportions les plus élevées avec respectivement 36,3 % et 37,3 % (3).

Entre 2009 et 2017, l'âge moyen de la mère est passé de 29,4 ans à 30,3 ans. Cet âge moyen augmente davantage chez les primipares (27,3 ans à 28,4 ans) que chez les multipares (31,1 ans à 31,6 ans) (figure 3).

La proportion de mères âgées de moins de 20 ans diminue de 2009 à 2017 (3,9 % à 2,6 %). Quant aux mères âgées de 40 ans et plus, la proportion augmente de 2,7 % à 3,4 %. L'augmentation de l'âge à l'accouchement s'observe également dans les deux autres régions du pays.



Le report de l'âge de la grossesse est un phénomène observé dans toute l'Europe. Il est particulièrement important au Portugal et en Espagne avec une augmentation absolue d'environ 8 %. Seuls quatre pays (l'Allemagne, l'Estonie, les Pays-Bas et la Suède) ont enregistré une diminution de la proportion de mères âgées de 35 ans ou plus entre 2010 et 2015, et la différence est inférieure à 1 % (3).

Les raisons de l'augmentation du nombre de naissances chez des mères plus âgées sont complexes. Dans le monde développé, il est de plus en plus fréquent pour les femmes de retarder la première naissance jusqu'à ce qu'elles soient dans leur trentaine. Depuis les années 70, la vie sociale moderne a eu des effets considérables sur la vie reproductive des femmes. L'âge plus tardif à la maternité s'explique notamment par le fait que les femmes font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, entrent plus tard en union et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces (12). Néanmoins, le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications décrites plus loin et dans la littérature telles que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme et la mortinatalité (13-15).

5.3.2 NATIONALITÉS DE LA MÈRE

La proportion de mères de nationalité d'origine⁴ étrangère est de 28,6 % (tableau 5). Les nationalités d'origine étrangère les plus représentées sont marocaine (4,2 %), italienne (3,6 %), française (3,4 %) et turque (2,0 %).

La proportion de mères de nationalité actuelle non belge est de 17,9 %.

De 2009 à 2017, la proportion de mères de nationalité d'origine étrangère augmente de 24,6 % à 28,6 %.

Nationalité	Nationalité d'origine (N=34 928)		Nationalité actuelle (N=34 890)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	24 921	71,4	28 651	82,1
UE15 sans Belgique	2 980	8,5	1 926	5,5
UE28 sans UE15	642	1,8	545	1,6
Russie et Europe de l'Est non UE28	745	2,1	412	1,2
Autres Europe	16	0,1	8	0,0
Maghreb et Egypte	2 049	5,9	1 140	3,3
Afrique subsaharienne	1 820	5,2	1 150	3,3
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	1 170	3,4	612	1,8
Asie du Sud-Est	285	0,8	166	0,5
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	179	0,5	80	0,2
Amérique du Nord	66	0,2	53	0,1
Océanie	3	0,0	2	0,0
Apatride, réfugié indéterminé	52	0,1	145	0,4

La nationalité d'origine est inconnue pour 67 mères (0,2 %) et la nationalité actuelle est inconnue pour 105 mères (0,3 %).

Le statut d'immigration des femmes influence à la fois les facteurs de risque périnataux d'ordre médical et socio-économique (10-11, 16-17), le recours aux pratiques obstétricales (18-19) et l'issue de la grossesse (20-21).

4 La nationalité d'origine de la mère est définie comme la nationalité que la mère avait à sa propre naissance.

5.3.3 LIEU DE RÉSIDENCE DE LA MÈRE

La très grande majorité des mères (97,4 %) ayant accouché sur le territoire wallon réside en Wallonie (tableau 6). Parmi les faibles proportions de mères qui résident en France, en Flandre ou en Région bruxelloise, la majorité des mères accouche dans une maternité proche de leur lieu de résidence.

Tableau 6. Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère, Wallonie, 2017, N=34 995		
Lieu de résidence	Nombre	%
Total Wallonie	34 070	97,3
Hainaut	12 561	35,9
Liège	11 361	32,5
Luxembourg	2 709	7,7
Namur	4 702	13,4
Brabant wallon	2 737	7,8
Bruxelles	156	0,4
Total Flandre	306	1,0
Flandre orientale	21	0,1
Flandre occidentale	59	0,2
Limbourg	52	0,2
Anvers	6	0,0
Brabant flamand	168	0,5
Total pays frontaliers	399	1,1
France	360	1,0
Allemagne	22	0,1
Luxembourg	12	0,0
Pays-Bas	5	0,0
Autres pays étrangers	64	0,2

5.3.4 NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MÈRE

La proportion de mères n'ayant pas fait d'études supérieures est de 59,1 % (tableau 7). Cet indicateur maintient une proportion de données manquantes importante (19,1 %). 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'origine mais également dans la pratique de quelques communes wallonnes.

La proportion de mères n'ayant pas fait d'études supérieures est stable de 2009 à 2016 pour augmenter de 2016 à 2017 (56,4 % à 59,1 %).

Tableau 7. Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère, Wallonie, 2017, N=28 015		
Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	241	0,9
Primaire	695	2,5
Secondaire inférieur	3 950	14,1
Secondaire supérieur	11 661	41,6
Supérieur (non) universitaire	11 468	40,9
Le niveau d'instruction de la mère est inconnu pour 6 678 mères (19,1 %)		
Le niveau d'instruction est «autre» (spécial, études en cours, à l'étranger) pour 302 mères (0,9 %)		

5.3.5 ÉTAT D'UNION DE LA MÈRE

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule est de 18,5 % (tableau 8). Cette proportion a augmenté de 2010 à 2014 (18,0 % à 19,4 %) pour diminuer en 2015 (18,8 %) et se stabiliser en 2016 et 2017.

Tableau 8. Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère, Wallonie, 2017, N=34 898		
État d'union	Nombre	%
Vit seule	6 472	18,5
Vit en union	28 426	81,5

L'état d'union de la mère est inconnu pour 97 mères (0,3 %).

5.3.6 SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA MÈRE

La proportion de mères n'exercant pas d'activité professionnelle est de 43,0 % (tableau 9) et augmente depuis 2015 (40,2 %).

Tableau 9. Distribution des accouchements selon la situation professionnelle de la mère, Wallonie, 2017, N=34 160		
Situation professionnelle	Nombre	%
Active	19 487	57,0
Chômeuse	3 857	11,3
Sans profession (CPAS / mutuelle / invalidité / incapacité / sans profession / formation / rentier)	10 143	29,7
Étudiante	673	2,0

La situation professionnelle de la mère est inconnue pour 835 mères (2,4 %).

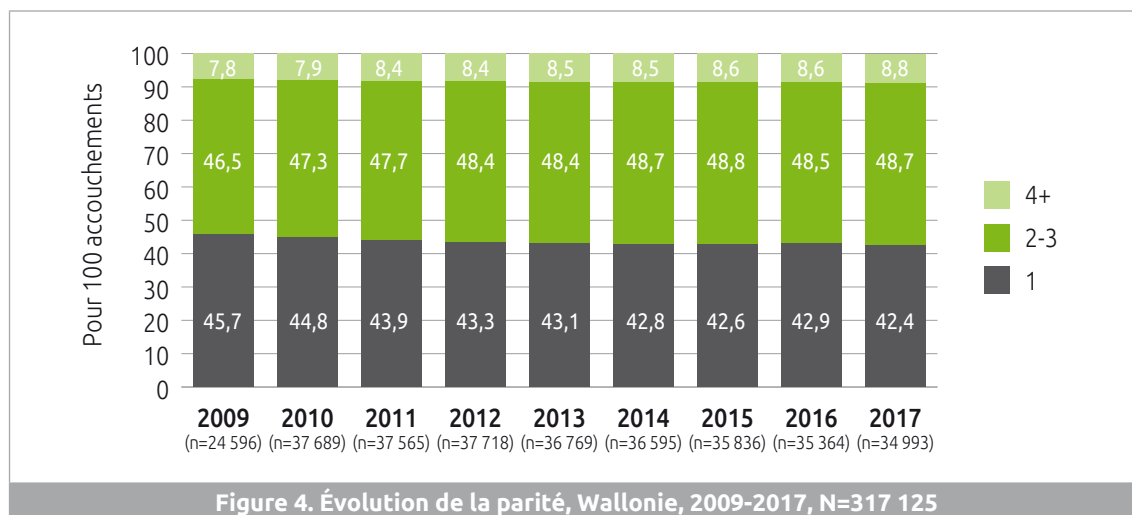
5.4 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

5.4.1 PARITÉ

La proportion de mères primipares est de 42,4 % (figure 4). Cette proportion est plus faible qu'en Flandre (44,6 %) (2) mais plus élevée qu'en Région bruxelloise (40,2 %) (1). Le nombre de grandes multipares (4e accouchement et plus) est de 3 090 (8,8 %) (figure 4).

La parité est inconnue pour 2 accouchements (0,01 %).

La proportion de mères primipares diminue de 2009 à 2015, passant de 45,7 % à 42,6 % pour se stabiliser en 2016 et 2017 (figure 4).



5.4.2 SÉROPOSITIVITÉ VIH

Nonante-quatre mères ont un statut VIH positif (tableau 10). De 2009 à 2017, la proportion de mères avec un statut VIH positif passe de 0,2 % à 0,3 %.

Tableau 10. Distribution des accouchements selon le statut VIH de la mère, Wallonie, 2017, N=34 170

Statut VIH	Nombre	%
Positif	94	0,3
Négatif	33 726	98,7
Non testé	350	1,0

Le statut VIH de la mère est inconnu pour 825 mères (2,4 %).

5.4.3 POIDS ET TAILLE DE LA MÈRE

Le poids médian des mères avant la grossesse est de 65 kg (écart interquartile : 18 kg) et la taille moyenne de 165 cm (déviation standard : 6,5 cm). L'indice de masse corporelle (IMC) médian est de 23,7 kg/m² (écart interquartile : 6,6 kg).

Tableau 11. Distribution des accouchements selon la corpulence de la mère en début de grossesse, Wallonie, 2017, N=33 241

Catégories d'IMC ⁵	Nombre	%
Sous-poids	2 010	6,1
Corpulence normale	18 187	54,7
Surpoids	7 888	23,7
Obésité	5 156	15,5

L'IMC est inconnu pour 1 754 mères (5,0 %).

En début de grossesse, la proportion de mères en surpoids est de 23,7 % et la proportion de mères souffrant d'obésité de 15,5 % (tableau 11). La proportion de surpoids est légèrement plus faible qu'en Région bruxelloise (24,4 %) tandis que la proportion d'obésité est plus élevée (12,8 %) (1).

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 %. Plus précisément la proportion de mères en surpoids varie de 19,0 % (Croatie et Autriche) à 29,8 % (Irlande du Nord) et celle souffrant d'obésité de 8 % (Croatie) à 26 % (Pays de Galles) (3).

La proportion de mères en surpoids ou souffrant d'obésité augmente avec l'âge de la mère, passant de 23,4 % chez les mères de moins de 20 ans à 52,1 % chez les mères de 40 ans et plus. Les mères de nationalité d'origine marocaine souffrent davantage de surpoids ou d'obésité (51,9 %) que les mères de nationalité d'origine belge (37,9 %).

Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreuses complications, telles que le diabète, l'hypertension, 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 (24).

Les proportions de mères en surpoids ou souffrant d'obésité augmentent entre 2009 et 2017 (figure 5).

5 Les catégories de corpulence utilisées sont celles recommandées par l'OMS, à savoir pour les femmes âgées de 18 ans et plus : 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 ≥ 30,0 kg/m² = obésité (22) et pour les femmes âgées de moins de 18 ans : < -2SD = insuffisance pondérale, > +1SD = surpoids et > +2SD = obésité (23).

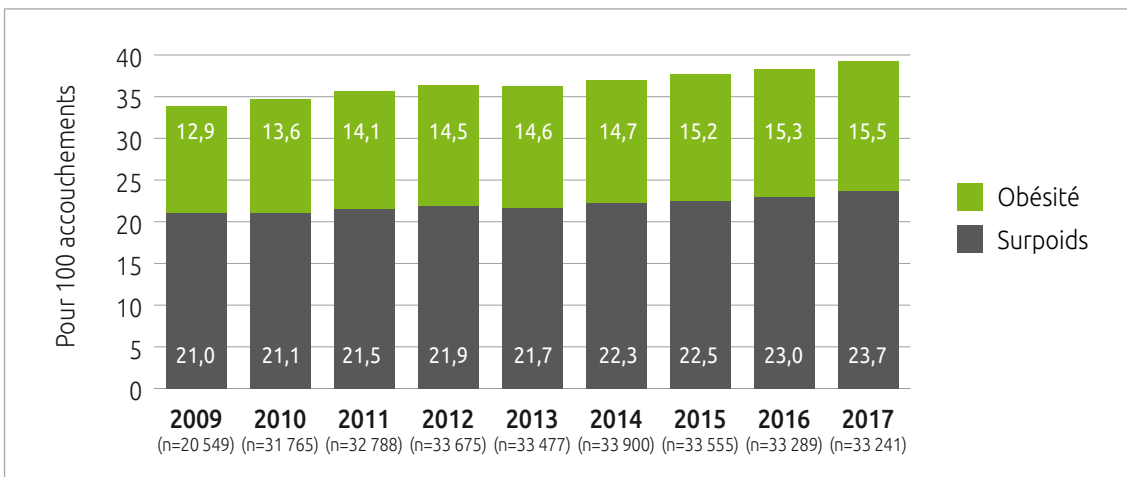


Figure 5. Évolution des proportions de surpoids et d'obésité, Wallonie, 2009-2017, N=286 239

Durant la grossesse, les femmes prennent en moyenne 11,7 kg (déviation standard : 5,8 kg). Une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et l'IMC de la mère en début de grossesse. La prise de poids moyenne diminue lorsque l'IMC de la mère augmente, avec une prise de poids moyenne de 12,9 kg pour les femmes en sous poids et de 8,4 kg pour les femmes souffrant d'obésité (figure 6). Ces résultats correspondent aux guidelines de prise de poids par catégories d'IMC⁶. La prise de poids moyenne durant la grossesse diminue de 2009 à 2017 (12,2 kg à 11,7 kg).

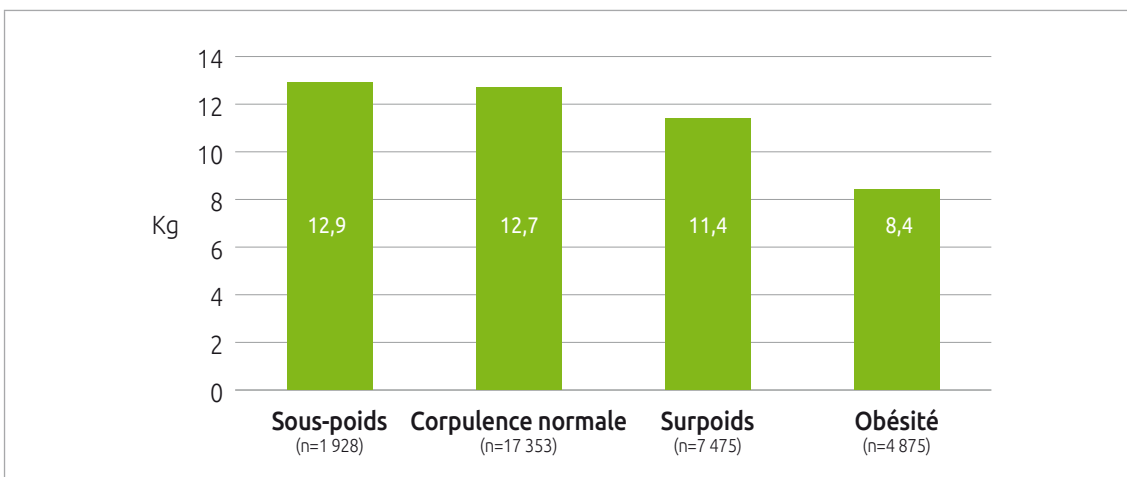


Figure 6. Prise de poids moyenne durant la grossesse selon la corpulence de la mère, Wallonie, 2017, N=31 631

6 Les recommandations de prise de poids durant la grossesse, publiées dans le rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" en 2009 (25), 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.

5.4.4 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

La proportion de grossesses faisant suite à un traitement de conception assistée est de 4,2 %. Parmi les grossesses multiples, 28,9 % sont des grossesses de conception assistée (tableau 12).

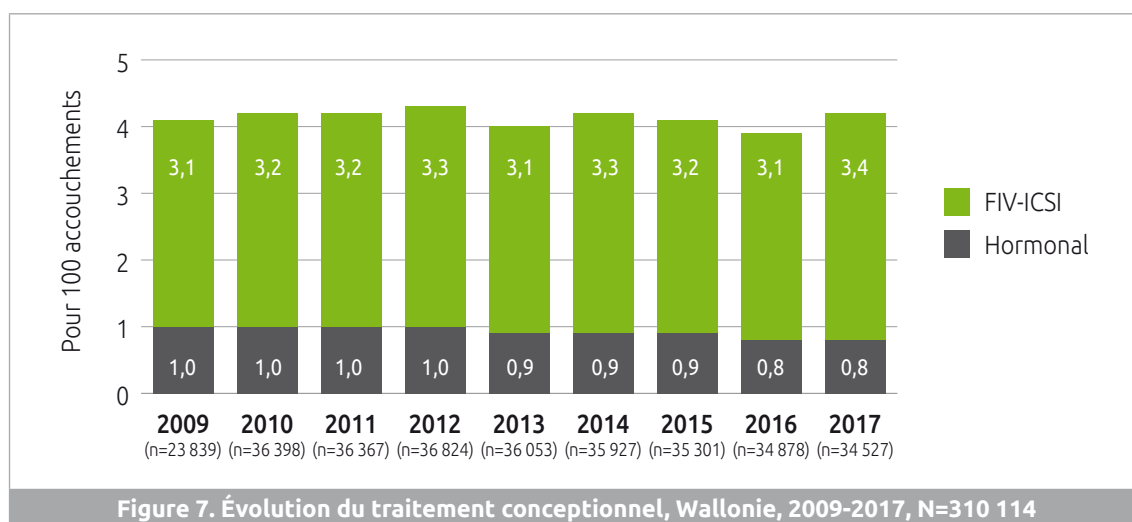
Tableau 12. Distribution des accouchements selon le type de conception de la grossesse, Wallonie, 2017, N=34 527					
Type de conception	Grossesse unique (n=33 991)		Grossesse multiple (n=536)		Total (N=34 527)
	Nombre	%	Nombre	%	%
Spontanée	32 698	96,2	381	71,1	95,8
Traitement hormonal	245	0,7	31	5,8	0,8
FIV ou ICSI	1 048	3,1	124	23,1	3,4

Le type de conception est inconnu ou non demandé pour 468 mères (1,3 %)

La proportion de femmes ayant recours à la procréation médicalement assistée est plus faible en Wallonie (4,2 %) qu'en Région bruxelloise (5,3 %) (1).

La proportion de conception assistée augmente avec l'âge de la mère, passant de 2,5 % chez les mères de 20 à 29 ans à 13,7 % chez les mères de 40 ans et plus. Cette proportion est également plus élevée parmi les mères de nationalité d'origine belge 4,4 %, contre 3,6 % parmi les mères de nationalités d'origine étrangère.

Au cours des années 2009 à 2017, la proportion de grossesses ayant eu recours à la conception assistée est restée stable quel que ce soit le type de traitement (figure 7).



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, Euro-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 paraissent sous-estimés dans la plupart des pays récoltant cet indicateur (3).

5.4.5 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La proportion de mères souffrant d'hypertension est de 4,6 %, qu'elle soit préexistante ou gravidique. La proportion est identique à la proportion observée en Région bruxelloise (1) et plus faible que la proportion observée en Flandre (5,4 %) (2).

La proportion d'hypertension artérielle augmente avec l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant une proportion d'hypertension de 2,9 % contre 10,3 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Parmi les 5 nationalités les plus fréquentes en Wallonie, les mères d'origine belge ont une proportion plus élevée (4,8 %) que les mères d'origine française (4,5 %), italienne (3,3 %), turque (2,4 %) et marocaine (2,1 %).

La proportion d'hypertension artérielle varie selon la parité, elle est plus élevée chez les primipares en comparaison aux multipares, 5,8 % versus 3,7 %. La proportion d'hypertension augmente avec l'indice de masse corporelle, de 1,3 % chez les mères en insuffisance pondérale à 11,3 % chez les femmes souffrant d'obésité.

La proportion de femmes souffrant d'hypertension artérielle reste stable de 2009 à 2017.

5.4.6 DIABÈTE

La proportion de mères souffrant de diabète est de 9,0 %, qu'il soit gestationnel ou préexistant (figure 8). Cette proportion est inférieure à celle observée en Région bruxelloise (11,1 %) (1) et beaucoup plus élevée que celle observée en Flandre (4,4 %) (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 (26).

La proportion de diabète augmente avec l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant une proportion de diabète de 4,3 % contre 20,2 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Les mères d'origine marocaine ont une proportion de diabète plus élevée (16,1 %) que les mères de nationalité d'origine belge (8,0 %).

L'analyse de la proportion de diabète selon la parité montre une proportion de diabète plus élevée chez les femmes multipares en comparaison aux femmes primipares (9,4 % versus 8,3 %). De plus, les femmes en insuffisance pondérale présentent une proportion de diabète plus faible (4,1 %) que les femmes souffrant d'obésité (19,2 %).

Une augmentation de la proportion de diabète est observée de 2009 à 2017 passant de 4,8 % à 9,0 % (figure 8).

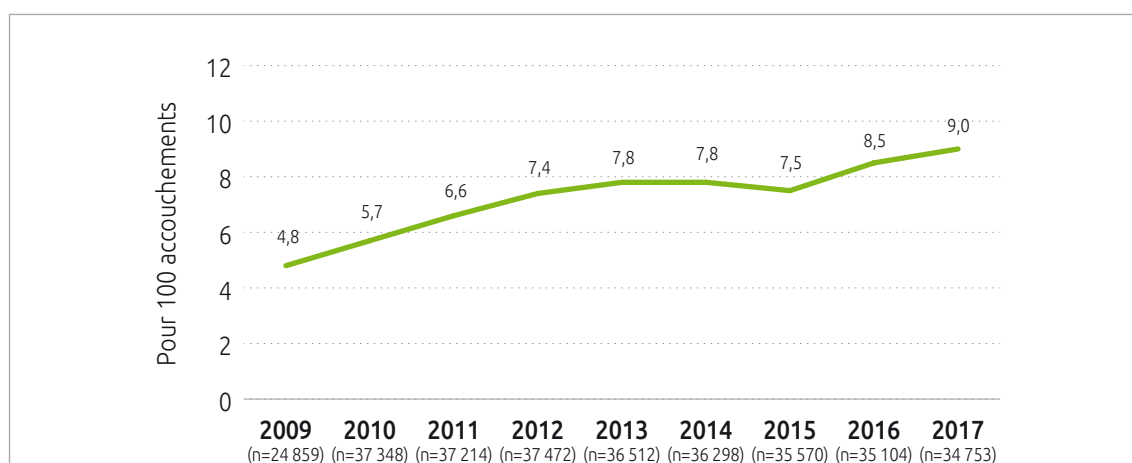


Figure 8. Évolution de la proportion de diabète, Wallonie, 2009-2017, N=315 130

5.5 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

5.5.1 DURÉE DE LA GROSSESSE

La durée moyenne de la grossesse est de 38 semaines (déviati on standard : 2,0 semaines). La durée moyenne est de 38 semaines (déviati on standard : 1,9 semaines) pour les grossesses uniques et de 35 semaines (déviati on standard : 2,9 semaines) pour les grossesses multiples.

La proportion d'accouchements ayant eu lieu avant 37 semaines est de 8,5 %. La proportion d'accouchements de singletons ayant eu lieu avant 37 semaines est de 7,7 %. Pour les accouchements multiples, 61,0 % sont prématurés, avec 9,7 % qui n'atteignent pas les 32 semaines de grossesse (tableau 13).

Tableau 13. Distribution des accouchements selon la durée de la grossesse, Wallonie, 2017, N=34 993

Age gestationnel (semaines)	Singletons (n=34 444)		Multiples (n=549)		Total (n=34 993)
	Nombre	%	Nombre	%	%
< 28	199	0,6	18	3,3	0,6
28-31	216	0,6	35	6,4	0,7
32-36	2 225	6,5	282	51,4	7,2
≥ 37	31 804	92,3	214	39,0	91,5

L'âge gestationnel est inconnu pour 2 accouchements (0,01 %).

La proportion d'enfants nés avant 37 semaines en Wallonie (8,5 %) est plus élevée que les proportions en Région bruxelloise (7,6 %) (1) et en Flandre (7,7 %) (2).

La proportion d'accouchements prématurés est stable de 2009 à 2016 (8,0 %) pour augmenter en 2017 (8,5 %).

5.5.2 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

La proportion de travail spontané est de 57,9 % pour l'ensemble des accouchements. Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux accouchements multiples, la proportion de travail spontané est de 47,0 % (tableau 14).

Tableau 14. Distribution des accouchements selon le type de début de travail, Wallonie, 2017, N=34 987

Type de début de travail	Singletons (n=34 438)		Multiples (n=549)		Total (n=34 987)
	Nombre	%	Nombre	%	%
Travail spontané	19 990	58,0	258	47,0	57,9
Induction	10 943	31,8	127	23,1	31,6
Césarienne éle ctive	3 505	10,2	164	29,9	10,5

Le type de début de travail est inconnu pour 8 accouchements (0,02 %).

Une évolution progressive du type de début de travail est constatée de 2009 à 2017 marquant une diminution de l'induction au profit du travail spontané. Il est à remarquer que la proportion de césariennes électives augmente de 2009 à 2013 pour se stabiliser jusqu'en 2017 (figure 9). Lorsqu'on s'intéresse uniquement aux accouchements multiples, la répartition du type de début de travail est différente avec 47,0 % de travail spontané, 23,1 % d'induction et 29,9 % de césarienne élective en 2017 et ces proportions sont stables entre 2009 et 2017.

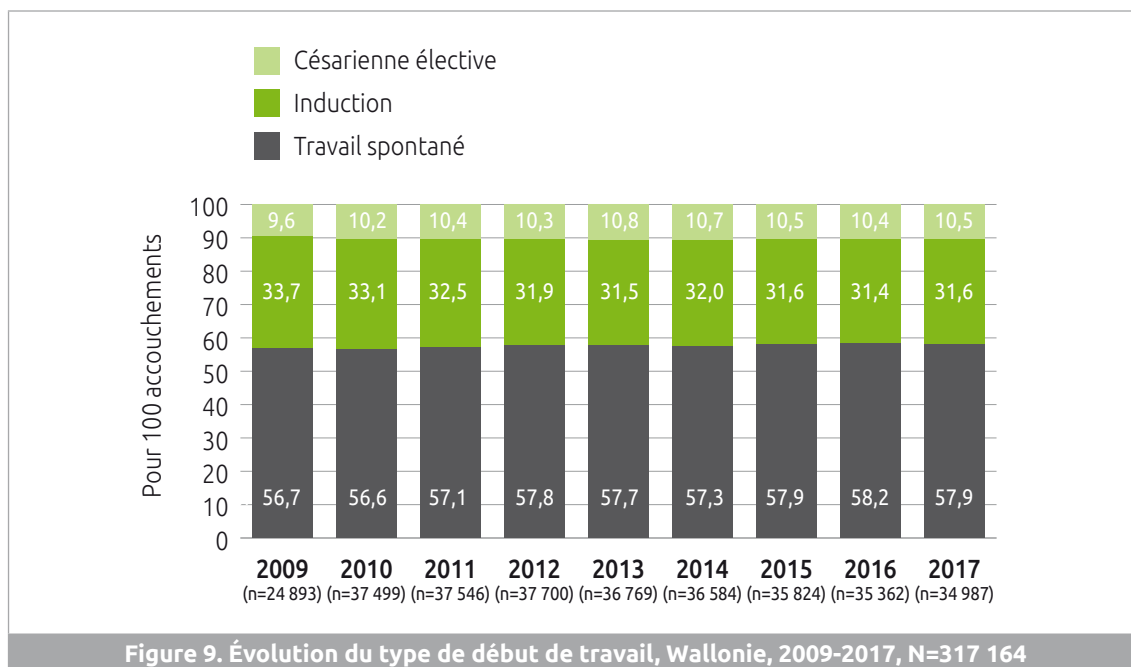


Figure 9. Évolution du type de début de travail, Wallonie, 2009-2017, N=317 164

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 celui de la césarienne élective.

5.5.3 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

On constate que 31,6 % des accouchements ont été induits, ou :

- 32,6 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 33,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 36,4 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 32,0 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare
- 35,3 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées

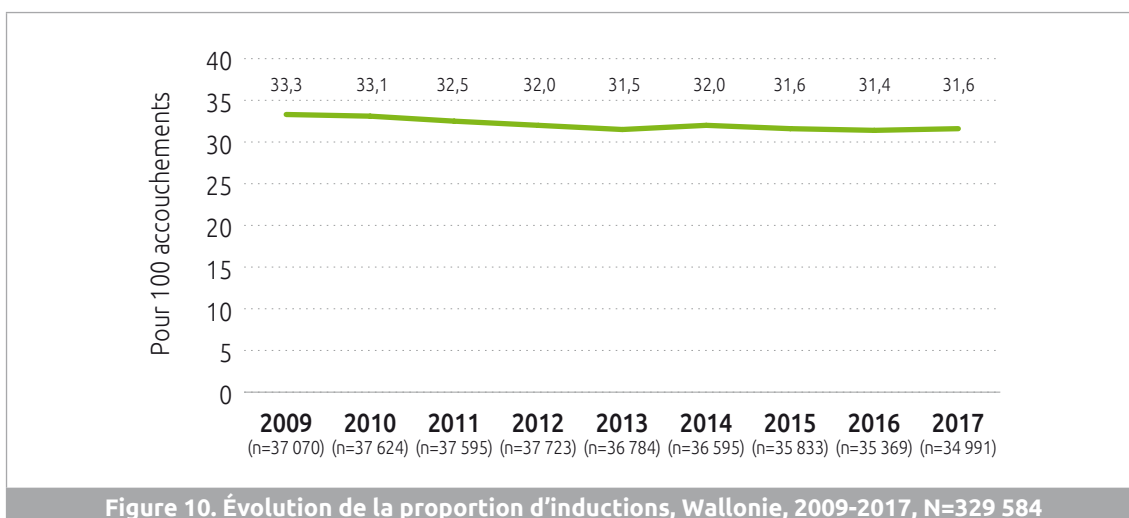
La notification de l'induction est manquante pour 4 accouchements (0,01 %).

La proportion d'inductions en Wallonie (31,6 %) est plus élevée que les proportions en Flandre (24,6 %) (2) et en Région bruxelloise (28,6 %) (1).

Les mères âgées de moins de 20 ans et de 40 ans ou plus présentent les proportions d'inductions les plus élevées (respectivement 37,7 % et 33,1 %) comparées aux mères âgées de 30 à 39 ans (30,2 %).

La proportion d'inductions varie selon la parité, les femmes primipares ayant une proportion plus élevée (33,4 %) que les femmes multipares (30,3 %). La proportion d'inductions augmente avec l'indice de masse corporelle, les femmes en sous-poids présentent la proportion la plus faible (25,7 %) et les mères souffrant d'obésité, la proportion la plus élevée (39,6 %). Les femmes souffrant d'hypertension ou de diabète ont également une proportion d'inductions plus élevée que les femmes non-hypertendues ou non-diabétiques (hypertension : 48,5 % contre 30,9 % ; diabète : 39,1 % contre 31,0 %).

La proportion d'inductions diminue de 2009 à 2015 (33,3 % à 31,6 %) pour se stabiliser en 2016 et 2017 (figure 10).



CLASSIFICATION DES INDUCTIONS

Les méthodes actuelles de classification des femmes ayant été induites sont très hétérogènes, elles reposent sur des indications médicales et comportent des limites significatives. Ces limites contribuent à la controverse et à l'incertitude liées à l'interprétation des résultats maternels et périnataux après une induction du travail. Nippita et al. (27) proposent un système de classification pour l'induction qui repose sur des critères simple et facile à implémenter. Le système de classification de Nippita catégorise les mères en 10 groupes reposant sur les caractéristiques des femmes, à savoir le statut de la grossesse, les antécédents obstétricaux, la présentation de l'enfant et l'âge gestationnel. Les groupes se basent sur des critères mutuellement exclusifs.

Ce système facilite les comparaisons aux niveaux local, régional et international, et améliore la capacité à comparer des populations homogènes de femmes afin de comprendre les différences de résultats pour la santé des mères et de leurs bébés.

Selon la nomenclature de Nippita, 49,0 % des femmes font partie des catégories 2 et 5 (singletons, sommet, 39-40 semaines), avec respectivement 23,2 % de primipares et 25,8 % de multipares sans antécédent de césarienne. La part de ces deux groupes dans la proportion globale d'inductions est élevée avec 7,7 % pour la catégorie 2 et 9,1 % pour la catégorie 5.

Les proportions d'inductions les plus élevées se retrouvent dans les catégories 3 et 6 (singletons, sommet, ≥ 41 semaines) avec 67,4 % chez la primipare et 54,4 % chez la multipare sans antécédent de césarienne (tableau 15).

Tableau 15. Classification des inductions selon les groupes de Nippita, Wallonie, 2017, N=34 953

Groupes Nippita	Nombre de mères	Proportion de mères (%)	Nombre d'inductions	Proportion d'inductions (%)	Part dans la proportion globale (%)
1 Primipares, singleton, sommet, 37-38 semaines	3 082	8,8	917	29,7	2,6
2 Primipares, singleton, sommet, 39-40 semaines	8 098	23,2	2 704	33,4	7,7
3 Primipares, singleton, sommet, ≥ 41 semaines	1 473	4,2	992	67,3	2,8
4 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 37-38 semaines	4 210	12,0	1 541	36,6	4,4
5 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 39-40 semaines	9 023	25,8	3 178	35,2	9,1
6 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, ≥ 41 semaines	972	2,8	529	54,4	1,5
7 Toutes les grossesses, singleton, sommet, ≤ 36 semaines	1 987	5,7	487	24,5	1,4
8 Multipares (avec antécédent de césarienne), singleton, sommet	3 849	11,0	488	12,7	1,4
9 Toutes les grossesses, singleton, présentations transverse ou siège	1 710	4,9	101	5,9	0,3
10 Toutes les grossesses multiples	549	1,6	127	23,1	0,4
TOTAL	34 953	100,0	11 064		31,6

Le groupe Nippita est inconnu pour 42 mères (0,1 %).

5.5.4 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

On constate que 80,1 % des accouchements ont bénéficié d'une péridurale, ou :

- 78,0 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives
- 86,7 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives chez la primipare
- 71,3 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives chez la multipare
- 75,6 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse

L'information est manquante pour 8 accouchements (0,02 %).

La proportion de péridurales en Wallonie (80,1 %) est plus élevée que les proportions en Flandre (69,9 %) (2) et en Région bruxelloise (73,7 %) (1).

La proportion de péridurales augmente de 2009 à 2014 (79,1 % à 80,6 %) avant de se stabiliser.

5.5.5 MODE D'ACCOUCHEMENT

En 2017, 21,8 % de femmes ont été césarisées et 7,3 % ont eu un accouchement assisté par ventouse ou forceps (tableau 16). Si l'on s'intéresse aux accouchements multiples, les proportions diffèrent avec 61,8 % d'accouchements par césarienne et 3,1 % d'instrumentation.

Tableau 16. Distribution des accouchements selon le mode d'accouchement, Wallonie, 2017, N=34 990

Mode d'accouchement	Nombre	%
Spontané en sommet	24 615	70,4
Spontané en siège	187	0,5
Ventouse	1 865	5,3
Forceps	689	2,0
Césarienne programmée	3 669	10,5
Césarienne non programmée	3 965	11,3

Le mode d'accouchement est inconnu pour 5 accouchements (0,01 %).

La proportion d'accouchements avec instrumentation en Wallonie (7,3 %) est plus faible qu'en Région bruxelloise (9,2 %) (1). La proportion de césariennes en Wallonie (21,8 %) est plus élevée que les proportions en Flandre (20,9 %) (2) et en Région bruxelloise (19,7 %) (1).

Euro-Peristat recommande de calculer le mode d'accouchement sur le nombre total de naissances. On obtient donc 69,6 % de naissances spontanées, 7,3 % de naissances avec instrumentation et 22,5 % de césariennes.

Les proportions d'accouchements par césarienne varient fortement en Europe. La médiane est de 27,0 % et la proportion varie de 16,1 % pour l'Islande à 56,9 % pour Chypre, avec des proportions supérieures à 40 % en Bulgarie, en Pologne et en Roumanie. Les taux sont plus élevés dans les pays du sud-est de l'Europe, à quelques exceptions près (Croatie, République tchèque et Slovaquie). Les régions nordiques et baltes présentent de faibles proportions de césariennes (16 à 17 %) (3).

La proportion de césariennes augmente avec l'âge de la mère, les mères âgées de moins de 20 ans ayant 12,8 % de césarienne et les mères de 40 ans ou plus 33,5 %. L'analyse selon les caractéristiques biomédicales de la mère présentent des résultats différents avec une proportion de césariennes plus élevée chez les femmes primipares (24,2 %) que les femmes multipares (20,0 %). Comme observé pour l'induction, la proportion de césariennes augmente avec l'indice de masse corporelle, les femmes en sous-poids présentant la proportion la plus faible (15,6 %) et les mères souffrant d'obésité, la proportion la plus élevée (29,4 %). Les femmes souffrant d'hypertension ou de diabète ont également une proportion de césariennes plus élevée que les femmes non-hypertendues ou non diabétiques (hypertension : 38,6 % contre 21,0 % ; diabète : 29,0 % contre 21,1 %).

La proportion d'accouchements instrumentaux est stable depuis 2015. Une augmentation de la proportion de césariennes est observée de 2009 à 2014 passant de 20,1 % à 22,1 % et se stabilise de 2015 à 2017. L'évolution de la proportion de césariennes concerne principalement les césariennes électives passant de 9,5 % en 2009 à 10,8 % en 2013 pour ensuite se stabiliser (figure 11). La proportion de césariennes pour les accouchements uniques suit la même évolution par contre la proportion de césariennes pour les accouchements multiples reste stable.

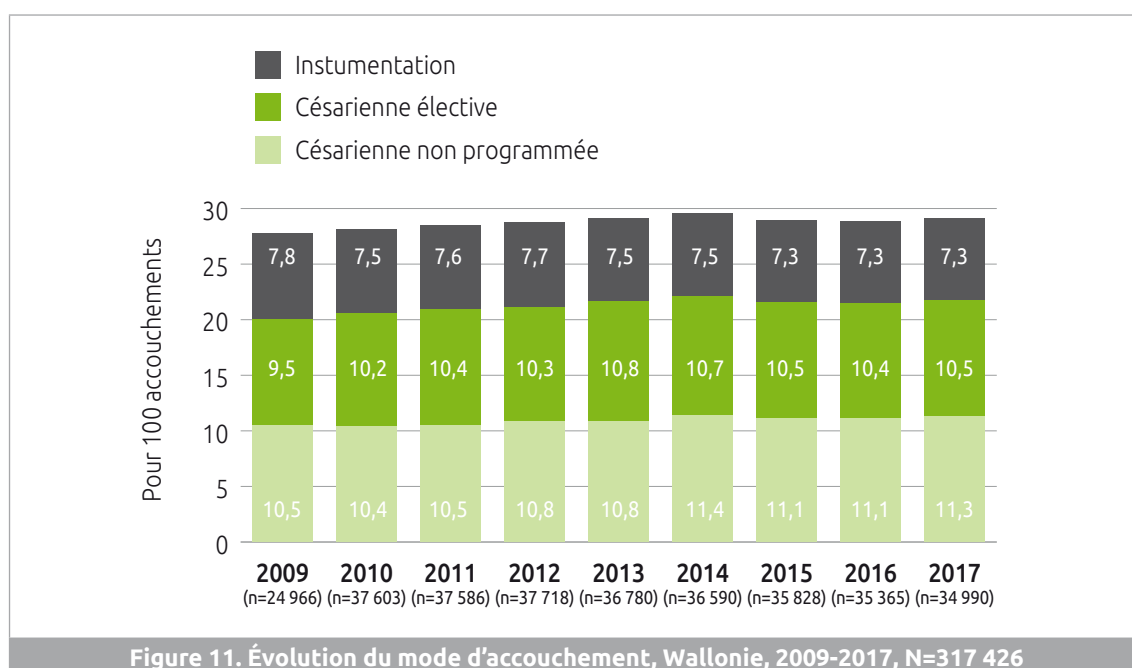
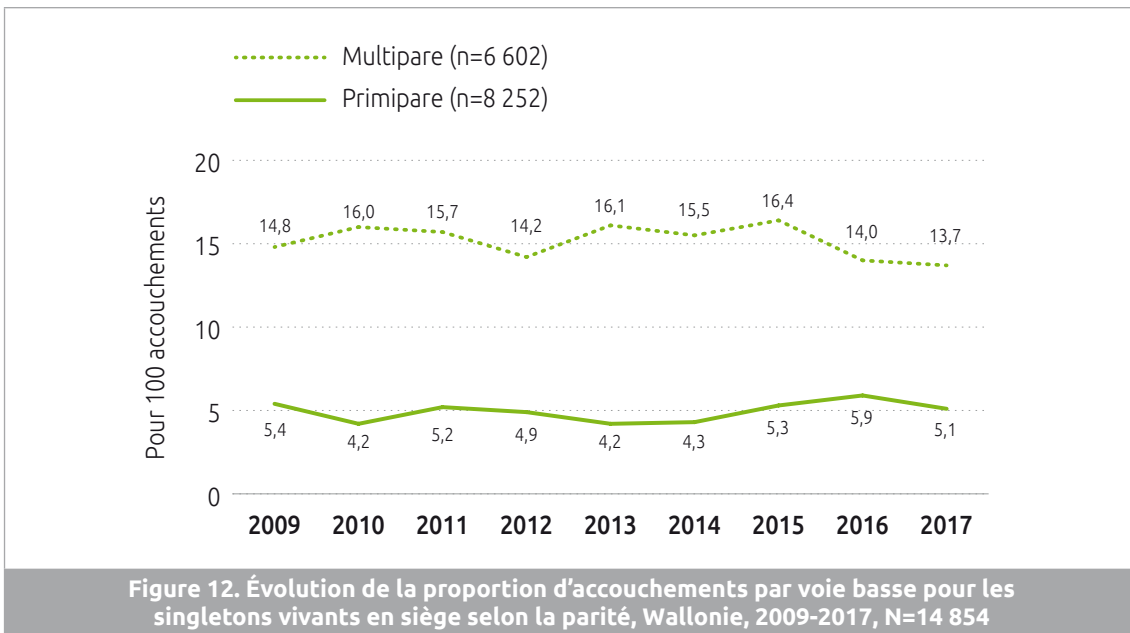


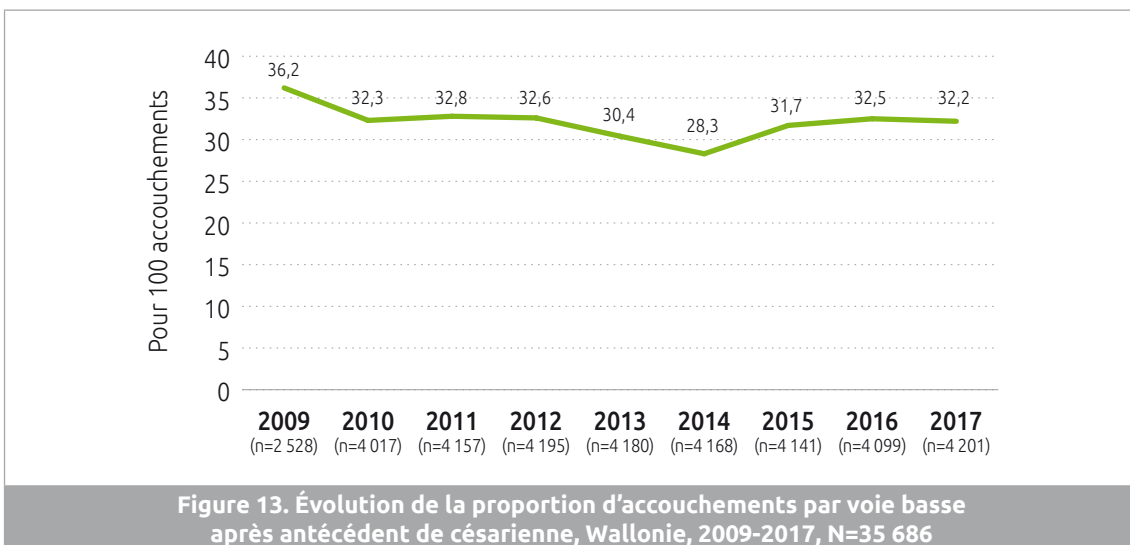
Figure 11. Évolution du mode d'accouchement, Wallonie, 2009-2017, N=317 426

En Europe, l'évolution de la proportion de césariennes entre 2010 et 2015 présente des résultats très hétérogènes et les différences entre ces deux périodes ne semblent pas être liées aux proportions de 2010. On observe aussi bien des augmentations que des diminutions dans les proportions de césariennes et ce que les pays affichent des taux élevés ou faibles de césariennes en 2010. Les baisses les plus importantes (de 2 à 13 %) sont observées en Lituanie, en Lettonie, au Portugal, en Estonie et en Italie. Les pays qui ont connu une augmentation substantielle de leur proportion incluent la Hongrie, la Pologne et la Roumanie qui affichent les proportions de césariennes parmi les plus élevées d'Europe (3).

La proportion de césariennes est plus élevée parmi les mères avec un singleton vivant en siège avec 91,2 % contre 17,6 % pour les singletons vivants en sommet. Quelle que soit la parité, la proportion d'accouchements par voie basse pour les singletons vivants en siège reste stable de 2009 à 2017 (figure 12).



La proportion de multipares avec au moins un antécédent de césarienne est de 20,8 % et parmi celles-ci, 32,2 % ont accouché par voie basse. Cette proportion d'accouchements voie basse chez les multipares a diminué de 2009 à 2014 (36,2 % à 28,3 %) pour augmenter en 2015 et se stabiliser en 2016 et 2017 (figure 13).



CLASSIFICATION DES CÉSARIENNES

Les systèmes utilisés pour classifier les césariennes sont très hétérogènes et les comparaisons régionales, nationales et internationales rendues difficiles. Dans sa dernière note (28), l'OMS recommande d'utiliser le système de classification de Robson⁷ (29), 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.

Selon la nomenclature de Robson, 47,1 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 21,9 % de primipares et 25,2 % de multipares. La part de ces deux groupes dans la proportion globale de césariennes est faible (2,3 % pour la catégorie 1 et 0,4 % pour la catégorie 3), ce constat est positif. Les proportions de césariennes les plus élevées se retrouvent dans les catégories 9 (transverse) et 6 (primipare en siège). Néanmoins, la taille de ces groupes étant très petite, leur part dans la proportion de césariennes est relativement faible. Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 21,8 % de proportion de césariennes sont les «Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective», avec 4,2 % et les «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines», avec 6,6 % (tableau 17).

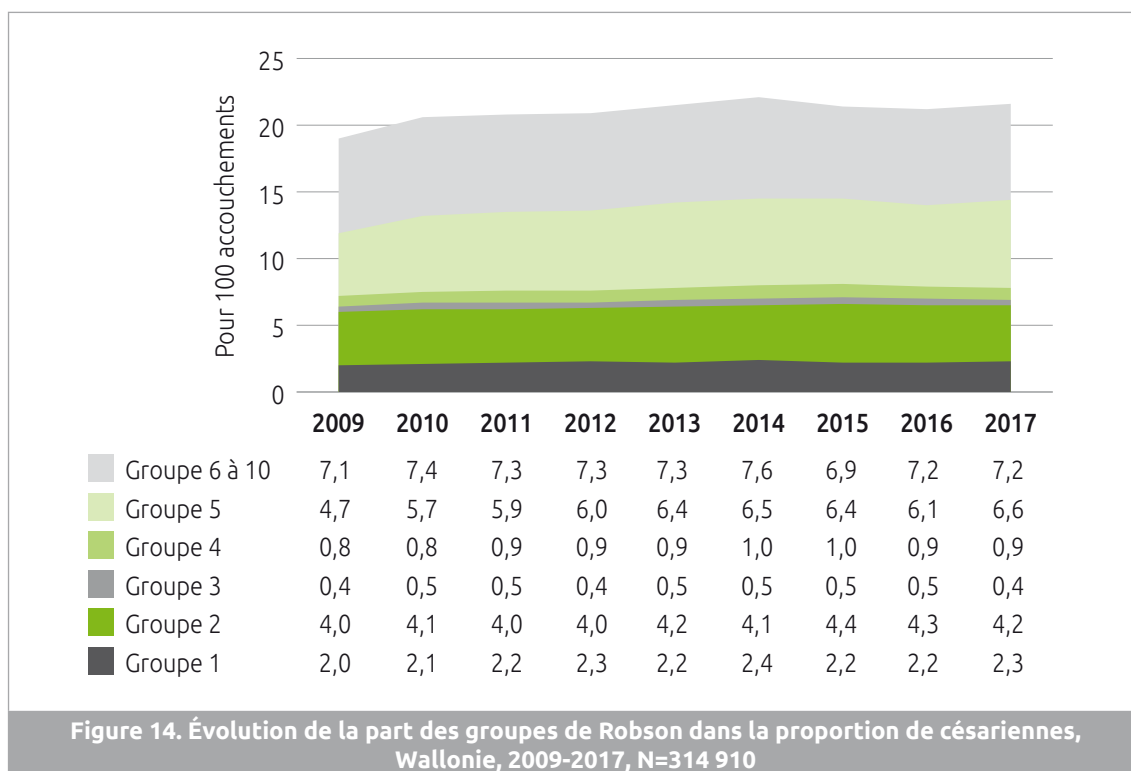
Tableau 17. Classification des césariennes selon les catégories de Robson, Wallonie, 2017, N=34 951

Groupes Robson	Nombre de mères	Proportion de mères (%)	Nombre de césariennes	Proportion de césariennes (%)	Part de la proportion globale (%)
1 Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	7 664	21,9	811	10,6	2,3
2 Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	4 987	14,3	1 474	29,6	4,2
3 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	8 812	25,2	157	1,8	0,4
4 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	5 392	15,4	321	5,9	0,9
5 Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines	3 540	10,1	2 304	65,1	6,6
6 Toutes les primipares, singleton en siège	902	2,6	835	92,6	2,4
7 Toutes les multipares, singleton en siège	693	2,0	580	83,7	1,7
8 Toutes les grossesses multiples	549	1,6	339	61,8	1,0
9 Toutes les grossesses, singleton en transverse	116	0,3	113	97,4	0,3
10 Toutes les grossesses, singleton, sommet, ≤ 36 semaines	2 296	6,6	665	29,0	1,9
TOTAL	34 951	100,0	7 599		21,8

Le groupe Robson est inconnu pour 44 mères (0,1 %).

7 Le système de classification de Robson catégorise les mères en 10 groupes en fonction des caractéristiques maternelles et fœtales de la grossesse. Les groupes se basent sur des critères pertinents, mutuellement exclusifs et totalement inclusifs.

L'évolution de la proportion de césariennes selon les catégories de Robson montre une augmentation de la contribution de la catégorie 5 «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines» dans la proportion globale de césariennes de 2009 à 2017 (4,7 % à 6,6 %). Les proportions parmi les autres catégories restent stables sur la période étudiée (figure 14).



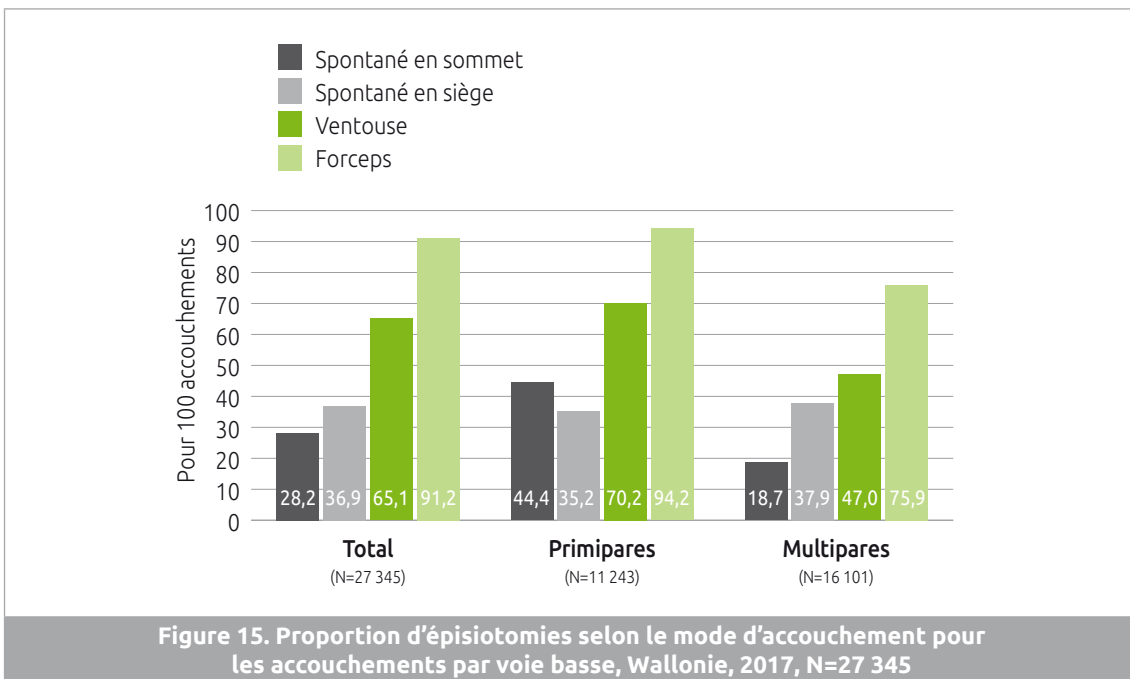
5.5.6 ÉPISIOTOMIE

On constate que 25,4 % des accouchements ont eu une épisiotomie, ou :

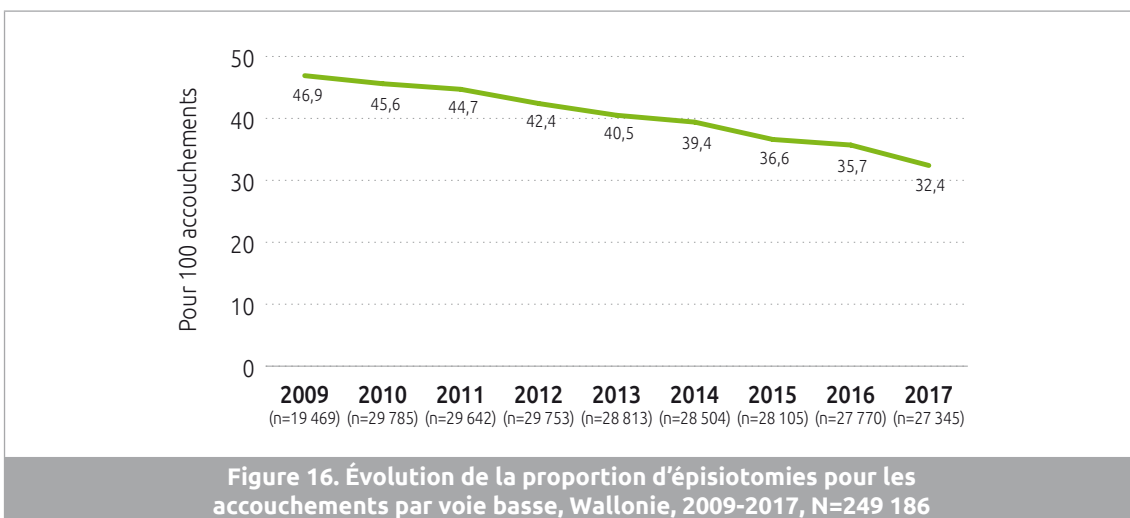
- 32,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse
 - 50,2 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la primipare
 - 19,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la multipare
- Cette information est manquante pour 13 accouchements (0,04 %).

La Wallonie présente une proportion d'épisiotomies plus élevée (25,4 %) qu'en Région bruxelloise (19,9 %) (1) mais nettement plus faible qu'en Flandre (42,3 %) (2).

La proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse varie selon le mode d'accouchement et la parité, les accouchements par forceps présentent la proportion d'épisiotomies la plus élevée (91,2 %) avec 94,2 % chez les primipares et 75,9 % chez les multipares (figure 15).



Par ailleurs, une diminution de la proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse s'observe entre 2009 et 2017 allant de 46,9 % à 32,4 % (figure 16).



5.5.7 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE⁸

On constate que 33,5 % des accouchements n'ont pas eu d'intervention obstétricale, ou :

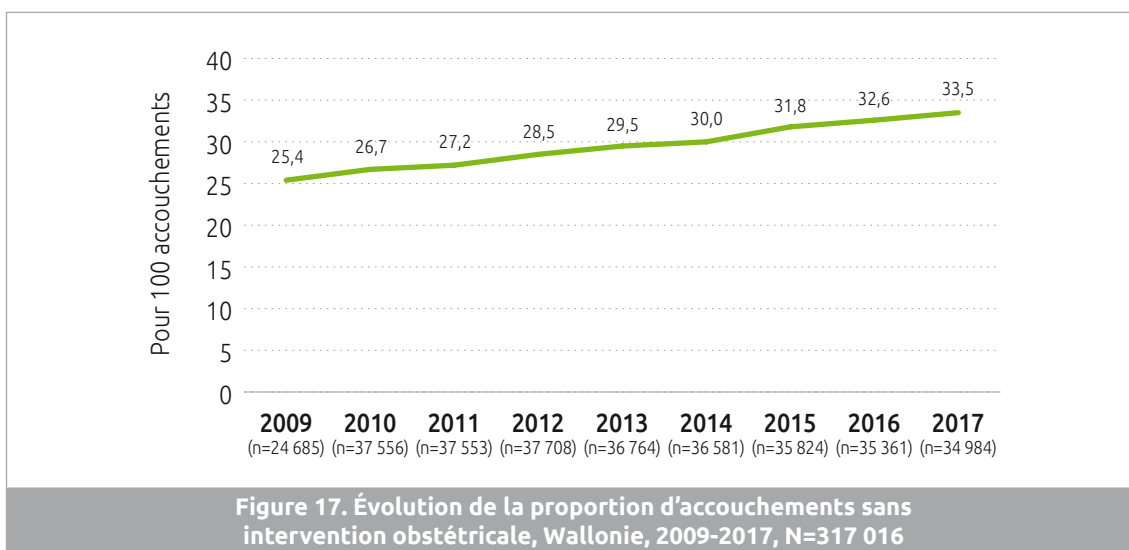
- 33,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 35,3 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 25,5 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 42,4 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare

L'indicateur accouchement sans intervention obstétricale est inconnu pour 11 accouchements (0,03 %).

⁸ Accouchement par voie basse après un travail spontané, sans instrumentation et sans épisiotomie.

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale **et** sans péridurale est de 12,3 %. La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale en Wallonie (33,5 %) est plus faible qu'en Région bruxelloise (40,6 %) (1).

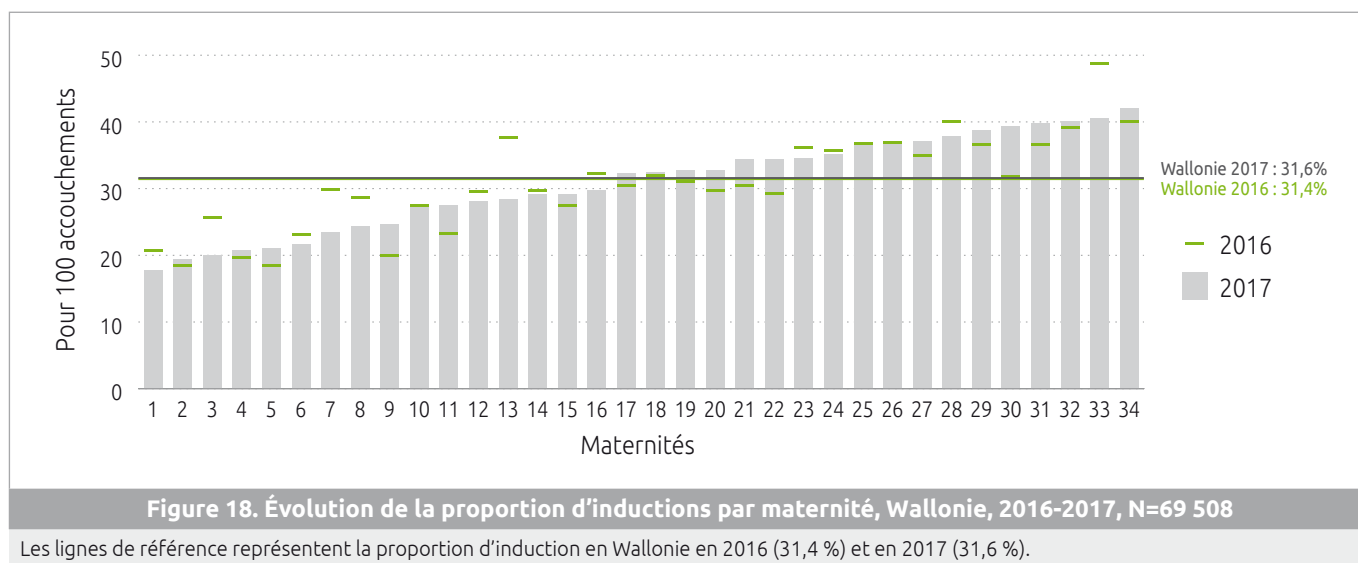
Cette proportion augmente de 2009 à 2017, passant de 25,4 % à 33,5 % (figure 17).



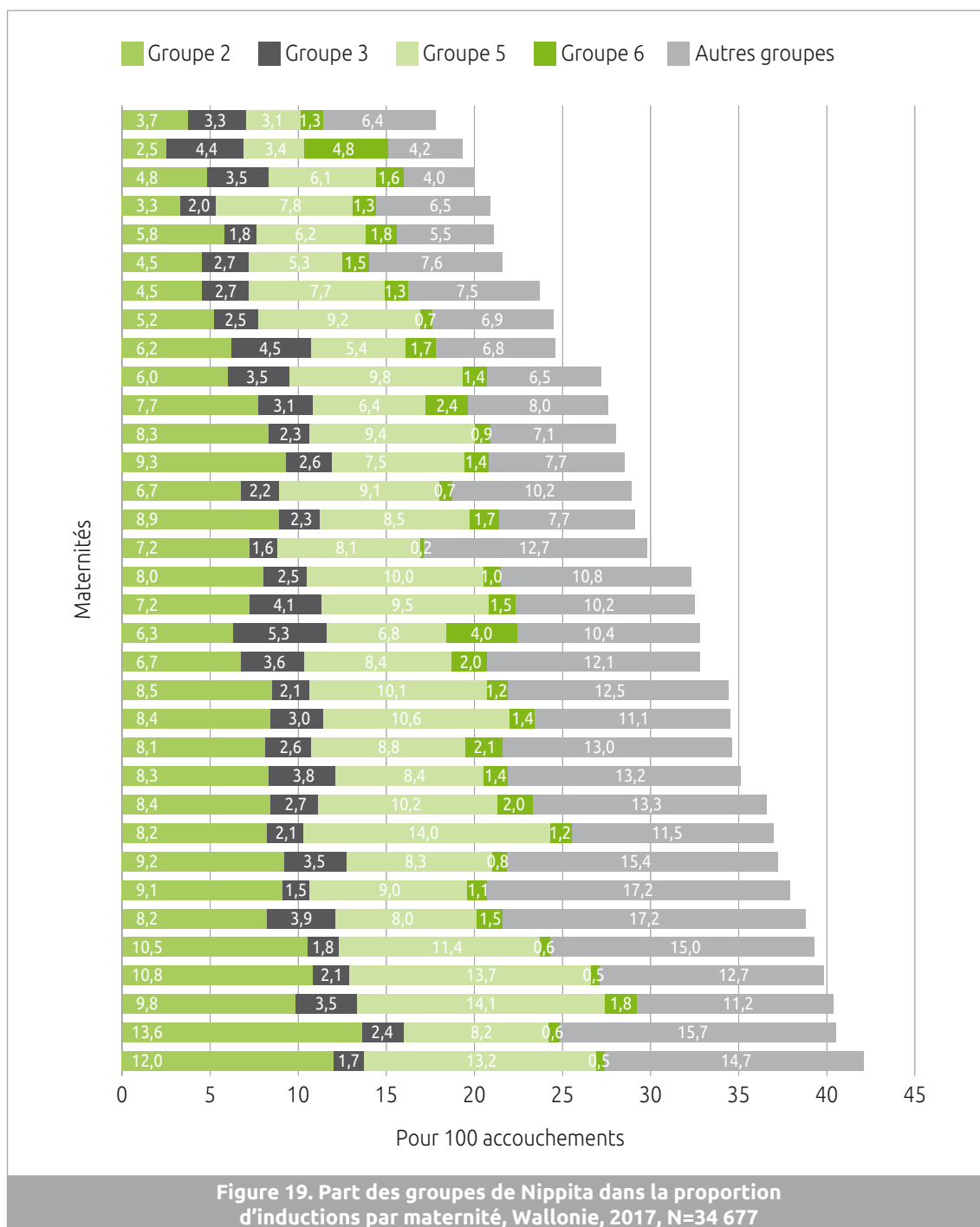
5.5.8 PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS

1. INDUCTION ET MATERNITÉS

La proportion d'inductions varie fortement d'une maternité à l'autre, allant de 17,8 % à 42,0 %. Malgré cette variation importante entre maternités, la tendance générale est à la stabilisation entre 2016 et 2017 avec 16 maternités (47,1 %) qui ont diminué leur proportion d'inductions et 18 qui l'ont augmenté (52,9 %). Comparée à la proportion régionale (31,6 %), 16 maternités ont une proportion inférieure (figure 18).



L'analyse de Nippita par maternité montre que la part des groupes 2 (primipares, singleton sommet, à terme, travail spontané) et 5 (multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, à terme) font varier la proportion globale d'inductions par maternité (figure 19).



2. MODE D'ACCOUCHEMENT ET MATERNITÉS

Les proportions de césariennes et d'instrumentations oscillent fortement d'une maternité à l'autre (12,5 % à 30,3 % pour la césarienne et 0,9 % à 13,6 % pour l'instrumentation). Cette grande variation de la proportion d'instrumentations est autant observée pour les maternités avec une proportion de césariennes inférieure à la proportion régionale (21,8 %) que pour les maternités avec une proportion supérieure (figure 20).

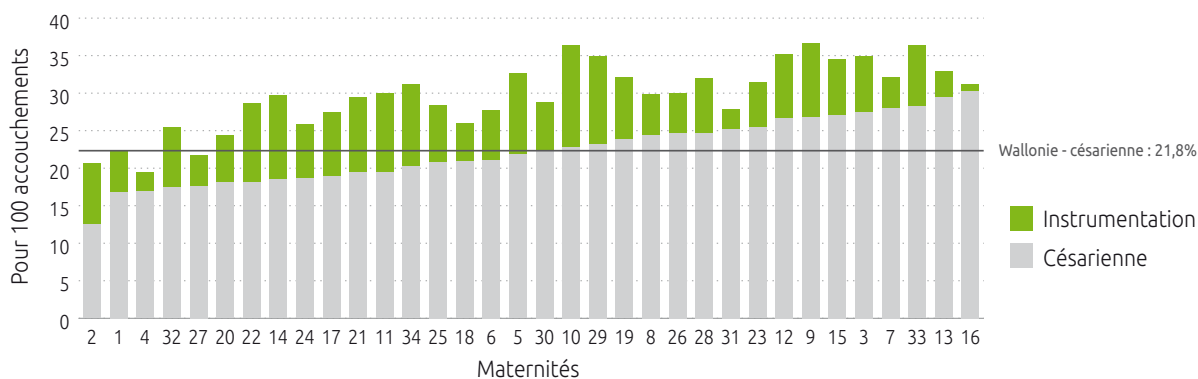


Figure 20. Mode d'accouchement par maternité, Wallonie, 2017, N=34 712

La ligne de référence représente la proportion de césariennes en Wallonie en 2017 (21,8 %).

Malgré cette variation importante entre maternités, la moitié des maternités a diminué leur proportion de césariennes de 2016 à 2017 et l'autre moitié l'a augmentée. Comparée à la proportion régionale (21,8 %), 16 maternités ont une proportion inférieure (figure 21).

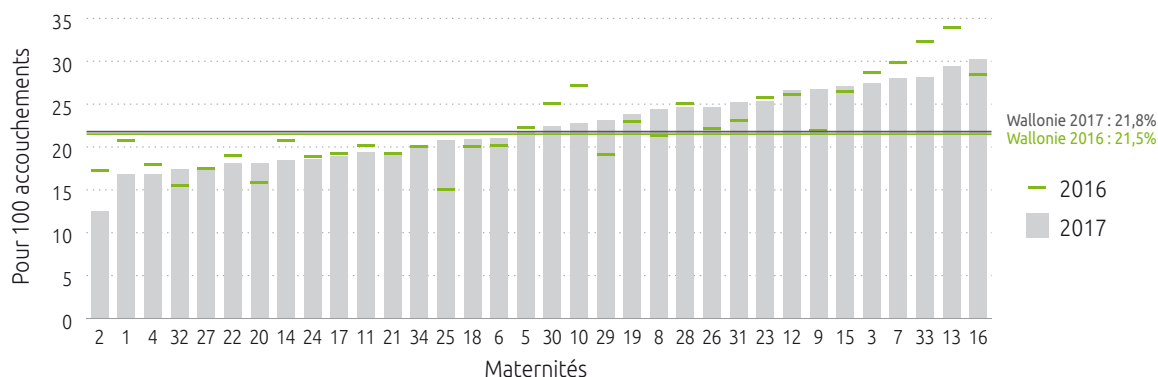


Figure 21. Évolution de la proportion de césariennes par maternité, Wallonie, 2016-2017, N=69 506

Les lignes de référence représentent la proportion de césariennes en Wallonie en 2016 (21,5 %) et en 2017 (21,8 %).

La proportion de femmes ayant accouché par voie basse après antécédent de césarienne varie fortement d'une maternité à l'autre allant de 68,3 % à 13,0 %. Comparée à la proportion régionale (32,2 %), 14 maternités ont une proportion supérieure (figure 22).

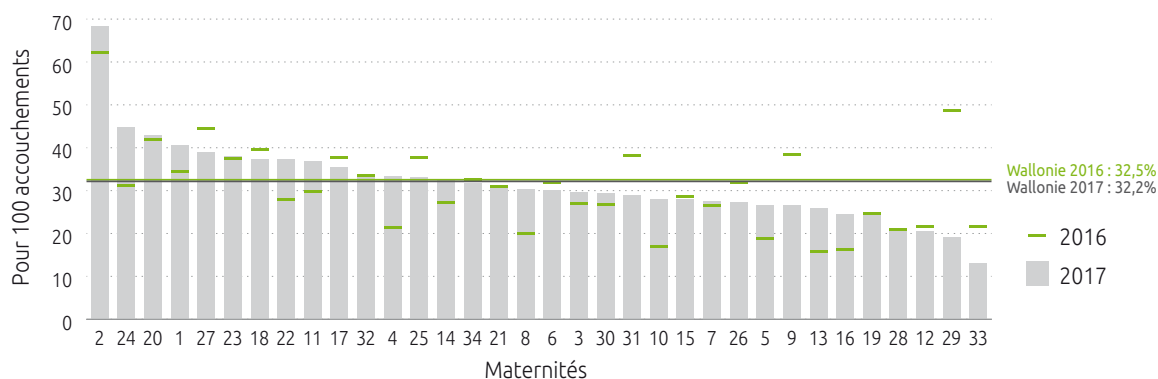
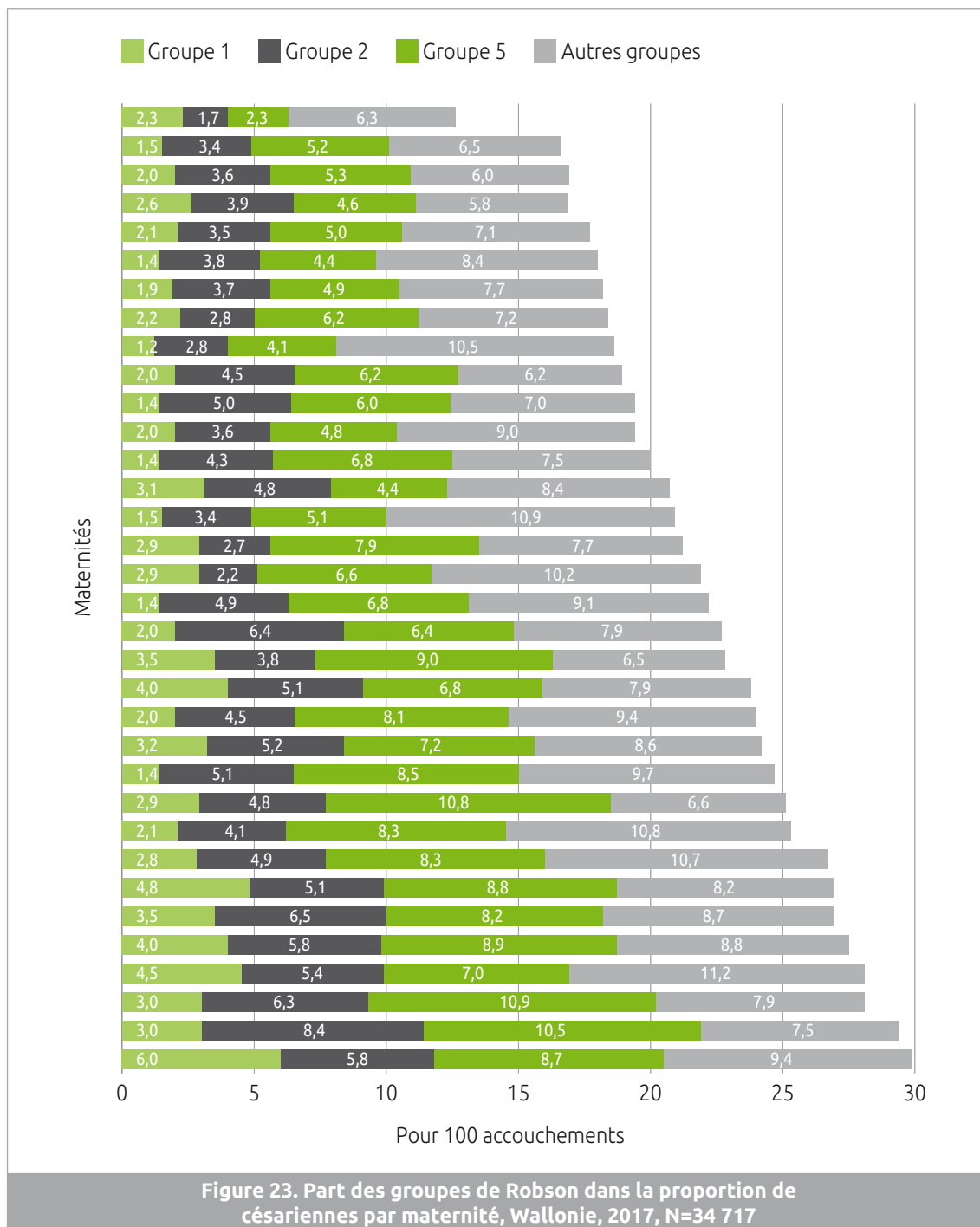


Figure 22. Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne par maternité, Wallonie, 2016-2017, N=8 244

Les lignes de référence représentent la proportion d'accouchements voie basse après antécédent de césarienne en Wallonie en 2016 (32,5 %) et en 2017 (32,2 %).

L'analyse de Robson par maternité montre que la part des groupes 1 (primipares, singleton sommet, à terme, travail spontané), 2 (primipares, singleton sommet, à terme, travail induit ou césarienne élektive) et 5 (multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, à terme) font varier la proportion globale de césariennes par maternité (figure 23).



3. ÉPISIOTOMIE ET MATERNITÉS

Entre 2016 et 2017, la tendance est à la baisse avec 30 maternités sur 34 (88,2 %) qui ont diminué leur proportion d'épisiotomies. La proportion d'épisiotomies oscille fortement d'une maternité à l'autre, la proportion en 2017 variant de 11,7 % à 61,5 % pour les accouchements par voie basse avec 21 maternités ayant une proportion inférieure à la proportion régionale (32,4 %) (figure 24). 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.

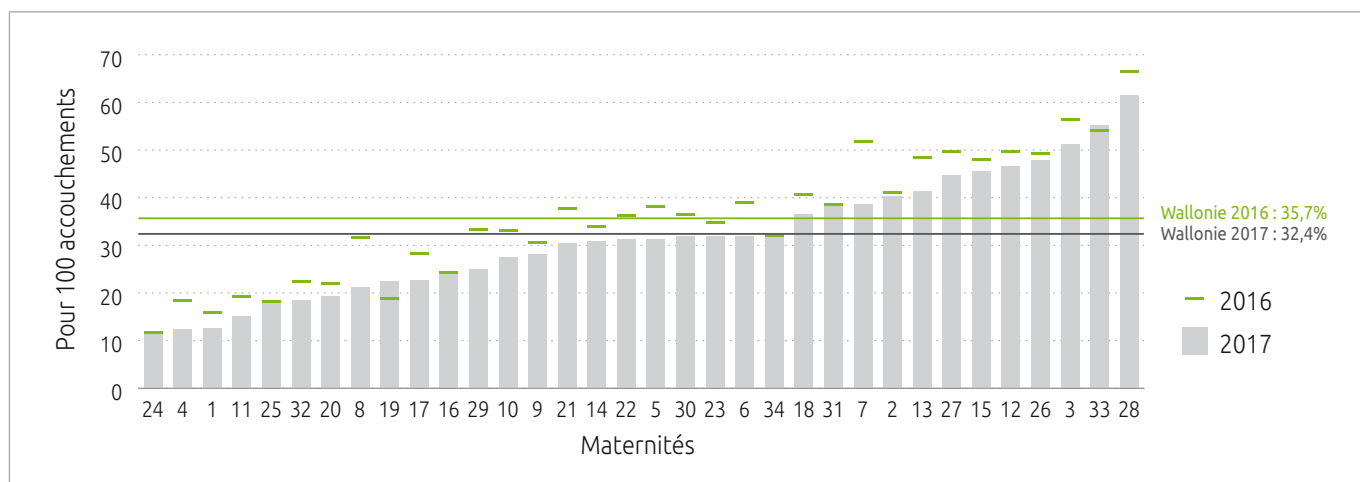


Figure 24. Évolution de la proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse par maternité, Wallonie, 2016-2017, N=54 350

Les lignes de référence représentent la proportion d'épisiotomies pour les accouchements voie basse en Wallonie en 2016 (35,7 %) et en 2017 (32,4 %).

4. ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE ET MATERNITÉS

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale varie fortement d'une maternité à l'autre (59,7 % à 14,2 %). Malgré cette variation importante entre maternités, la tendance générale est à l'augmentation entre 2016 et 2017 marquée par 20 maternités sur 34 (58,8 %) qui ont augmenté leur proportion d'accouchements sans intervention obstétricale. Comparée à la proportion régionale (33,5 %), 17 maternités ont une proportion plus élevée (figure 25).

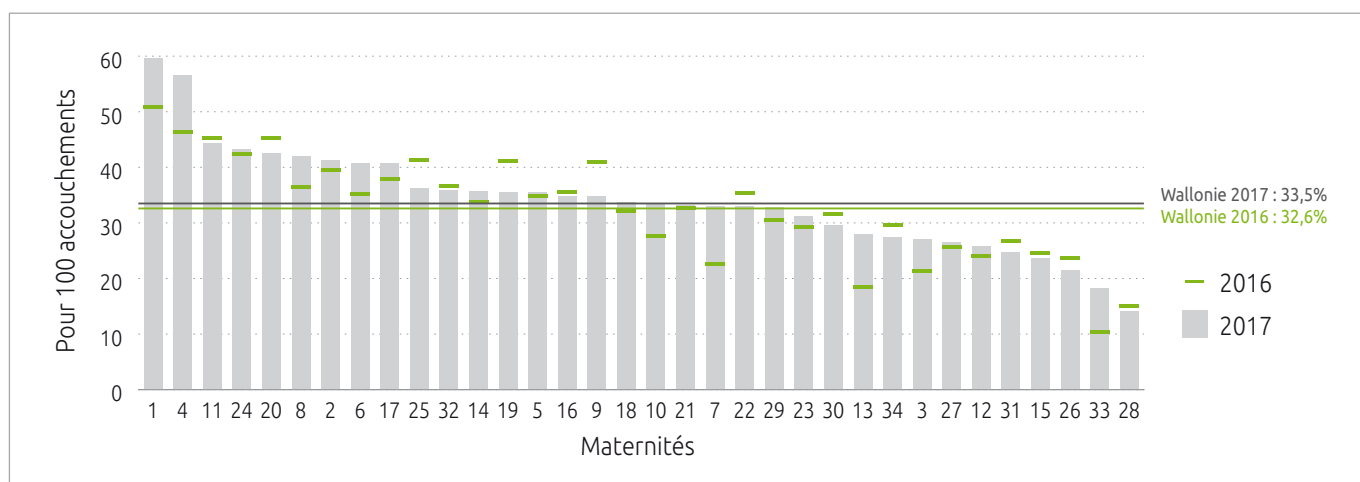


Figure 25. Évolution de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale par maternité, Wallonie, 2016-2017, N=69 500

Les lignes de référence représentent la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale en Wallonie en 2016 (32,6 %) et en 2017 (33,5 %).

On observe des variations importantes entre les maternités pour toutes les pratiques obstétricales. L'analyse de la numérotation des maternités⁹ en fonction des différentes pratiques obstétricales montre une certaine hétérogénéité dans les attitudes des maternités, la maternité ayant la proportion d'inductions la plus faible n'affichant pas les proportions d'autres pratiques obstétricales les plus faibles.

5.6 ALLAITEMENT MATERNEL¹⁰

La proportion de mères ayant notifié l'intention d'allaiter leur(s) enfant(s) au moment de l'accouchement est de 81,2 %. La proportion est de 81,2 % parmi les grossesses uniques et de 78,4 % parmi les grossesses multiples. Une différence dans les proportions s'observe lorsque l'on s'intéresse à l'âge gestationnel où 81,3 % des mères ayant accouché à partir de 37 semaines ont signifié leur intention d'allaiter, contre 79,6 % des mères ayant accouché prématurément. L'information «allaitement maternel» est inconnue pour 155 accouchements (0,7 %).

Cette proportion, bien que ne donnant aucune information sur la poursuite de l'allaitement dans la durée, est identique à la proportion d'initiation relevée lors de l'enquête de couverture vaccinale où la proportion était de 81,7 % en Wallonie (30).

La proportion de mères désirant allaiter en Wallonie (81,2 %) est plus faible qu'en Région bruxelloise (94,5 %) (1).

9 Un numéro a été attribué à chaque maternité wallonne sur la base de leur proportion d'inductions en 2017 (figure 19). Les maternités gardent le même numéro pour toutes les pratiques obstétricales, ce qui permet d'analyser le profil des maternités.

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 (N=21 182)

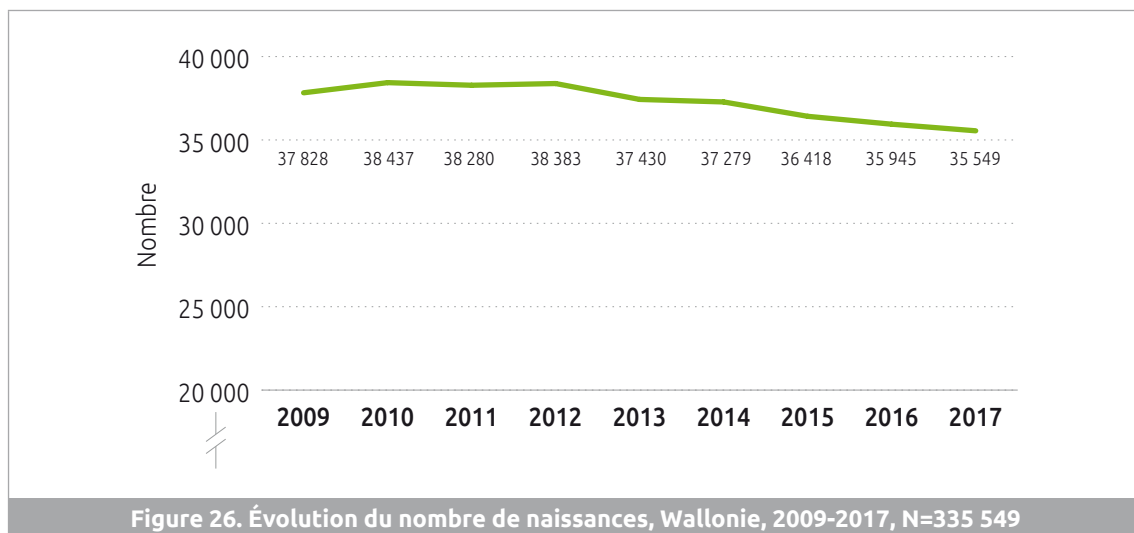
6. NAISSANCES EN WALLONIE

6.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

En 2017, 35 549 naissances survenues sur le territoire wallon ont été enregistrées, avec 34 446 naissances uniques et 1 103 naissances multiples (tableau 18).

Tableau 18. Détail des naissances, Wallonie, 2017, N=35 549	
Naissances vivantes : 35 338	
Singletons :	34 250
Multiplés :	1 088
Mort-nés : 211	
Singletons :	196
Multiplés :	15

Une diminution du nombre de naissances en Wallonie est observée depuis 2012 passant de 38 383 naissances en 2012 à 35 549 en 2017 (figure 26).



6.2 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

6.2.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Pour les singletons vivants,

- 95,1 % se présentent en sommet
- 4,5 % se présentent en siège
- 0,3 % se présentent en transverse

La présentation est inconnue pour 35 singletons vivants (0,1 %).

6.2.2 ÂGE GESTATIONNEL

La proportion d'enfants nés avant 37 semaines est de

- 9,3 % pour l'ensemble des naissances
- 8,9 % pour l'ensemble des naissances vivantes
- 7,7 % pour les singletons
- 7,2 % pour les singletons vivants
- 61,2 % pour les multiples
- 60,8 % pour les multiples vivants
- 12,4 % dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs
- 7,6 % dans les maternités sans centre de soins néonataux intensifs

L'âge gestationnel est inconnu pour 2 naissances (0,01 %).

Parmi les singletons vivants nés à terme, 30,3 % ont un âge gestationnel de 37 ou 38 semaines (early term¹¹). Parmi les singletons vivants nés prématurés, 78,3 % des enfants sont nés entre 34 et 36 semaines (late preterm¹²) (tableau 19).

Tableau 19. Distribution des naissances selon l'âge gestationnel, Wallonie, 2017, N=35 547

Âge gestationnel (semaines)	Naissances vivantes (n=35 336)				Mort-nés (n=211)				Total (n=35 547)
	Singletons (n=34 248)		Multiples (n=1 088)		Singletons (n=196)		Multiples (n=15)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
< 28	105	0,3	26	2,4	94	48,0	10	66,7	0,7
28-31	179	0,5	71	6,5	37	18,9	1	6,7	0,8
32-33	253	0,7	121	11,1	8	4,1	1	6,7	1,1
34-36	1 937	5,7	443	40,7	27	13,8	2	13,3	6,8
37-38	9 619	28,1	396	36,4	20	10,2	0	0,0	28,2
39-40	19 490	56,9	31	2,9	9	4,6	1	6,7	54,9
> 40	2 665	7,8	0	0,0	1	0,5	0	0,0	7,5

L'âge gestationnel est inconnu pour 2 naissances (0,01 %).

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines en Wallonie (9,3 %) est supérieure à la proportion en Région bruxelloise (8,6 %) (1).

En Europe, la proportion de naissances vivantes nées avant terme varie de 6 % à 12 %. Les proportions les plus faibles ont été observées en Norvège, Danemark, Lettonie, Finlande, Estonie, Suède, Islande et Lituanie, et les proportions les plus élevées en Allemagne, Grèce, Hongrie et Chypre (3).

11 Les «early term» sont définis comme les enfants nés à 37 ou 38 semaines gestationnelles (31).

12 Les «late preterm» sont définis comme les enfants nés entre 34 et 36 semaines gestationnelles (31).

Les proportions de singletons vivants preterm, late-preterm et early-term sont plus élevées chez les mères âgées de 40 ans et plus comparées aux mères âgées de moins de 40 ans. Les mères avec un faible niveau d'instruction présentent des proportions de preterm, late-preterm et early-term plus élevées comparées aux mères ayant fait des études supérieures (tableau 20).

Tableau 20. Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques sociodémographiques de la mère pour les naissances uniques vivantes, Wallonie, 2017

	Preterm ¹³ < 34 semaines (n=537)		Late-preterm 34-36 semaines (n=1 937)		Early-term 37-38 semaines (n=9 619)		Full-term ¹⁴ ≥ 39 semaines (n=22 155)		p-valeur*
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Âge (années), n=34 248	< 0,001								
< 20	24	2,6	44	4,9	217	24,0	620	68,5	
20 - 39	239	1,5	915	5,8	4 385	27,7	10 267	65,0	
30 - 39	238	1,5	895	5,5	4 646	28,3	10 613	64,7	
≥ 40	36	3,1	83	7,3	371	32,4	655	57,2	
Nationalité d'origine, n=34 240	< 0,001								
Belge	381	1,6	1 465	6,0	6 915	28,3	15 675	64,2	
Marocaine	19	1,3	57	3,9	366	25,2	1 013	69,6	
Italienne	18	1,4	73	5,9	341	27,5	808	65,2	
Française	17	1,4	58	5,0	311	26,6	785	67,0	
Turque	13	1,9	26	3,8	214	31,3	430	63,0	
Autres	89	1,7	258	4,9	1 469	28,0	3 439	65,4	
Niveau d'éducation, n=27 505	< 0,001								
Secondaire ou moins	263	1,6	997	6,1	4 921	30,3	10 059	61,9	
Postsecondaire ou plus	126	1,1	548	4,9	2 821	25,0	7 770	69,0	
Situation professionnelle, n=33 500	< 0,001								
Sans profession	303	2,1	849	5,9	4 322	30,0	8 943	62,0	
Active	224	1,2	1 042	5,5	5 067	26,5	12 750	66,8	

* Test chi² qui compare la proportion des caractéristiques sociodémographiques de la mère entre les quatre catégories de l'âge gestationnel.

13 Les «preterm» regroupent la grande prématurité (< 32 semaines) et la prématurité modérée (32-33 semaines).

14 Les «full-term» regroupent toutes les naissances de 39 semaines et plus.

Les mères en sous-poids, souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle accouchent davantage avant 39 semaines, que ce soit en preterm, late-preterm ou early-term. Les proportions de singletons vivants preterm et late-preterm sont plus élevées parmi les mères ayant eu recours à un traitement conceptionnel comparées aux mères ayant eu une grossesse spontanée (tableau 21).

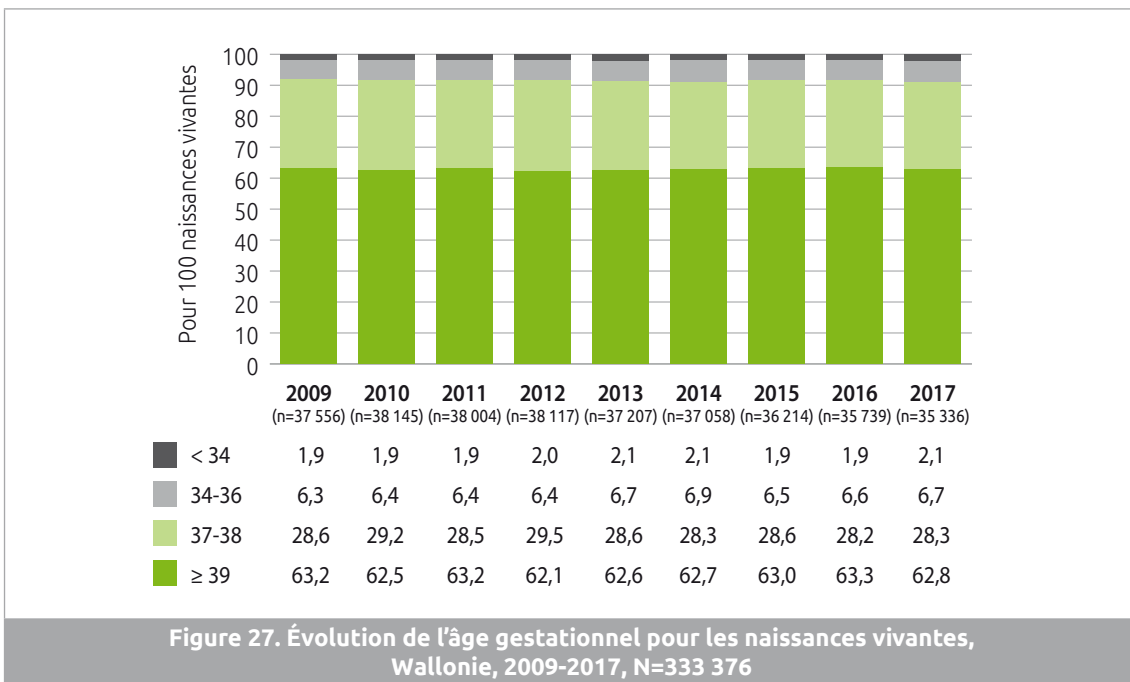
Tableau 21. Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques biomédicales de la mère pour les naissances uniques vivantes, Wallonie, 2017

	Preterm < 34 semaines (n=537)		Late-preterm 34-36 semaines (n=1 937)		Early-term 37-38 semaines (n=9 619)		Full-term ≥ 39 semaines (n=22 155)		p-valeur*
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Parité, n=34 246	< 0,001								
Primipare	282	1,9	832	5,7	3 467	23,9	9 951	68,5	
Multipare	255	1,3	1 105	5,6	6 152	31,2	12 202	61,9	
IMC, n=32 628	< 0,001								
Insuffisance pondérale	37	1,9	159	8,0	683	34,5	1 100	55,6	
Corpulence normale	235	1,3	987	5,5	4 828	27,0	11 819	66,1	
Surpoids / obésité	161	1,3	657	5,1	3 672	28,7	8 290	64,9	
Diabète, n=34 018	< 0,001								
Oui	54	1,8	243	8,0	1 144	37,8	1 589	52,4	
Non	466	1,5	1 668	5,4	8 422	27,2	20 432	65,9	
Hypertension artérielle, n=34 134	< 0,001								
Oui	101	6,6	213	14,0	542	35,5	671	43,9	
Non	431	1,3	1 708	5,2	9 057	27,8	21 411	65,7	
Conception médicalement assistée, n=33 801	< 0,001								
Oui	42	3,3	97	7,6	354	27,6	790	61,6	
Non	481	1,5	1 806	5,6	9 152	28,1	21 079	64,8	

* Test chi² qui compare la proportion des caractéristiques biomédicales de la mère entre les quatre catégories de l'âge gestationnel.

La proportion d'inductions augmente avec l'âge gestationnel (9,5 % pour les preterm à 35,1 % pour les full-term). Pour la proportion de césariennes, la proportion diminue lorsque l'âge gestationnel augmente avec respectivement 58,7 % chez les preterm, 31,5 % chez les late-preterm, 28,1 % chez les early-term et 16,5 % chez les full-term. Cependant la proportion de césariennes programmées la plus élevée s'observe parmi les early term (18,3 %) et la plus faible parmi les full-term (6,8 %).

La proportion d'enfants nés avant terme n'évolue pas de 2009 à 2017, quelque soit le type de prématurité (figure 27).



6.2.3 POIDS À LA NAISSANCE

La proportion d'enfants de faible poids (< 2 500 g) est de

- 8,6 % pour l'ensemble des naissances
- 8,1 % pour l'ensemble des naissances vivantes
- 6,9 % pour les singletons
- 6,4 % pour les singletons vivants
- 61,7 % pour les multiples
- 61,3 % pour les multiples vivants
- 3,3 % pour l'ensemble des naissances à terme
- 3,3 % pour les naissances vivantes à terme
- 22,6 % pour les mort-nés à terme
- 11,0 % dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs
- 6,5 % dans les maternités sans centre de soins néonataux intensifs

Le poids à la naissance est inconnu pour 19 naissances (0,1 %)

Le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 225 g (déviation standard : 577 g). Pour les enfants nés vivants, le poids moyen est de 3 236 g (déviation standard : 556 g).

Parmi les singletons nés vivants, 6,4 % ont un faible poids à la naissance avec 0,8 % qui sont nés avec un très faible poids à la naissance (< 1 500 g) (tableau 22).

Tableau 22. Distribution des naissances selon le poids à la naissance, Wallonie, 2017, N=35 530

Poids (g)	Naissances vivantes (n=35 321)				Mort-nés (n=209)				Total (n=35 530)
	Singletons (n=34 234)		Multiples (n=1 087)		Singletons (n=194)		Multiples (n=15)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
< 500	9	0,0	1	0,1	25	12,9	10	66,7	0,1
500 - 1 499	266	0,8	105	9,7	98	50,5	2	13,3	1,3
1 500 - 2 499	1 928	5,6	560	51,5	34	17,5	2	13,3	7,1
2 500 - 3 999	29 794	87,0	421	38,7	34	17,5	1	6,7	85,1
≥ 4 000	2 237	6,5	0	0,0	3	1,6	0	0,0	6,3

Le poids à la naissance est inconnu pour 19 naissances (0,1 %).

La proportion de faible poids à la naissance (< 2 500 g) chez les enfants nés vivants est plus élevée en Wallonie (8,1 %) qu'en Région bruxelloise (6,8 %) (1). Cependant, la proportion de très faible poids à la naissance (< 1 500 g) (1,1 %) est plus faible qu'en Région bruxelloise (1,3 %) (1).

En Europe, la proportion de faible poids à la naissance (< 2 500 g) varie de 4,2 % à 10,6 % des naissances vivantes, les proportions étant plus faibles dans les pays nordiques et baltes (Estonie, Finlande, Suède, Lettonie, Lituanie et Norvège) et plus élevées dans le sud et l'est de l'Europe (Roumanie, Espagne, Hongrie, Portugal, Grèce, Bulgarie et Chypre) (3).

La proportion de singletons nés vivants de faible poids à la naissance augmente aux âges extrêmes de la mère, les femmes âgées de moins de 20 ans et celles âgées de 40 ans et plus ont davantage d'enfants de petit poids avec respectivement 8,3 % et 9,7 % contre 6,3 % pour les femmes de 20 à 39 ans.

Les mères d'origine belge ou italienne présentent la proportion d'enfants de faible poids la plus élevée (respectivement 6,9 % et 6,3 %) contrairement aux mères d'origine marocaine qui présentent la proportion la plus faible (3,9 %). Les mères n'ayant pas réalisé d'études supérieures ont une proportion d'enfants de faible poids plus élevée (7,4 %) que les mères ayant un niveau d'études supérieures (4,3 %). Les mères primipares (7,4 %), hypertendues (19,7 %) ou ayant eu recours à la procréation médicalement assistée (8,7 %) mettent davantage au monde des enfants de faible poids que les mères multipares (5,7 %) ou non-hypertendues (5,8 %) ainsi que les grossesses conçues spontanément (6,3 %). La proportion d'enfants de faible poids augmente lorsque l'indice de masse corporelle diminue avec 13,2 % chez les mères en sous-poids et 4,9 % chez les mères souffrant d'obésité.

La proportion de césariennes diffère selon le poids à la naissance de l'enfant pour les grossesses uniques comme pour les grossesses multiples. Pour les singletons, la proportion de césariennes la plus élevée est observée chez les enfants nés avec un poids inférieur à 500 g et la proportion la plus faible chez les enfants nés avec un poids allant de 2 500 à 3 999 g (tableau 23).

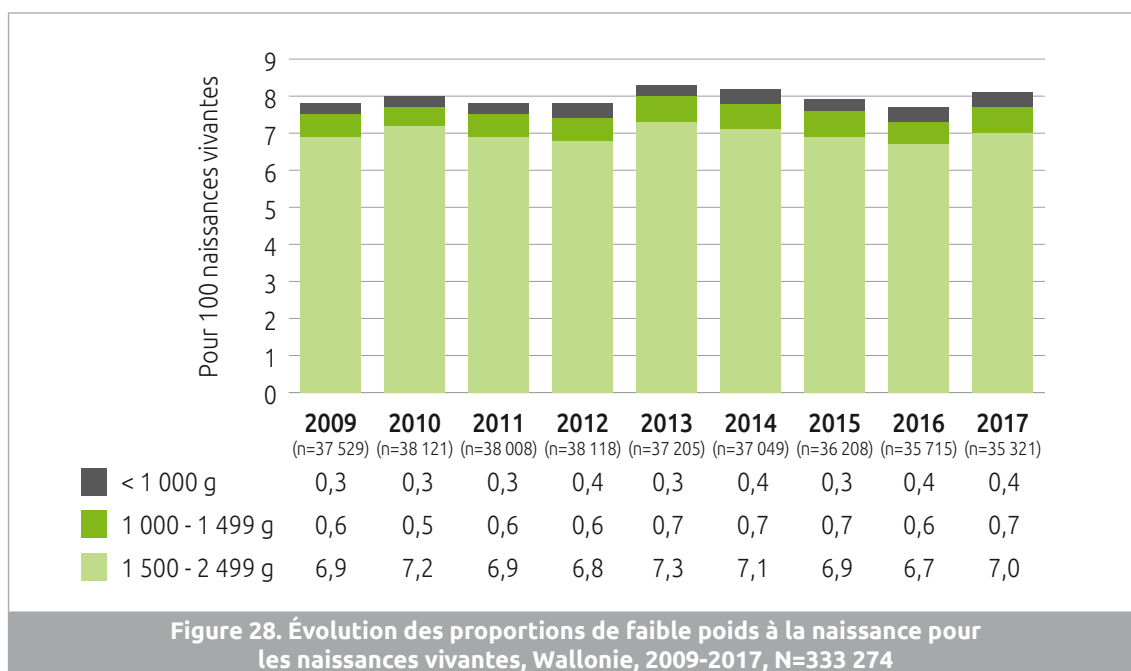
Tableau 23. Distribution des naissances vivantes selon le poids à la naissance et le mode d'accouchement, Wallonie, 2017, N=35 317

Poids (g)	Voie basse		Césarienne	
	Singletons (n=34 230)			
	Nombre	%	Nombre	%
< 500 (n=9)	1	11,1	8	88,9
500 – 1 499 (n=266)	68	25,6	198	74,4
1 500 – 2 499 (n=1 928)	1 241	64,4	687	35,6
2 500 – 3 999 (n=29 791)	23 954	80,4	5 837	19,6
≥ 4 000 (n=2 236)	1 692	75,7	544	24,3
Poids (g)	Multiples (n=1 087)			
	Nombre	%	Nombre	%
	< 500 (n=1)	0	0,0	1
500 – 1 499 (n=105)	21	20,0	84	80,0
1 500 – 2 499 (n=560)	191	34,1	369	65,9
2 500 – 3 999 (n=421)	187	44,4	234	55,6
≥ 4 000 (n=0)	0	0,0	0	0,0

Pour les naissances vivantes, le poids moyen de l'enfant à la naissance n'évolue pas sur la période 2009-2017.

Les proportions de faible poids à la naissance (< 2 500 g), de très faible poids (< 1 500 g) et d'extrêmement faible poids (< 1 000 g) restent stables sur la période 2009-2017 (figure 28).

La proportion d'enfants de faible poids à la naissance mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines reste stable au cours des années 2009 à 2017.



En Europe, aucune tendance générale n'a été observée. La proportion de faible poids à la naissance (< 2 500 g) augmente entre 2010 et 2015 pour certains pays (Malte, Norvège, Autriche et Slovaquie) et diminue pour d'autres (Espagne, Pologne, Italie, Écosse et Portugal) (3).

6.2.4 POIDS À LA NAISSANCE SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Le poids à la naissance est fortement lié à l'âge gestationnel. Les données ont été comparées aux courbes d'Intergrowth 21. Ces courbes ont été construites sur la base des données de nouveaux-nés sans complications majeures, nés de mères considérées en bonne santé et de diverses origines géographiques. Malgré la taille importante de l'échantillon utilisé pour réaliser les courbes de croissance, peu d'enfants nés à 33 semaines ou moins répondaient aux critères d'inclusion, ce qui n'est pas surprenant car à ces âges gestationnels, la plupart des grossesses présentent des facteurs de risque. Les nouveaux-nés à 33 semaines ou moins nés de mères avec certains facteurs de risque ont malgré tout été intégrés dans la population d'étude mais ces enfants ne présentaient ni malformations congénitales ni retard de croissance intra-utérin. Les courbes Intergrowth sont donc à utiliser avec précaution étant donné le faible effectif de grossesses «normales» à 33 semaines ou moins (32).

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (\leq percentile 10) est de 9,4 % et celle avec un très petit poids pour l'âge (\leq percentile 3) de 2,9 % (tableau 24).

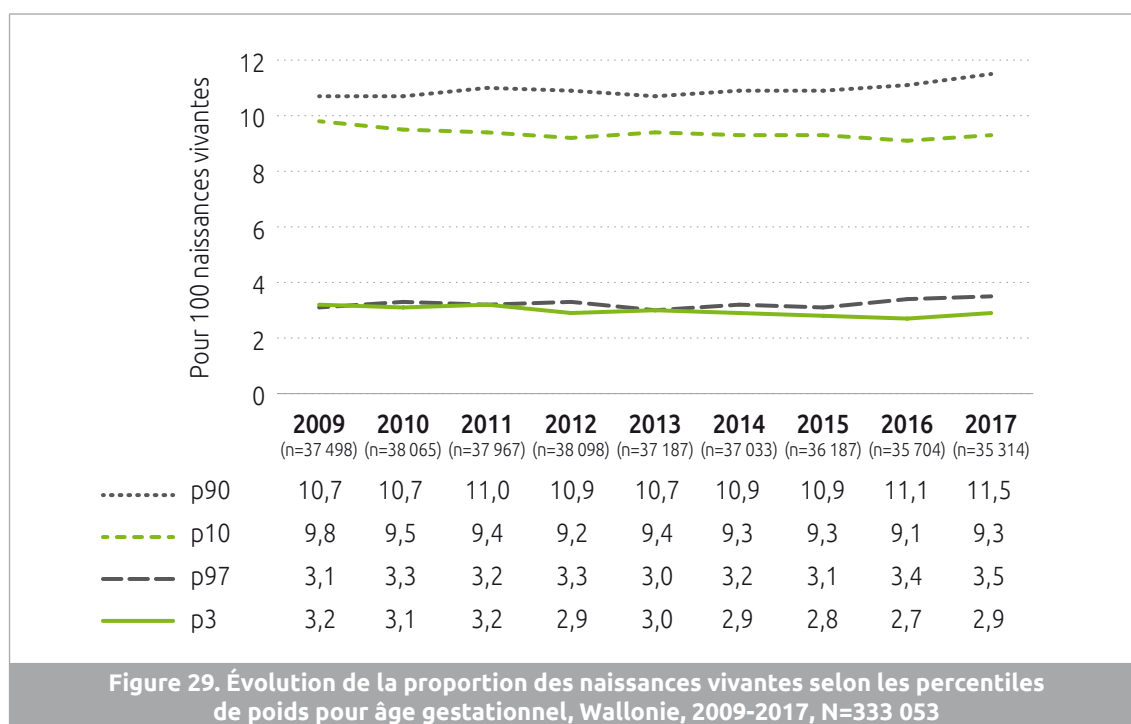
Tableau 24. Distribution des naissances selon les percentiles de poids pour âge gestationnel, Wallonie, 2017

	\leq 3 ^e percentile		\leq 10 ^e percentile		$>$ 90 ^e percentile		$>$ 97 ^e percentile	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=35 481)	1 039	2,9	3 332	9,4	4 090	11,5	1 246	3,5
Naissances vivantes (n=35 314)	1 006	2,9	3 285	9,3	4 073	11,5	1 242	3,5
Naissances vivantes uniques (n=34 228)	890	2,6	3 000	8,8	4 058	11,9	1 238	3,6
Naissances vivantes uniques prématurés (< 37 semaines) (n=2 468)	139	5,6	323	13,1	171	6,9	63	2,6

L'indicateur petit poids pour âge gestationnel est inconnu pour 68 enfants (0,2 %).

Parmi les naissances vivantes, la proportion d'enfants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (\leq percentile 10) en Wallonie (9,3 %) est plus élevée que la proportion en Région bruxelloise (7,1 %) (1).

La proportion d'enfants nés vivants dont le poids à la naissance est inférieur ou égal au percentile 3 augmente de 2015 à 2017, tout comme la proportion d'enfants dont le poids à la naissance est supérieur au percentile 90. La proportion d'enfants dont le poids à la naissance est inférieur ou égal au percentile 10 diminue de 2009 à 2012 pour se stabiliser jusqu'en 2017. La proportion d'enfants dont le poids à la naissance est supérieur au percentile 97 ne diffère pas sur la période 2009-2017 (figure 29).



6.2.5 APGAR

Parmi les enfants nés vivants, 6,4 % présentent un score d'Apgar inférieur à 7 et 2,0 % un score inférieur à 4 à 1 minute.

À 5 minutes, seuls 1,8 % ont un score inférieur à 7 et 0,3 % un score inférieur à 4 (figure 30).

La proportion d'enfants nés vivants ayant un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes est restée stable de 2009 à 2014 (1,4 %) avant d'augmenter et d'atteindre 1,8 % en 2017. La proportion d'enfants nés vivants ayant un score d'Apgar inférieur à 4 à 5 minutes reste stable de 2009 à 2017 (0,3 %).

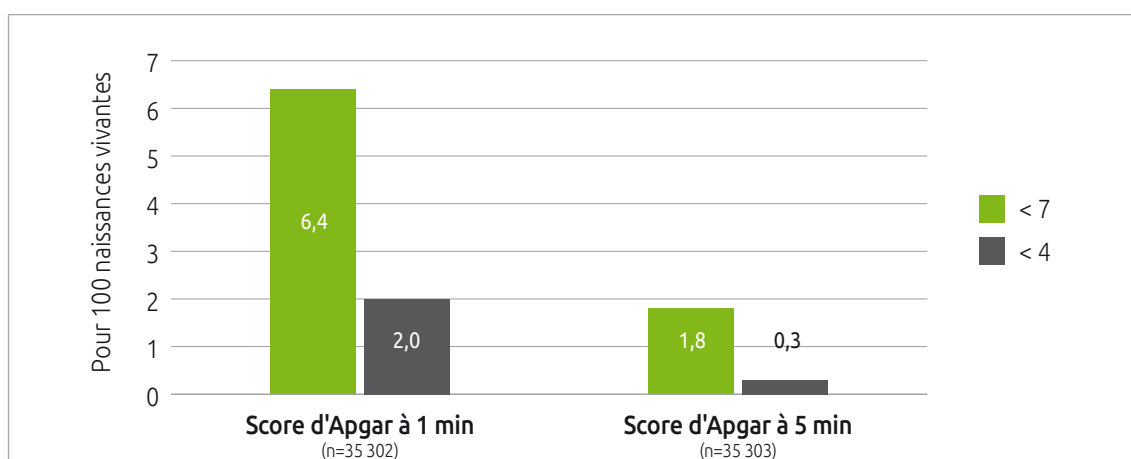


Figure 30. Distribution des naissances vivantes selon le score d'Apgar à 1 et 5 minute(s), Wallonie, 2017

Le score d'Apgar à 1 minute est inconnu pour 36 naissances vivantes (0,1 %).

Le score d'Apgar à 5 minutes est inconnu pour 35 naissances vivantes (0,1 %).

6.2.6 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

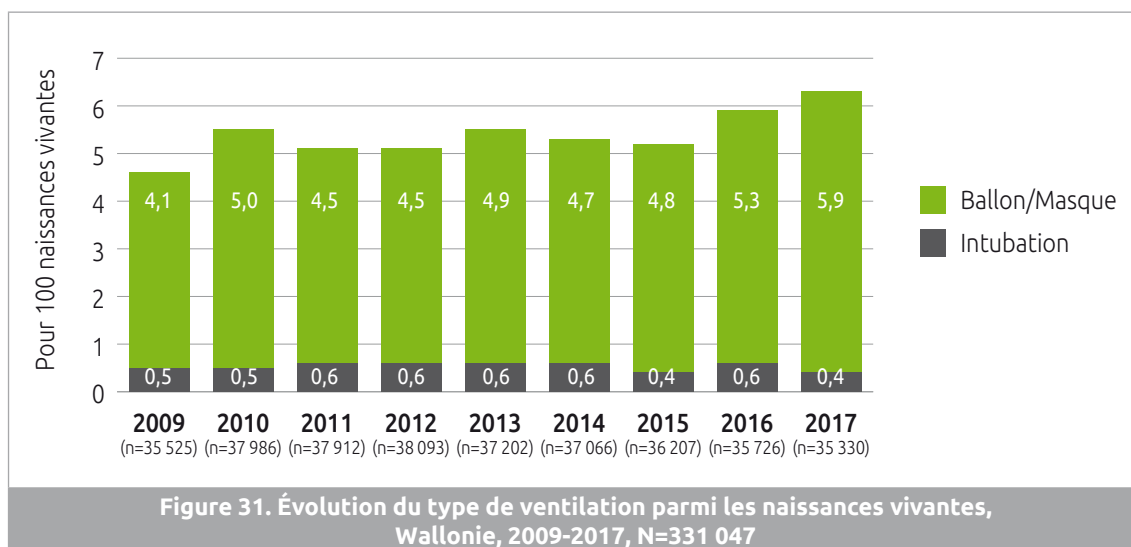
La proportion d'enfants nés vivants ventilés à la naissance est de 6,3 % dont 93,4 % au ballon et masque (tableau 25).

Tableau 25. Distribution des naissances vivantes selon la ventilation du nouveau-né, Wallonie, 2017, N=35 330

		Nombre	%
Ventilation		2 240	6,3
Dont :	Intubation	149	6,6
	Ballon et masque	2 091	93,4

La ventilation du nouveau-né est inconnue pour 8 naissances vivantes (0,02 %).

La proportion de nouveau-nés ventilés à la naissance est stable de 2009 à 2014 pour augmenter de 2015 à 2017 (5,2 % à 6,3 %). Cette augmentation concerne la proportion de ventilations au ballon et masque (figure 31).



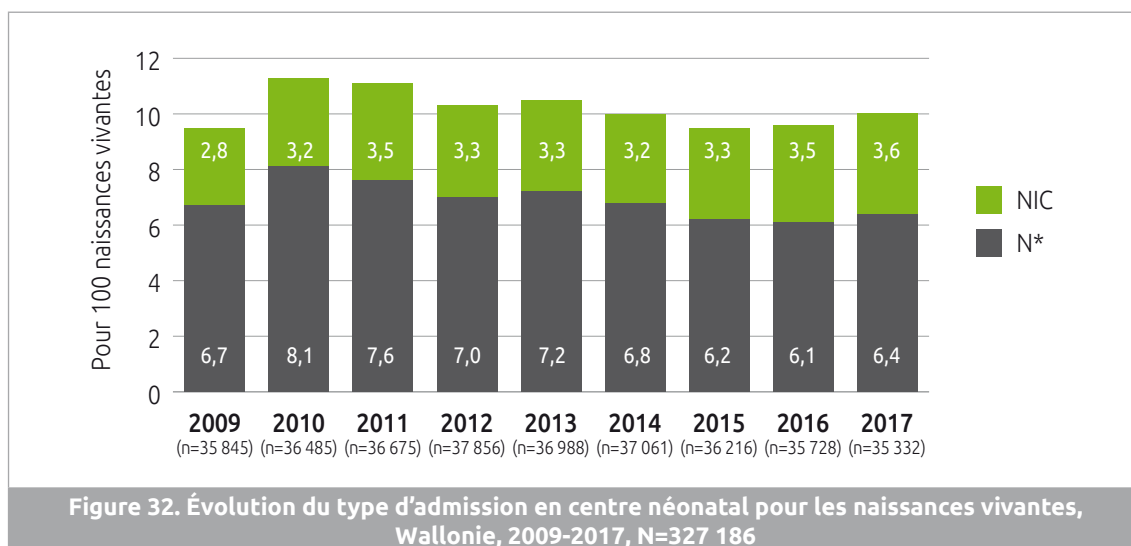
6.2.7 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 10,0 % des naissances vivantes (tableau 26).

Tableau 26. Distribution des naissances vivantes selon l'admission du nouveau-né dans un centre néonatal, Wallonie, 2017, N=35 332			
		Nombre	%
Transfert		3 526	10,0
Dont :	N*	2 251	63,8
	NIC	1 275	36,2

L'admission du nouveau-né dans un centre néonatal est inconnue pour 6 naissances vivantes (0,02 %).

La proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie a tendance à diminuer jusqu'en 2015 pour se stabiliser en 2016 et 2017 et principalement la proportion d'enfants transférés en service N* qui passe de 8,1 % en 2010 à 6,2 % en 2015 (figure 32).



6.2.8 SEXE DU NOUVEAU-NÉ

La proportion de filles (49,0 %) est légèrement inférieure à celle des garçons (51,0 %) (tableau 27). La proportion d'enfants de sexe masculin ou féminin est stable entre 2009 et 2017.

Tableau 27. Distribution des naissances selon le sexe du nouveau-né, Wallonie, 2017, N=35 545

Sexe	Nombre	%
Masculin	18 140	51,0
Féminin	17 405	49,0

Le sexe de l'enfant est indéterminé ou inconnu pour 4 enfants.

6.2.9 MALFORMATIONS

En 2017, 288 enfants sont nés avec une ou plusieurs malformations, dont 75 sont mort-nés. Il s'agit des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance de l'enfant. Le tableau 28 reprend les malformations les plus enregistrées.

Tableau 28. Malformations les plus enregistrées, Wallonie, 2017

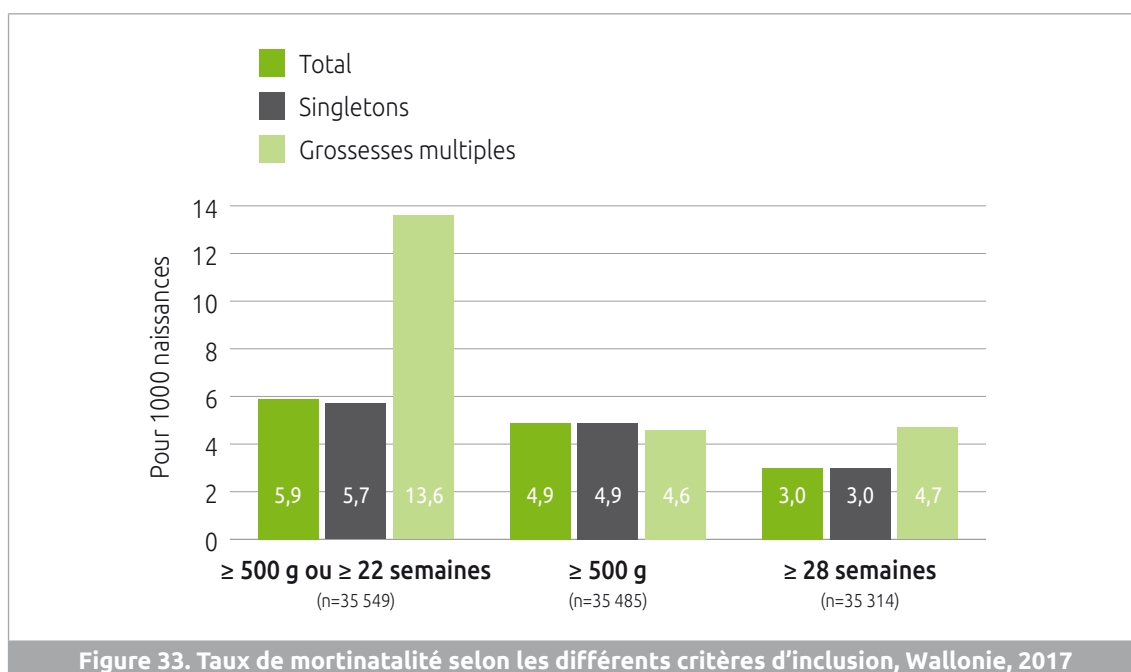
Malformations	Nombre
Fente labiale/palatine	25
Hypospade	25
Autre malformation cardiaque	21
Trisomie 21	15
Hydrocéphalie	9
Agénésie rénale	6
Spina bifida	6
Dysplasie squelettique/nanisme	6
Communication interventriculaire	5
Gastroschisis	5
Réduction des membres	4
Imperforation anale	4
Hernie diaphragmatique	4
Omphalocèle	4
Tétralogie de Fallot	4

6.3 MORTINATALITÉ

On compte 211 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (5,9 ‰ naissances), dont 15 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mortinatalité est de 5,7 et 13,6 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 4,9 ‰. Ce taux prend en compte certaines interruptions médicales de grossesse. En Belgique, aucune distinction n'est faite de manière systématique entre les décès spontanés et provoqués.

Si l'on ne considère que les enfants nés vivants et les mort-nés à partir de 28 semaines d'âge gestationnel, comme le recommande l'OMS afin de pouvoir comparer les pays et les régions, on obtient un taux de 3,0 ‰ (3,0 ‰ pour les singletons et 4,7 ‰ pour les grossesses multiples) (figure 33). Ce taux ne montre pas d'évolution sur la période 2009-2017.



L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des morts-nés (figure 33) 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 (33).

Le taux de mortinatalité décroît lorsque l'âge gestationnel augmente (tableau 29).

Tableau 29. Distribution des mort-nés selon l'âge gestationnel, Wallonie, 2017, N=35 547

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n=34 444)			Multiples (n=1 103)			Total (n=35 547)		
	Total	Nombre de mort-nés	‰	Total	Nombre de mort-nés	‰	Total	Nombre de mort-nés	‰
< 28	199	94	472,4	36	10	277,8	235	104	442,6
28-31	216	37	171,3	72	1	13,9	288	38	131,9
32-36	2 225	35	15,7	567	3	5,3	2 792	38	13,6
≥ 37	31 804	30	0,9	428	1	2,3	32 232	31	1,0

L'âge gestationnel est inconnu pour 2 naissances (0,01 ‰).

7. CONCLUSION

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2017 en Wallonie, un des objectifs du CEpiP étant de constituer un registre permanent et exhaustif de données périnatales. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire wallon (données de fait). À la suite du traitement des données, des analyses descriptives sont réalisées. Cette dixième année de publication permet 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.

NAISSANCES

Une diminution du nombre de naissances en Wallonie est observée depuis 2012 passant de 38 383 naissances en 2012 à 35 549 en 2017.

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

L'analyse des caractéristiques de la mère montre une augmentation de certains facteurs de risque.

L'âge moyen des mères qui accouchent en Wallonie continue à augmenter passant de 29,4 ans à 30,3 ans de 2009 à 2017 avec une proportion de mères âgées de 40 ans et plus qui passe de 2,7 % en 2009 à 3,4 % en 2017. 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 et les précédents (9-10), le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications telles que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme, le faible poids à la naissance et la mortalité (12-15).

Lors de l'analyse des données biomédicales de la mère, on constate que les proportions de mères en surpoids ou souffrant d'obésité augmentent entre 2009 et 2017, tout comme la proportion de mères diabétiques.

En 2017, 23,7 % des femmes sont en surpoids et 15,5 % souffrent d'obésité. Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreuses complications, 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 (24).

Pour ce qui est du diabète, une augmentation constante de la proportion est observée passant de 4,8 % à 9,0 % entre 2009 et 2017. Cette augmentation peut s'expliquer en partie par l'augmentation de la proportion de mères souffrant d'obésité et le recul de l'âge de la grossesse. Lutter contre l'obésité et améliorer le dépistage des mères diabétiques permettent de limiter les risques associés tels qu'un poids de naissance élevé, un accouchement compliqué ou par césarienne, une hypoglycémie néonatale due à l'hyperinsulinisme fœtal et est donc une priorité en santé publique.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

L'analyse des caractéristiques de l'accouchement révèle des constats d'évolution positive.

Malgré une proportion relativement élevée, la proportion d'inductions a diminué de 2009 à 2015 pour se stabiliser en 2016 et 2017. L'analyse de la proportion d'inductions selon Nippita nous indique que les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 31,6 % d'induction sont les «primipares avec un singleton en sommet à 39-40 semaines» avec 7,7 % et les «multipares sans antécédent de césarienne avec un singleton en sommet à 39-40 semaines» avec 9,1 %. Ces deux catégories représentent également près de 50 % des mères de notre population.

Lorsque l'on s'intéresse au mode d'accouchement, on constate que les proportions de césariennes et d'accouchements avec instrumentation sont stables depuis 3 années. Par ailleurs, la proportion d'accouchements par voie basse parmi les singletons vivants en siège est stable depuis 2009 quelle que soit la parité.

Au regard de l'analyse du Robson, on constate que les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 21,8 % de césarienne sont les «Primipares, singleton sommet, \geq 37 semaines, travail induit ou césarienne élective» avec 4,2 % et les «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, \geq 37 semaines» avec 6,6 %. Cette dernière catégorie est celle qui montre une augmentation de 2009 à 2017, passant de 4,7 % à 6,6 %. Éviter autant que possible la première césarienne et tenter la voie basse après un antécédent de césarienne devraient être les deux pistes à suivre pour diminuer la proportion de césariennes.

La proportion d'épisiotomies continue à diminuer depuis 2009 et celle d'accouchements sans intervention obstétricale augmente depuis 2009.

L'analyse des pratiques de l'accouchement montre de grandes disparités entre les maternités. Les proportions varient fortement d'une maternité à l'autre pour l'induction (17,8 % à 42,0 %), la césarienne (12,5 % à 30,3 %), l'accouchement par voie basse après antécédent de césarienne (68,3 % à 13,0 %), l'épisiotomie (11,7 % à 61,5 % pour les accouchements par voie basse) et l'accouchement sans intervention obstétricale (59,7 % à 14,2 %). L'analyse de la numérotation des maternités en fonction des différentes pratiques obstétricales montre une certaine hétérogénéité dans les attitudes des maternités, la maternité ayant la proportion d'inductions la plus faible n'affichant pas les proportions d'autres pratiques obstétricales les plus faibles.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

Les caractéristiques de l'enfant ne montrent pas d'évolution péjorative.

Parmi les naissances vivantes, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines est de 8,9 %, cette proportion n'évolue pas entre 2009 et 2017. Parmi les singletons vivants nés à terme, 30,3 % des enfants ont un âge gestationnel de 37 ou 38 semaines (early-term). Parmi les singletons vivants nés prématurément, 78,3 % des enfants sont nés entre 34 et 36 semaines (late-preterm).

Les proportions de singletons vivants preterm, late-preterm et early-term sont plus élevées chez les mères âgées de 40 ans et plus comparées aux mères âgées de moins de 40 ans. Les mères en sous-poids, souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle accouchent davantage avant 39 semaines, que ce soit en preterm, late-preterm ou early-term.

La proportion d'enfants nés vivants de faible poids est de 8,1 % et celle d'enfants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (\leq percentile 10) est de 9,3 %. La proportion d'enfants de faible poids à la naissance est stable de 2009 à 2017 et la proportion d'enfants avec un petit poids pour âge gestationnel (\leq percentile 10) diminue de 2009 à 2012 pour se stabiliser jusqu'en 2017.

Depuis 2014, on observe une augmentation de la proportion d'enfants naissant avec un Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie et une augmentation de la proportion d'enfants ventilés à la naissance. La proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie est stable depuis 3 ans.

MORTINATALITÉ

Le taux de mortinatalité pour les enfants nés en Wallonie et dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 5,9 ‰ en 2017. Le taux de mortinatalité pour les enfants nés à partir de 28 semaines est de 3,0 ‰. Cette proportion ne montre pas d'évolution sur la période 2009-2017.

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 foeto-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.

8. RÉFÉRENCES

- (1) Van Leeuw V, Daelemans C, Debauche Ch, Leroy Ch. Santé périnatale en Région bruxelloise – Années 2017. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2019.
- (2) Devlieger R, Martens E, Goemaes R, Cammu H. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2017. Studiecentrum voor perinatale Epidemiologie, Brussel, 2018.
- (3) Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. Available www.europeristat.com
- (4) Minsart AF, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelaere 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) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2013. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2015.
- (9) Leroy Ch, Van Leeuw V, Zhang WH, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2014. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2016.
- (10) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y, Zhang WH. Santé périnatale en Wallonie – Année 2015. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2017.
- (11) Leroy Ch, Debauche Ch, Daelemans C, Debiève Fr, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2016. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2018.
- (12) Barclay, K., Myrskylä, M., 2016. Advanced maternal age and offspring outcomes: reproductive ageing and counterbalancing period trends. *Popul. Dev. Rev.* 42,69–94.
- (13) Islam MM, Bakheit CS. Advanced Maternal Age and Risks for Adverse Pregnancy Outcomes: A Population-Based Study in Oman. *Health Care Women Int.* 2015; 36(10):1081-103.
- (14) Dietl A, Farthmann J. Gestational hypertension and advanced maternal age. *Lancet.* 2015 Oct 24;386 (10004):1627-8.
- (15) Janoudi G, Kelly S, Yasseen A, Hamam H, Moretti F, Walker M. Factors Associated With Increased Rates of Caesarean Section in Women of Advanced Maternal Age. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Jun;37(6):517-26.
- (16) Park AL, Urquia ML, Ray JG. Risk of Preterm Birth According to Maternal and Paternal Country of Birth: A Population-Based Study. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Dec;37(12):1053-62.
- (17) Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen AM, Small R, Davey MA, Rööst M, Essén B; ROAM (Reproductive Outcomes and Migration. An International Collaboration).

Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *Eur J Public Health*. 2015 Aug;25(4):620-5.

- (18) Higginbottom GM, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, Barolia R. Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev*. 2015 Feb 11;4:13.
- (19) Minsart A-F, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92 :204-209.
- (20) 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.
- (21) Racape J, Schoenborn C, Sow M, Alexander S, De Spiegelaere M. Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Apr 8;16:75.
- (22) Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. Aide-mémoire N°311. Janvier 2015. Site : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- (23) World Health Organization. BMI-for-age Girls. 5 to 19 years (z-scores). 2007. Site : http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/#
- (24) Minsart AF, Buekens P, De Spiegelaere M, Englert Y. Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Feb 11;13:36
- (25) IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.
- (26) Benhalima, C., Devlieger, R., 2012. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap (swens), en zwangerschapsdiabetes: consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012. *Vlaams Tijdschr. Voor Diabetol*.
- (27) Nippita TA, Khambalia AZ, Seeho SK, Trevena JA, Patterson JA, Ford JB, Morris JM, Roberts CL. Methods of classification for women undergoing induction of labor: a systematic review and novel classification system. *BJOG* 2015;122:1284-1293
- (28) World Health Organization. Who statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
- (29) Robson, M.S., Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 2001. 12: p. 2339.
- (30) Robert, E., & Swennen, B. (2013, October 01). Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61, 288
- (31) Engle WA, Kominiarek M. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clinics in Perinatology*. 2008;35 :325-341
- (32) Villar J, Cheikh Ismail L, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet*. 2014;384:857-68
- (33) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Évolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013

DEUXIÈME PARTIE

DOSSIER SPÉCIAL «Accouchements extra-hospitaliers»

ACCOUCHEMENTS EXTRA-HOSPITALIERS : COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Ch Leroy, V Van Leeuw

1. INTRODUCTION

L'accouchement extra-hospitalier est défini comme toute naissance ayant eu lieu en-dehors d'un service de maternité. En 2017, la proportion d'accouchements extra-hospitaliers est de 0,5 % en Région bruxelloise (1), 0,6 % en Flandre (2) et 0,7 % en Wallonie. Cette proportion est stable depuis 2009 pour les Régions bruxelloise et wallonne mais a diminué en Flandre pour passer de 1,0 % en 2009 à 0,6 % en 2017 (2).

L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques de la mère, de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant selon le lieu d'accouchement (programmé à domicile ou en maison de naissance, inopiné et en maternité) parmi les naissances ayant eu lieu en Régions bruxelloise et wallonne entre 2009 et 2017.

2. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude populationnelle basée sur les certificats des naissances survenues en Régions bruxelloise et wallonne de 2009 à 2017. Le registre des naissances inclut les certificats de naissance de toutes les naissances vivantes et des mort-nés à partir de 500 grammes ou 22 semaines de gestation.

Les données médicales de la mère, de la grossesse et de l'accouchement sont collectées par les professionnels de la santé lors de l'accouchement. Les données sociodémographiques sont complétées par les services d'état civil ou par les parents lorsqu'ils viennent déclarer l'enfant. La base de données du CEpiP contient les données sociodémographiques qui ont été fusionnées aux données médicales.

De 2009 à 2017, 557 537 naissances sont comptabilisées soit 547 302 mères. Pour cette étude, les analyses portent sur l'ensemble des naissances (n=557 537) avec 537 226 naissances uniques et 20 311 naissances multiples.

Les accouchements extra-hospitaliers comprennent les accouchements programmés à domicile ou en maison de naissance et les accouchements inopinés avec la présence ou non d'un professionnel de la santé. L'information concernant le type d'accouchement extra-hospitalier est déduite à partir de la variable «lieu d'accouchement» du formulaire sociodémographique et de la variable «code de l'hôpital ou du lieu d'accouchement» du volet CEpiP.

Trois catégories de lieu d'accouchement ont été créées : les accouchements extra-hospitaliers programmés, les accouchements extra-hospitaliers inopinés et les accouchements en maternité. Ils sont définis, respectivement, comme les accouchements programmés à domicile ou en maison de naissance, les accouchements inopinés hors maternité avec ou sans la présence d'un professionnel et les accouchements ayant eu lieu en maternité ou dans un gîte intra-hospitalier

(espace d'accouchement intra-hospitalier géré par des sages-femmes). Parmi les 557 537 naissances, le lieu de naissance est manquant pour 222 naissances (0,04 %), soit 221 mères.

L'âge maternel (< 20, 20-39, ≥ 40 ans), la nationalité d'origine de la mère (belge, marocaine, française, italienne, turque, autres), le niveau d'éducation basé sur le plus haut niveau atteint (secondaire ou moins, postsecondaire ou plus), la situation professionnelle (active ou non), la cohabitation (vit seule ou en couple), la parité (primipare, multipare), l'indice de masse corporelle (< 18,5 kg/m², 18,5–24,9 kg/m², ≥ 25,0 kg/m²), le diabète gestationnel ou préexistant (oui, non), l'hypertension artérielle gestationnelle ou préexistante (oui, non) et la conception médicalement assistée (oui, non) sont sélectionnés pour les analyses. L'origine des mères est définie comme la nationalité que la mère a à sa propre naissance. Les cinq nationalités les plus représentées en Régions wallonne et bruxelloise sont belge, marocaine, française, italienne et turque. Le poids avant la grossesse et la taille de la mère permettant de calculer l'indice de masse corporelle sont collectés lors de la première consultation prénatale ou rapportés par la mère.

Les pratiques obstétricales étudiées sont le mode d'accouchement et l'épisiotomie.

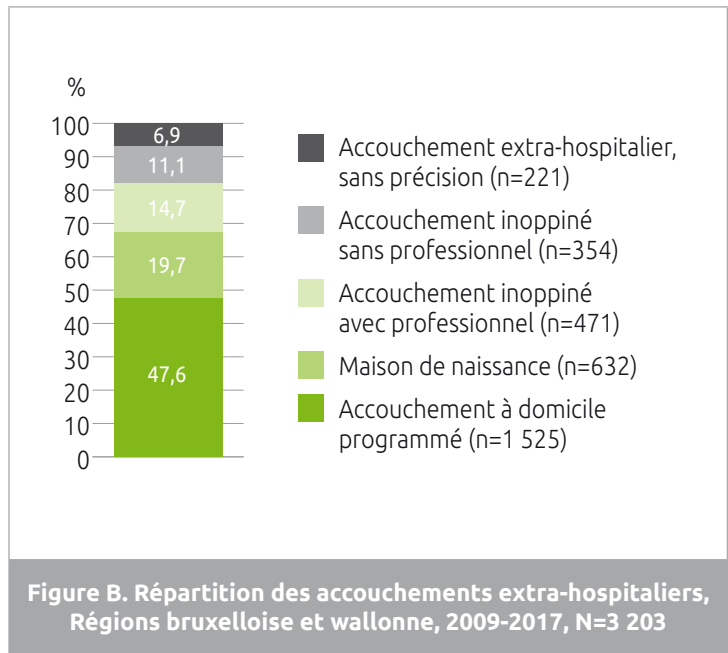
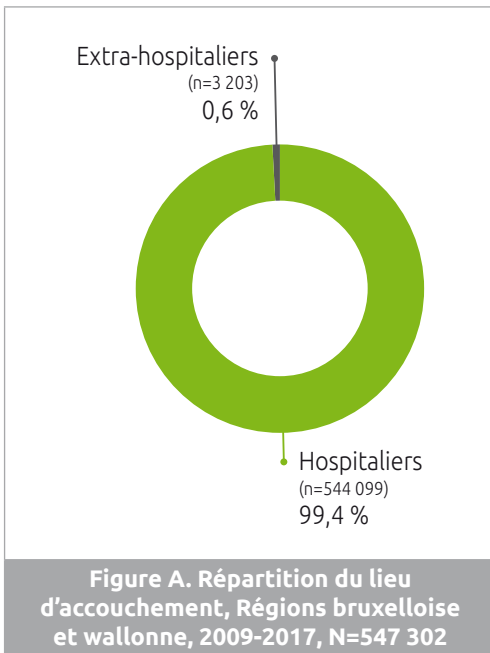
Les caractéristiques de l'enfant sont la présentation de l'enfant (céphalique, autre), l'âge gestationnel (< 34, 34-36, 37-38, ≥ 39 semaines), le poids à la naissance (< 2 500, 2 500 - 3 999, ≥ 4 000 g), l'assistance respiratoire (ballon/masque, intubation, pas d'assistance respiratoire), le transfert en néonatalogie (N*, NIC et pas de transfert en néonatalogie) et la mortinatalité.

La première étape a été de décrire le lieu d'accouchement à l'aide de proportions. La deuxième étape a été de comparer les caractéristiques de la mère, de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant entre les accouchements programmés, les accouchements inopinés et les accouchements en maternité à l'aide de proportions. Les variables en catégories ont été comparées à l'aide du test du Chi².

Tous les tests étaient bilatéraux et le niveau de signification était fixé à 0,05. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata v14.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, États-Unis).

3. RÉSULTATS

De 2009 à 2017, le nombre d'accouchements extra-hospitaliers en Régions bruxelloise et wallonne s'élève à 3 203 ce qui représente 0,6 % des accouchements (figure A) dont 47,6 % sont des accouchements à domicile programmés et 19,7 % des accouchements en maison de naissance (figure B). La proportion d'accouchements extra-hospitaliers reste stable de 2009 à 2017.



Le tableau A décrit les caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement parmi les accouchements où le lieu d'accouchement est connu.

Les caractéristiques de la mère diffèrent significativement selon le lieu d'accouchement. Parmi les accouchements hospitaliers, 93,4 % sont âgées de 20 à 39 ans, 56,2 % sont d'origine belge, 59,8 % ont au maximum un diplôme du secondaire supérieur et 17,6 % des mères vivent seules. Au niveau des caractéristiques médicales, 43,7 % des mères sont primipares et 58,2 % de corpulence normale. Les proportions d'hypertension artérielle et de diabète sont respectivement de 4,6 % et 7,5 %. Pour les caractéristiques de l'accouchement, la proportion d'accouchements voie basse est de 79,2 % des accouchements et la proportion d'épisiotomies de 29,6 % (tableau A).

Les caractéristiques des mères ayant eu un accouchement extra-hospitalier programmé ou inopiné diffèrent des caractéristiques des mères ayant accouché en milieu hospitalier, excepté la proportion d'accouchements multiples et de diabète qui ne diffèrent pas entre les accouchements extra-hospitaliers inopinés et hospitaliers. Les accouchements extra-hospitaliers programmés présentent des caractéristiques sociodémographiques plus favorables que les caractéristiques des mères ayant accouché à l'hôpital et les accouchements inopinés des caractéristiques plutôt défavorables. Les mères ayant eu un accouchement extra-hospitaliers programmé sont plus âgées, ont un niveau d'éducation plus élevé et sont plus nombreuses à être en couple et les mères ayant accouché inopinément hors de l'hôpital sont plus jeunes, ont un niveau d'éducation plus faible et sont plus nombreuses à vivre seules. Pour les caractéristiques biomédicales, les mères ayant accouché hors de l'hôpital de manière programmée ou inopinée sont plus nombreuses à être de corpulence normale, présentent moins d'hypertension et ont moins eu recours à la procréation médicalement assistée que les mères ayant accouché à l'hôpital (tableau A).

Les mères ayant eu un accouchement extra-hospitalier inopiné comparées aux mères ayant eu un accouchement extra-hospitalier programmé sont plus nombreuses à être multipares, en surpoids, hypertendues ou diabétiques (tableau A).

Tableau A. Caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement parmi les accouchements extra-hospitaliers programmés, extra-hospitaliers inopinés ou hospitaliers, Régions bruxelloise et wallonne, 2009-2017, N=547 081

	Extra-hospitaliers programmés (N=2 157)	Extra-hospitaliers inopinés (N=825)	Hospitaliers (N=544 099)	
	n (%)	n (%)	n (%)	P-valeur*
Âge (années)				< 0,001
< 20	4 (0,2)	38 (4,6)	14 301 (2,6)	
20-39	2 071 (96,0)	736 (89,2)	508 200 (93,4)	
≥ 40	83 (3,8)	51 (6,2)	21 575 (4,0)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Nationalité d'origine				< 0,001
Belge	1 569 (73,2)	451 (55,1)	303 957 (56,2)	
Marocaine	23 (1,1)	80 (9,8)	58 635 (10,9)	
Française	220 (10,3)	39 (4,8)	20 363 (3,8)	
Italienne	18 (0,8)	12 (1,5)	18 341 (3,4)	
Turque	5 (0,2)	13 (1,6)	14 392 (2,7)	
Autres	308 (14,4)	223 (27,3)	124 941 (23,1)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,01	<i>Réf</i>	
Niveau d'éducation				< 0,001
Secondaire ou moins	338 (24,5)	309 (68,1)	270 926 (59,8)	
Postsecondaire ou plus	1 041 (75,5)	145 (31,9)	182 055 (40,2)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Situation professionnelle				< 0,001
Non actif	620 (31,5)	486 (63,0)	228 595 (43,2)	
Actif	1 350 (68,5)	285 (37,0)	300 886 (56,8)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Cohabitation				< 0,001
Vit seule	210 (9,9)	232 (28,9)	94 835 (17,6)	
En union	1 920 (90,1)	570 (71,1)	442 904 (82,4)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Multiplicité				< 0,001
Unique	2 157 (100,0)	815 (98,8)	534 034 (98,2)	
Multiple	0 (0,0)	10 (1,2)	10 065 (1,8)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	<i>NS</i>	<i>Réf</i>	
Parité				< 0,001
Primipare	631 (30,5)	117 (14,7)	234 264 (43,7)	
Multipare	1 437 (69,5)	678 (85,3)	302 292 (56,3)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Corpulence de la mère				< 0,001
Insuffisance pondérale	168 (9,7)	36 (8,3)	28 081 (5,9)	
Corpulence normale	1 309 (75,4)	274 (63,4)	275 311 (58,2)	
Surpoids/obésité	258 (14,9)	122 (28,2)	169 969 (35,9)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,01	<i>Réf</i>	
Hypertension artérielle				< 0,001
Oui	17 (0,8)	16 (2,3)	24 712 (4,6)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,01	<i>Réf</i>	

Diabète				< 0,001
Oui	12 (0,6)	43 (6,3)	40 561 (7,5)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	NS	Réf	
Conception de la grossesse				< 0,001
Assistée	30 (1,6)	11 (1,6)	23 033 (4,5)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	Réf	
Mode d'accouchement				< 0,001
Spontané sommet	2 121 (99,5)	771 (97,0)	382 730 (70,4)	
Spontané siège	5 (0,2)	24 (3,0)	3 258 (0,6)	
Instrumental	5 (0,2)	0 (0,0)	44 578 (8,2)	
Césarienne	0 (0,0)	0 (0,0)	112 951 (20,8)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	Réf	
Épisiotomie				< 0,001
Oui	25 (1,3)	21 (2,7)	157 153 (29,6)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	Réf	
* Test χ^2 qui compare la proportion des caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement entre les trois catégories de lieu d'accouchements				
** Test χ^2 qui compare la proportion des caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement entre les accouchements extra-hospitaliers programmés et à la maternité et les accouchements extra-hospitaliers inopinés et à la maternité				

Les caractéristiques de l'enfant diffèrent significativement selon le lieu d'accouchement. Parmi les enfants nés à l'hôpital, 94,0 % ont une présentation en sommet, 8,9 % sont nés avant 37 semaines et 8,1 % ont un poids de naissance inférieur à 2 500 g. La proportion d'enfants ventilés est de 6,0 % et la proportion d'enfants transférés dans un centre néonatal de 10,7 % (tableau B). Les caractéristiques des enfants nés hors-hôpital, que ce soit programmé ou inopiné, diffèrent des caractéristiques des enfants nés à l'hôpital, excepté la proportion d'assistance respiratoire qui ne diffère pas entre les naissances inopinées hors-hôpital et les naissances à l'hôpital. Les proportions de prématurité (0,2 %), de faible poids à la naissance (0,7 %), d'assistance respiratoire (0,9 %) et de transfert en néonatalogie (0,4 %) sont plus faibles parmi les enfants nés hors-hôpital de manière programmée comparées aux proportions des naissances hospitalières et les proportions parmi les naissances inopinées extra-hospitalières présentent des proportions plus élevées (respectivement 16,2 %, 17,4 %, 4,8 % et 21,7 %), exceptée pour l'assistance respiratoire (tableau B).

Tableau B. Caractéristiques de l'enfant parmi les accouchements extra-hospitaliers programmés, extra-hospitaliers inopinés ou hospitaliers, Régions bruxelloise et wallonne, 2009-2017, N=557 315

	Extra-hospitaliers programmés (N=2 158)	Extra-hospitaliers inopinés (N=831)	Maternités (N=554 326)	
	n (%)	n (%)	n (%)	P-valeur*
Présentation				< 0,001
Céphalique	2 138 (99,8)	776 (96,6)	519 588 (94,0)	
Autre	5 (0,2)	27 (3,4)	33 208 (6,0)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,01	<i>Réf</i>	
Âge gestationnel (semaines)				< 0,001
< 34	0 (0,0)	51 (6,6)	14 660 (2,6)	
34-36	4 (0,2)	74 (9,6)	34 615 (6,3)	
37-38	286 (13,5)	224 (28,9)	150 740 (27,2)	
≥ 39	1 821 (86,3)	425 (94,9)	354 017 (63,9)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Poids à la naissance (grammes)				< 0,001
< 2 500	15 (0,7)	134 (17,4)	44 906 (8,1)	
2 500 – 3 999	1 791 (86,2)	609 (79,3)	471 659 (85,2)	
≥ 4 000	273 (13,1)	25 (3,3)	37 085 (6,7)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Assistance respiratoire				< 0,001
Ballon/masque	19 (0,9)	30 (3,8)	29 533 (5,4)	
Intubation	0 (0,0)	8 (1,0)	3 366 (0,6)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	<i>NS</i>	<i>Réf</i>	
Transfert en néonatalogie				< 0,001
N*	7 (0,3)	120 (15,3)	35 697 (6,5)	
NIC	3 (0,1)	50 (6,4)	23 118 (4,2)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Mort-né				< 0,001
Oui	0 (0,0)	22 (2,7)	3 886 (0,7)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	

* Test chi² qui compare la proportion des caractéristiques de l'enfant entre les trois catégories de lieu d'accouchements

** Test chi² qui compare la proportion des caractéristiques de l'enfant entre les accouchements extra-hospitaliers programmés et à la maternité et les accouchements extra-hospitaliers inopinés et à la maternité

4. CONCLUSION

De 2009 à 2017, aucune évolution de la proportion d'accouchements extra-hospitaliers n'est observée. En Régions bruxelloise et wallonne, le nombre d'accouchements en dehors de l'hôpital s'élève à 3 203 ce qui représente 0,6 % des accouchements. Deux-tiers des accouchements extra-hospitaliers sont des accouchements extra-hospitaliers programmés.

Le profil sociodémographique des mères ayant accouché de manière inopinée en dehors de l'hôpital est moins favorable que celui des mères ayant accouché à l'hôpital ou en extra-hospitalier programmé.

Le profil biomédical des mères ayant donné naissance en extra-hospitalier de manière programmée ou inopinée est plus favorable que les mères ayant accouché à l'hôpital.

Les caractéristiques des enfants nés hors-hôpital diffèrent des caractéristiques des enfants nés à l'hôpital. Les proportions de prématurité, de faible poids à la naissance, d'assistance respiratoire et de transfert en néonatalogie sont plus faibles parmi les enfants nés hors-hôpital de manière programmée comparées aux enfants nés à l'hôpital et les proportions parmi les naissances inopinées extra-hospitalières présentent des proportions plus élevées.

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
VIH	To know if VIH 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 12 hours 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 / État 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
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		
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.

