



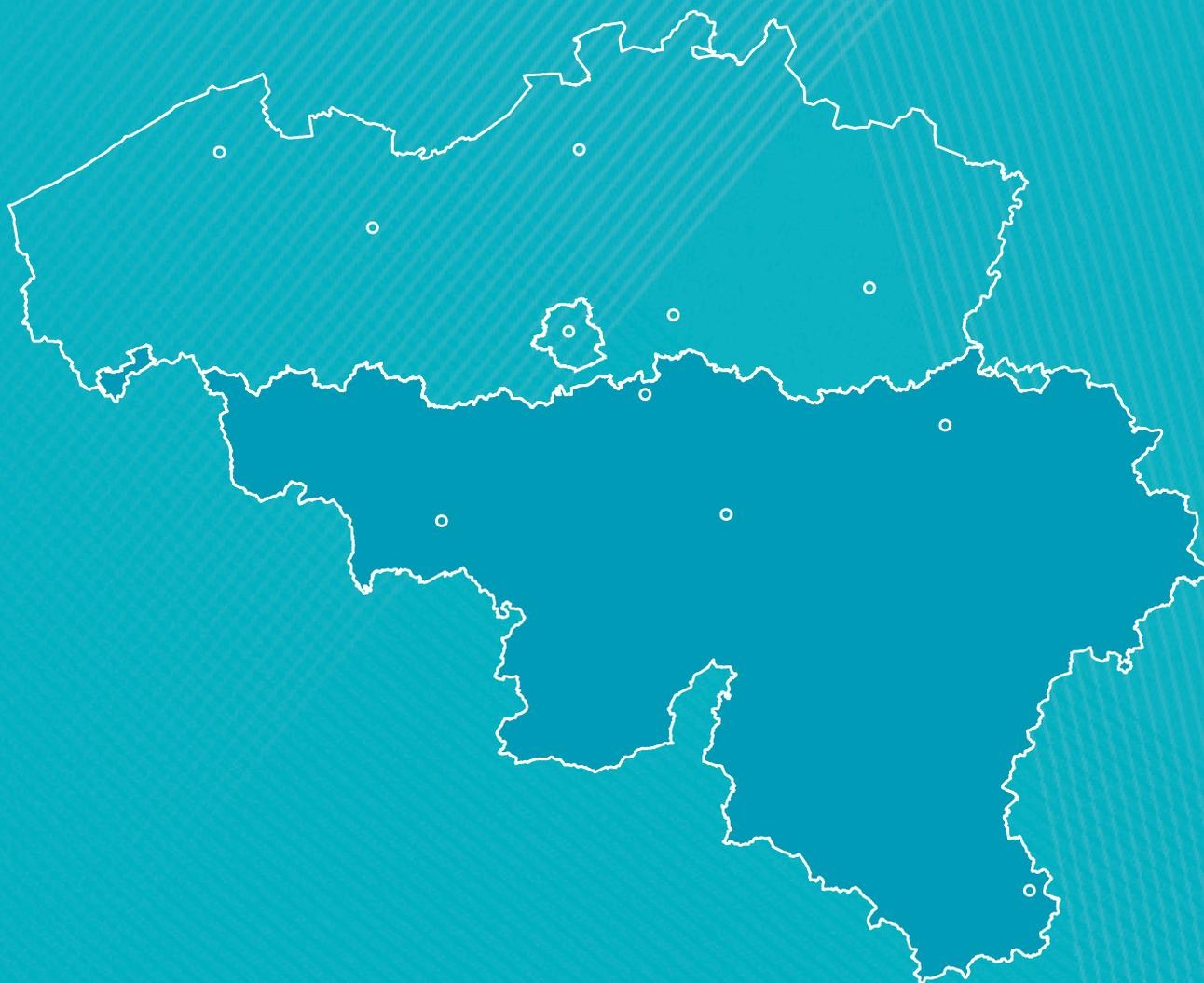
PROGRAMME
Périnatalité



CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE asbl

Données périnatales en Wallonie

Année 2014





Données périnatales en Wallonie

Année 2014

Auteurs

Charlotte Leroy, Virginie Van Leeuw, Wei-Hong Zhang
et Yvon Englert



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

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

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Leroy Ch, Van Leeuw V, Zhang WH, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2014. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2016.

COLOPHON

Auteurs

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Wei-Hong Zhang
Yvon Englert

Lay-out

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

Secrétariat

Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Avec nos remerciements tout particuliers

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

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document

Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP

Pour plus d'informations

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

ABSTRACT

INTRODUCTION

Since 2008, the “Centre for Perinatal Epidemiology” (CEpiP) collects, analyse and distribute maternal and perinatal health statistics based on the mandatory statistic bulletin filled in for each birth and infantile death in Wallonia and in Brussels. This report presents the results of the statistical analyses of live births and stillbirths in 2014 in Wallonia (all births occurring in the Wallonia area).

METHODOLOGY

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

RESULTS

A decrease in the number of births has been observed since 2012 from 38 383 births in 2012 to 37 280 in 2014. There is a stabilization in the proportion of diabetic mothers after a steady increase since 2009. A increase in the proportion of cesarean section has been observed from 2009 (20,1 %) to 2014 (22,1 %), mainly concerning elective cesarean. The induction proportion decrease from 2009 (33,3 %) to 2013 (31,5 %) and stabilizes in 2014 (31.8 %) but remains the highest of Europe. Analysis of obstetric practices (induction, caesarean, episiotomy) shows wide disparities between maternities.

DISCUSSION - CONCLUSION

The number of pregnancies with diabetes is increasing due to the multifactorial factors, such as advanced maternal age, urbanization, and increasing prevalence of obesity and physical inactivity, which could be also explained by the combination with the new diabetes screening policy during pregnancy. The increase in the rates of elective caesarean and labor induction seem to characterize the current trend towards «programmed obstetrics». Avoiding the primary (first) caesarean delivery and promoting a vaginal birth after a previous caesarean should be considered in order to contribute to the lowering of caesarean section.

TABLE DES MATIÈRES

COLOPHON	3
ABSTRACT	4
TABLE DES MATIÈRES	5
ASBL CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP	8
ORGANIGRAMME	9
1 INTRODUCTION	11
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
1.2 MÉTHODOLOGIE	11
1.2.1 Description du flux des données	11
1.2.2 Données	12
1.2.3 Méthode et analyses	13
2 DÉFINITIONS	15
3 TABLEAUX SYNOPTIQUES	16
3.1 CARACTÉRISTIQUES DES ACCOUCHEMENTS	16
3.2 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES	17
4 ACCOUCHEMENTS EN WALLONIE	18
4.1 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES	18
4.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT	18
4.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE	20
4.3.1 Âge maternel	20
4.3.2 Nationalités de la mère	21
4.3.3 Lieu de résidence de la mère	22
4.3.4 Niveau d'instruction de la mère	23
4.3.5 État d'union de la mère	24
4.3.6 Situation professionnelle de la mère	24
4.4 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE	24
4.4.1 Parité	24
4.4.2 Séropositivité VIH	25
4.4.3 Poids et taille de la mère	25
4.4.4 Conception de la grossesse	27
4.4.5 Hypertension artérielle	27
4.4.6 Diabète	28

4.5	CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	29
4.5.1	Durée de la grossesse	29
4.5.2	Type de début de travail	30
4.5.3	Induction de l'accouchement	31
4.5.4	Péridurale obstétricale	31
4.5.5	Accouchement par césarienne	32
4.5.6	Accouchement avec instrumentation	36
4.5.7	Épisiotomie	36
4.5.8	Pratiques obstétricales et maternités	37
4.6	ALLAITEMENT MATERNEL	40
5	NAISSANCES EN WALLONIE	41
5.1	NAISSANCES EN CHIFFRES	41
5.2	CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES	42
5.2.1	Présentation de l'enfant à la naissance	42
5.2.2	Poids à la naissance	42
5.2.3	Apgar	44
5.2.4	Ventilation du nouveau-né	45
5.2.5	Admission dans un centre néonatal	45
5.2.6	Sexe de l'enfant à la naissance	46
5.2.7	Malformations congénitales	46
5.3	MORTINATALITÉ	47
5.3.1	Mortinatalité en chiffres	47
5.3.2	Causes de mortalité fœtale	48
6	CONCLUSION.....	49
7	RÉFÉRENCES	52
8	ANNEXE	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Détail des accouchements	18
Tableau 2 :	Distribution des accouchements selon l'âge de la mère	20
Tableau 3 :	Distribution des accouchements selon les nationalités de la mère	22
Tableau 4 :	Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère	23
Tableau 5 :	Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère	23
Tableau 6 :	Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère	24
Tableau 7 :	Distribution des accouchements selon la situation professionnelle de la mère	24
Tableau 8 :	Distribution des accouchements selon le statut VIH de la mère à l'accouchement	25
Tableau 9 :	Distribution des accouchements selon la corpulence de la mère en début de grossesse	26

Tableau 10 : Distribution des accouchements selon le type de conception et le statut de la grossesse	27
Tableau 11 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement	29
Tableau 12 : Évolution du type de début de travail	30
Tableau 13 : Association entre la césarienne et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (singletons vivants)	33
Tableau 14 : Association entre la césarienne et les caractéristiques biomédicales de la mère (singletons vivants)	33
Tableau 15 : Classification des césariennes selon les catégories de Robson	35
Tableau 16 : Distribution des accouchements selon l'instrumentation	36
Tableau 17 : Détail des naissances	41
Tableau 18 : Répartition du poids à la naissance	42
Tableau 19 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (singletons vivants)	43
Tableau 20 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques biomédicales de la mère (singletons vivants)	44
Tableau 21 : Distribution des naissances vivantes selon la ventilation	45
Tableau 22 : Distribution des naissances vivantes selon l'admission dans un centre néonatal	45
Tableau 23 : Distribution des naissances selon le sexe de l'enfant	46
Tableau 24 : Malformations les plus enregistrées	46
Tableau 25 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel	48
Tableau 26 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance	48

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution du nombre d'accouchements par maternité	19
Figure 2 : Évolution de l'âge moyen selon la parité	21
Figure 3 : Évolution de la parité	25
Figure 4 : Évolution des proportions de surpoids et d'obésité	26
Figure 5 : Évolution de la proportion de diabète	28
Figure 6 : Répartition du type d'accouchement selon les jours de la semaine	30
Figure 7 : Évolution de la proportion d'induction	31
Figure 8 : Évolution du type de césarienne	32
Figure 9 : Évolution de la proportion de césarienne selon la parité et l'antécédent de césarienne	34
Figure 10 : Évolution de la proportion d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse	36
Figure 11 : Évolution de la proportion d'induction par maternité	37
Figure 12 : Évolution de la proportion de césarienne par maternité	38
Figure 13 : Évolution de la proportion d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse par maternité	39
Figure 14 : Évolution du nombre de naissances	41
Figure 15 : Évolution des petits et des très petits poids à la naissance	43
Figure 16 : Distribution des naissances vivantes selon le score d'apgar à 1 et 5 minute(s) ...	44
Figure 17 : Évolution de la proportion d'admission en centre néonatal N* et NIC	45
Figure 18 : Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion	47

ASBL CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP

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

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

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

ORGANIGRAMME

Conseil d'administration

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

Programme périnatalité Comité de gestion

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

Observateurs bailleurs de fonds

Dr M. Deguerry – OBSS*

Programme périnatalité Conseil scientifique

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

Centre d'analyse

Équipe scientifique

Mlle Ch. Leroy
Mme V. Van Leeuw
Prof W-H Zhang

Secrétariat-encodage

Mme F. Bercha
Mme K. El Morabit

Collaboration externe

Graphisme

Mme N. da Costa Maya

Informatique

M. Ph. Révelard

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

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

** Observatoire wallon de la
santé

1. INTRODUCTION

1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2014 en Wallonie. 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.

1.2 MÉTHODOLOGIE

1.2.1 DESCRIPTION DU FLUX DES DONNÉES

En Belgique, lors de la déclaration d'une naissance ou d'un décès, un bulletin statistique sous format papier ou électronique est obligatoirement rempli. Ces bulletins sont anonymes et composés de deux volets, l'un reprenant des données médicales et l'autre des données sociodémographiques. Ces volets ont évolué au cours de ces dernières années.

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

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 et complètent, dans le même temps, les informations statistiques médicales relatives à la naissance, qu'ils transmettent vers les services d'État Civil de la commune de naissance. L'administration communale établit l'acte de naissance et complète les informations statistiques du formulaire sociodémographique, le plus souvent au moment où un membre de la famille, généralement le père, vient déclarer la naissance ou le décès. Les bulletins statistiques anonymisés sont ensuite transmis aux administrations des communautés : la Commission Communautaire Commune pour les naissances et décès survenus en Région bruxelloise, la Communauté Flamande pour ceux survenus en Flandre et la Fédération Wallonie-Bruxelles pour ceux survenus en Wallonie.

Pour la Région wallonne, la tâche du CEpiP consiste en la vérification complémentaire au travail de l'administration, de la qualité du remplissage du bulletin statistique. En outre, il rectifie, en collaboration avec l'administration, et avec l'aide des gynécologues et des sages-femmes en salle d'accouchement et des fonctionnaires de l'État civil des communes, les données incomplètes, incorrectes ou incohérentes. Il analyse ensuite les données à des fins épidémiologiques et de santé publique.

1.2.2 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du volet CEpiP et des volets B, C et D du bulletin statistique de naissance ou de décès. Pour 25 maternités et 21 communes wallonnes, les données proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques e-Birth. 59,1 % des naissances vivantes de 2014 ont été déclarées via cette application.

L'introduction du volet CEpiP a permis d'ajouter de nouvelles variables, à savoir, le poids initial, le poids en fin de grossesse, la taille, le statut VIH, la conception de la grossesse, la surveillance fœtale durant le travail, l'analgésie péridurale, la colonisation par le streptocoque du groupe B et l'épisiotomie. Quelques variables ont également été développées, il s'agit de la parité détaillée, de la différenciation entre césarienne élective et non programmée parmi les modes d'accouchement, des causes précises de césarienne ainsi que des malformations congénitales du nouveau-né. Quatre variables, l'hypertension artérielle, le diabète, l'assistance respiratoire et le transfert en néonatalogie ont, elles, vu leur mode de questionnement évoluer d'une question à choix multiples à une question spécifique par variable avec réponse «oui/non».

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

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

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

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

1.2.3 MÉTHODE ET ANALYSES

Ce rapport décrit les données périnatales pour les naissances survenues dans les maternités wallonnes ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire wallon, au cours de l'année 2014.

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 2014 (1). Elles peuvent être également comparées avec les données publiées par le SPE pour 2014 (2). À ceci près que le SPE prend en compte dans son rapport toutes les naissances survenues en Flandre mais également à l'UZ-VUB de Jette (une des 11 maternités bruxelloises recensées dans le rapport de données périnatales en Région bruxelloise). Il est également important de préciser que le SPE ne prend pas en compte les naissances d'enfants vivants et mort-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 500 g (quel que soit l'âge gestationnel).

Ces données font l'objet de comparaisons temporelles avec les données des années 2009 (3), 2010 (4), 2011 (5), 2012 (6) et 2013 (7).

Après la description des variables, des analyses bivariées ont été effectuées. Les données médicales ont été croisées avec les données sociodémographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la mère. Pour mesurer la force de l'association entre chaque variable et les outcomes, des risques relatifs (RR) et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) ont été présentés. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 14.0, 2015.

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

Concernant la variable «nationalité», 12 catégories ont été créées :

- **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
- **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, Bahreïn, 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, États-Unis, Groenland, Saint-Pierre-et-Miquelon
- **Océanie :** Australie, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Heard et Mac Donald, Iles mineures éloignées des États-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

2. DÉFINITIONS

NAISSANCE VIVANTE

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

ENFANT MORT-NÉ

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

PARITÉ

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

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), exprimé en kg/m^2 . L'IMC est analysé selon 4 catégories : sous-poids, corpulence normale, surpoids et obésité.

CONCEPTION DE LA GROSSESSE

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

FIV (fécondation in vitro).

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

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

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

DIABÈTE

Tout diabète gestationnel ou préexistant

SÉROPOSITIVITÉ VIH

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

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

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

INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

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

MODE D'ACCOUCHEMENT

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

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

N*

Service de néonatalogie non-intensive

NIC

Neonatal Intensive Care / Service de néonatalogie intensive

3. TABLEAUX SYNOPTIQUES

3.1 CARACTÉRISTIQUES DES ACCOUCHEMENTS

		Nombre	%
Accouchement	Total	36 611	
	Unique	35 948	98,2
	Gémellaire	657	1,8
	Triplé	6	0,0
Parité	Primipare	15 682	42,8
	Multipare	20 913	57,2
	<i>Manquant</i>	16	
Corpulence de la mère	Surpoids	12 558	37,0
	<i>Manquant</i>	2 711	
Conception de la grossesse	Assistée	1 526	4,2
	<i>Manquant</i>	628	
Hypertension artérielle		1 691	4,6
	<i>Manquant</i>	206	
Diabète		2 828	7,8
	<i>Manquant</i>	313	
Durée de la grossesse	<28 semaines	177	0,5
	28-31 semaines	257	0,7
	32-36 semaines	2 659	7,3
	≥ 37 semaines	33 499	91,6
	<i>Manquant</i>	19	
Induction		11 635	31,8
	<i>Manquant</i>	16	
Analgésie péridurale		29 485	80,6
	<i>Manquant</i>	28	
Mode d'accouchement	Spontané sommet	25 556	69,8
	Siège vaginal	199	0,5
	Acc instrumental	2 759	7,5
	Césarienne	8 076	22,1
	<i>Manquant</i>	21	
Épisiotomie		11 258	30,8
	<i>Manquant</i>	20	

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

		Nombre	%
Naissance	Total	37 280	
	Unique	35 948	96,4
	Gémellaire	1 314	3,5
	Triplé	18	0,0
Présentation de l'enfant	Céphalique	34 945	93,9
	Siège	2 047	5,5
	Transverse	209	0,6
	<i>Manquant</i>	79	
Poids à la naissance	< 500 g	15	0,0
	500-1 499 g	480	1,3
	1 500-2 499 g	2 706	7,3
	≥ 2 500 g	34 047	91,4
	<i>Manquant</i>	32	
Sexe de l'enfant	Masculin	19 196	51,5
	Féminin	18 082	48,5
	<i>Manquant</i>	2	
Transfert en néonatalogie	N*	2 520	6,8
	NIC	1 201	3,2
	<i>Manquant</i>	14	
Mort-né		205	0,6

4. ACCOUCHEMENTS EN WALLONIE

4.1 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

35 947 accouchements de singletons et 663 accouchements multiples ont été enregistrés en 2014 sur le territoire wallon. Parmi les accouchements multiples, on observe 658 grossesses de jumeaux et 6 grossesses de triplés (1,8 % des grossesses).

Tableau 1 : Détail des accouchements, Wallonie, 2014	
Singletons : 35 947 accouchements	
	35 762 accouchements de singletons vivants
	185 accouchements de singletons mort-nés
Grossesses gémellaires : 658 accouchements	
	639 grossesses gémellaires de 2 enfants vivants
	16 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 mort-né
	2 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés dont 1 grossesse où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau
	1 accouchement gémellaire d'1 enfant né vivant et d'1 fœtus mort in utéro avant 22 semaines
Grossesses triples : 6 accouchements	
	6 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
Total : 36 611 accouchements	

La proportion de grossesses multiples reste stable sur la période 2009-2014, que ce soit pour les grossesses gémellaires ou les grossesses triples.

4.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT

Nous avons comptabilisé 36 372 accouchements à l'hôpital et 239 accouchements en extra-hospitaliers (0,6 %).

En 2014, le parc hospitalier wallon compte 36 maternités. Le nombre d'accouchements s'étend de 211 à 3 253 accouchements par maternité. Plus de la moitié se situe en dessous de 1 000 accouchements par an et 10 maternités en dessous des 500 accouchements (figure 1). Entre 2013 et 2014, 2 maternités ont fortement augmenté leur nombre d'accouchements (+ 18 % et + 25 %) suite à la fermeture de maternités en 2013. Malgré ces fermetures et l'augmentation du nombre d'accouchements pour ces deux maternités, la tendance est légèrement à la baisse.

Parmi les 239 accouchements extra-hospitaliers, on comptabilise 174 accouchements à domicile programmés en présence d'un professionnel et 64 accouchements inopinés. La donnée concernant le type d'accouchement extra-hospitalier² est inconnue pour 1 seul accouchement

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

et le volet médical de déclaration n'est pas complété. Étant donné les faibles effectifs, il est relativement difficile d'évaluer l'évolution des accouchements hors maternité programmées d'une part et inopinés d'autre part. Seule l'évolution de la proportion d'accouchements extra-hospitaliers dans son ensemble peut être analysée et celle-ci reste stable de 2009 à 2014 (0,6 %).

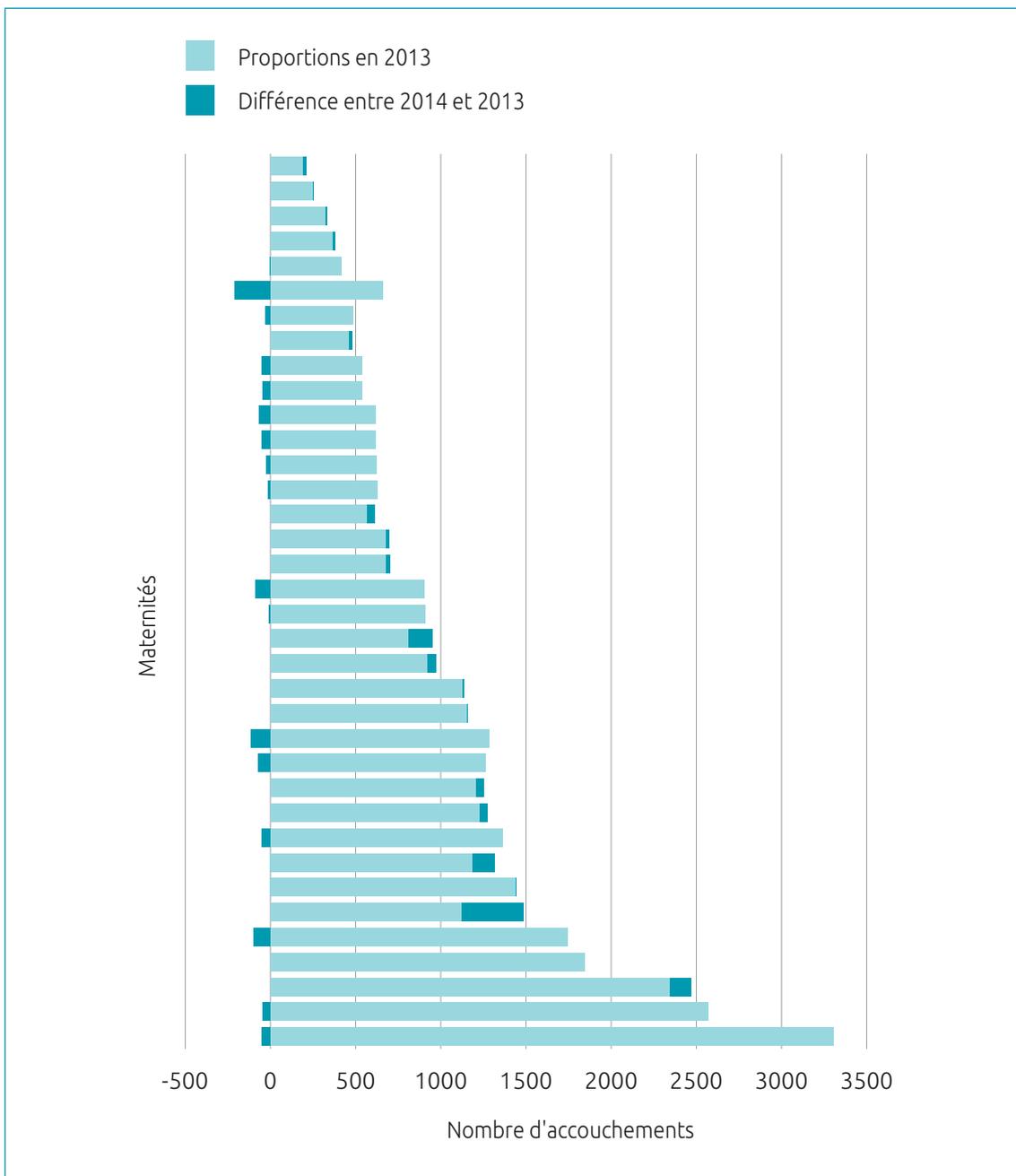


Figure 1. Évolution du nombre d'accouchements par maternité, Wallonie, 2013-2014

4.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

4.3.1 ÂGE MATERNEL

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 29,8 ans (déviation standard : 5,3 ans) (minimum : 13,8 ans – maximum : 54,8 ans). L'âge moyen chez la primipare est de 27,9 ans ce qui est plus faible qu'en Flandre (28,7 ans) (2) et en Région bruxelloise (29,7 ans) (1). Pour les multipares, l'âge moyen est de 31,3 ans, ce qui est identique à la Flandre (31,5 ans) (2) mais plus faible qu'en Région bruxelloise (32,6 ans) (1).

Si l'on s'intéresse aux catégories d'âges extrêmes, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de 3,0 % ce qui est plus élevé qu'en Région bruxelloise (1,5 %) (1) et en Flandre (1,3 %) (2). Parmi ces jeunes mères, on note 324 accouchements en-dessous de l'âge de 18 ans (0,9 % des accouchements) avec 6 accouchements en-dessous de l'âge de 15 ans (0,02 % des accouchements).

À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 16,8 %. Ce résultat est plus faible qu'en Région bruxelloise (26,3 %) (1) mais plus élevé qu'en Flandre (16,0 %) (2). Parmi ces mères de 35 ans et plus, 20,6 % sont primipares et 20,9 % sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus). La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est, elle, de 0,1 %.

Tableau 2 : Distribution des accouchements selon l'âge de la mère (N=36 604), Wallonie, 2014

Âge	Nombre	%
< 20 ans	1 082	3,0
20-24 ans	5 449	14,9
25-29 ans	12 672	34,6
30-34 ans	11 259	30,8
35-39 ans	4 956	13,5
≥ 40 ans	1 186	3,2

La date de naissance de la mère est inconnue pour 7 mères (0,02 %).

Entre 2009 et 2014, l'âge moyen de la mère est passé de 29,4 ans à 29,8 ans. Cet âge moyen augmente davantage chez les primipares (27,3 ans à 27,9 ans) que chez les multipares. La proportion de mères âgées de moins de 20 ans diminue durant la période (4,0 % à 3,0 %). Quant aux mères âgées de 35 ans et plus, la proportion augmente, allant de 15,8 % à 16,8 %. L'augmentation de l'âge à l'accouchement s'observe également dans les deux autres régions du pays ainsi que dans la majorité des pays européens.

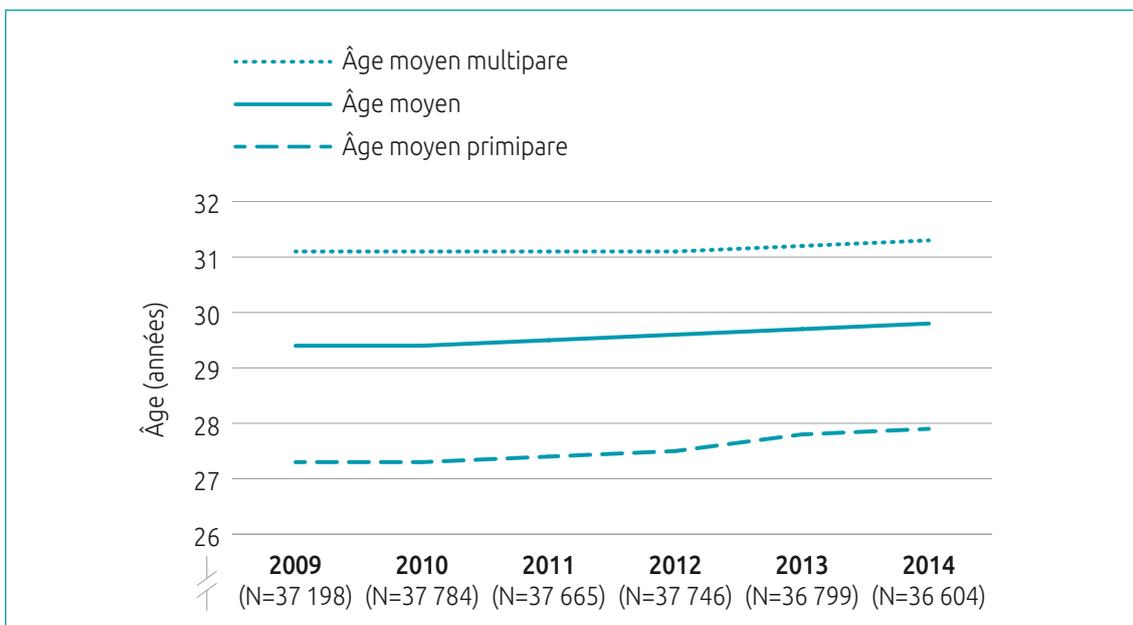


Figure 2 : Évolution de l'âge moyen selon la parité (N=261 170), Wallonie, 2009-2014

Les raisons de l'augmentation du nombre de naissances chez les mères plus âgées sont complexes. Dans le monde développé, il est de plus en plus fréquent pour les femmes de retarder la première naissance jusqu'à ce qu'elles soient dans leur trentaine. Depuis les années 70, la vie sociale moderne a eu des effets considérables sur la vie reproductive des femmes. L'âge plus tardif à la maternité s'explique notamment par le fait que les femmes font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, entrent plus tard en union et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces. Néanmoins, le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications et de facteurs de risque décrits plus loin et dans la littérature tel que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme et la mortinatalité (8-9).

4.3.2 NATIONALITÉS DE LA MÈRE

16,7 % des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**. En outre, 27,9 % des mères sont de nationalité non belge **à l'origine**³. Les nationalités d'origine les plus représentées sont marocaine (4,5 %), italienne (4,1 %) et française (3,6 %). Ceci s'explique par l'immigration italienne et marocaine pour l'industrie et la construction dans la Région du centre dans les années 50-60 et par l'immigration de ressortissants européens ces dernières années suite à l'implantation des institutions européennes à Bruxelles.

De 2009 à 2014, les proportions de mères de nationalité non belge à l'origine et de nationalité non belge à l'accouchement augmentent et passent respectivement de 24,6 % à 27,9 % et de 14,8 % à 16,7 %. Ces augmentations concernent les mères provenant de France, Roumanie et d'Afrique subsaharienne.

³ La nationalité d'origine de la mère est définie comme la nationalité que la mère avait à sa propre naissance.

Tableau 3 : Distribution des accouchements selon les nationalités de la mère, Wallonie, 2014

Nationalité	Nationalité d'origine (N=36 575)		Nationalité actuelle (N=36 513)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	26 375	72,1	30 397	83,2
UE15 sans Belgique	3 351	9,2	2 050	5,6
UE28 sans UE15	568	1,6	491	1,3
Russie et Europe de l'Est non UE28	789	2,2	467	1,3
Autres Europe	9	0,0	6	0,0
Maghreb et Egypte	2 157	5,9	1 108	3,0
Afrique subsaharienne	1 700	4,6	1 064	2,9
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	1 039	2,8	512	1,4
Asie du Sud-Est	300	0,8	162	0,4
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	146	0,4	74	0,2
Amérique du Nord	92	0,3	71	0,2
Océanie	5	0,0	2	0,0
Autres (apatride, indéterminé)	44	0,1	109	0,3

La nationalité d'origine est inconnue pour 36 mères (0,1 %) et la nationalité actuelle est inconnue pour 98 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), le recours aux pratiques obstétricales (12-13-14-15) et l'issue de la grossesse (16). Le CEpiP a notamment montré l'influence de la nationalité sur l'issue de l'accouchement (12), et a régulièrement montré dans ses précédents rapports un lien entre la nationalité d'origine et certains risques tel que le diabète, l'hypertension et l'indice de masse corporelle (6).

4.3.3 LIEU DE RÉSIDENCE DE LA MÈRE

La très grande majorité des mères (97,1 %) ayant accouché sur le territoire wallon réside en Wallonie. Parmi les faibles proportions de mères qui résident en France, en Flandre ou en Région bruxelloise, la majorité des mères accouche dans une maternité proche de leur lieu de résidence.

Tableau 4 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère (N=36 598), Wallonie, 2014		
Lieu de résidence ⁴	Nombre	%
Bruxelles	204	0,6
Total Flandre	341	0,9
Flandre orientale	36	0,1
Flandre occidentale	72	0,2
Limbourg	63	0,2
Anvers	17	0,0
Brabant flamand	153	0,4
Total Wallonie	35 523	97,1
Hainaut	13 336	36,4
Liège	11 729	32,0
Luxembourg	2 874	7,9
Namur	5 002	13,7
Brabant wallon	2 582	7,1
Total Pays frontaliers	422	1,1
France	388	1,1
Allemagne	10	0,0
Luxembourg	18	0,0
Pays-Bas	6	0,0
Pays étrangers	108	0,3

Le lieu de résidence de la mère est inconnu pour 13 mères (0,05 %).

4.3.4 NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MÈRE

79,3 % des mères ont obtenu leur diplôme de secondaire supérieur dont la moitié un diplôme d'études supérieures (universitaire ou non). Cet indicateur maintient une proportion de données manquantes importante et ce malgré le travail de sensibilisation du personnel des administrations communales, réalisé par la Cellule Statistiques Naissance-Décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette problématique trouve probablement son origine dans la sensibilité de la question et dans la difficulté d'estimer l'équivalence de certains diplômes des parents qui ont étudié à l'étranger.

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

Tableau 5 : Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère (N=30 855), Wallonie, 2014		
Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	476	1,5
Primaire	1 041	3,4
Secondaire inférieur	4 625	15,0
Secondaire supérieur	11 657	37,8
Supérieur non universitaire	8 506	27,6
Supérieur universitaire	4 291	13,9
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger)	259	0,8

Le niveau d'instruction de la mère est inconnu pour 5 756 mères (15,7 %).

4 L'enregistrement administratif des personnes sans domicile fixe est variable d'une commune à l'autre ce qui rend l'identification de ces personnes impossible.

4.3.5 ÉTAT D'UNION DE LA MÈRE

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule est de 19,4 %. Cette proportion a augmenté de 2010 à 2014 passant de 18,0 % à 19,4 %. Cette proportion semble surestimée et être la conséquence du fait que l'Officier d'état civil de la commune représente davantage l'autorité et fait craindre un certain contrôle. Dans certaines situations en effet, la déclaration de vie en couple ou de façon isolée pourrait être plus ou moins avantageuse au regard de la loi belge en matière de droit aux allocations sociales.

Tableau 6 : Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère (N=36 556), Wallonie, 2014		
État d'union	Nombre	%
Vit seule	7 092	19,4
Vit en union	29 464	80,6

L'état d'union de la mère est inconnu pour 55 mères (0,2 %).

4.3.6 SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA MÈRE

La proportion de mères actives est de 59,3 % et reste stable de 2009 à 2014.

Tableau 7 : Distribution des accouchements selon la situation professionnelle de la mère (N=36 157), Wallonie, 2014		
	Nombre	%
Active	21 434	59,3
Chômeuse	5 503	15,2
Sans profession (CPAS / mutuelle / invalidité / incapacité / sans profession / formation / rentier)	8 421	23,3
Pensionnée	27	0,1
Étudiante	772	2,1

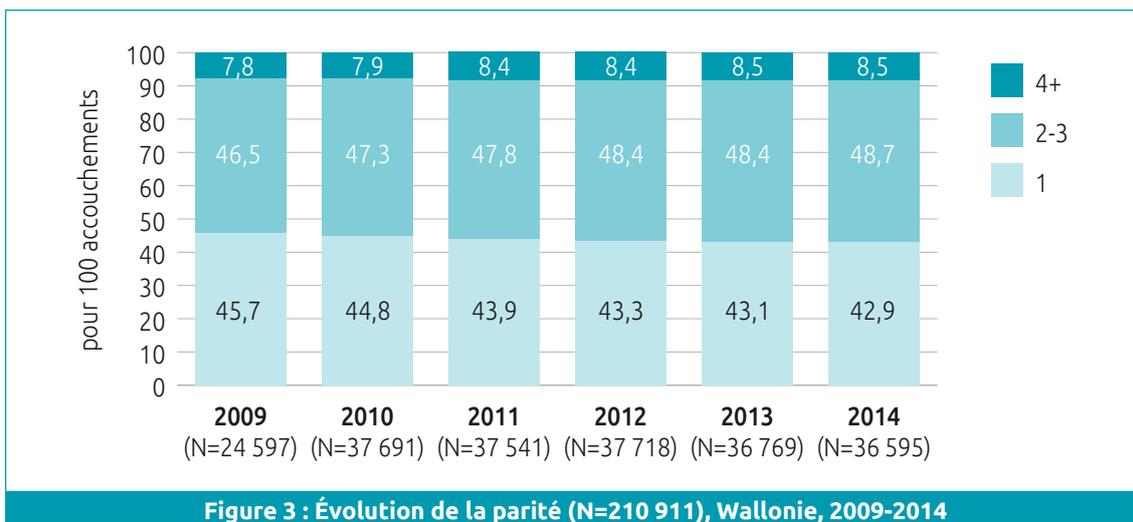
La situation professionnelle de la mère est inconnue pour 454 mères (1,2 %).

4.4 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

4.4.1 PARITÉ

La proportion de primipares est de 42,9 %. Cette proportion est plus faible qu'en Flandre (44,2 %) (2) mais plus élevée qu'en Région bruxelloise (41,4 %) (1). Le nombre de grandes multipares (4e accouchement et plus) est de 3 109 (8,5 %). Parmi les multipares, 303 mères ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (1,5 % des accouchements).

La proportion de primipares diminue chaque année depuis 2009, passant de 45,7 % à 42,9 % en 2014 (figure 3).



4.4.2 SÉROPOSITIVITÉ VIH

Des 122 accouchements concernés par un statut VIH positif, 123 enfants sont nés dont 3 enfants mort-nés. De 2009 à 2014, la proportion de mères VIH positif passe de 0,2 % à 0,3 %.

Statut VIH	Nombre	%
Positif	122	0,3
Négatif	34 484	98,0
Non testé	584	1,7

Le statut VIH de la mère est inconnu pour 1 421 mères (3,9 %)

4.4.3 POIDS ET TAILLE DE LA MÈRE

Le poids médian des mères avant la grossesse est de 64 kg (p25 : 56 kg ; p75 : 75 kg) et la taille moyenne de 165 cm (déviations standard : 6,5 cm). L'indice de masse corporelle (IMC) médian, calculé à partir du poids avant la grossesse et de la taille de la mère est de 23,4 kg/m² pour l'ensemble des mères, de 23,4 kg/m² pour les femmes âgées de 18 ans et plus et de 22,1 kg/m² pour les femmes de moins de 18 ans.

Durant la grossesse, les femmes prennent en moyenne 11,9 kg (déviations standard : 5,6 kg). Une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et l'IMC de la mère. 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 8,3 kg pour les femmes obèses, ces résultats correspondant pratiquement aux guidelines de prise de poids par catégories d'IMC⁵. Cette prise de poids ne montre pas d'évolution de 2009 à 2014.

5 Les recommandations de prise de poids durant la grossesse, publiées dans le rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" en 2009 (17), 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.

37,0 % des mères sont en surpoids et 14,7 % souffrent d'obésité (tableau 9). Ces proportions sont plus élevées que celles observées en Région bruxelloise (35,2 % de mères en surpoids et 11,7 % de mères obèses).

Tableau 9 : Distribution des accouchements selon la corpulence de la mère en début de grossesse (N=33 900), Wallonie, 2014		
Catégories d'IMC ⁶	Nombre	%
Sous-poids	2 143	6,3
Corpulence normale	19 199	56,6
Surpoids	7 561	22,3
Obésité	4 997	14,7

L'IMC est inconnu pour 2 711 mères (7,4 %).

Les mères de 40 ans et plus et les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne présentent le plus de problème de surpoids et obésité avec respectivement 45,4 % et 49,2 %.

Les proportions de mères en surpoids et obèses ont augmenté entre 2009 et 2012 avant de se stabiliser (figure 4). Cette évolution pourrait trouver son origine en partie dans une augmentation réelle de la prévalence du surpoids et de l'obésité mais également dans l'amélioration de la collecte de cet indicateur (les proportions de données manquantes passant de 18,1 % entre 2009 et 2011 à 10,0 % de 2012 à 2014).

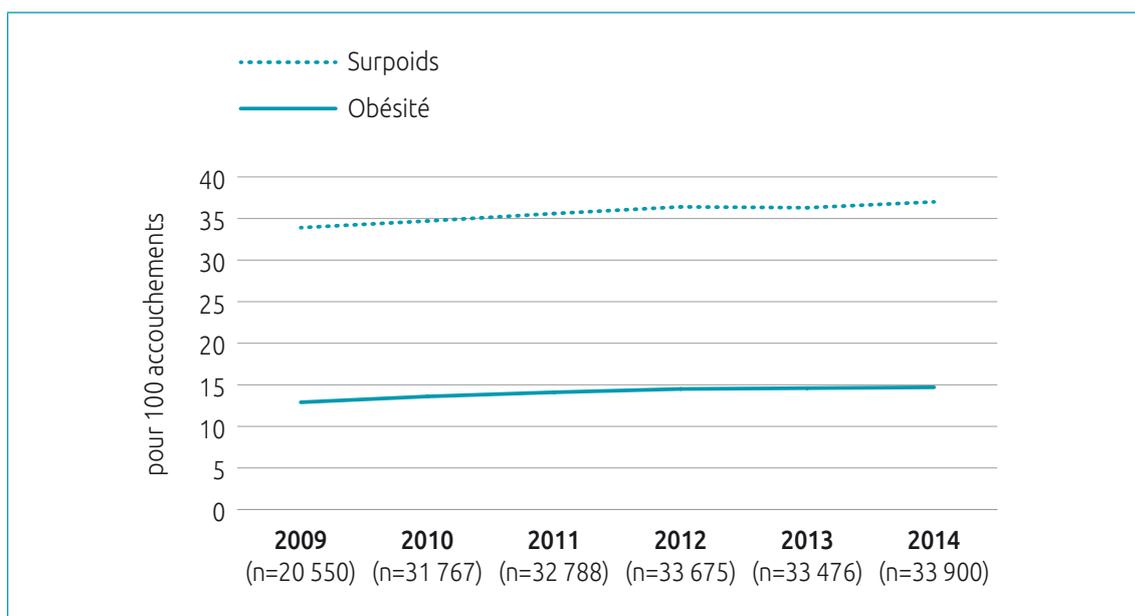


Figure 4 : Évolution des proportions de surpoids et d'obésité (N=186 156), Wallonie, 2009-2014

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 une proportion d'obésité supérieure à 10 % (8). Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreux facteurs de risque, tels que le diabète, l'hypertension et la macrosomie. Par ailleurs, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivent plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (20).

6 Pour les femmes âgées de 18 ans et plus, les catégories utilisées sont celles recommandées par l'OMS, à savoir : IMC <18,5 kg/m² = sous-poids – IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m² = poids normal – IMC entre 25 à 29,9 kg/m² = surpoids – IMC entre ≥ 30,0 kg/m² = obésité (18). Pour les femmes âgées de moins de 18 ans, les seuils sont basés sur les références de l'OMS : > +2SD = obésité, > +1SD = surpoids et < -2SD = insuffisance pondérale (19).

4.4.4 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

4,2 % des grossesses font suite à un traitement de conception assistée. Parmi les grossesses multiples, 34,0 % sont des grossesses de conception assistée. Parmi les grossesses triples, 1 a été conçue par FIV et 5 étaient spontanées.

14,4 % des grossesses de conception assistée concernent des accouchements multiples.

Le taux de mortinatalité en fonction du type de conception est plus élevé parmi les grossesses de conception assistée avec un taux de 0,9 % contre 0,5 % pour les grossesses spontanées.

La proportion de conception assistée augmente avec l'âge de la mère, passant de 3,3 % chez les mères de 25 à 29 ans à 11,0 % chez les mères de 40 ans et plus. Cette proportion est également plus élevée parmi les mères de nationalité d'origine belge ou européenne (Europe des 15) avec 4,6 %.

Tableau 10 : Distribution des accouchements selon le type de conception et le statut de la grossesse, Wallonie, 2014					
Type de conception	Grossesse unique (N=35 282)		Grossesse multiple (N=645)		Total (N=35 927)
	Nombre	%	Nombre	%	%
Spontanée	33 975	96,3	426	66,1	95,8
Traitement hormonal	302	0,9	37	5,7	0,9
FIV ou ICSI	1 005	2,8	182	28,2	3,3

Le type de conception est inconnu ou non demandé pour 684 mères (1,9 %)

Au cours des années 2009 à 2013, la proportion de grossesses médicalement assistées est restée stable.

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

4.4.5 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

4,6 % de mères souffrent d'hypertension, qu'elle soit préexistante ou gravidique. La proportion d'hypertension est identique à la proportion observée en Flandre (4,6 %) (2) mais plus élevée qu'en Région bruxelloise (4,3 %) (1).

L'analyse selon la parité présente des proportions différentes avec une proportion d'hypertension artérielle plus élevée parmi les primipares (6,0 % contre 3,6 %). Une tendance est observée entre l'hypertension artérielle et l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant une proportion de 3,1 % contre 9,6 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Une association est également constatée entre l'hypertension et l'indice de masse corporelle avec 1,6 % d'hypertension pour les mères en insuffisance pondérale contre 11,5 % pour les femmes en obésité.

De 2009 à 2014, la proportion d'hypertension artérielle reste stable.

4.4.6 DIABÈTE

7,8 % des mères présentent un diabète, qu'il soit gestationnel ou préexistant. Cette proportion est inférieure à celle observée en Région bruxelloise (9,3 %) (1) et beaucoup plus élevée que celle observée en Région flamande (3,6 %) (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 (21).

L'analyse selon la parité présente des proportions différentes avec une proportion de diabète plus élevée parmi les multipares (8,3 % contre 7,1 %). Une tendance est observée entre le diabète et l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant une proportion de diabète de 3,0 % contre 18,2 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. De plus, les femmes en insuffisance pondérale présentent une proportion de diabète plus faible (3,6 %) que les femmes en obésité (16,5 %).

Une augmentation constante de la proportion est observée de 2009 à 2013 passant de 4,8 % à 7,8 % suivie d'une stabilisation en 2014 (figure 5). Cette augmentation est probablement multifactorielle et peut être liée à la nouvelle politique de dépistage du diabète dans le cadre de la grossesse (diminution du seuil glycémique pour le dépistage du diabète gestationnel), mais également à une augmentation réelle de la prévalence en lien notamment avec l'épidémie d'obésité dans la population générale et le recul de l'âge de la grossesse. La grossesse est une période « clé » tant pour l'incidence que pour le dépistage du diabète. Améliorer le dépistage des mères diabétiques permet de limiter les risques associés qui ne sont pas insignifiants. En effet, l'étude HAPO "Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study" (étude prospective) a conduit à abaisser le seuil du diagnostic du diabète gestationnel. Les auteurs ont démontré une meilleure association entre ce seuil abaissé et un poids à la naissance supérieur au percentile 90, un accouchement par césarienne, une hypoglycémie néonatale et un hyperinsulinisme fœtale. L'étude a également démontré une meilleure association entre les nouvelles normes de glycémies maternelles anormales et cinq complications fœto-maternelles : l'accouchement prématuré, le risque de prééclampsie, la dystocie de l'épaule, l'hyperbilirubinémie et les soins intensifs néonataux (22). Le dépistage du diabète et la prise en charge des mères diabétiques et de leur(s) enfant(s) sont très importants afin de limiter les complications.

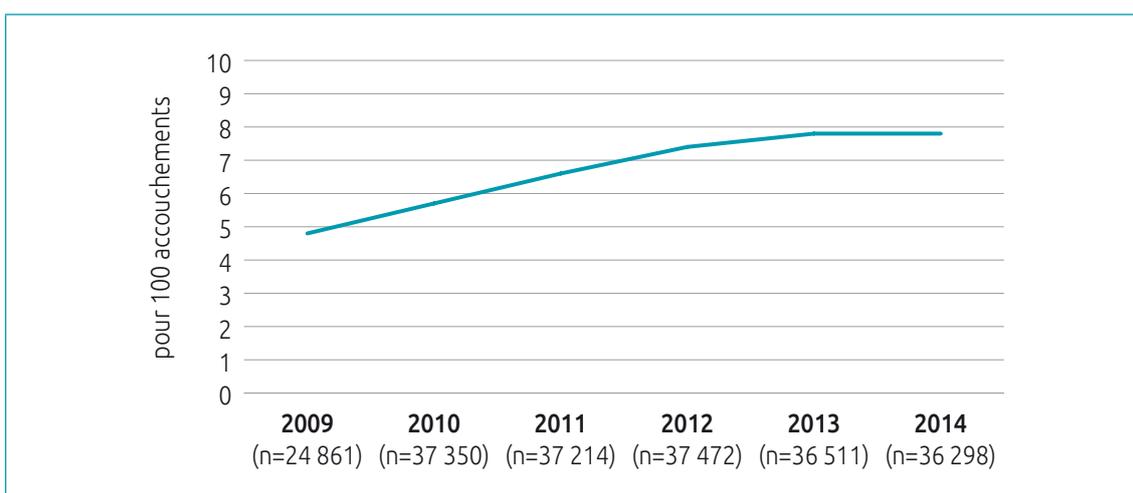


Figure 5 : Évolution de la proportion de diabète (N=209 706), Wallonie, 2009-2014

4.5 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

4.5.1 DURÉE DE LA GROSSESSE

La durée moyenne de la grossesse est de 38 semaines (minimum : 22 semaines – maximum : 42 semaines). La durée moyenne de la grossesse pour les grossesses uniques est de 38 semaines (minimum : 22 semaines – maximum : 42 semaines) et de 35 semaines (minimum : 23 semaines – maximum : 40 semaines) pour les grossesses multiples.

Tableau 11 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=36 592), Wallonie, 2014

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n=35 928)		Multiples (n=664)	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23	14	0,0	1	0,1
24	18	0,0	6	0,9
25	30	0,1	4	0,6
26-27	89	0,3	15	2,3
28-31	220	0,6	37	5,6
32-36	2 343	6,5	316	47,6
≥ 37	33 214	92,5	285	42,9

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

8,5 % des accouchements ont eu lieu avant 37 semaines, 7,5 % pour les singletons et 57,1 % pour les accouchements multiples avec 9,5 % qui n'atteignent pas les 32 semaines de grossesse. Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint 10,7 %, contre 7,3 % dans les autres maternités.

La proportion de prématurité en Wallonie (8,5 %) est plus élevée qu'en Flandre (7,4 %) (2) et qu'en Région bruxelloise (7,8 %) (1). De 2009 à 2014, les proportions d'accouchements prématurés passent de 7,9 % à 8,5 % et cette augmentation concerne principalement les grossesses uniques.

Euro-Peristat (8) définit cet indicateur comme le nombre de naissances vivantes et mortes entre 22 et 37 semaines de gestation sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. En Wallonie, on obtient alors 9,3 % de naissances prématurées.

La plupart des données disponibles en Europe ne concernent que le nombre de naissances vivantes prématurées sur le total des naissances vivantes. Avec ce calcul, on obtient une proportion de 8,9 %. Des variations d'attitude face à des situations obstétricales difficiles à des âges gestationnels précoces, peuvent entraîner des différences importantes dans les proportions retrouvées. En effet, certaines naissances «vivantes» sont des naissances d'enfants «destinés à mourir», du fait de leur prématurité extrême (< 24 semaines) ou d'une pathologie non compatible avec la vie.

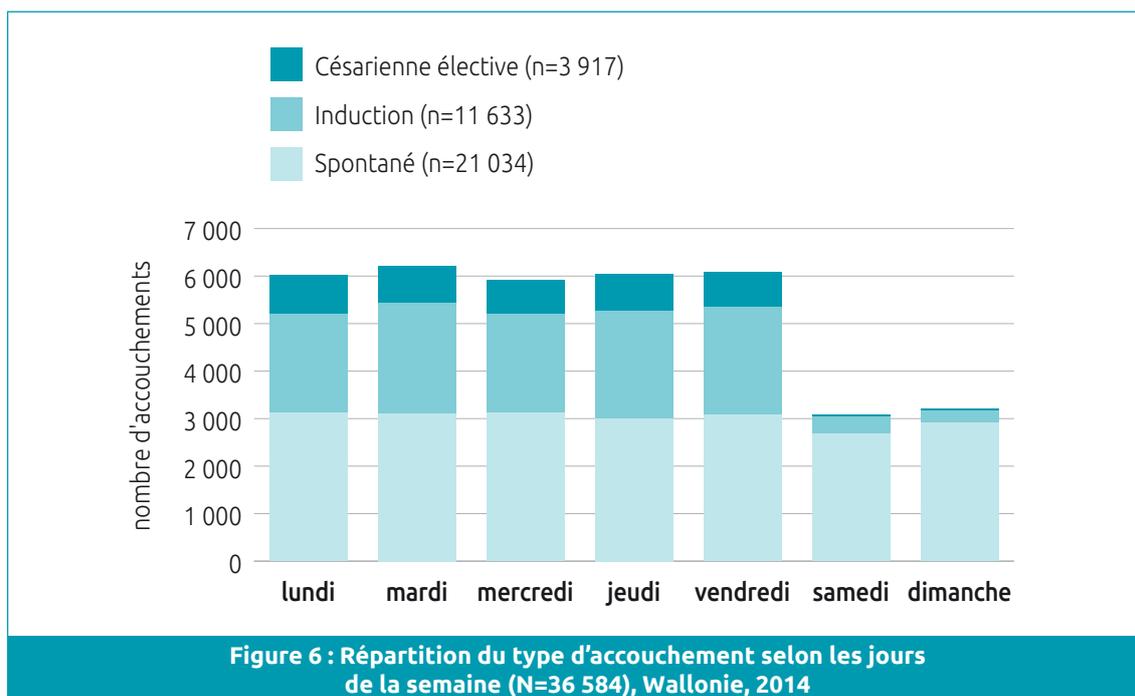
Au niveau mondial, on estime que 14,9 millions de nouveau-nés sont nés prématurément en 2010, ce qui correspond à 11,1 % des naissances vivantes, allant d'environ 5 % dans les pays européens à 18 % dans les pays africains (23). Les principaux facteurs de causalité de la prématurité sont les conditions médicales de la mère et/ou du fœtus, les influences génétiques, l'exposition environnementale, les traitements de l'infertilité, les facteurs comportementaux et socio-économiques et la prématurité iatrogène (24).

Si l'on s'intéresse uniquement aux singletons vivants, ce sont les mères âgées de moins de 20 ans et de 35 ans et plus qui présentent le plus de risque d'accoucher prématurément avec respectivement 9,1 % et 8,0 % contre 7,0 % chez les mères de 20 à 34 ans. Les mères souffrant

d'hypertension ont davantage de risque de prématurité (16,8 % contre 6,7 %). Les grossesses de conception assistée présentent également un risque de prématurité plus important (9,5 % contre 7,0 %).

4.5.2 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

Davantage de naissances ont lieu du lundi au vendredi. Cette différence est liée au nombre d'induction et de césarienne élective, le nombre d'accouchement faisant suite à un travail spontané étant stable sur les 7 jours de la semaine.



Une évolution progressive du type de début de travail est constatée de 2009 à 2013, marquant une diminution constante de l'induction au profit de la césarienne élective et du travail spontané, suivie d'une stabilisation en 2014 (tableau 12). Lorsqu'on s'intéresse uniquement aux accouchements multiples, la répartition du type de début de travail est différente avec 51,2 % de travail spontané, 22,2 % d'induction et 26,6 % de césarienne élective en 2014, et pas d'évolution sur les années 2009 à 2014.

Type de conception	Travail spontané		Induction		Césarienne élective	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2009 (n=24 895)	14 130	56,8	8 382	33,7	2 383	9,6
2010 (n=37 501)	21 238	56,6	12 428	33,1	3 835	10,2
2011 (n=37 546)	21 429	57,1	12 202	32,5	3 915	10,4
2012 (n=37 700)	21 771	57,8	12 045	32,0	3 884	10,3
2013 (n=36 769)	21 213	57,7	11 570	31,5	3 986	10,8
2014 (n=36 584)	21 034	57,5	11 633	31,8	3 917	10,7

Le type de début de travail est inconnu pour 684 accouchements (0,3 %)

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

4.5.3 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

On constate que 31,8 % des accouchements ont été induits, ou :

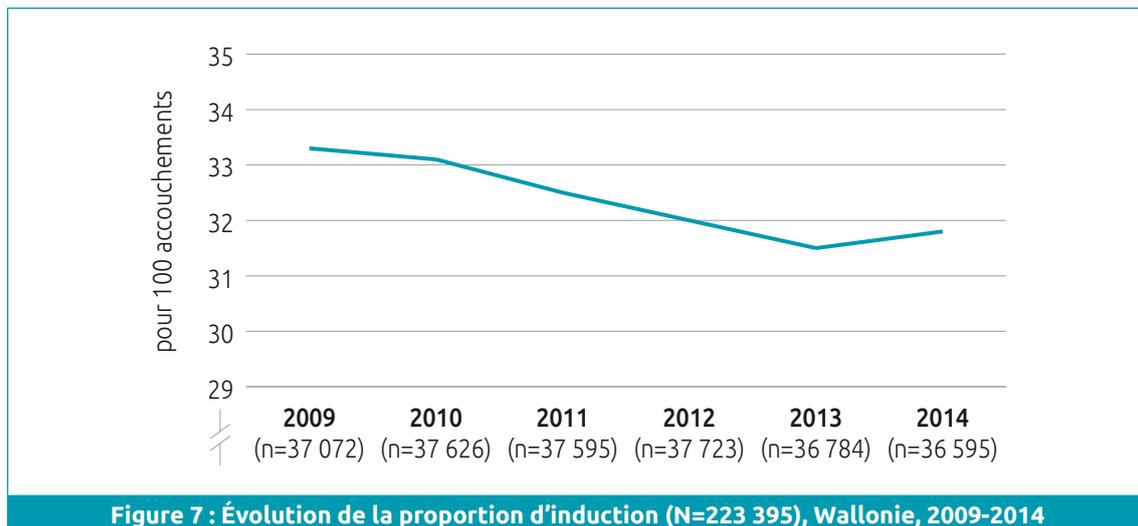
- 33,1 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 34,6 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 36,6 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 33,1 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare
- 35,6 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées

La notification de l'induction est manquante pour 16 accouchements (0,04 %).

Le projet Euro-Peristat (8) recommande de présenter la proportion d'induction sur le nombre total des naissances. De cette manière, on obtient 31,6 % de naissances induites.

La proportion d'induction en Wallonie est plus élevée que les proportions en Région flamande (23,4 %) (2) et en Région bruxelloise (29,3 %) (1).

La proportion d'induction diminue entre 2009 et 2013 passant de 33,3 % à 31,5 % et se stabilise en 2014 (31,8 %). La Wallonie présente la proportion la plus élevée d'Europe (8).



4.5.4 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

On constate que 80,6 % des accouchements ont bénéficié d'une péridurale, ou :

- 78,6 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives
- 76,2 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse
- 87,5 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives chez la primipare
- 71,4 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes électives chez la multipare

L'information est manquante pour 28 accouchements (0,08 %).

La proportion de péridurale en Wallonie est plus élevée que les proportions en Flandre (69,6 %) (2) et en Région bruxelloise (74,7 %) (1).

La proportion de péridurale (hors césariennes électives) reste stable en Wallonie de 2009 à 2014.

4.5.5 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

La proportion de césarienne est de 22,1 %, ou :

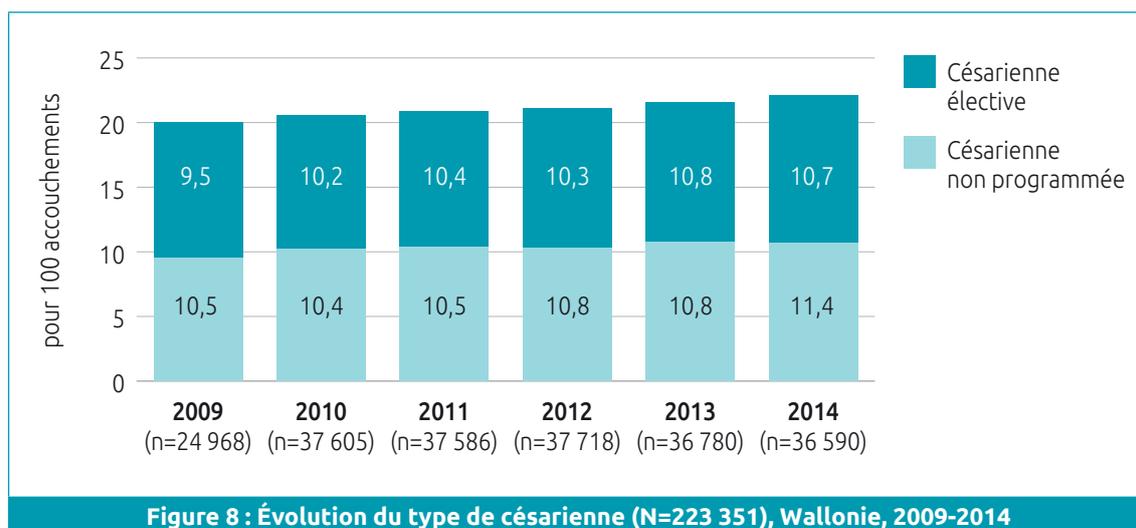
- 21,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements uniques
- 58,6 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements multiples
- 10,7 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes électives
- 11,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes non programmées
- 13,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux premières césariennes
- 8,2 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes répétées

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 21 accouchements (0,06 %).

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

La proportion de césarienne en Wallonie est plus élevée que les proportions en Flandre (20,6 %) (2) et en Région bruxelloise (20,4 %) (1). Au niveau européen, la proportion de césarienne oscille entre 14,8 % (Islande) et 52,2 % (Chypre). La Wallonie fait partie de la majorité des pays qui présente une proportion de césarienne inférieure à 30,0 % (8). Une augmentation de la proportion de césarienne est observée de 2009 à 2013 passant de 20,1 % à 22,1 %. Ce constat est également observé parmi les grossesses uniques contrairement aux grossesses multiples où la proportion reste stable.

L'évolution de la proportion de césarienne sur les années 2009 à 2013 concerne principalement les césariennes électives, passant de 9,5 à 10,7 % mais se stabilise en 2014 (figure 8).



4.5.5.1 CÉSARIENNE ET FACTEURS DE RISQUE

Tableau 13 : Association entre la césarienne et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (singletons vivants), Wallonie, 2014				
		N	Césarienne (%)	RR brut (IC 95 %)
Caractéristiques sociodémographiques de la mère				
Âge de la mère	< 20 ans	1 063	15,9	1
	20-34 ans	28 748	20,4	1,28 (1,11-1,47)
	≥ 35 ans	5 936	27,7	1,74 (1,51-2,01)
Nationalité d'origine	Belgique	25 774	20,2	1
	UE28 sans Belgique	3 837	22,8	1,13 (1,06-1,20)
	Maghreb et Egypte	2 098	23,7	1,17 (1,08-1,27)
	Afrique subsaharienne	1 651	34,6	1,71 (1,60-1,84)
Niveau d'instruction	Pas d'études supérieures	17 409	22,3	1,11 (1,06-1,16)
	Études supérieures	12 535	20,1	1

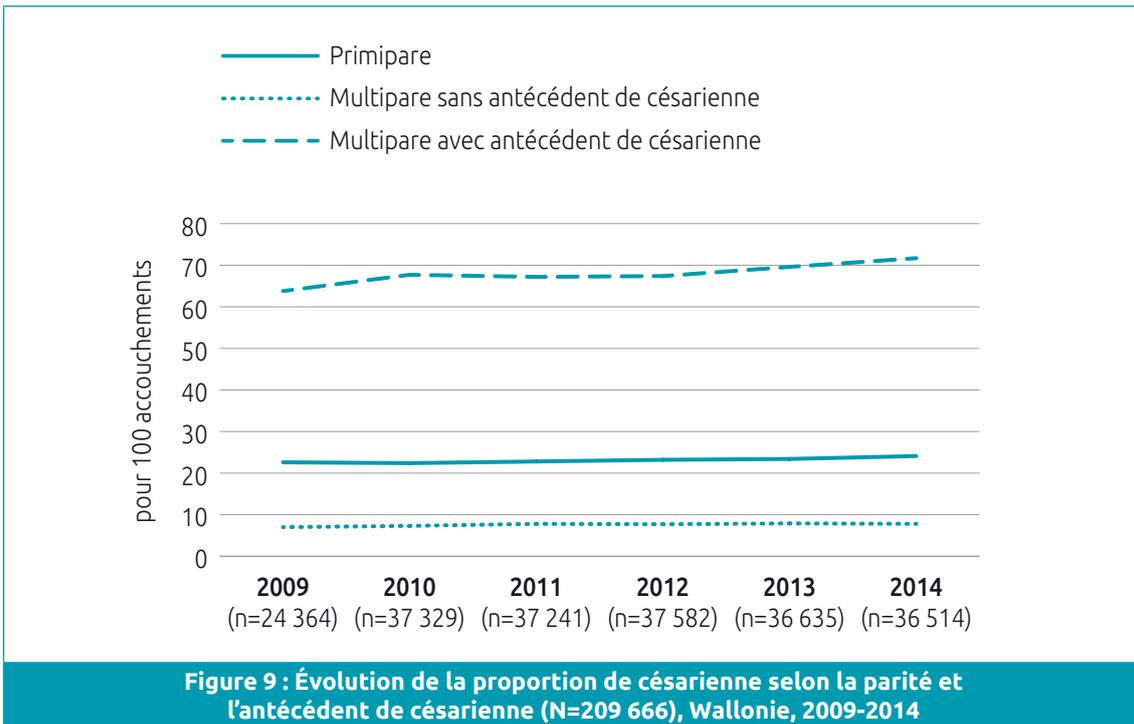
Les analyses ci-dessus montrent que le risque de césarienne augmente en fonction de l'âge de la mère, le risque étant 1,7 fois plus important parmi les mères de 35 ans et plus comparées aux mères âgées de moins de 20 ans. Les mères originaires d'Afrique subsaharienne ont le plus de risque d'être césarisées.

Tableau 14 : Association entre la césarienne et les caractéristiques biomédicales de la mère (singletons vivants), Wallonie, 2014				
		N	Césarienne (%)	RR brut (IC 95 %)
Caractéristiques biomédicales de la mère				
Parité	Primipare	15 306	23,5	1,18 (1,13-1,23)
	Multipare	20 437	19,9	1
IMC	Sous poids	2 112	15,8	0,86 (0,77-0,95)
	Corpulence normale	18 814	18,4	1
	Surpoids	12 266	26,3	1,43 (1,37-1,49)
Hypertension	Oui	1 605	37,0	1,79 (1,68-1,92)
	Non	33 957	20,7	1
Diabète	Oui	2 747	28,4	1,36 (1,28-1,45)
	Non	32 713	20,8	1
Type de conception	Assistée	1 297	28,9	1,37 (1,25-1,49)
	Spontanée	33 807	21,1	1

Les mères souffrant d'hypertension ou souffrant de diabète, les mères en surpoids ainsi que les grossesses de conception assistée ont davantage de risque d'être césarisées.

Les proportions de césarienne sont plus élevées parmi les mères avec un singleton vivant en siège avec 90,9 % contre 17,6 % pour les singletons vivants en sommet. La proportion de césarienne pour les singletons vivants en siège reste stable de 2009 à 2014, quelque soit la parité.

20,0 % des multipares ont au moins un antécédent de césarienne et parmi celles-ci, 71,7 % ont accouché par césarienne. Cette proportion de césarienne chez les multipares avec au moins un antécédent de césarienne a augmenté entre 2009 et 2014 (63,8 % à 71,7 %) (figure 9). Parmi les multipares sans antécédent de césarienne, seul 7,8 % ont accouché par césarienne et la proportion est restée stable sur la période étudiée.



4.5.5.2 INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Si l'on s'intéresse aux indications de césarienne reprises sur le volet CEpiP pour les singletons vivants, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel a été signalé comme l'indication de la césarienne dans plus de 1 césarienne sur 4, suivie par l'anomalie de présentation. Pour les premières césariennes, la première indication de césarienne est l'anomalie de la présentation (26,1 %) suivie de près par la souffrance fœtale aigüe (23,5 %). 72,3 % des césariennes répétées ont comme indication la césarienne antérieure.

Les systèmes de classification qui suivent ce type d'indications sont très hétérogènes et les comparaisons régionales, nationales et internationales rendues difficiles. Dans sa dernière note (25), l'OMS recommande d'utiliser le système de classification de Robson⁷ (26), 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.

⁷ Le système de catégorisations de Robson est un système simple et facile à implémenter. Les catégories se basent sur des critères pertinents, mutuellement exclusifs et totalement inclusifs.

Tableau 15 : Classification des césariennes selon les catégories de Robson (N=36 473), Wallonie, 2014

Groupes Robson		Nombre de césariennes sur le total des mères de chaque groupe	Taille relative des groupes (%)	Proportion de césariennes dans chaque groupe (%)	Contribution de chaque groupe dans la proportion globale de césarienne (%)
1	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	861/8 013	22,0	10,8	2,4
2	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	1 487/5 295	14,5	28,1	4,1
3	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	190/9036	24,8	2,1	0,5
4	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	364/5 833	16,0	6,2	1,0
5	Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines	2 359/3 450	9,5	63,4	6,5
6	Toutes les primipares, singleton en siège	898/957	2,6	93,8	2,5
7	Toutes les multipares, singleton en siège	605/738	2,0	82,0	1,6
8	Toutes les grossesses multiples	388/662	1,8	58,6	1,1
9	Toutes les grossesses, singleton en transverse	134/136	0,4	98,5	0,4
10	Toutes les grossesses, singleton sommet, < 37 semaines	729/2 345	6,4	31,1	2,0
TOTAL		8 015/36 465	100,0		22,1

125 femmes n'ont pas pu être catégorisées (0,3 %), parmi celles-ci 61 ont été césariées.

Selon la nomenclature de Robson, 46,8 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 22,0 % de primipares et 24,8 % de multipares. Si l'on regarde la contribution de ces deux groupes dans la proportion globale de césarienne, on se rend compte qu'elle est faible (2,4 % pour la catégorie 1 et 0,5 % pour la catégorie 3), ce constat est relativement positif. Les proportions de césarienne 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 contribution dans la proportion de césarienne est relativement faible. Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 22,1 % de proportion de césarienne sont les «Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective», avec 4,1 % et les «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines», avec 6,5 %.

Ce constat ainsi que la proportion élevée de césarienne élective et la proportion élevée d'induction semblent marquer la tendance actuelle vers une «obstétrique programmée», qui dépassent nos frontières et dont les raisons sont multiples. Préoccupation médico-légale, changements dans la pratique clinique (diminution des essais de travail spontané après un antécédent de césarienne, des accouchements en siège vaginal et des extractions instrumentales), attentes parentales (augmentation des inductions et des césariennes sur demande maternelle), manque d'expérience des accouchements physiologiques chez les jeunes prestataires, préservation de la qualité de vie des praticiens et les questions financières sont une partie des réponses à cette programmation (27-28-29-30-31).

Néanmoins, il est important de souligner que l'induction du travail et la césarienne ne sont pas sans risque et que leurs indications doivent être posées au cas par cas pour éviter les effets iatrogènes. Par ailleurs, éviter à tout prix 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 césarienne, au regard de l'analyse selon Robson.

4.5.6 ACCOUCHEMENT AVEC INSTRUMENTATION

La proportion d'utilisation de la ventouse (4,8 %) est plus élevée que l'utilisation du forceps (2,7 %).

	Nombre	%
Ventouse	1 765	4,8
Forceps	994	2,7
Total	2 759	7,5

Euro-Peristat (8) recommande de calculer la proportion d'instrumentation sur le nombre total de naissances. On obtient donc 7,5 naissances avec instrumentation pour 100 naissances.

La proportion de naissances avec instrumentation est légèrement plus faible qu'en Région bruxelloise (9,2 %) (1). Cette proportion reste stable sur la période 2009-2014.

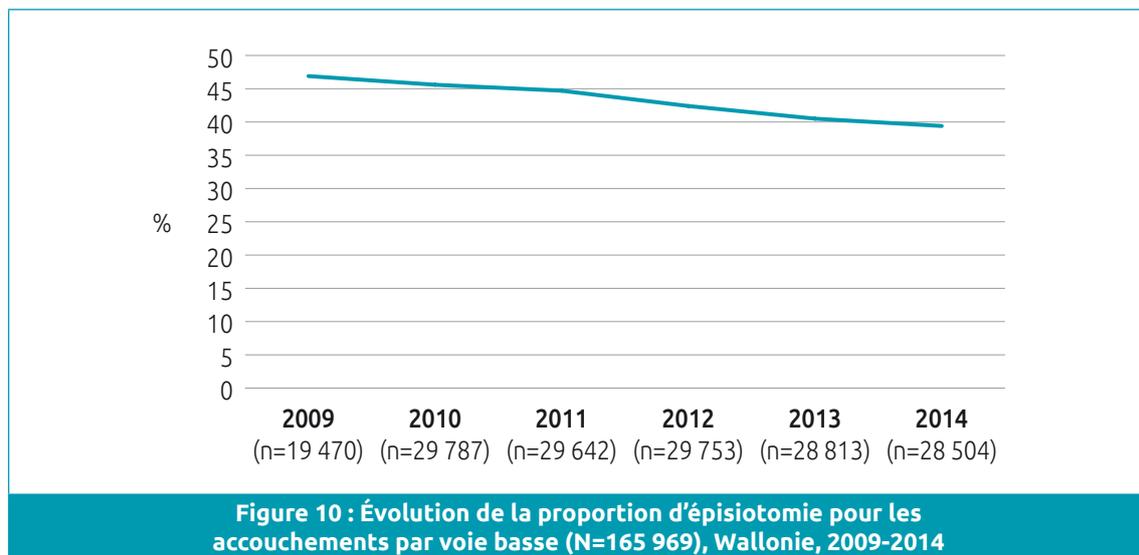
4.5.7 ÉPISIOTOMIE

On constate que 30,8 % des accouchements ont eu une épisiotomie, ou :

- 39,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse
- 59,7 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la primipare
- 24,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la multipare

Cette information est manquante pour 20 accouchements (0,05 %).

La Wallonie présente une proportion d'épisiotomie nettement plus élevée qu'en Région bruxelloise (25,4 %) (1) mais nettement plus faible qu'en Flandre (50,5 %) (2). Par ailleurs, une diminution de la proportion d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse s'observe entre 2009 et 2014 allant de 46,9 % à 39,4 %.

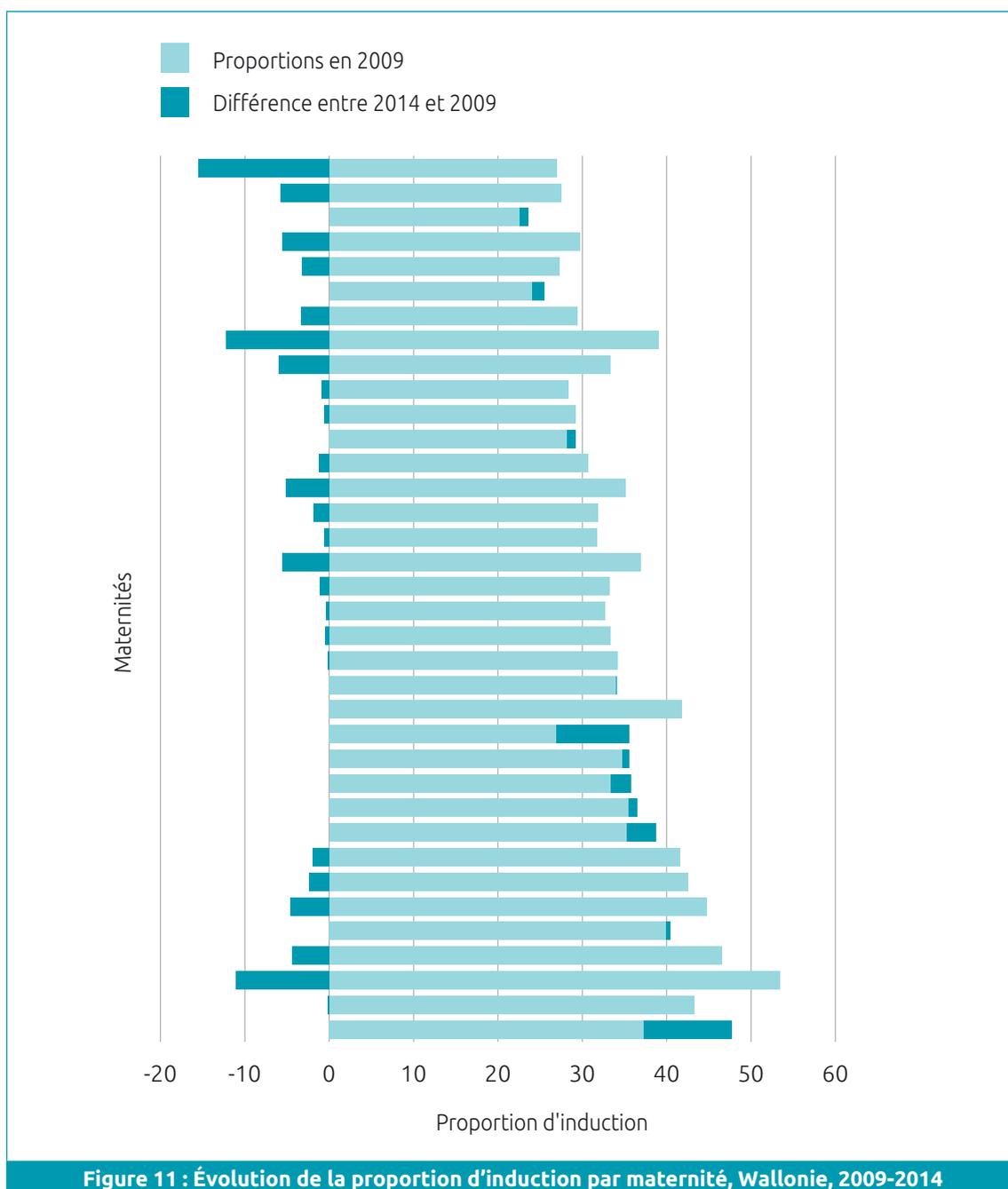


4.5.8 PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS

4.5.8.1 INDUCTION ET MATERNITÉS

La proportion d'induction varie fortement d'une maternité à l'autre, allant de 11,5 % à 47,7 % selon la maternité.

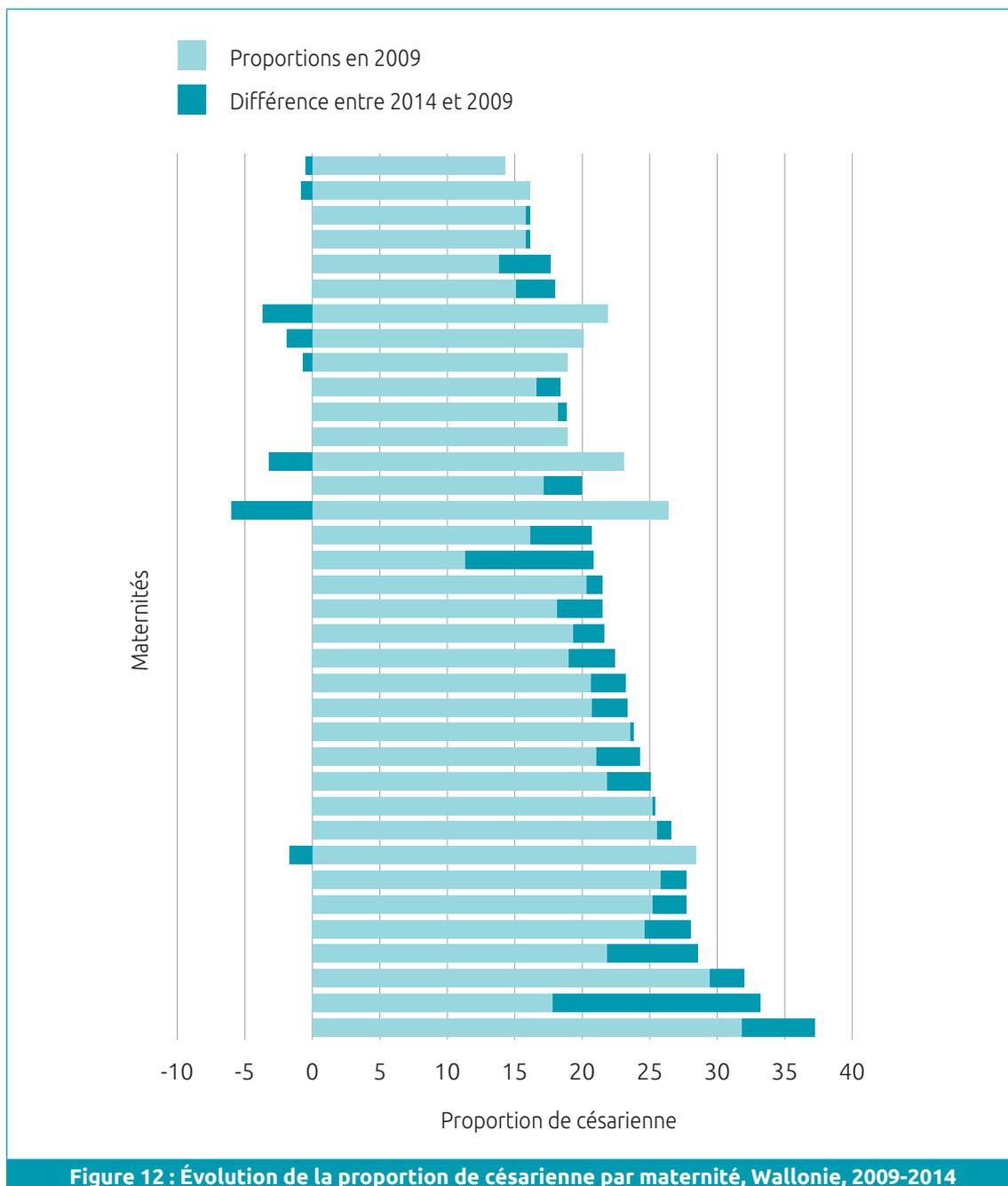
Malgré cette variation importante entre maternités, la tendance générale est à la baisse entre 2009 et 2014. Plus de deux tiers des maternités ont diminué leur proportion d'induction. On constate que trois maternités ont fortement diminué leur proportion d'induction dont une passant de 27,0 % en 2009 à 11,5 % en 2014, sa proportion en 2009 étant parmi les plus faibles (figure 11). Bien que la tendance soit à la baisse, deux maternités ont augmenté leur proportion entre 2009 et 2014.



4.5.8.2 CÉSARIENNE ET MATERNITÉS

La proportion de césarienne globale varie fortement d'une maternité à l'autre (13,8 % à 37,2 %) (figure 12). Toutes les maternités présentent une proportion supérieure à 15 %, seuil recommandé par l'OMS (25), à l'exception d'une où la proportion s'élève à 13,8 %.

Entre 2009 et 2014, 75 % des maternités ont augmenté leur proportion de césarienne. En 2009, trois maternités ont une proportion inférieure à 15 % contre une seule en 2014. Deux maternités ont doublé leur proportion de césarienne en six ans. Une maternité, ayant une proportion déjà élevée en 2009 (31,8 %), a fortement augmenté sa proportion en 2014, atteignant 37,2 %, proportion la plus élevée parmi l'ensemble des maternités.



4.5.8.3 ÉPISIOTOMIE ET MATERNITÉS

On constate sur la figure 13 la très grande variation de la proportion d'épisiotomie d'une maternité à l'autre, la proportion en 2014 variant de 10,8 % à 50,1 %, et de 13,3 % à 64,6 % en cas d'accouchement par voie basse. 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.

Entre 2009 et 2014, la tendance est la baisse. Plus de 8 maternités sur 10 ont diminué leur proportion d'épisiotomie en six ans. Les maternités ayant les proportions les plus élevées en 2009 ont toutes diminué leur proportion en 2014 dont deux ayant une différence de 20 % entre les deux années.

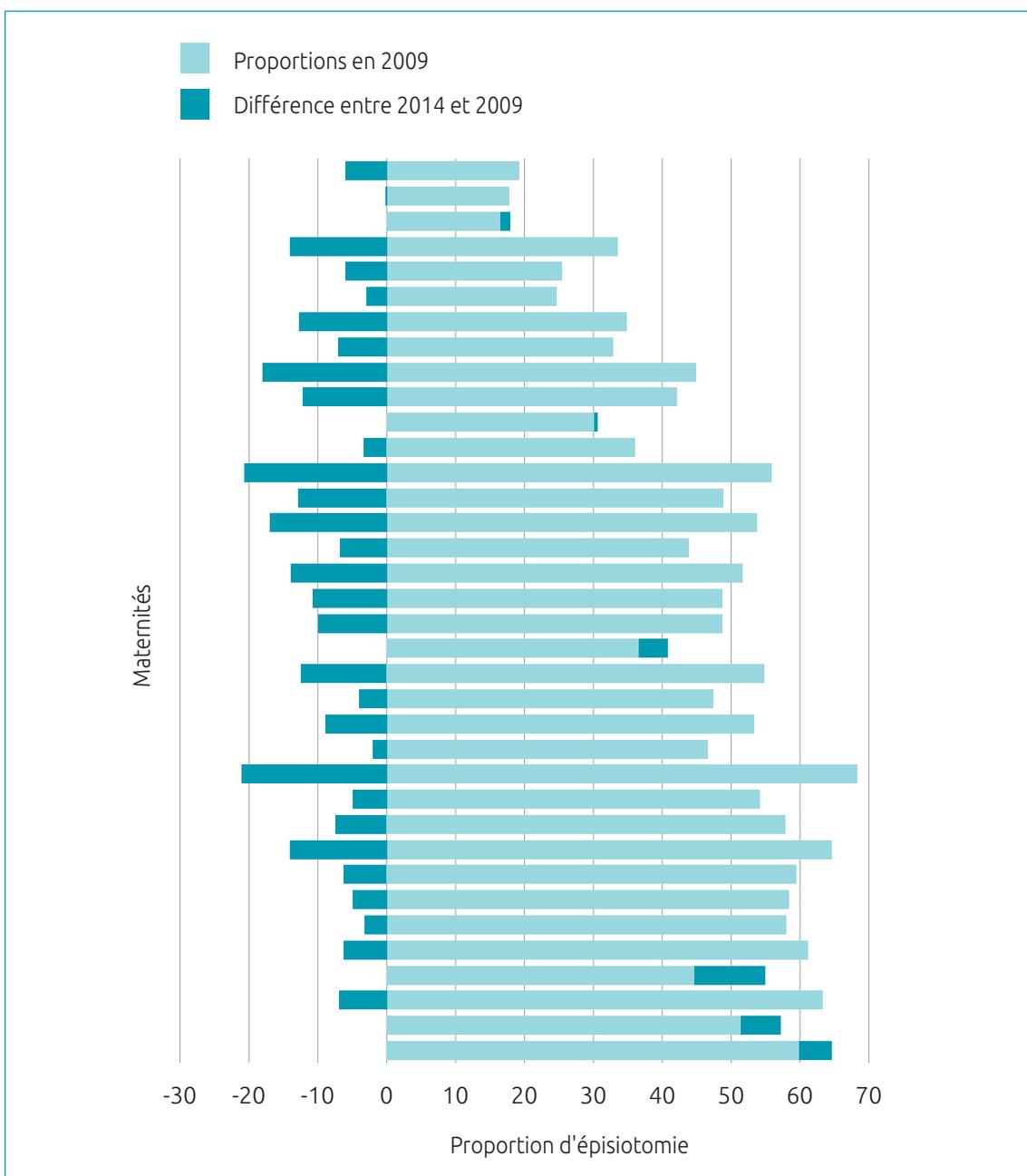


Figure 13 : Évolution de la proportion d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse par maternité, Wallonie, 2009-2014

4.6 ALLAITEMENT MATERNEL

81,2 % des mères qui ont accouché dans une maternité utilisant eBirth⁸ ont notifié leur intention d'allaiter leur(s) enfant(s) au moment de l'accouchement. La proportion est de 81,3 % parmi les grossesses uniques et de 75,3 % parmi les grossesses multiples. Une légère différence dans les proportions s'observe lorsque l'on s'intéresse à l'âge gestationnel où 81,5 % des mères ayant accouché à partir de 37 semaines ont signifié leur intention d'allaiter, contre 77,2 % des mères ayant accouché prématurément.

Cette variable présente 0,5 % de données manquantes.

Cette proportion, bien que ne donnant aucune information sur la poursuite de l'allaitement dans la durée, est très proche de la proportion d'initiation relevée lors de l'enquête de couverture vaccinale où la proportion était de 81,7 % en Wallonie (32).

En Région bruxelloise, la proportion s'élève à 94,8 % (1) ce qui est plus élevé qu'en Wallonie (81,2 %).

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

5. NAISSANCES EN WALLONIE

5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

37 280 naissances survenues sur le territoire wallon ont été enregistrées en 2014.

Tableau 17 : Détail des naissances, Wallonie, 2014	
Naissances vivantes : 37 075	
35 762	singletons
1 313	multiplés
Mort-nés : 205 naissances d'enfants de \geq 500 g et/ou \geq 22 semaines	
185	singletons
20	multiplés
Total : 37 280 naissances	

Une diminution du nombre de naissances en Wallonie est observée depuis 2012 passant de 38 383 naissances en 2012 à 37 280 en 2014 soit une diminution de près de 3 % (figure 14).

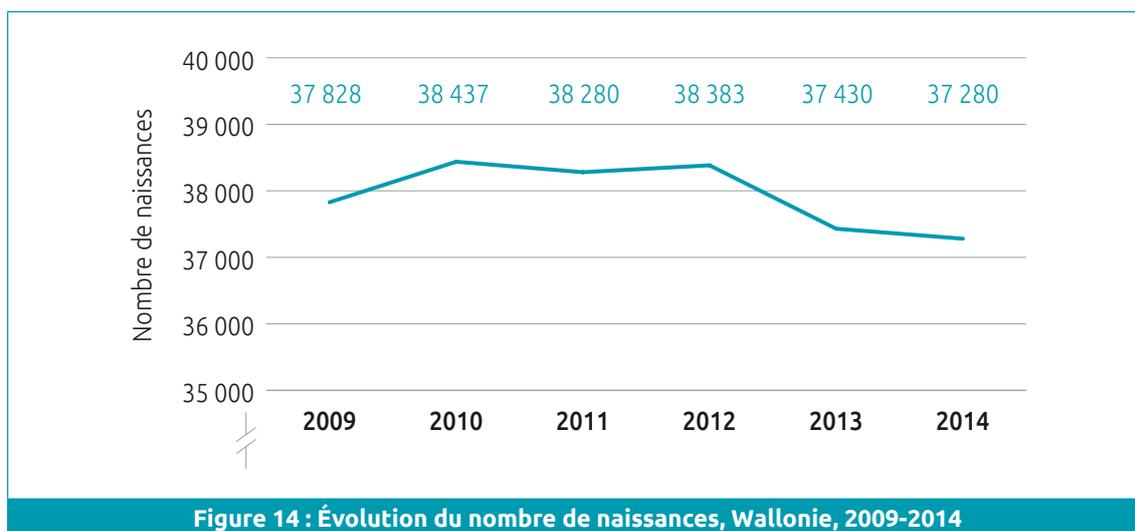


Figure 14 : Évolution du nombre de naissances, Wallonie, 2009-2014

5.2 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

5.2.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Pour les singletons vivants,

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

La présentation est inconnue pour 63 singletons vivants (0,2 %).

5.2.2 POIDS À LA NAISSANCE

Pour les enfants nés vivants, le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 225 g (minimum : 450 g – maximum : 5 600g). Le poids moyen est de 3 216 g si l'on prend en compte tous les enfants (mort-nés et nés vivants) (minimum : 242 g – maximum : 5 600 g).

Le poids moyen de l'enfant à la naissance n'évolue pas sur la période 2009-2014.

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

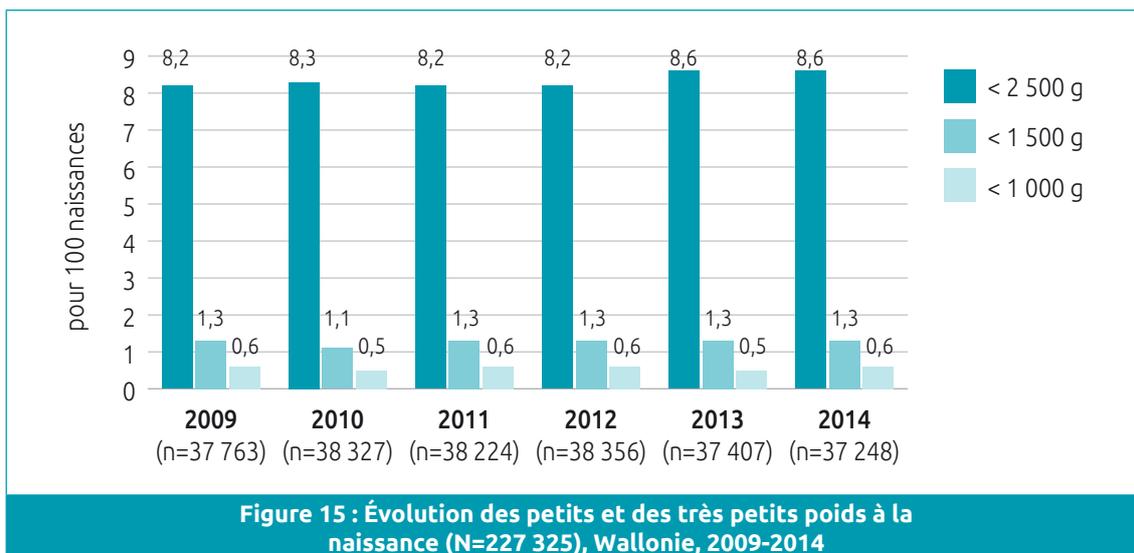
Tableau 18 : Répartition du poids à la naissance (N=37 248), Wallonie, 2014

Poids (g)	Naissances vivantes (n=37 049)				Mort-nés (n=199)			
	Singletons (n=35 737)		Multiples (n=1 312)		Singletons (n=181)		Multiples (n=18)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
< 500	2	0,0	0	0,0	11	6,1	2	11,1
500 - 1499	269	0,8	123	9,4	81	44,7	7	38,9
1500 - 2499	2 005	5,6	639	48,7	55	30,4	7	38,9
≥ 2500	33 461	93,6	550	41,9	34	18,8	2	11,1

Le poids est inconnu pour 32 naissances (0,09 %).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g est de 3 201 pour 37 248 naissances (8,6 %) au total, et de 3 038 pour 37 049 naissances vivantes (8,2 %). Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 11,2 %, contre 6,6 % dans les autres maternités.

La proportion de petit poids à la naissance (moins de 2 500 g) fluctue durant la période 2009 à 2014, tout en atteignant des proportions plus importantes en 2013 et 2014 (8,6 %) mais les proportions de très petits poids (1 500 g et 1 000 g) restent stables sur la période.



En Flandre, la proportion de petit poids à la naissance (< 2 500 g) (6,8 %) (2) est plus faible qu'en Wallonie (8,6 %) et qu'en Région bruxelloise (7,8 %) (1).

Les recommandations européennes (8) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent le calcul de la proportion d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines. On obtient alors une proportion de 3,3 pour 100 naissances vivantes (1 123/33 730) de 37 semaines et plus, et de 42,1 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (16/38). La proportion d'enfants de petit poids à la naissance à terme reste stable au cours des années 2009 à 2014.

5.2.2.1 FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE ET FACTEURS DE RISQUE

Le petit poids à la naissance peut être la conséquence d'une courte durée de gestation ou d'un retard de croissance intra-utérin ou de la combinaison des deux (33). C'est l'un des plus importants facteurs de risque de la mortalité néonatale et également un déterminant de la morbidité et mortalité infantile (34).

Les principaux déterminants du retard de croissance du fœtus sont l'alcool, le tabac, la drogue, un faible indice de masse corporel, l'âge de la mère, sa petite taille, la primiparité, l'hypertension gravidique, les anomalies congénitales et génétiques (35), et les facteurs socio-économiques (36).

		N	Petit poids à la naissance (< 2 500 g) (%)	RR brut (IC 95 %)
Caractéristiques sociodémographiques de la mère				
Âge	< 20 ans	1 063	9,6	1,58 (1,30-1,91)
	20-34 ans	28 740	6,1	1
	≥ 35 ans	5 934	7,2	1,17 (1,06-1,30)
Nationalité d'origine	Belgique	25 772	6,7	1
	UE28 moins Belgique	3 834	5,9	0,88 (0,77-1,01)
	Maghreb et Egypte	2 098	3,8	0,56 (0,45-0,70)
	Afrique subsaharienne	1 648	7,7	1,15 (0,97-1,37)
Niveau d'instruction	Pas d'études supérieures	17 404	7,4	1,58 (1,44-1,74)
	Études supérieures	12 534	4,7	1

Le risque de petit poids à la naissance est plus important parmi les mères âgées de moins de 20 ans comparées aux mères de 20-34 ans. Les mères d'origine belge et d'Afrique subsaharienne ou les mères n'ayant pas un niveau d'études supérieures présentent également un risque de petit poids à la naissance plus important.

Tableau 20 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques biomédicales de la mère (singletons vivants), Wallonie, 2014				
		N	Petit poids à la naissance (< 2 500 g) (%)	RR brut (IC 95 %)
Caractéristiques biomédicales de la mère				
Parité	Primipare	15 302	7,5	1,35 (1,25-1,47)
	Multipare	20 430	5,5	1
IMC	Sous-poids	2 112	12,6	2,17 (1,91-2,46)
	Corpulence normale	18 812	5,8	1
	Surpoids/Obésité	12 261	4,7	0,81 (0,73-0,89)
Hypertension	Oui	1 604	17,6	3,04 (2,71-3,40)
	Non	33 947	5,8	1
Diabète	Oui	2 746	7,1	1,14 (0,99-1,32)
	Non	32 703	6,2	1
Type de conception	Assistée	1 296	9,0	1,44 (1,20-1,72)
	Spontanée	33 797	6,2	1

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

5.2.3 APGAR

Parmi les naissances vivantes, 6,3 % présentent un score d'apgar inférieur à 7 et 1,9 % inférieur à 4 après une minute. A 5 minutes, seul 1,5 % ont un score inférieur à 7 et 0,3 % inférieur à 4.

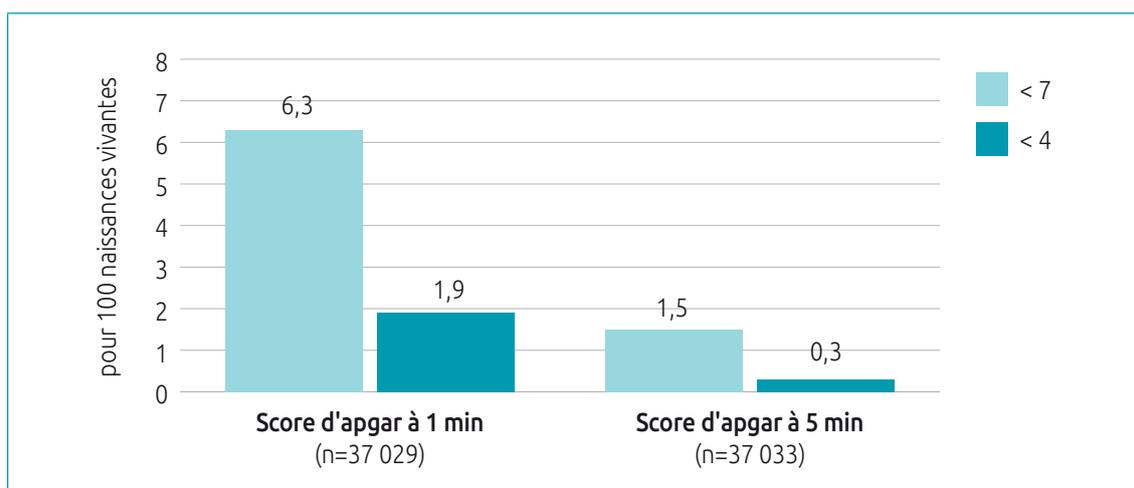


Figure 16 : Distribution des naissances vivantes selon le score d'apgar à 1 et 5 minute(s), Wallonie, 2014

Le score d'apgar à 1 minute est inconnu pour 46 naissances vivantes (0,1 %).

Le score d'apgar à 5 minutes est inconnu pour 42 naissances vivantes (0,1 %).

Les proportions de score d'apgar inférieur à 7 et à 4 à 1 et 5 minute(s) ne montrent pas d'évolution entre 2009 et 2014.

5.2.4 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

5,3 % des naissances vivantes sont ventilées dont 89,1 % au ballon et masque.

Tableau 21 : Distribution des naissances vivantes selon la ventilation (N=37 067), Wallonie, 2014			
		Nombre	%
Ventilation		1 970	5,3
Dont :	Intubation	214	10,9
	Ballon et masque	1 755	89,1

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

Aucune évolution de la proportion de nouveaux-nés ventilés n'est observée entre 2009 et 2014.

5.2.5 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 10,0 % des naissances vivantes avec deux enfants sur trois transféré en N*.

Tableau 22 : Distribution des naissances vivantes selon l'admission dans un centre néonatal (N=37 061), Wallonie, 2014			
		Nombre	%
Transfert		3 721	10,0
Dont :	N*	2 520	67,7
	NIC	1 201	32,3

L'admission du nouveau-né dans un centre néonatal est inconnue pour 14 naissances vivantes (0,04 %).

La proportion d'admissions en service N* a augmenté de 2009 à 2010 pour diminuer en 2011 et se stabiliser de 2012 à 2014. Pour les admissions en service NIC, la proportion a augmenté de 2009 à 2011 pour se stabiliser par la suite.

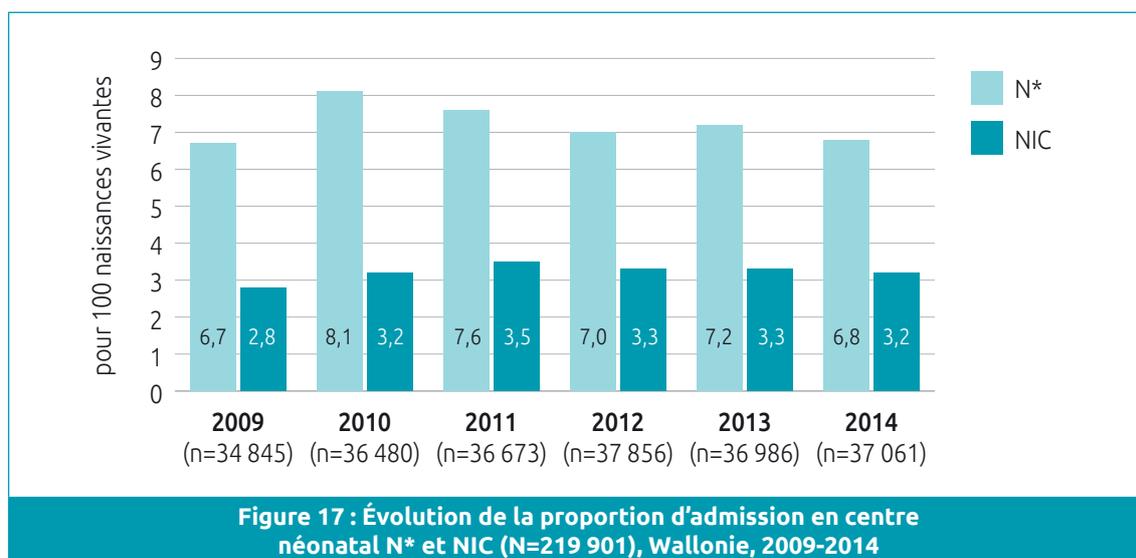


Figure 17 : Évolution de la proportion d'admission en centre néonatal N* et NIC (N=219 901), Wallonie, 2009-2014

5.2.6 SEXE DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

La proportion de filles (48,5 %) est légèrement inférieure à celle des garçons (51,5 %).

Tableau 23 : Distribution des naissances selon le sexe de l'enfant (n=37 280), Wallonie, 2014		
Sexe	Nombre	%
Masculin	19 196	51,5
Féminin	18 082	48,5

Le sexe de l'enfant est indéterminé pour 2 enfants (mort-nés).

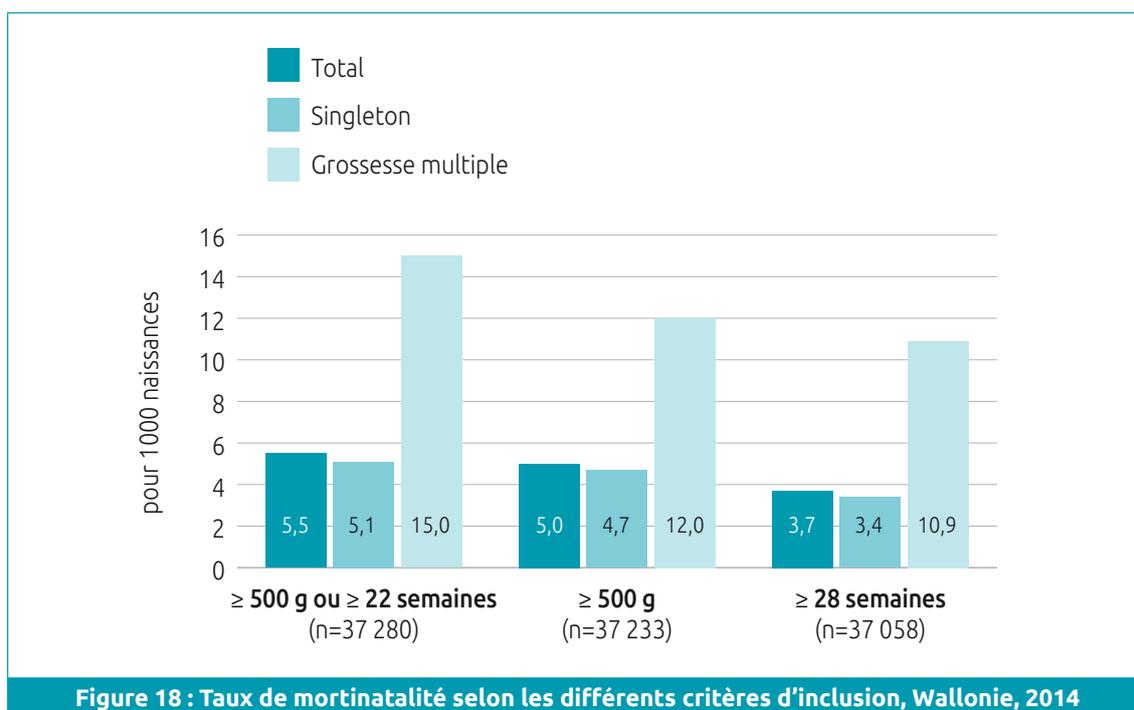
5.2.7 MALFORMATIONS CONGÉNITALES

245 enfants présentant une ou plusieurs malformations ont été enregistrées. Il s'agit uniquement des malformations reprises sur le volet médical et diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance de l'enfant. Le tableau ci-dessous reprend les malformations les plus enregistrées.

Tableau 24 : Malformations les plus enregistrées, Wallonie, 2014	
Nombre	Malformations
47	Fente labiale/palatine
29	Hypospade
16	Trisomie 21
14	Hydrocéphalie
12	Omphalocèle
11	Réduction des membres
10	Hernie diaphragmatique

5.3 MORTINATALITÉ

5.3.1 MORTINATALITÉ EN CHIFFRES



Euro-Peristat (8) définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. On compte 205 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (5,5 ‰ naissances), dont 20 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mortinatalité est de 5,1 et 15,0 pour 1 000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.

Le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 5,0 ‰. 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 3,7 ‰ (3,4 ‰ pour les singletons et 10,9 ‰ pour les grossesses multiples). Ce taux ne montre pas d'évolution sur la période 2009-2014.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des morts-nés (figure 18) 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 (37).

Le taux de mort-nés singletons décroît lorsque l'âge gestationnel augmente avec un minimum de 0,1 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines et un maximum de 70,6 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 23 semaines (tableau 25).

Tableau 25 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel (N=37 261), Wallonie, 2014					
Âge gestationnel (semaines)		Mort-nés singletons (n=183)		Mort-nés multiples (n=20)	
		Nombre	%	Nombre	%
≤ 23	(n=17)	12	70,6	0	0,0
24	(n=28)	7	25,0	3	10,7
25	(n=39)	11	28,2	0	0,0
26-27	(n=119)	30	25,2	3	2,5
28-31	(n=296)	31	10,5	4	1,4
32-36	(n=2 978)	53	1,8	9	0,3
≥ 37	(n=33 784)	39	0,1	1	0,0

5.3.2 CAUSES DE MORTALITÉ FŒTALE

Tableau 26 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=205), Wallonie, 2014	
	Nombre
Causes fœtales	76
Malformations congénitales	55
Infections périnatales	6
Autres	15
Causes maternelles et obstétricales	48
Causes placentaires	17
Pathologies maternelles	12
Anoxie pendant le travail et complication mécanique	19
Causes inexplicées	81
En dehors de la prématurité	63
Dans un contexte de prématurité extrême	18

6. CONCLUSION

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2014 en Wallonie, un des objectifs du CEpiP étant de récolter les données en matière de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale permettant la constitution d'un registre permanent et exhaustif de données périnatales. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire wallon (données de fait). Suite au traitement et à l'analyse de ces données, des analyses descriptive et analytique des variables médicales et sociodémographiques disponibles sont réalisées.

Cette septième année de publication permet d'analyser les évolutions de quelques indicateurs de santé périnatale en Wallonie. Ces évolutions, réalisées sur plusieurs années, montre des tendances notables pour certaines variables.

Ce programme du CEpiP se consacre au développement de l'épidémiologie périnatale. Il vise notamment à fournir des outils de monitoring aux acteurs de terrain (en priorité les maternités), aux décideurs politiques et du monde scientifique.

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Tout comme observé dans les deux autres régions du pays ainsi que dans la majorité des pays européens, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus augmente en Wallonie. Les raisons de cette augmentation sont complexes. Les femmes retardent de plus en plus la première naissance notamment par le fait qu'elles font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, se mettent en union plus tard et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces. Toutefois, comme nous l'avons montré dans ce rapport et les précédents (6-7), le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications et de facteurs de risque tel que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme, le petit poids à la naissance et la mortinatalité (8-9).

Lors de l'analyse des données biomédicales de la mère, on constate une stabilisation de la proportion de mères en surpoids depuis 2012 ainsi qu'une stabilisation de la proportion de mères diabétiques après une augmentation constante depuis 2009.

En 2014, 37,0 % des futures mères souffrent de surpoids et 14,7 % d'obésité. Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreux facteurs de risque, comme le diabète, l'hypertension artérielle et la macrosomie. D'autre part, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivaient plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (20).

Pour ce qui est du diabète, une augmentation constante de la proportion est observée de 2009 à 2013 passant de 4,8 % à 7,8 % suivie d'une stabilisation en 2014. Si l'augmentation de cette proportion est en partie le résultat d'un changement de définition, elle reflète une réelle

augmentation de la proportion que l'on peut rapprocher à l'obésité maternelle 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 (un poids de naissance élevé, un accouchement compliqué ou par césarienne, une hypoglycémie néonatale due à l'hyperinsulinisme foetal) et est donc une priorité en santé publique.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

La proportion de prématurité en Wallonie augmente de 2009 à 2014 passant de 7,9 % à 8,5 % et cette augmentation concerne principalement les grossesses uniques.

La proportion d'induction diminue de 2009 à 2013 passant de 33,3 % à 31,8 % et se stabilise en 2014 (31,8 %) mais reste la plus élevée d'Europe (8). La proportion en Wallonie est plus élevée que les proportions en Région flamande (23,4 %) (2) et en Région bruxelloise (29,3 %) (1).

La Wallonie fait partie de la majorité des pays qui présente une proportion de césarienne inférieure à 30,0 % (8), néanmoins en augmentation entre 2009 et 2014 passant de 20,1 % à 22,1 %. Cette augmentation concerne principalement les césariennes électives (9,5 % en 2009 à 10,7 % en 2014).

L'augmentation de la proportion de césarienne élective depuis 2009 et la proportion élevée d'induction semblent indiquer que la Belgique s'inscrit dans la tendance actuelle vers une «obstétrique programmée», génératrice d'effets secondaires. Il est important de souligner que l'induction du travail et la césarienne ne sont pas sans risque et que leurs indications doivent être posées au cas par cas pour éviter les effets iatrogènes. Éviter à tout prix la première césarienne et tenter la voie basse après un antécédent de césarienne sont deux pistes qui devraient être envisagées pour diminuer la proportion de césarienne.

L'analyse des pratiques de l'accouchement montre également de grandes disparités entre les maternités. Les proportions varient fortement d'une maternité à l'autre pour l'induction (11,5 % à 44,7 %), la césarienne (13,8 % à 37,2 %) et l'épisiotomie (13,3 % à 64,6 % pour les accouchements par voie basse). Bien qu'il y ait une grande variation de la proportion d'épisiotomie entre maternités, la grande majorité des maternités a diminué sa proportion de 2009 à 2014.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

La proportion de petit poids à la naissance (moins de 2 500 g) fluctue durant la période 2009 à 2014, tout en atteignant des proportions plus importantes en 2013 et 2014 (8,6 %). La proportion d'enfant de petit poids à la naissance mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines reste, elle, stable au cours des années 2009 à 2014.

Le risque de petit poids à la naissance, pour les singletons vivants, est plus important parmi les mères âgées de moins de 20 ans ainsi que parmi les mères d'origine belge et d'Afrique subsaharienne. Les mères primipares, souffrant d'hypertension ainsi que les mères en sous-poids ont davantage de risque d'avoir un enfant de petit poids à la naissance. Les grossesses de conception assistée présentent également un risque de petit poids à la naissance plus important.

MORTINATALITÉ

En Wallonie, le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 5,0 ‰ en 2014. La recommandation de l'OMS est de comparer les naissances d'au moins 28 semaines, le taux de mortinatalité est alors de 3,7 ‰. Ce taux ne montre pas d'évolution sur la période 2009-2014.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des mort-nés montre bien que l'interprétation et les comparaisons des analyses sont délicates, ce qui a également été démontré par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles dans sa note sur l'évolution de la mortalité fœto-infantile de 2000 à 2010 (37).

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

Nous remercions vivement le personnel des maternités, les sages-femmes indépendantes et le personnel des services d'état civil, qui contribuent quotidiennement à remplir les certificats ainsi que la Région wallonne et la Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé) sans qui ce rapport ne pourrait être publié.

7. RÉFÉRENCES

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

- (16) Racape J, De Spiegelaeere M, Alexander S, Dramaix M, Buekens P, Haelterman E. High perinatal mortality rate among immigrants in Brussels. *The European Journal of Public Health*, 2010; 16 : 1-7
- (17) IOM (Institute of Medicine). 2009. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC : The National Academies Press.
- (18) Organisation Mondiale de la Santé. *Obésité et surpoids. Aide-mémoire N°311*. Janvier 2015. Site : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- (19) 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/#
- (20) Minsart et al. : Neonatal outcomes in obese mothers : a population-based analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013 13 :36.
- (21) Benhalima, C., Devlieger, R., 2012. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap (swens), en zwangerschapsdiabetes : consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012. *Vlaams Tijdschr. Voor Diabetol*.
- (22) HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008; 358 : 1991-2002.
- (23) Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Vera Garcia C, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries : a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012 Jun 9;379(9832) :2162-72.
- (24) Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008;371 :75-84. PMID :18177778 doi :10.1016/S0140-6736(08)60074-4
- (25) World Health Organization. *Who statement on caesarean section rates*. Geneva : World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02)
- (26) Robson, M.S., *Classification of caesarean sections*. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 2001. 12 : p. 2339
- (27) Absil G, Van Parys AS, Bednarek S, Bekaert A, Lecart Cl, Vandoorne C, Martens G, Temmerman M, Foidart JM. Determinants of high, median and low rates of caesarean deliveries in Belgium. A report of the college mother and new born. 2011
- (28) Porter M, Bhattacharya S. Preventing unnecessary caesarean sections : marginal benefit of a second opinion. *Lancet* 2004; 363 :1921.
- (29) Ecker JL, Frigoletto FD Jr. Caesarean delivery and the risk-benefit calculus. *N Engl J Med* 2007; 356 :885.
- (30) Localio AR, Lawthers AG, Bengtson JM, et al. Relationship between malpractice claims and caesarean delivery. *JAMA* 1993; 269 :366.
- (31) Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association between rising professional liability insurance premiums and primary caesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2007; 110 :1264.
- (32) Robert, E., & Swennen, B. (2013, October 01). *Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012*. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61, 288

- (33) Kramer M.S. Determinants of low birth weight : methodological assessment and meta-analysis Bulletin of the World Health Organization, 65 (5) :663-737 (1987)
- (34) McCormick M. C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. New England journal of medicine, 312 : 82-90 (1985).
- (35) Valero de Bernabe J et al. Risk factors for low birth weight : a review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 116 (2004) 3-15.
- (36) Kramer MS, Seguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome : why do the poor fare so poorly? Paediatric and perinatal epidemiology 2000; 14 : 194-210.
- (37) 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

8. ANNEXE

Variabes e-Birth

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

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

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

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

State at birth

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

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

Hospital & Medical Practitioner

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

e-Birth - Socio-economic form

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

TRACKING & STATUS INFORMATION

Version

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

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

City of Birth

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

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

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

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

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

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

Information related to the Mother			
Mother Previous Nationality	Previous nationality of the mother. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / 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	Current professional situation of the mother.
2	Femme/Homme au foyer		
3	Étudiant(e)		
4	Chômeur(se)		
5	Pensionné(e)		
6	Incapacité de travail		
7	Autre, précisez		
9	Inconnu ou non 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.	

