CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Santé périnatale en Wallonie

Année 2024

RAPPORT Santé périnatale en Wallonie - 2024 **5**

RÉSUMÉ ILLUSTRÉ Colonisation maternelle par le streptocoque du groupe B **73**

CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Santé périnatale en Wallonie

Année 2024

INTRODUCTION 4

RAPPORT Santé périnatale en Wallonie - 2024 5

RÉSUMÉ ILLUSTRÉ Colonisation maternelle par le streptocoque du groupe B 73

RÉFÉRENCES & ANNEXES 77

Wallonie

AViQ
Agence pour une Vie de Qualité
Familles Santé Handicap

vivalis .brussels

COLOPHON

Auteures
Sarah Michel, Virginie Van Leeuw, Charlotte Leroy

Auteures résumé illustré
Zsófia Bognár, Laura Cornelissen

Cette publication a été approuvée par les membres du Conseil scientifique – section périnatalité – du CEpiP.

Remerciements
Au personnel des maternités, aux sage-femmes indépendantes et au personnel des administrations communales qui collectent les données et le complément d'informations pour la constitution de la banque de données. Leur travail est essentiel pour assurer le suivi de la santé périnatale.
Aux membres du conseil scientifique du CEpiP pour leur relecture attentive, leurs précieux conseils et leurs éclairages spécialisés.
À l'Agence pour une vie de qualité pour leur soutien.
À nos collègues du Studiecentrum voor perinatale epidemiologie (SPE) pour la collaboration et les échanges constructifs.

Lay-out
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl : Nathalie da Costa Maya, www.cdcsasbl.be

Impression
AZ Print, imprimé sur papier certifié FSC.

Pour plus d'informations
Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl CEpiP
Clos Chapelle-aux-Champs, 30 - boite B1.30.04, 1200 Bruxelles
Tél. : 02.436.15.55
contact@cepip.be

Télécharger le rapport
www.cepip.be

Les données du rapport annuel peuvent être librement utilisées par des tiers, à condition d'y être correctement référencées.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :
Michel S, Van Leeuw V, Leroy Ch. Santé périnatale en Wallonie – Année 2024. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2025.

ORGANIGRAMME

Conseil d'administration

Prof. Fr. Debième (P)	UCLouvain
Dr L. Demanez	ULiège
Prof. A. Vuckovic	ULB

Assemblée générale

Prof. Fr. Chantraine	ULiège
Prof. O. Danhaive	UCLouvain
Prof. Fr. Debième	UCLouvain
Dr L. Demanez	ULiège
Dr B. Devroede	ULB
Dr A. Grégoire	UCLouvain
Prof. A. Hoge	ULiège
Dr Cl. Lamy	ULB
Prof. V. Rigo	ULiège
Prof. A. Robert	UCLouvain
Prof. A. Vuckovic	ULB

Équipe du programme périnatalité

Mme K. El Morabit	Mme Ch. Leroy
Mme S. Michel	Mme V. Van Leeuw

(P) = Président

Conseil scientifique – section périnatalité

Prof. S. Alexander	ULB
Prof. M. Boulvain	ULB - Suisse
Dr K. Carkeek	GBN
Prof. Fr. Chantraine (P)	ULiège
Prof. C. Daelemans	Suisse
Prof. O. Danhaive	UCLouvain
M. Ch. De Meester	KCE
Prof. Fr. Debième	UCLouvain
Prof. G. Faron	UZ Brussel
Dr C. Hocq	GBN
Prof. A. Hoge	ULiège
Dr Cl. Lamy	ULB
Dr G. Malfilatre	GBN
Prof. Y. Maréchal	GBN
Dr P. Maton	GBN
Dr E. Mendes da Costa	OSSB
Dr Th. Pezin	CRGOLFB
Dr J. Racapé	ULB
Prof. V. Rigo	ULiège
Prof. A. Robert	UCLouvain
Dr P. Steenhaut	CRGOLFB
Mme A. Vandenhooft	IWEPS
Mme. Cl. Vital Durand	UPSFB
Prof. A. Vuckovic	ULB

Abréviations

AMA	Âge maternel avancé
CRGOLFB	Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique
EEE	Espace économique européen
EIQ	Écart interquartile
FIV	Fécondation in vitro
FR	facteur de risque
GBN	Groupement belge de néonatologie
ICSI	Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde
IMC	Indice de masse corporelle
IWEPS	Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSSB	Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale
SGB	Streptocoque du groupe B
SPE	Studiecentrum voor perinatale epidemiologie
TFR	Taux de fécondité total
UCLouvain	Université catholique de Louvain
UE	Union européenne
ULB	Université libre de Bruxelles
ULiège	Université de Liège
UPSFB	Union professionnelle des sages-femmes belges
UZ Brussel	Universitair ziekenhuis Brussel
VBAC	Voie basse après césarienne
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VM	Valeur manquante

INTRODUCTION

Le Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP) est une structure destinée à renforcer le recueil et le traitement des données périnatales (naissances et décès) en Wallonie et à Bruxelles. Les trois principaux axes d'activités du CEpiP sont la constitution d'un registre permanent de données périnatales, le suivi de la qualité de ces données et l'analyse de celles-ci. Ce travail est réalisé en collaboration avec l'Agence pour une Vie de Qualité de la Région wallonne et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

Au cours des dernières décennies, des progrès significatifs ont été réalisés dans le domaine de la santé périnatale, entraînant une diminution notable des taux de mortalité périnatale dans les pays à hauts revenus (1–3). Toutefois, comme le souligne le dernier rapport européen sur la santé périnatale (3), cette période demeure marquée par une vulnérabilité accrue, tant pour la mère que pour l'enfant à naître. Dans cette perspective, l'identification rigoureuse des facteurs de risque représente un levier essentiel pour développer des stratégies de prévention ciblées et efficaces. Elle constitue ainsi un objectif central des politiques de santé publique en Europe. Une grossesse et un accouchement exempts de complications périnatales ont des répercussions positives à long terme sur la santé de l'enfant ainsi que celle de ses parents (1). Parmi les principaux facteurs de risque maternels associés à une morbidité et une mortalité maternelles accrues, on retrouve l'âge maternel avancé (4–7), le surpoids et l'obésité (8–10), et la primiparité (6,11–13). Concernant les risques modifiables associés à la mortalité fœtale, on peut citer le tabagisme actif, la surcharge pondérale, l'âge maternel avancé, l'hypertension artérielle chronique, le diabète préexistant, la primiparité, le retard de croissance intra-utérin et le décollement prématuré du placenta normalement inséré (14). Les inégalités socio-économiques jouent également un rôle déterminant dans les taux de mortalité fœtale en Europe. Par ailleurs, la prématurité, la restriction de croissance foetale, le sepsis et les anomalies congénitales demeurent les principales causes de mortalité et de morbidité périnatales. En outre, de nombreuses données empiriques récentes mettent en lumière les conséquences à long terme des complications périnatales sur la santé globale de l'enfant, contribuant ainsi à l'émergence et au maintien des inégalités sociales de santé tout au long de la vie (1,16). Ces disparités initiales peuvent favoriser la reproduction intergénérationnelle des inégalités sociales (17).
Dans ce contexte, la surveillance systématique et continue des indicateurs de santé périnatale, ainsi que des déterminants associés à la mortalité et à la morbidité, demeure une priorité majeure en santé publique (1).

Ce rapport comporte deux parties. La première analyse les bulletins statistiques des naissances vivantes et mort-nés en 2024 en Wallonie. Elle couvre toutes les naissances survenues sur le territoire, quel que soit le lieu de résidence de la mère, et décrit les caractéristiques sociodémographiques et médicales des mères, ainsi que celles liées à l'accouchement et la naissance. L'évolution temporelle de ces caractéristiques est présentée, avec une analyse détaillée de certaines disparités selon l'âge, la nationalité d'origine ou d'autres facteurs de risque.

La deuxième partie propose un résumé illustré intitulé «Colonisation maternelle par le streptocoque du groupe B», basé sur l'article de Bognár Z (18), qui examine les sources de données belges disponibles pour décrire la situation épidémiologique en Belgique.

Cette publication est réalisée en vue de fournir aux acteurs de terrain (en priorité les maternités), au monde scientifique et aux décideurs politiques des données actualisées, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la prise en charge de la mère et de l'enfant, et à l'élaboration des stratégies et des programmes de prévention et de promotion de la santé périnatale.
Les données de la Région bruxelloise sont présentées séparément (19). En parcourant ces deux rapports et celui du Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (20), une vision du paysage périnatal belge est possible. Ces données permettent également de compléter les statistiques au niveau national (STATBEL) et européen (EUROSTAT et EURO-PERISTAT).

Santé périnatale en Wallonie

Année 2024

Michel S, Van Leeuw V, Leroy Ch

INTRODUCTION 4

RAPPORT Santé périnatale en Wallonie - 2024 5

RÉSUMÉ ILLUSTRÉ Colonisation maternelle par le streptocoque du groupe B 73

RÉFÉRENCES & ANNEXES 77

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 4

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 8

1. MÉTHODOLOGIE 10
1.1. Sources et flux des données 10
1.2. Données 10
1.3. Traitement des données 11
1.4. Analyses 12
1.5. Définitions 13

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION 16
2.1. Accouchements et naissances 16
2.2. Lieu d'accouchement 17
2.3. Discussion 18

3. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE 19
3.1. Synoptique 19
3.2. Âge de la mère 20
3.3. Nationalités de la mère 21
3.4. Résidence de la mère 21
3.5. Situation socioéconomique de la mère 21
3.6. Discussion 22

4. CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES DE LA MÈRE 24
4.1. Synoptique 24
4.2. Parité 25
4.3. Conception de la grossesse 25
4.4. Corpulence 26
4.5. Prise de poids durant la grossesse 27
4.6. Hypertension artérielle 29
4.7. Diabète 29
4.8. Séropositivité VIH 29
4.9. Croisement des caractéristiques de la mère 30
4.10. Discussion 32

5. CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT 35
5.1. Synoptique 35
5.2. Durée de la grossesse 36
5.3. Streptocoque B et antibioprophylaxie 36
5.4. Type de début de travail 38
5.5. Anesthésie loco-régionale 40
5.6. Mode d'accouchement 41
5.7. Épisiotomie 44

5.8. Accouchement sans intervention obstétricale ... 45
5.9. Caractéristiques de l'accouchement selon les caractéristiques de la mère ... 45
5.10. Discussion ... 47

6. PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS ... 50
6.1. Induction et maternités ... 50
6.2. Mode d'accouchement et maternités ... 51
6.3. Épisiotomie et maternités ... 52
6.4. Accouchement sans intervention obstétricale et maternités ... 53
6.5. Discussion ... 54

7. CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES ... 55
7.1. Synoptique ... 55
7.2. Présentation de l'enfant à la naissance ... 56
7.3. Âge gestationnel ... 57
7.4. Poids à la naissance ... 58
7.5. Poids à la naissance selon l'âge gestationnel ... 60
7.6. Sexe du nouveau-né ... 61
7.7. Malformations congénitales ... 61
7.8. Apgar ... 62
7.9. Ventilation du nouveau-né ... 62
7.10. Admission en néonatologie ... 63
7.11. Caractéristiques des naissances selon les caractéristiques de la mère ... 63
7.12. Discussion ... 65

8. ALLAITEMENT MATERNEL ... 67

9. MORTALITÉ PÉRINATALE ... 68
9.1. Synoptique ... 68
9.2. Chiffres généraux ... 68
9.3. Résidence de la mère ... 69
9.4. Âge gestationnel ... 70
9.5. Poids à la naissance ... 70
9.6. Discussion ... 71

10. CONCLUSION ... 72

RÉSUMÉ ILLUSTRÉ ... 73

RÉFÉRENCES & ANNEXES ... 77
Références ... 78
Annexes ... 86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Distribution des accouchements 16
Tableau 2. Distribution des naissances 16
Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques des mères 19
Tableau 4. Caractéristiques médicales des mères 24
Tableau 5. Distribution des accouchements selon le type de conception de la grossesse 25
Tableau 6. Caractéristiques des accouchements 35
Tableau 7. Distribution des accouchements à terme (hors césarienne programmée) selon le statut de colonisation au streptocoque B 36
Tableau 8. Classification des inductions selon les groupes de Nippita 39
Tableau 9. Distribution des naissances selon le mode d'accouchement 42
Tableau 10. Classification des césariennes selon les groupes de Robson 43
Tableau 11. Caractéristiques des accouchements de singletons selon les caractéristiques de la mère 46
Tableau 12. Caractéristiques des naissances 55
Tableau 13. Caractéristiques des naissances vivantes 56
Tableau 14. Distribution des naissances selon les catégories de prématurité 57
Tableau 15. Distribution des naissances selon l'âge gestationnel 57
Tableau 16. Distribution des naissances selon le poids à la naissance 58
Tableau 17. Distribution des naissances selon les percentiles de poids pour âge gestationnel 60
Tableau 18. Malformations congénitales majeures 61
Tableau 19. Caractéristiques des naissances de singletons vivants selon les caractéristiques de la mère 64
Tableau 20. Distribution des accouchements selon l'intention d'allaiter 67
Tableau 21. Distribution de la mortalité périnatale selon les caractéristiques de l'enfant 68
Tableau 22. Évolution de la mortalité périnatale selon l'âge gestationnel 70
Tableau 23. Évolution de la mortalité périnatale selon le poids à la naissance 70

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Évolution du type d'enregistrement pour les naissances vivantes 11
Figure 2. Distribution des proportions de données manquantes par variable 12
Figure 3. Évolution du nombre de naissances et d'accouchements 17
Figure 4. Nombre d'accouchements par maternité 17
Figure 5. Évolution de l'âge moyen des mères selon la parité 20
Figure 6. Évolution des classes d'âge de la mère 21
Figure 7. Évolution de la parité 25
Figure 8. Évolution des accouchements suite à un traitement FIV/ICSI 26
Figure 9. Évolution de la corpulence de la mère 26
Figure 10. Évolution du statut d'obésité de la mère de la mère âgée de 18 ans et plus 27
Figure 11. Prise de poids moyenne (et écart-type) selon la corpulence de la mère parmi les accouchements de singletons à terme 28
Figure 12. Prise de poids en fonction de la recommandation selon la corpulence de la mère parmi les accouchements de singletons à terme 28
Figure 13. Évolution de la proportion de mères avec hypertension artérielle 29

Figure 14. Évolution de la proportion de mères avec diabète 29
Figure 15. Distribution du traitement conceptionnel selon les caractéristiques de la mère 30
Figure 16. Distribution de l'obésité selon les caractéristiques de la mère 30
Figure 17. Distribution de l'hypertension artérielle selon les caractéristiques de la mère 31
Figure 18. Distribution du diabète selon les caractéristiques de la mère 31
Figure 19. Évolution des proportions d'accouchements prématurés 36
Figure 20. Distribution des accouchements à terme (hors césarienne programmée) selon le statut de colonisation au streptocoque B et l'antibioprophylaxie 37
Figure 21. Évolution de l'antibioprophylaxie pour le streptocoque B positif parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée) 37
Figure 22. Évolution du type de début de travail 38
Figure 23. Évolution des proportions d'accouchements avec anesthésie loco-régionale 40
Figure 24. Évolution du mode d'accouchement 41
Figure 25. Évolution du mode d'accouchement parmi les singletons vivants en siège 41
Figure 26. Évolution du mode d'accouchement parmi les mères avec antécédent de césarienne 42
Figure 27. Évolution des proportions d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse 44
Figure 28. Évolution des proportions d'accouchements sans intervention obstétricale 45
Figure 29. Distribution et évolution de l'induction dans les maternités 50
Figure 30. Distribution et évolution du mode d'accouchement dans les maternités 51
Figure 31. Distribution et évolution des accouchements par voie basse après antécédent de césarienne dans les maternités 52
Figure 32. Distribution et évolution de l'épisiotomie pour les accouchements par voie basse dans les maternités 52
Figure 33. Distribution et évolution des accouchements sans intervention obstétricale dans les maternités 53
Figure 34. Évolution des proportions de singletons vivants selon la prématurité 58
Figure 35. Évolution des proportions de singletons vivants prématurés et early term 58
Figure 36. Évolution des proportions de singletons vivants de faible poids à la naissance 59
Figure 37. Évolution des proportions de singletons vivants macrosomes 59
Figure 38. Évolution des proportions de singletons vivants selon les percentiles de poids pour âge gestationnel 60
Figure 39. Évolution du score d'Apgar à 5 minutes pour les naissances vivantes 62
Figure 40. Évolution de la ventilation du nouveau-né pour les naissances vivantes 62
Figure 41. Évolution de l'admission en centre néonatal pour les naissances vivantes 63
Figure 42. Distribution de l'allaitement maternel selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse 67
Figure 43. Évolution de la mortalité périnatale 69
Figure 44. Taux de mortalité fœtale selon les différents critères d'inclusion 69

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 SOURCES ET FLUX DES DONNÉES

En Belgique, lors de la déclaration d'une naissance vivante, un bulletin statistique (eBirth ou Modèle I) est obligatoirement complété, quel que soit le poids à la naissance ou l'âge gestationnel. Ces bulletins, anonymisés après la déclaration officielle de la naissance faite par un membre de la famille dans la commune de naissance, sont composés de deux volets, l'un reprenant des données médicales et l'autre des données sociodémographiques.

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

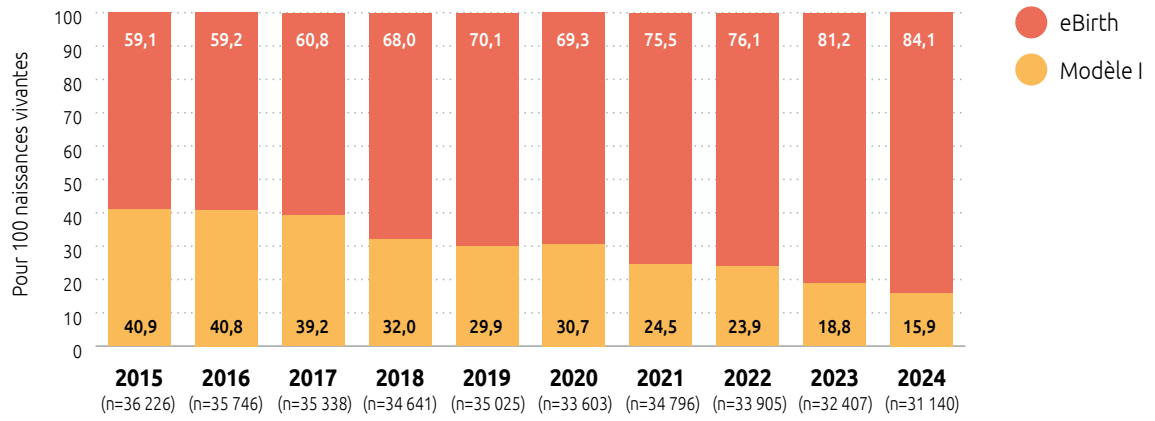
Les prestataires de soins qui pratiquent les accouchements, tant au sein des maternités qu'à domicile ou dans les maisons de naissance remplissent une notification de naissance permettant d'identifier la mère et l'enfant qu'ils transmettent aux services d'État Civil de la commune de naissance. Dans le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

1.2 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du bulletin statistique de naissance (eBirth ou Modèle I) ou de décès (Modèle IIID). En 2010, un système d'enregistrement électronique des enfants nés vivants appelé eBirth a été créé. Les maternités et les communes ont peu à peu fait le choix de compléter le bulletin de naissance de ces enfants par voie électronique remplaçant ainsi le bulletin au format papier (Modèle I). En 2024, les données de 27 des 30 maternités et de 22 des 262 communes wallonnes proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques eBirth. 84,1 % des naissances vivantes de 2024 ont été déclarées par voie électronique. La proportion de naissances déclarées via eBirth augmente de 2015 à 2024 (59,1 % à 84,1 %) (figure 1).

Lors de la création des formulaires d'enregistrement eBirth, le modèle papier de la déclaration d'un enfant né vivant (Modèle I) pour les données sociodémographiques ainsi que le modèle papier du volet CEpiP[1] pour les données médicales furent en grande partie suivis. Malgré cela, quelques différences apparaissent entre le formulaire eBirth et les modèles papier.

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



Calculé sur le nombre de naissances vivantes

Figure 1 : Évolution du type d'enregistrement pour les naissances vivantes, 2015-2024, N=342 827

Dans le formulaire sociodémographique d'eBirth, les catégories des variables niveau d'instruction, situation professionnelle, niveau social dans la profession et état de cohabitation ont été quelque peu modifiées. Ces modifications n'ont pas d'influence pour les analyses effectuées dans le présent rapport.

Dans le formulaire médical, une nouvelle variable concernant l'«intention d'allaiter son enfant» apparaît sur le formulaire eBirth et est donc analysée uniquement pour les données provenant des formulaires eBirth. Les variables eBirth se trouvent en annexe 1.

1.3 TRAITEMENT DES DONNÉES

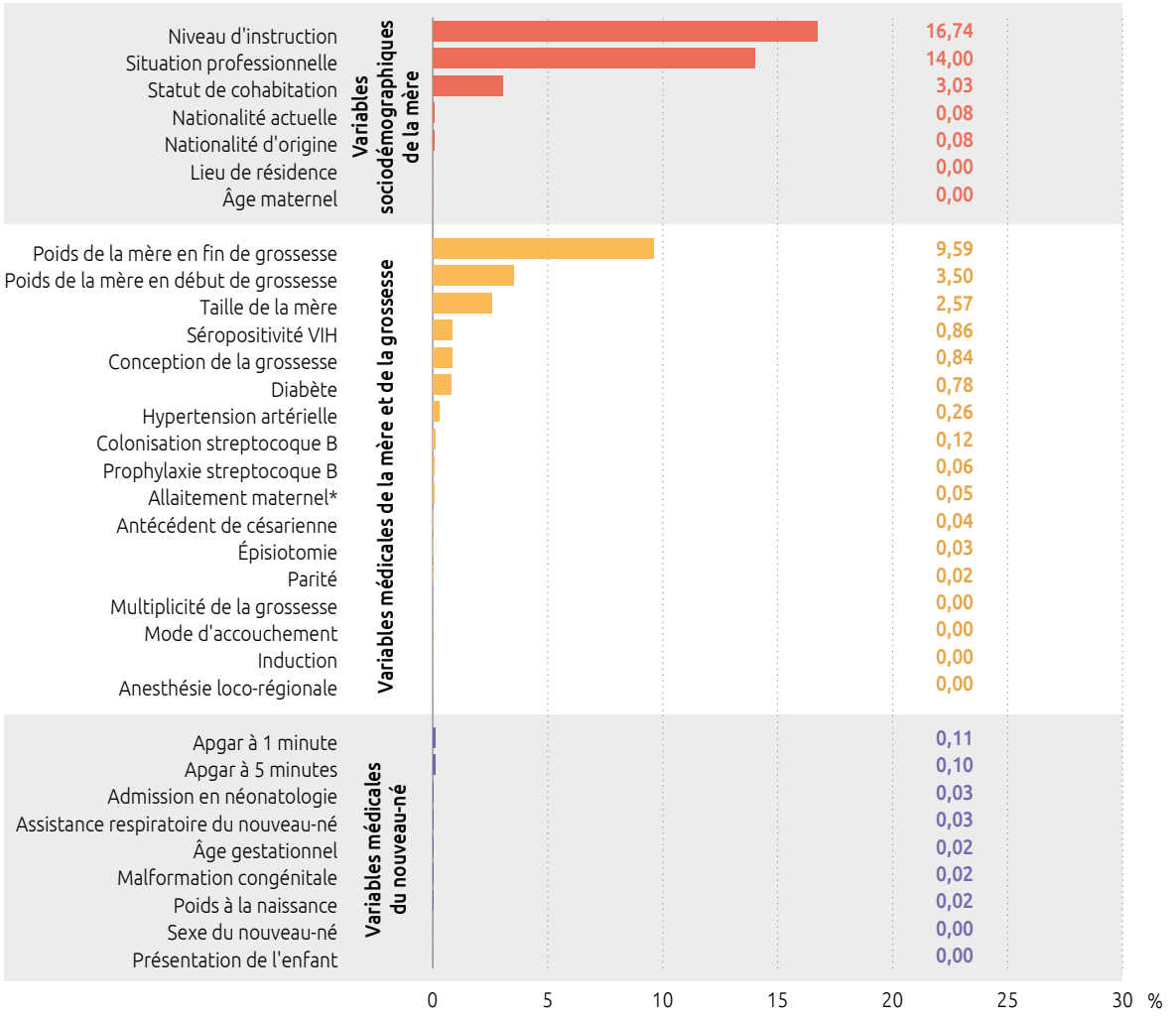
Le CEpiP collecte, encode, intègre et couple les données des deux volets (médical et sociodémographique) du bulletin statistique et vérifie la qualité des indicateurs. En outre, il corrige avec l'aide des prestataires de soins des salles d'accouchement et des fonctionnaires de l'État civil des communes, les données incomplètes, incohérentes ou suspectes.

Tout au long du processus de collecte des données, le CEpiP soutient les maternités et les communes pour faciliter l'encodage de leurs données et s'assurer de la bonne compréhension des indicateurs présents sur les bulletins de naissances et de décès.

Le CEpiP réalise ensuite l'analyse des données à des fins épidémiologiques et de santé publique.

La figure 2 présente la proportion de valeurs manquantes (VM) pour chacune des variables décrites dans le rapport. Globalement, les proportions de manquants sont très faibles (<1,0 %). Certains indicateurs présentent toutefois des proportions plus importantes tels que les indicateurs biométriques, la situation professionnelle et le niveau d'instruction de la mère (figure 2).

Les proportions de manquants pour le poids de la mère en début de grossesse et sa taille diminuent de 2015 à 2024, cependant la proportion de manquants pour le poids de la mère en fin de grossesse augmente de 2015 à 2023 (7,1 % à 12,1 %) avec une légère diminution observée en 2024 (9,6 %). Les proportions de manquants pour les indicateurs «niveau d'instruction» et «situation professionnelle» restent élevées malgré une diminution observée entre 2023 et 2024 (niveau d'instruction : 18,1 % à 16,7 % ; situation professionnelle : 16,0 % à 14,0 %).



Calculé sur le nombre total de naissances
* La variable "Allaitement maternel" est uniquement collectée par le formulaire électronique eBirth (N=26 190)

Figure 2 : Distribution des proportions de données manquantes par variable, 2024, N=31 305

1.4 ANALYSES

Ce rapport décrit les données périnatales pour les naissances survenues sur le territoire wallon au cours de l'année 2024.

Pour chaque variable, une description a été réalisée par accouchement ou par naissance afin de répondre aux recommandations internationales tout en permettant de comparer les résultats aux autres publications belges, à savoir celle de la Région bruxelloise (19) et celle de la Flandre (20) de 2024. À ceci près que le SPE (qui publie les données de la Flandre) prend en compte dans son rapport toutes les naissances survenues en Flandre mais également à l'UZ Brussel (une des 11 maternités bruxelloises). Le dernier rapport d'Euro-Peristat permet de situer les données des Régions au sein de l'Europe (3).

Une analyse de l'évolution depuis 2015 (21–29) est présentée dans ce rapport.

Certaines variables ont été comparées selon les caractéristiques sociodémographiques (âge et nationalité d'origine) et médicales de la mère (parité et corpulence).

Plusieurs caractéristiques de l'accouchement et de la naissance sont analysées en fonction de trois facteurs maternels reconnus dans la littérature comme des déterminants de risque périnatal : l'âge maternel avancé, le diabète et l'obésité. Ces caractéristiques sont également croisées avec la parité et le nombre cumulé de facteurs de risque présents chez la mère.

L'analyse des pratiques obstétricales a été réalisée pour les 30 maternités en activité tout au long de l'année 2024. Les résultats obtenus ont été comparés à ceux des pratiques obstétricales datant de 2015. Les statistiques descriptives suivantes sont présentées pour l'ensemble des pratiques obstétricales : minimum, maximum, moyenne, médiane et écart interquartile. L'écart interquartile (EIQ) est défini comme la différence entre le troisième quartile (75^{e} centile) et le premier quartile (25^{e} centile) d'une série de données. Cet indicateur mesure la dispersion de la moitié centrale (50 %) des valeurs et est peu influencé par les valeurs extrêmes.

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

1.5 DÉFINITIONS

Une quarantaine de variables sont analysées tout au long de ce rapport. Certaines sont disponibles comme telles dans les bulletins statistiques de naissance et de décès, d'autres sont construites en regroupant plusieurs de ces variables.

Le lieu d'accouchement en extrahospitalier se compose de deux catégories, l'accouchement programmé à domicile ou en maison de naissance et l'accouchement inopiné hors maternité. L'information concernant le type d'accouchement extrahospitalier est déduite à partir de la variable «lieu de naissance» du volet sociodémographique et de la variable «code de l'hôpital» du volet médical.

L'âge maternel avancé (AMA) est défini comme un âge de 40 ans ou plus au moment de l'accouchement. Dans la littérature, la limite de 35 ans ou plus est souvent utilisée (30). Cependant, bien qu'il soit reconnu qu'un âge maternel plus élevé augmente les risques de complications à partir de 35 ans, le seuil de 40 ans est désormais adopté internationalement afin d'ajuster la surveillance et les pratiques cliniques à partir de cet âge et au-delà (31,32).

La nationalité d'origine de la mère est définie comme la nationalité que la mère avait à sa propre naissance. Les variables nationalité d'origine et nationalité actuelle ont été analysées en 6 catégories pour la description de la variable et pour les analyses croisées. Les 6 catégories sont les suivantes : Belgique, Europe EEE, Europe non EEE, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne et Autre.
La liste complète des pays par catégorie se trouve en annexe 2.

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids avant la grossesse (kg) par le carré de la taille (mètre) et exprimé en kg/m². Les catégories de corpulence utilisées sont celles recommandées par l'OMS (33), à savoir

pour les femmes âgées de 18 ans et plus :
IMC <18,5 kg/m² = sous-poids
IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m² = poids normal
IMC entre 25 à 29,9 kg/m² = surpoids
IMC ≥ 30,0 kg/m² = obésité

pour les femmes âgées de moins de 18 ans :
< -2SD = insuffisance pondérale
> +1SD = surpoids
> +2SD = obésité

Pour les mères âgées de 18 ans et plus, l'obésité est également analysée en 3 classes : obésité modérée (IMC entre 30,0 et 34,9 kg/m²), obésité sévère (IMC entre 35,0 et 39,9 kg/m²) et obésité morbide (IMC ≥ 40,0 kg/m²).

Dans certains cas, les catégories surpoids et obésité sont regroupées sous la dénomination surcharge pondérale.

La prise de poids durant la grossesse est calculée en soustrayant le poids initial de la mère (avant grossesse) du poids atteint en fin de grossesse. Cette variable est analysée en 3 catégories – prise de poids inférieure, conforme ou supérieure à la recommandation – sur la base des recommandations publiées dans le rapport «Weight gain during pregnancy : reexamining the guidelines» (34) et qui sont de :

12,7 à 18,1 kg pour les mères dont l'IMC est < 18,5 kg/m²,
11,3 à 15,9 kg pour les mères avec un IMC de 18,5 à 24,9 kg/m²,
6,8 à 11,3 kg pour les mères avec un IMC de 25 à 29,9 kg/m²,
5,0 à 9,1 kg pour les mères avec un IMC ≥ 30 kg/m².

L'hypertension artérielle prend en compte tous types d'hypertension, à savoir l'hypertension gravidique (développée durant la grossesse) ou préexistante.

Le diabète regroupe les notions de diabète gestationnel et préexistant.

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

L'induction du travail est définie comme toute induction par voie médicamenteuse ou par rupture artificielle des membranes. L'induction des contractions en cas de rupture prématurée des membranes chez une patiente qui n'a pas d'autre signe de travail est aussi classée dans les inductions. Les méthodes actuelles de classification des femmes ayant été induites sont très hétérogènes, elles reposent sur des indications médicales et comportent des limites significatives. Ces limites contribuent à la controverse et à l'incertitude liées à l'interprétation des résultats maternels et périnatals après une induction du travail. Nippita *et al.* (35) proposent un système de classification pour l'induction qui repose sur des critères simples et faciles à implémenter. Le système de classification de Nippita catégorise les mères en 10 groupes reposant sur les caractéristiques des femmes, à savoir le statut de la grossesse, les antécédents obstétricaux, la présentation de l'enfant et l'âge gestationnel. Les groupes se basent sur des critères mutuellement exclusifs. Ce système, utilisé dans ce rapport, facilite les comparaisons aux niveaux local, régional et international, et améliore la capacité à comparer des populations homogènes de femmes afin de comprendre les différences de résultats pour la santé des mères et de leurs bébés.

L'anesthésie loco-régionale est définie comme l'anesthésie d'une région précise du corps. Dans ce rapport, le terme regroupe la péridurale, la rachianesthésie ou la rachi-péridurale combinée.

Pour **la césarienne**, une distinction est faite entre la césarienne programmée (ou primaire ou élective) et la césarienne non programmée (ou secondaire). La césarienne programmée est une césarienne chez une femme enceinte poche intacte et non en travail et la césarienne non programmée est une césarienne réalisée dans tous les autres cas, même si la césarienne était initialement programmée mais a été anticipée pour d'autres raisons d'urgence. Les systèmes utilisés pour classifier les césariennes sont très hétérogènes et les comparaisons régionales, nationales et internationales rendues difficiles. Dans sa dernière note (36), l'OMS recommande d'utiliser le système de classification de Robson, 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. Ce système, présenté dans ce rapport, catégorise les mères en 10 groupes en fonction des caractéristiques maternelles et fœtales de la grossesse. Les groupes se basent sur des critères pertinents, mutuellement exclusifs et totalement inclusifs (37).

La variable **accouchement sans intervention obstétricale** a été créée, il s'agit de tout accouchement par voie basse après un travail spontané, sans instrumentation et sans épisiotomie. L'accouchement sans intervention obstétricale et sans anesthésie loco-régionale est également analysé dans ce rapport.

La prématurité est définie comme tout accouchement ou toute naissance survenu(e) avant 37 semaines d'âge gestationnel.
Dans ce rapport, nous utilisons les catégories d'âge gestationnel suivantes, à savoir les «extremely preterm» qui regroupent les naissances avant 28 semaines, les «very preterm» qui sont définis comme les enfants nés entre 28 et 31 semaines, les «moderate preterm» qui regroupent les naissances entre 32 et 33 semaines gestationnelles, les «late preterm» les enfants nés entre 34 et 36 semaines gestationnelles, les «early term» les enfants nés à 37 ou 38 semaines gestationnelles, les «full-term» qui regroupent les naissances entre 39 et 41 semaines et les «post-term» les enfants à partir de 42 semaines (38).

Le faible poids à la naissance est défini comme tout enfant né avec un poids inférieur à 2 500 g. Les enfants nés avec un poids à la naissance supérieur ou égal à 4 000 g sont appelés **macrosomes**.

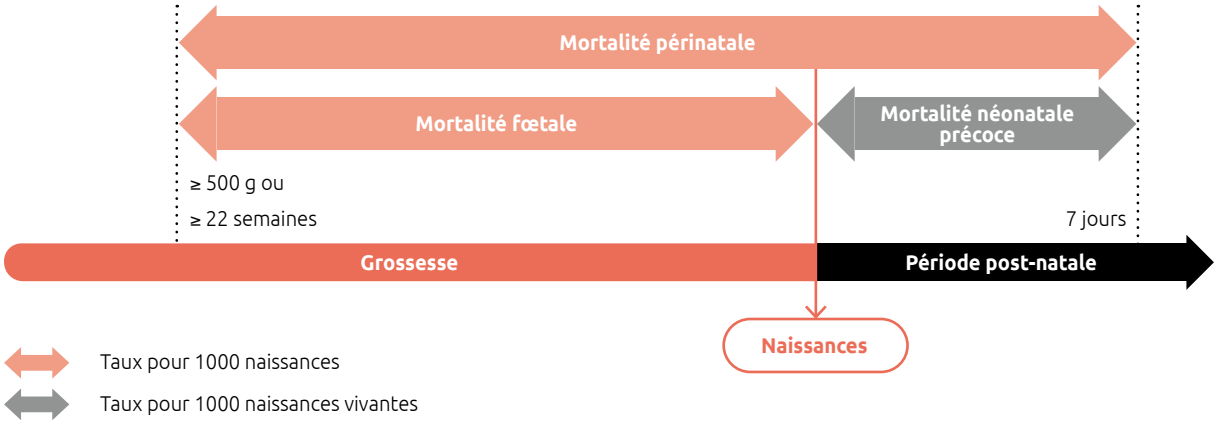
Le poids à la naissance étant fortement lié à l'âge gestationnel, nous avons créé l'indicateur de **poids pour l'âge gestationnel** sur la base des courbes d'Intergrowth 21 (39). Ces courbes ont été construites sur la base des données de nouveau-nés sans complication majeure, nés de mères considérées en bonne santé et de diverses zones géographiques. Malgré la taille importante de l'échantillon utilisé pour réaliser les courbes de croissance, peu d'enfants nés à 33 semaines ou moins répondaient aux critères d'inclusion, ce qui n'est pas surprenant car à ces âges gestationnels, la plupart des grossesses présentent des facteurs de risque. Les nouveau-nés à 33 semaines ou moins, nés de mères avec certains facteurs de risque ont malgré tout été intégrés dans la population d'étude mais ces enfants ne présentaient ni malformations congénitales ni retard de croissance intra-utérin. Les courbes Intergrowth sont donc à utiliser avec précaution étant donné le faible effectif de grossesses «normales» à 33 semaines ou moins (39).

Dans ce rapport, 4 catégories de poids à la naissance sont décrites : le très petit **poids pour l'âge gestationnel** (≤ percentile 3), le petit poids pour l'âge gestationnel ou hypotrophie (≤ percentile 10), le poids élevé pour l'âge gestationnel ou hypertrophie (> percentile 90) et le poids très élevé pour l'âge gestationnel (> percentile 97).

Le score d'Apgar permet d'évaluer la qualité d'adaptation immédiate à la vie extra-utérine. Ce score évalue 5 paramètres : la fréquence cardiaque, la respiration, la coloration de la peau, le tonus et la réactivité, en leur attribuant une valeur de 0 à 2. Ce score est évalué à 1, 5 et 10 minutes. Un score de 7 ou plus témoigne d'une bonne adaptation à la vie extra-utérine.

Le transfert en centre néonatal concerne tous les transferts d'enfants soit en centre de néonatologie non-intensive (N*) soit en centre de néonatologie intensive (NIC - Neonatal Intensive Care) durant la période du post-partum immédiat.

La mortalité est analysée selon 3 périodes, à savoir la mortalité foetale (ou mortinatalité) définie comme tout décès survenu avant ou pendant l'accouchement (à partir de 22 semaines de gestation ou 500 grammes de poids à la naissance), la mortalité néonatale précoce qui correspond aux décès dans les 7 premiers jours de vie et la mortalité périnatale qui regroupe la mortalité fœtale et la mortalité néonatale précoce.



2. DESCRIPTION DE LA POPULATION

2.1 ACCOUCHEMENTS ET NAISSANCES

Principaux dénominateurs utilisés tout au long de ce rapport[2] :	
Accouchements	**30 828**
Accouchements de singletons	**30 355**
Accouchements de multiplés	**473**
Naissances	**31 305**
Naissances vivantes	**31 140**
Naissances de singletons nés vivants	**30 209**
Naissances de mort-nés	**165**

Parmi les 1,5 % d'accouchements de multiplés, on observe 469 grossesses de jumeaux et 4 grossesses de triplés (tableau 1).

Tableau 1 : Distribution des accouchements, 2024, N=30 828

		Nombre	%
Singletons		**30 355**	**98,5**
	1 enfant vivant	30 209	
	1 enfant mort-né	146	
Grossesses gémellaires		**469**	**1,5**
	2 enfants vivants	453	
	1 enfant vivant et 1 mort-né	13	
	2 enfants mort-nés	3	
Grossesses triples		**4**	**0,0**
	3 enfants vivants	4	

Le nombre total de naissances est de 31 305, avec 30 355 naissances de singletons et 950 naissances de multiplés (tableau 2).

Tableau 2 : Distribution des naissances, 2024

	Total (n=31 305)		**Vivant** (n=31 140)		**Mort-né** (n=165)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Singletons	30 355	97,0	30 209	97,0	146	88,5
Jumeaux	938	3,0	919	3,0	19	11,5
Triplés	12	0,0	12	0,0	0	0,0

2 Ces dénominateurs ne s'appliquent que lorsqu'il n'y a pas de valeurs manquantes. Les dénominateurs dans les différents chapitres peuvent donc légèrement différer pour certaines caractéristiques.

Entre 2015 et 2024, le nombre de naissances a diminué de 14,0 %, avec une baisse marquée de 10,6 % sur la période 2021-2024 (figure 3).
La proportion de grossesses multiples (1,5 %) est stable de 2015 à 2024.

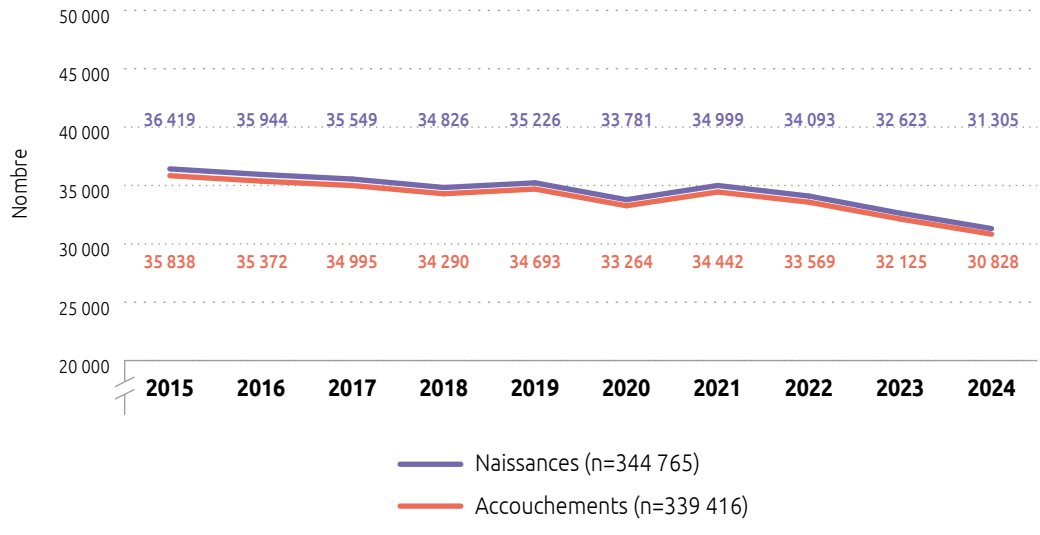


Figure 3 : Évolution du nombre de naissances et d'accouchements, 2015-2024

2.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT

Nous avons comptabilisé 30 583 accouchements à l'hôpital et 245 accouchements en extrahospitalier (0,8 %).

Le parc hospitalier wallon compte 30 maternités. Pour les 30 maternités en activité tout au long de l'année 2024, le nombre d'accouchements enregistrés par maternité s'étend de 276 à 3 427. Dix-huit maternités ont moins de 1 000 accouchements par an avec cinq maternités qui comptent moins de 500 accouchements par an (figure 4).

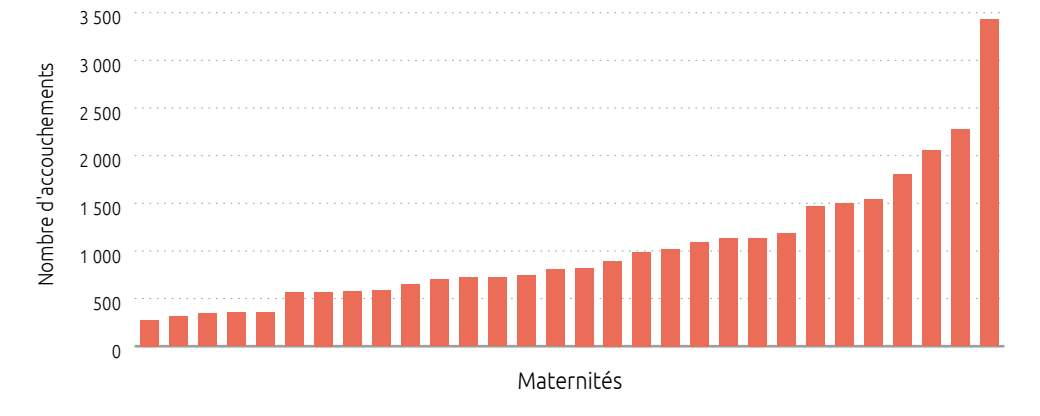


Figure 4 : Nombre d'accouchements par maternité, 2024, N=30 583

Parmi les 245 accouchements extrahospitaliers, on comptabilise 57 accouchements en maisons de naissance, 99 accouchements à domicile programmés et 82 accouchements inopinés. Le type d'accouchement extrahospitalier est inconnu pour 7 accouchements (2,9 %). La proportion d'accouchements extrahospitaliers est relativement stable entre 2015 et 2024.

2.3 DISCUSSION

En 2024, 30 828 accouchements ont été enregistrés en Wallonie, donnant lieu à 31 305 naissances, dont 31 140 naissances vivantes. La grande majorité concerne des singletons, tandis que 1,5 % sont des grossesses multiples, une proportion stable depuis 2015. La quasi-totalité des accouchements a eu lieu à l'hôpital (99,2 %), répartis sur 30 maternités. Seuls 0,8 % des accouchements se sont déroulés en dehors de l'hôpital, de manière programmée à domicile ou inopinée.

En Wallonie, le nombre de naissances a diminué de 14,0 % entre 2015 et 2024.
Depuis plusieurs décennies, l'Europe est confrontée à une baisse structurelle et continue de la natalité. En 2023, le taux de fécondité total (TFR) moyen dans les 27 États membres a atteint 1,38 enfant par femme, contre 1,46 en 2022. Ce niveau constitue un record historique à la baisse depuis le début des relevés statistiques dans les années 1960 (40). Le nombre total de naissances dans l'UE s'est élevé à 3,67 millions, soit une diminution de 5,4 % par rapport à l'année précédente (41).
Le paysage européen est marqué par des écarts importants, avec un taux de fécondité de 1,81 pour la Bulgarie et de 1,19 pour l'Italie. Avec un TFR de 1,46 en 2024, la Belgique se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne, mais dans une dynamique de baisse continue depuis le début des années 2010 (40). Le report de la maternité est un phénomène généralisé en Europe, avec un âge moyen à la première naissance dépassant désormais 31 ans. Ce recul réduit la durée de la période de fécondité, augmentant le risque d'infécondité involontaire (40). Cette tendance est confirmée par une étude menée en 2024 à l'échelle mondiale, couvrant 204 pays entre 1950 et 2021, qui montre un déclin généralisé de la fertilité (42). Le dernier rapport du Fonds des Nations Unies pour la population indique que la principale cause de la baisse de la natalité est l'insécurité financière, sociale et politique croissante (43). Le professeur et démographe Thierry Eggerickx confirme ces explications en soulignant que la procréation relève avant tout d'un choix personnel. Il rappelle toutefois que ce choix peut être favorisé par des politiques sociales et familiales ainsi que par une plus grande égalité entre les hommes et les femmes, montrant ainsi que la baisse de la fécondité n'est pas une fatalité (44).

Dans la majorité des pays européens, les accouchements se déroulent presque exclusivement en maternité hospitalière. Les naissances à domicile et en maison de naissance – structures extrahospitalières – demeurent très marginales, à l'exception des deux pays suivants. Aux Pays-Bas, environ 14 % des naissances ont lieu à domicile et 14 % en maison de naissance (45). Au Royaume-Uni, la proportion de naissances à domicile est d'environ 2,2 %, tandis que 14 % des accouchements sont réalisés en maison de naissance intra ou extrahospitalière (46).

3. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

3.1 SYNOPTIQUE

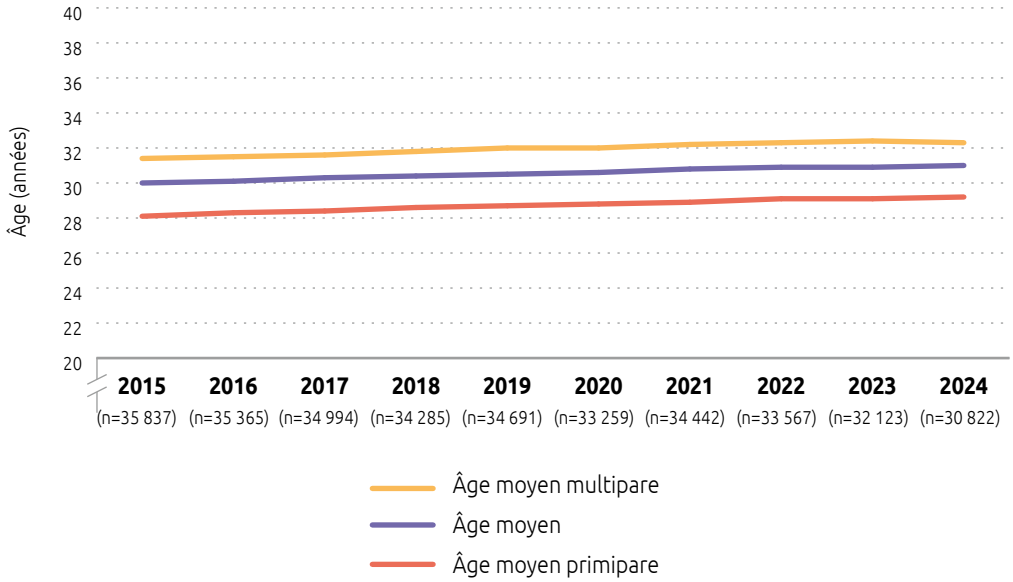
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des mères, 2024

Calculé sur le nombre total d'accouchements		Wallonie (N=30 828)		Bruxelles (N=20 425)	Flandre (N=59 519)
		N	%	%	%
Âge (années) (n=30 828)	< 20	602	1,9	1,4	0,9
	20-24	3 564	11,6	9,0	8,7
	25-29	8 743	28,4	22,9	29,6
	30-34	11 116	36,0	35,6	40,7
	35-39	5 489	17,8	23,5	16,4
	40-44	1 234	4,0	6,9	3,5
	≥ 45	80	0,3	0,7	0,2
	Manquant	*0*			
Nationalité d'origine (n=30 804)	Belgique	22 207	72,1	28,5	
	Europe EEE	2 591	8,4	22,3	
	Europe non EEE	1 122	3,7	9,0	
	Afrique du Nord	1 604	5,2	17,4	
	Afrique subsaharienne	2 290	7,4	12,0	
	Autre	990	3,2	10,8	
	Manquant	*24*			
Nationalité actuelle (n=30 804)	Belgique	24 692	80,1	51,5	
	Europe EEE	2 179	7,1	21,1	
	Europe non EEE	641	2,1	5,5	
	Afrique du Nord	998	3,2	7,1	
	Afrique subsaharienne	1 561	5,1	6,9	
	Autre	733	2,4	7,9	
	Manquant	*24*			
Lieu de résidence (n=30 828)	Wallonie	29 890	97,0	68,6	
	Flandre	385	1,2	7,3	
	Bruxelles	143	0,5	23,0	
	Pays étranger	410	1,3	1,1	
	Manquant	*0*			
Cohabitation (n=29 891)	Vit seule	4 481	15,0	15,2	
	En union	25 410	85,0	84,8	
	Manquant	*937*			
Niveau d'instruction (n=25 660)	Secondaire ou moins	14 654	57,1	63,6	
	Supérieur	11 006	42,9	36,4	
	Manquant	*5 168*			
Situation professionnelle (n=26 503)	Non active	8 096	30,5	36,2	
	Active	18 407	69,5	63,8	
	Manquant	*4 325*			

3.2 ÂGE DE LA MÈRE

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 31,0 ans (écart-type : 5,3 ans ; minimum : 13,8 ans ; maximum : 52,8 ans). Cet âge moyen est de 29,2 ans chez la primipare et de 32,3 ans chez la multipare.

L'âge moyen des femmes qui accouchent en Wallonie augmente de 2015 à 2024 passant de 30,0 ans à 31,0 ans (figure 5). Cet âge moyen augmente aussi bien chez la primipare que chez la multipare.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

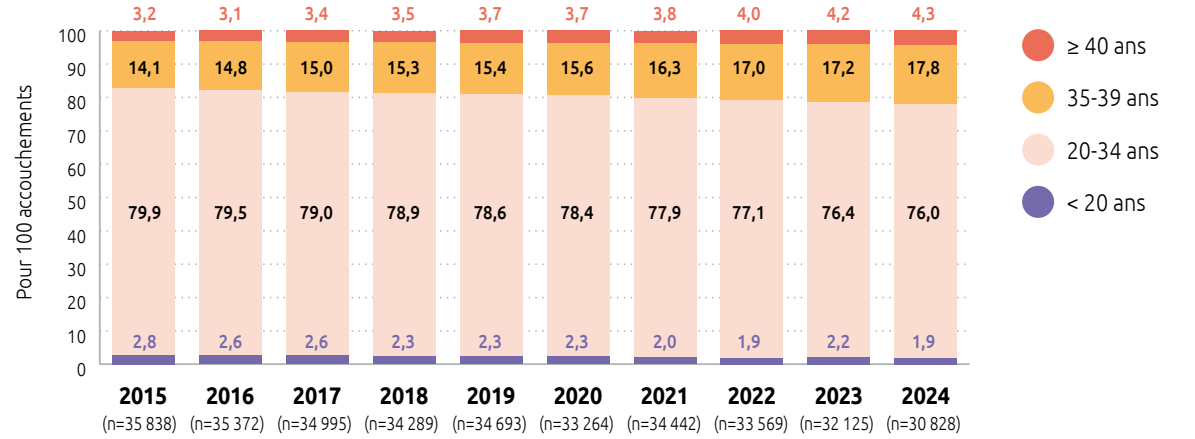
Figure 5 : Évolution de l'âge moyen des mères selon la parité, 2015-2024, N=339 385 (VM=31)

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 1,9 % (tableau 3).

La proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 22,1 % (tableau 3). Cette proportion est de 12,6 % chez les primipares et 29,5 % chez les multipares.

La proportion de mères âgées de 40 ans et plus (AMA) et plus est de 4,3 % (tableau 3). Cette proportion est de 2,2 % chez les primipares et 5,9 % chez les multipares.

Durant la période 2015-2024, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus augmente et la proportion de mères âgées de moins de 20 ans diminue (figure 6).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 6 : Évolution des classes d'âge de la mère, 2015-2024, N=339 415 (VM=1)

3.3 NATIONALITÉS DE LA MÈRE

La proportion de mères de nationalité d'origine étrangère est de 27,9 %. La proportion de mères de nationalité étrangère au moment de l'accouchement est de 19,9 % (tableau 3).

3.4 RÉSIDENCE DE LA MÈRE

La très grande majorité des mères (97,0 %) ayant accouché sur le territoire wallon réside en Wallonie (tableau 3). Parmi la minorité de mères qui réside en France, en Flandre ou en Région bruxelloise, la majorité d'entre elles accouche dans une maternité proche de leur lieu de résidence.

3.5 SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE DE LA MÈRE

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule est de 15,0 %. La proportion de mères n'ayant pas fait d'études supérieures est de 57,1 % et celle n'exerçant pas d'activité professionnelle est de 30,5% (tableau 3).

3.6 DISCUSSION

En 2024, l'âge moyen des mères qui accouchent en Wallonie est de 31,0 ans. Plus d'une femme sur cinq (22,1 %) ont 35 ans ou plus, et 4,3 % ont atteint ou dépassé 40 ans. Parmi les primipares, 12,6 % ont 35 ans et plus, avec 2,2 % âgées d'au moins 40 ans. Chez les multipares, ces proportions s'élèvent respectivement à 29,5 % et 5,9 %.
Plus d'une femme sur quatre est de nationalité d'origine étrangère, la majorité réside en Wallonie et 15,0 % vivent seules. Enfin, plus de la moitié des mères n'a pas poursuivi ou achevé d'études supérieures et pratiquement un tiers n'exerce pas d'activité professionnelle.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, **l'âge moyen de la mère** à l'accouchement tourne autour de 30 ans ou plus. En Europe, la proportion de **mères âgées de 35 ans et plus** est supérieure à 20,0 % et celle de mères âgées de 40 ans et plus est supérieure à 4,0 %. Les pays présentant les pourcentages les plus faibles (18,6 % - 19,5 %) de mères âgées de 35 ans et plus sont la Slovaquie, la Lituanie, la Pologne et le Pays de Galles, tandis que les pourcentages les plus élevés (40,0 % - 31,6 %) ont été observés en Espagne, en Irlande, en Italie, au Portugal et au Luxembourg (3) .

En Wallonie, entre 2015 et 2024, la part des mères de 35 ans et plus a connu une hausse, passant de 17,3 % à 22,1 %. À l'exception du Danemark (–0,9 %), le pourcentage de mères âgées de 35 ans ou plus a augmenté dans toute l'Europe entre 2015 et 2019, les augmentations les plus fortes (plus de 5,0 %) étant observées à Chypre et en Irlande. Cette tendance a également été observée dans tous les pays pour les mères âgées de 40 ans ou plus à l'accouchement, les augmentations les plus importantes (2,3 %) étant observées au Portugal et en Espagne (3).
Entre 1970 et 2017, la plupart des pays de l'OCDE ont vu l'âge moyen de la mère augmenter de 2 à 5 ans (47). Les raisons de ce constat sont complexes. Depuis les années 1970, les transformations de la vie sociale moderne ont eu un impact significatif sur la vie reproductive des femmes. L'âge plus tardif de la maternité s'explique en partie par la poursuite d'études plus longues, un meilleur accès au marché du travail, une entrée plus tardive dans la vie de couple, ainsi qu'un accès élargi et plus efficace aux méthodes de contraception (48). À cela s'ajoutent d'autres facteurs : de plus en plus de femmes travaillent dans des secteurs traditionnellement masculins, où la maternité est peu valorisée. De plus, l'instabilité des revenus, la précarité de l'emploi, une certaine incertitude économique, ainsi que les difficultés liées à la garde d'enfants constituent autant d'obstacles à une maternité précoce (49). Paradoxalement, le fait d'avoir un partenaire stable de longue date, un haut niveau d'éducation et des revenus élevés est souvent associé à une première naissance plus tardive (50). Or, les chances de concevoir naturellement diminuent après 35 ans (51), ce qui conduit un nombre croissant de femmes à recourir à l'assistance médicale à la procréation. Le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme et la mortinatalité (30,52–56).

En 2024, 147 **nationalités d'origine** sont représentées en Wallonie ce qui s'explique notamment par la présence d'institutions européennes et internationales à Bruxelles mais également par l'immigration italienne et marocaine pour l'industrie et la construction dans la Région du centre dans les années 50-60. L'évolution des nationalités dans le temps est d'ailleurs en lien avec les vagues successives d'immigration en Belgique. Cette multiculturalité est à prendre en compte dans les analyses. La nationalité des femmes influence à la fois les facteurs de risque périnatals d'ordre médical et socio-économique (57,58), le recours aux pratiques obstétricales (59,60) et l'issue de la grossesse (61,62).

La maternité en Wallonie se caractérise par un vieillissement progressif de l'âge maternel, en ligne avec la tendance observée dans l'ensemble des pays de l'OCDE, mais aussi par une forte diversité socio-démographique liée à la multiculturalité et aux flux migratoires. Ce contexte complexifie l'analyse des indicateurs périnataux, car les profils de risque médical et socio-économique, le recours aux pratiques obstétricales et les issues de grossesse varient selon l'âge, la nationalité, le niveau socio-économique et le lieu de résidence des mères. Ainsi, l'interprétation des données périnatales wallonnes nécessite de tenir compte de cette double réalité : un profil maternel plus âgé et plus diversifié, associé à des enjeux spécifiques en matière de santé périnatale.

4. CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES DE LA MÈRE

4.1 SYNOPTIQUE

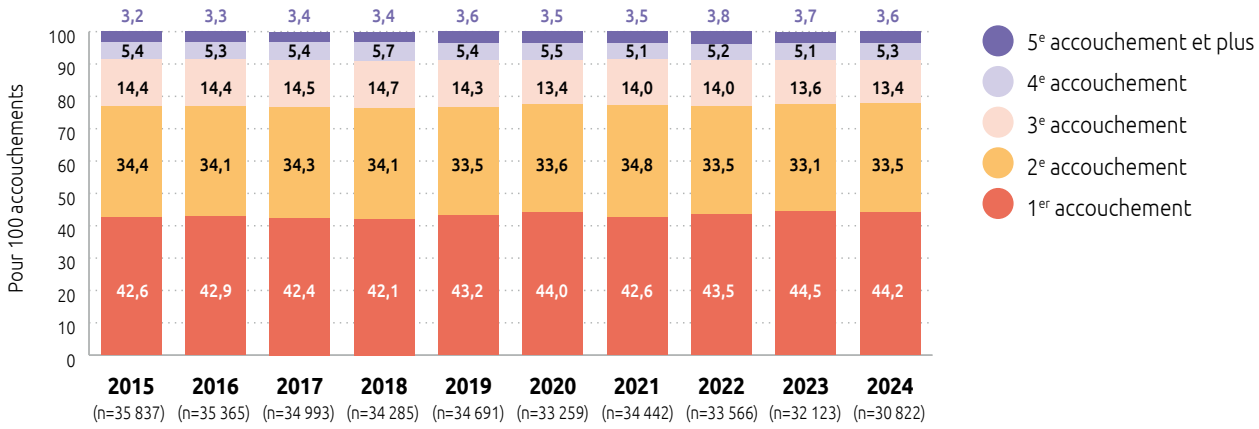
Tableau 4 : Caractéristiques médicales des mères, 2024

Calculé sur le nombre total d'accouchements		Wallonie (N=30 828)		Bruxelles (N=20 425)	Flandre (N=59 919)
		N	%	%	%
Parité (n=30 822)	Primipare	13 608	44,2	42,4	46,8
	Multipare	17 214	55,8	57,6	53,2
	Manquant	*6*			
Conception de la grossesse (n=30 573)	Spontanée	29 218	95,6	93,8	90,0
	Traitement hormonal	185	0,6	0,9	2,9
	FIV/ICSI	1 170	3,8	5,3	7,1
	Manquant	*255*			
Corpulence (n=29 530)	Sous-poids	1 354	4,6	3,9	3,3
	Poids normal	14 130	47,8	52,2	51,6
	Surpoids	7 701	26,1	26,8	27,7
	Obésité	6 345	21,5	17,1	17,4
	Manquant	*1 298*			
Prise de poids durant la grossesse (n=27 401)	Inférieure à la recommandation	9 104	33,2	34,7	30,9
	Conforme à la recommandation	10 045	36,7	35,6	34,4
	Supérieure à la recommandation	8 252	30,1	29,7	34,7
	Manquant	*3 236*			
Hypertension artérielle (n=30 828)	Oui	1 619	5,3	4,7	3,3
	Non	29 128	94,7	95,3	96,7
	Manquant	*81*			
Diabète (n=30 587)	Oui	3 917	12,8	16,9	9,4
	Non	26 670	87,2	83,1	90,6
	Manquant	*241*			
Séropositivité VIH (n=30 471)	Positif	99	0,3	0,6	0,4
	Négatif	30 372	99,7	99,4	99,6
	Manquant	*357*			

4.2 PARITÉ

La proportion de femmes qui accouchent pour la première fois est de 44,2 % (tableau 4).

De 2015 à 2024, la proportion d'accouchements de primipares augmente, passant de 42,6 % à 44,2 % (figure 7).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 7 : Évolution de la parité, 2015-2024, N=339 383 (VM=33)

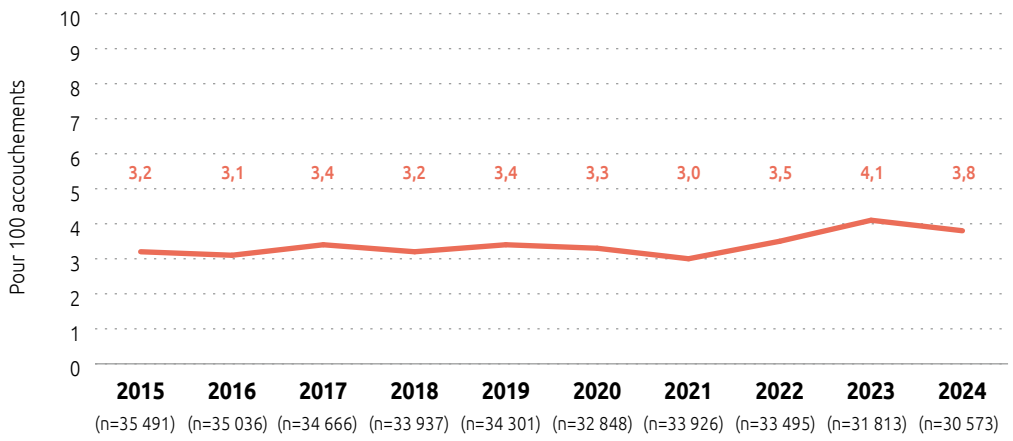
4.3 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

La proportion d'accouchements faisant suite à un traitement conceptionnel est de 4,4 % (tableau 4). Cette proportion est de 15,5 % parmi les grossesses multiples et de 4,3 % parmi les grossesses uniques (tableau 5).

Tableau 5 : Distribution des accouchements selon le type de conception de la grossesse, 2024

	Total (n=30 573)		**Singletons** (n=30 109)		**Multiples** (n=464)	
Type de conception	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Spontanée	29 218	95,6	28 826	95,7	392	84,5
Traitement hormonal	185	0,6	175	0,6	10	2,1
FIV/ICSI	1 170	3,8	1 108	3,7	62	13,4

La proportion d'accouchements faisant suite à un traitement de FIV/ICSI est stable entre 2015 et 2021, avant d'augmenter pour atteindre 4,1 % en 2023, puis légèrement diminuer à 3,8 % en 2024 (figure 8).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

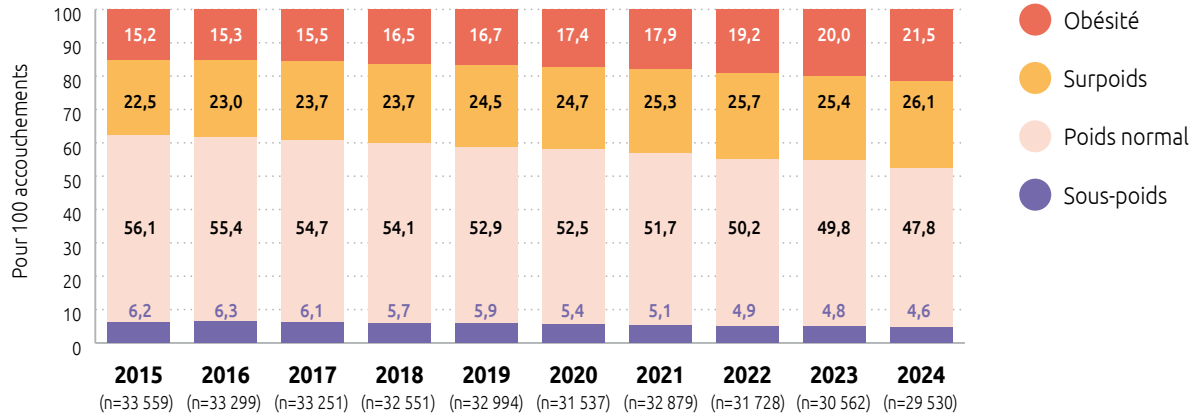
Figure 8 : Évolution des accouchements suite à un traitement FIV/ICSI, 2015-2024, N=336 086 (VM=3 330)

4.4 CORPULENCE

L'IMC moyen est de 25,9 kg/m2 (écart-type : 5,7 kg/m²). L'IMC moyen augmente de 2015 à 2024, passant de 24,7 à 25,9 kg/m².

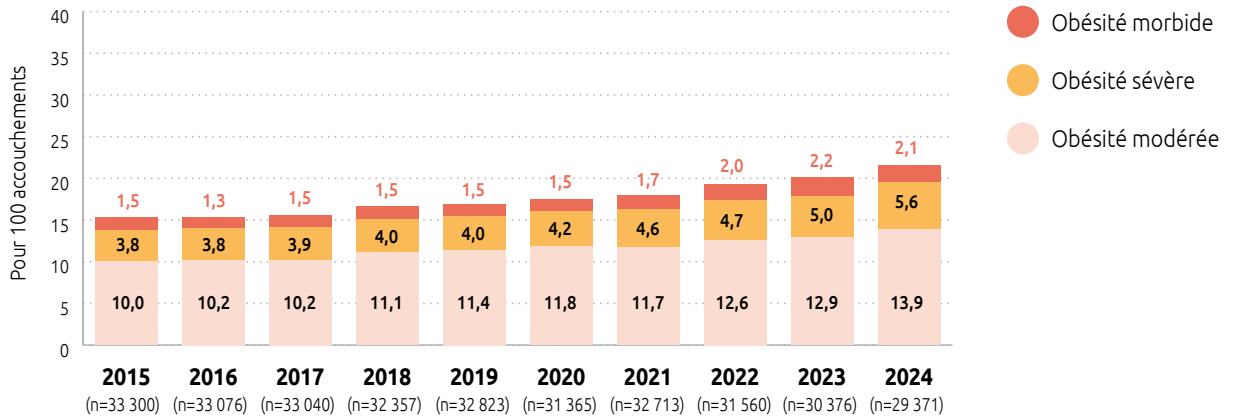
En début de grossesse, 47,6 % des mères sont en surcharge pondérale : 26,1 % des mères en surpoids et 21,5 % souffrant d'obésité (tableau 4).
Pour les femmes de 18 ans et plus souffrant d'obésité, 13,8 % sont en obésité modérée, 5,6 % en obésité sévère et 2,1 % en obésité morbide (figure 10).

La proportion de mères en surcharge pondérale augmente de 2015 à 2024, passant de 37,7 % à 47,6 %, avec une augmentation de mères souffrant d'obésité de 15,2 % à 21,5 % (figure 9). L'augmentation de la proportion des mères souffrant d'obésité s'observe au sein des 3 classes d'obésité, passant de 10,0 % à 13,9 % pour l'obésité modérée, de 3,8 % à 5,6 % pour l'obésité sévère et de 1,5 % à 2,1 % pour l'obésité morbide (figure 10).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 9 : Évolution de la corpulence de la mère, 2015-2024, N=321 890 (VM=17 526)



Calculé sur le nombre d'accouchements

Figure 10 : Évolution du statut d'obésité de la mère âgée de 18 ans et plus, 2015-2024, N=319 981 (VM=17 278)

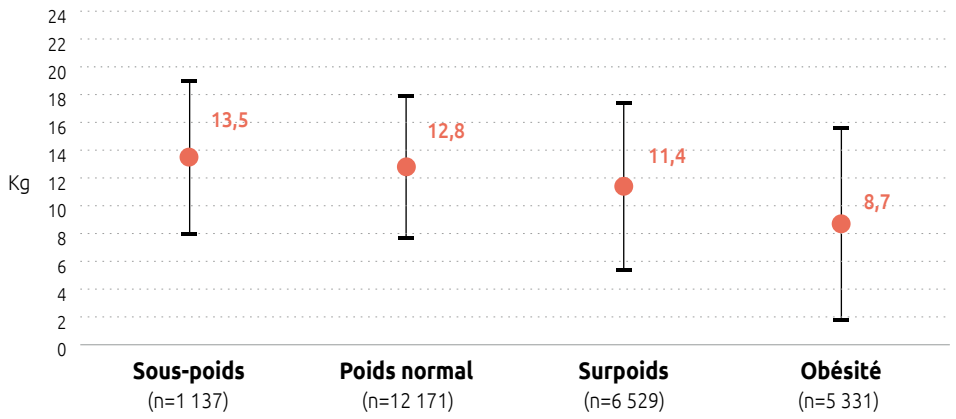
Parmi les mères ayant accouché d'un singleton à terme, 4,4 % des mères sont en sous-poids et 47,4 % en surcharge pondérale (26,0 % en surpoids et 21,4 % en obésité).

4.5 PRISE DE POIDS DURANT LA GROSSESSE

La proportion de mères dont la prise de poids durant la grossesse est conforme à la recommandation (34) est de 36,7 % (tableau 4).

Parmi les mères ayant accouché d'un singleton à terme, la prise de poids moyenne au cours de la grossesse est de 11,6 kg (écart-type : 6,0 kg). Cette prise de poids moyenne diminue progressivement entre 2015 (11,9 kg) et 2022 (11,4 kg), avant de repartir légèrement à la hausse pour atteindre 11,6 kg en 2023 et 2024.
La proportion de mères d'un singleton à terme dont la prise de poids durant la grossesse est conforme à la recommandation est de 37,1 %.

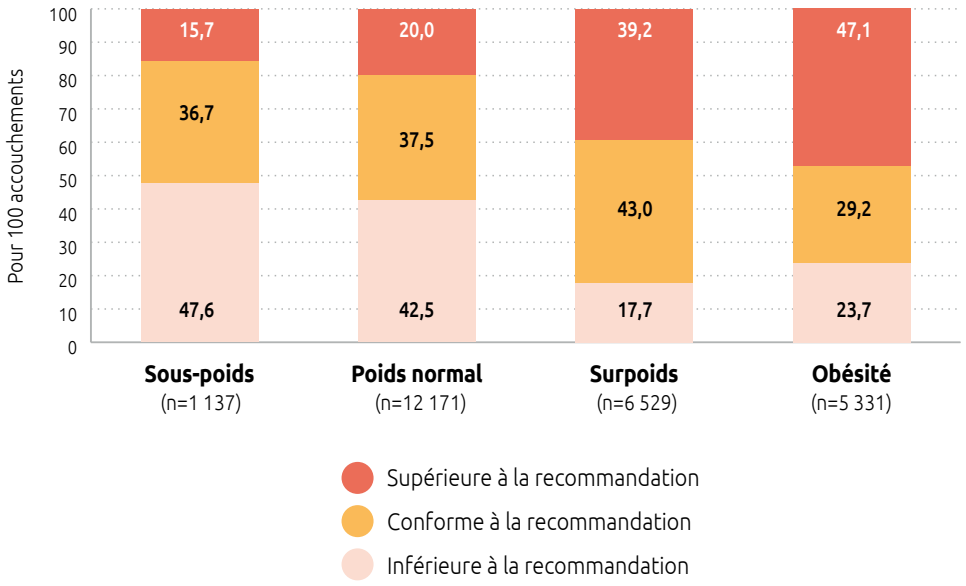
Parmi les mères ayant accouché d'un singleton à terme, une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et la corpulence de la mère en début de grossesse. La prise de poids moyenne diminue lorsque la corpulence de la mère augmente, avec une prise de poids moyenne de 13,5 kg pour les femmes en sous-poids et de 8,7 kg pour les femmes souffrant d'obésité (figure 11).



Calculé sur le nombre de singletons à terme

Figure 11 : Prise de poids moyenne (et écart-type) selon la corpulence de la mère parmi les accouchements de singletons à terme, 2024, N=25 168 (VM=2 985)

Parmi les mères ayant accouché d'un singleton à terme, la proportion de mères dont la prise de poids est supérieure à la recommandation est plus importante parmi les mères en surpoids ou obèse (39,2 et 47,1 %). À l'inverse, la proportion de mères dont la prise de poids est inférieure à la recommandation est plus importante parmi les mères en sous-poids (47,6 %) (figure 12).

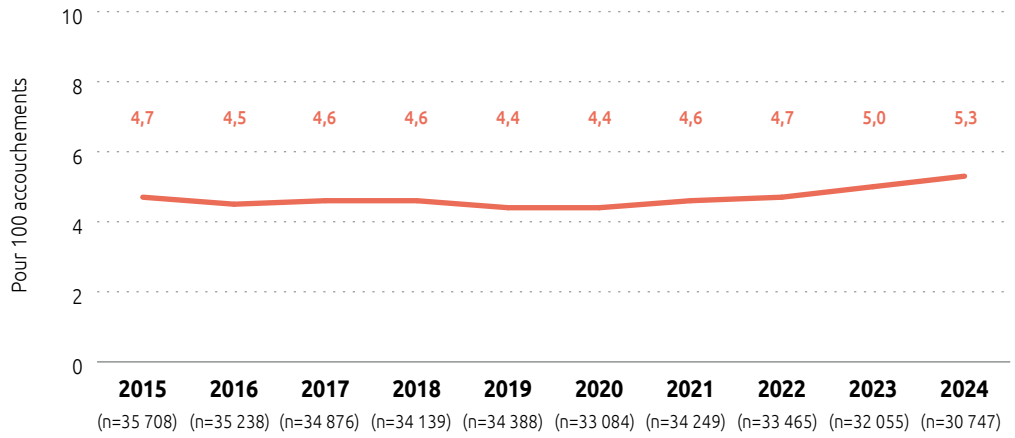


Calculé sur le nombre de singletons à terme

Figure 12 : Prise de poids en fonction de la recommandation selon la corpulence de la mère parmi les accouchements de singletons à terme, 2024, N=25 168 (VM=2 985)

4.6 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La proportion de mères souffrant d'hypertension artérielle est de 5,3 %, qu'elle soit préexistante ou gravidique (tableau 4).
Cette proportion augmente depuis 2020, passant de 4,4 % en 2020 à 5,3 % en 2024 (figure 13).

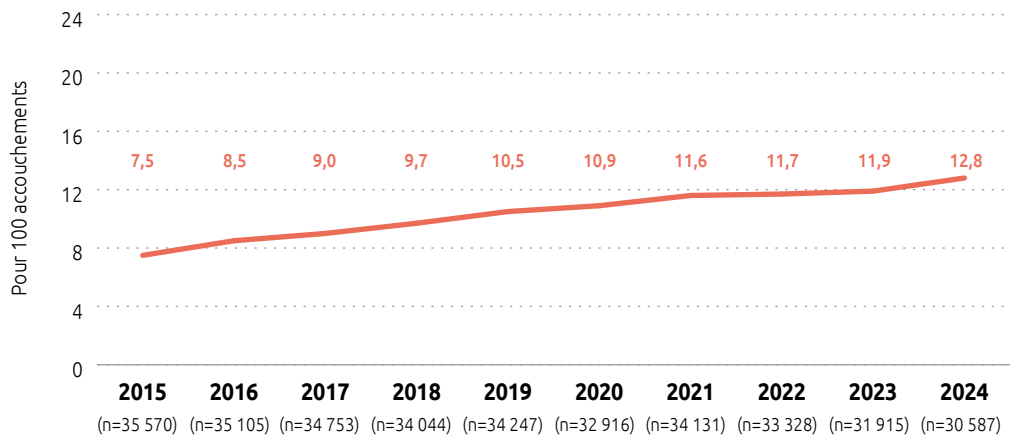


Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 13 : Évolution de la proportion de mères avec hypertension artérielle, 2015-2024, N=337 949 (VM=1 467)

4.7 DIABÈTE

La proportion de mères souffrant de diabète est de 12,8 %, qu'il soit gestationnel ou préexistant (tableau 4).
Cette proportion augmente entre 2015 et 2024, passant de 7,5 % à 12,8 % (figure 14).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

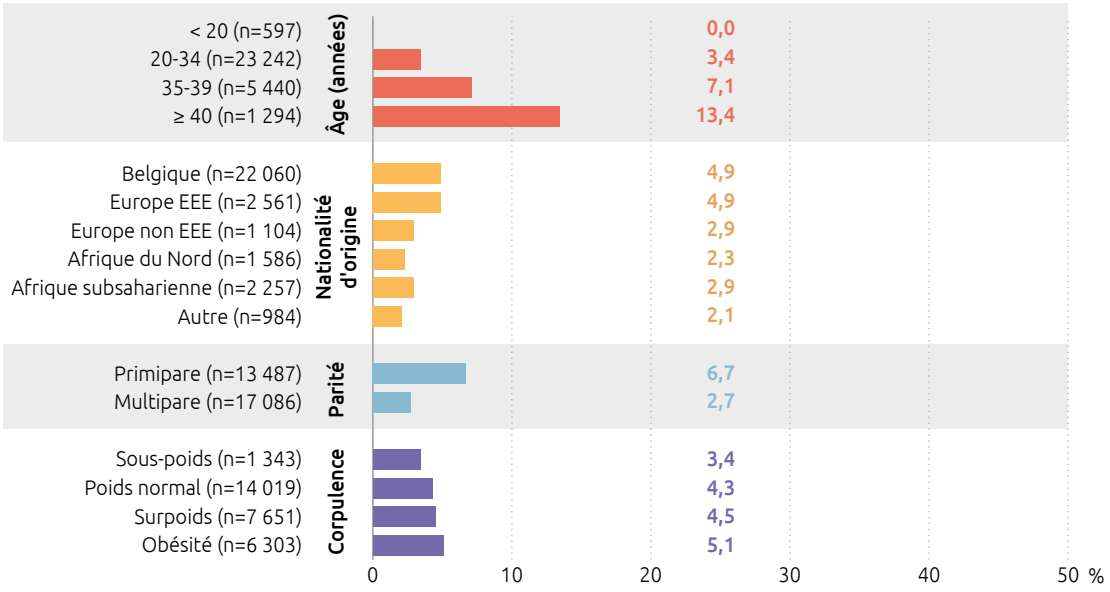
Figure 14 : Évolution de la proportion de mères avec diabète, 2015-2024, N=336 596 (VM=2 820)

4.8 SÉROPOSITIVITÉ VIH

Nonante-neuf mères (0,3 %) présentent un statut VIH positif à l'accouchement (tableau 4). La proportion de mères avec un statut VIH positif est stable de 2015 à 2024.

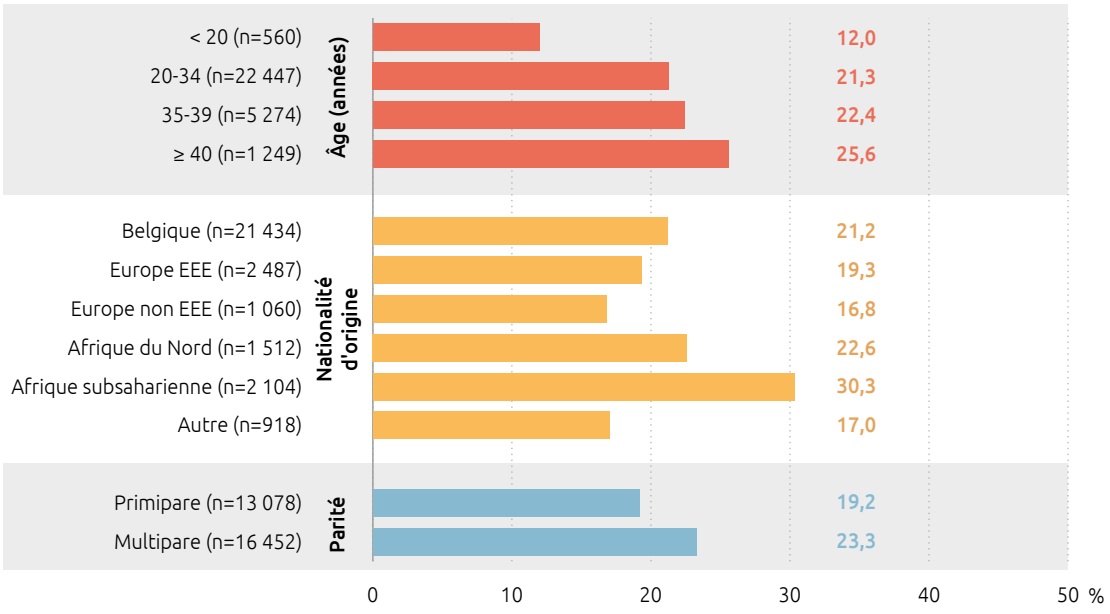
4.9 CROISEMENT DES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Les quatre figures suivantes présentent la répartition du recours à un traitement de conception, de l'obésité, de l'hypertension artérielle et du diabète selon différentes caractéristiques maternelles, celles-ci pouvant influencer ces facteurs.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

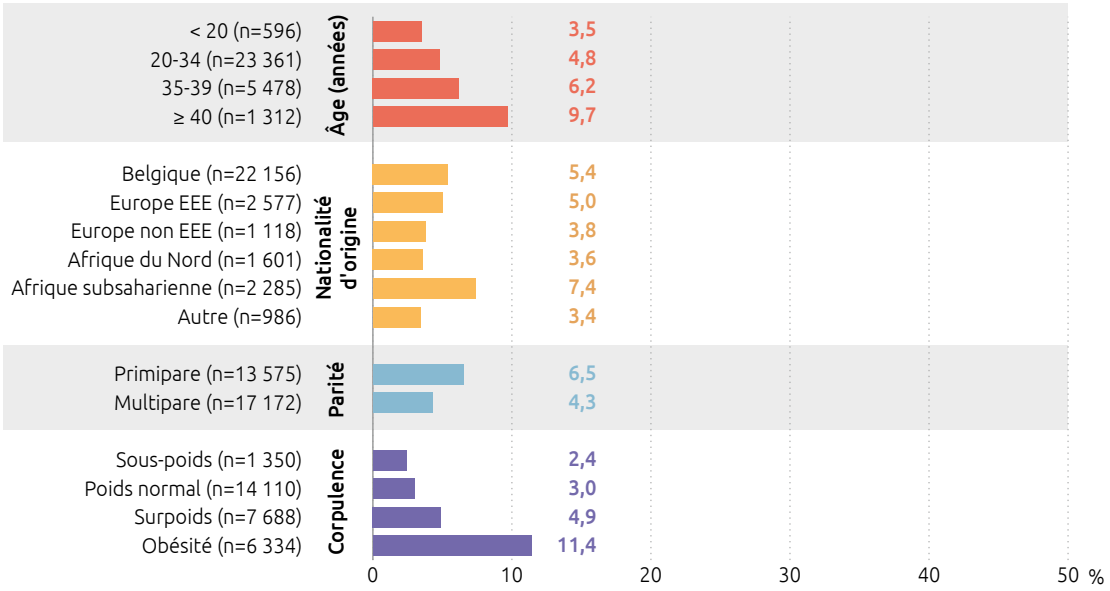
Figure 15 : Distribution du traitement conceptionnel selon les caractéristiques de la mère, 2024



Calculé sur le nombre total d'accouchements

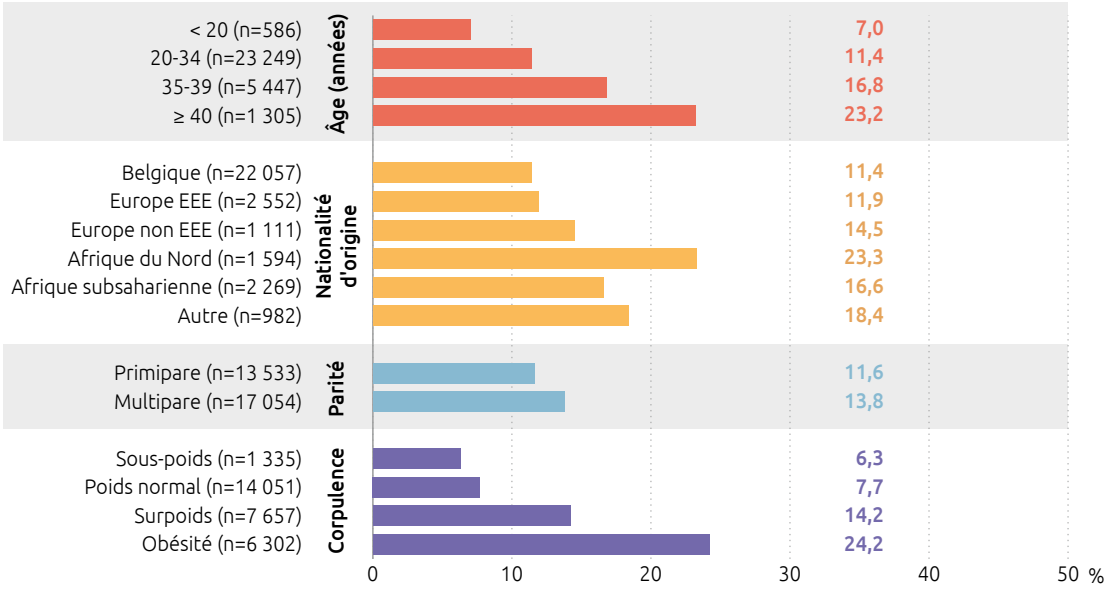
Figure 16 : Distribution de l'obésité selon les caractéristiques de la mère, 2024

Les quatre distributions mettent en évidence plusieurs tendances liées aux caractéristiques maternelles. Avec l'âge, on observe une augmentation marquée du recours à la conception assistée, particulièrement après 40 ans, ainsi qu'une prévalence accrue d'obésité, d'hypertension et de diabète. La parité joue également un rôle : la conception assistée est plus fréquente chez les primipares, tandis que l'obésité et le diabète concernent davantage les multipares. L'origine maternelle influence aussi ces indicateurs : la conception assistée est plus fréquente chez les femmes belges ou issues de l'Union européenne, alors que l'obésité est plus présente chez les femmes originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne, et que l'hypertension est davantage observée chez celles d'Afrique subsaharienne. Enfin, le diabète est plus fréquent chez les femmes d'origine non européenne. La corpulence est également liée aux caractéristiques maternelles ; la conception assistée, l'hypertension artérielle et le diabète augmentant avec l'indice de masse corporelle (figures 15-18).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 17 : Distribution de l'hypertension artérielle selon les caractéristiques de la mère, 2024



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 18 : Distribution du diabète selon les caractéristiques de la mère, 2024

4.10 DISCUSSION

En 2024, sur les 30 828 accouchements enregistrés en Wallonie, 44,2 % concernent des primipares et 55,8 % des multipares. La grande majorité des grossesses sont spontanées (95,6 %), tandis que 4,4 % ont nécessité un traitement de conception, principalement par FIV/ICSI (3,8 %). Concernant la corpulence maternelle, 47,8 % des mères présentent un poids normal, 26,1 % un surpoids et 21,5 % une obésité. La prise de poids durant la grossesse est conforme aux recommandations dans 36,7 % des cas, inférieure dans 33,2 % et supérieure dans 30,1 %. Par ailleurs, une hypertension artérielle est rapportée chez 5,3 % des mères, un diabète chez 12,8 %, et la séropositivité au VIH concerne 0,3 % des femmes.

Sur la période 2015-2024, la proportion de mères **primipares** augmente de 42,6 % à 44,2 % en Wallonie. La parité apparaît comme un facteur clé dans l'analyse des déterminants de la santé périnatale. En Europe, la proportion de primipares variait en 2019 entre 31,3 % et 53,3 %, avec les taux les plus bas en Irlande du Nord, Estonie, Irlande et Lettonie, et les plus élevés à Malte, au Portugal et en Italie. Entre 2015 et 2019, cette répartition est restée globalement stable (3). Plusieurs études suggèrent que la primiparité est associée à un risque accru de complications obstétricales. Bai *et al.* (112) ont ainsi montré, en Australie, que les primipares présentaient davantage d'hypertension gravidique et hémorragies du postpartum que les multipares. En Chine, une cohorte rétrospective (6) a mis en évidence que la combinaison de la primiparité et d'un âge maternel avancé augmentait le risque d'hypertension gestationnelle, de prééclampsie et de diabète gestationnel. De même, Lisonkova *et al.* (113) ont observé une élévation du risque de petit poids pour l'âge gestationnel. À l'inverse, Rademaker *et al.* (114) ont souligné que l'âge maternel avancé, indépendamment de la parité, constituait le déterminant principal des issues défavorables. Les analyses menées dans le présent rapport confirment que la parité interagit avec d'autres caractéristiques, telles que l'obésité, le diabète et l'âge maternel, et que leur combinaison peut moduler le risque périnatal.

En Wallonie, le recours aux techniques de **procréation médicalement assistée** a progressé, notamment pour la FIV/ICSI. Il concerne 4,4 % des accouchements et augmente avec l'âge. Il est plus fréquent chez les primipares et chez les femmes de nationalité belge ou originaires de l'Espace économique européen, et augmente avec la corpulence. La littérature montre que les grossesses uniques issues d'une FIV ou d'une ICSI présentent un risque accru de naissance prématurée par rapport aux conceptions spontanées (115). Au niveau européen, environ 5 à 6 % des grossesses sont issues d'une assistance médicale à la procréation, mais ce chiffre est probablement sous-estimé, en particulier pour les traitements hormonaux, souvent mal documentés (116). Cette tendance suit l'évolution européenne, caractérisée par une croissance continue du recours à la FIV et à l'ICSI au cours des dernières années (117). En 2021, plus de 1,1 million de cycles de procréation médicalement assistée ont ainsi été réalisés en Europe, soit une augmentation d'environ 20 % par rapport à 2020 (63).

L'obésité maternelle constitue également un déterminant majeur. L'IMC moyen est passé de 24,7 à 25,9 kg/m² et la proportion de mères en surcharge pondérale de 37,7 % à 47,6 %, avec une augmentation marquée de l'obésité dans toutes ses classes. En résumé, en 2024, près d'une femme sur deux présente une surcharge pondérale, avec pas loin de deux femmes sur dix qui souffrent d'obésité. La proportion d'obésité augmente avec l'âge, et elle est plus élevée chez les multipares et chez les mères originaires d'Afrique du Nord ou d'Afrique subsaharienne. Sur le plan international, une revue systématique publiée en 2024 met en évidence la progression continue du surpoids et de l'obésité pendant la grossesse. Selon cette revue, entre 2010 et 2019, près d'une femme enceinte sur deux présentait une surcharge pondérale et environ une sur six une obésité, avec une tendance en hausse constante : +0,34 % par an pour l'obésité et +0,64 % pour le surpoids et l'obésité combinés. Actuellement, la prévalence de l'obésité maternelle est estimée à 20,9 % et pourrait atteindre 23,3 % d'ici 2030 (64). L'obésité maternelle est associée à un risque accru de diabète gestationnel, d'hypertension artérielle, de thrombose veineuse et de macrosomie fœtale. Elle augmente également la probabilité de recours à la césarienne et de complications néonatales

telles qu'un faible score d'Apgar ou une admission en soins intensifs (118–121). En Europe, la proportion de femmes enceintes en surpoids varie de 19,0 % en Croatie et en Autriche à 29,8 % en Irlande du Nord, et celle en situation d'obésité de 8 % en Croatie à 26 % au Pays de Galles (116).

Dans le même temps, **la prise de poids moyenne au cours de la grossesse** a légèrement diminué, et la distribution des écarts par rapport aux recommandations (34) en fonction de la corpulence initiale de la mère s'est confirmée. La prise de poids gestationnelle joue un rôle déterminant et interagit avec l'IMC prégestationnel. Plus l'IMC initial est élevé, plus la prise de poids tend à diminuer. En moyenne, les femmes en sous-poids gagnent 13,5 kg contre 8,7 kg chez les femmes obèses. Pourtant, seule une minorité de femmes atteignent une prise de poids conforme aux recommandations, et cette proportion est particulièrement faible parmi celles en surpoids ou obèses en raison de cibles de gain pondéral plus restreintes. Une prise de poids insuffisante est associée à un risque accru d'accouchement prématuré et de petit poids pour l'âge gestationnel, tandis qu'une prise de poids excessive augmente la probabilité de macrosomie, de césarienne et de complications métaboliques comme l'hypertension gravidique, la prééclampsie ou le diabète gestationnel (9). Les recommandations sur la prise de poids durant la grossesse de l'Institute of Medicine (IOM), jugées trop permissives, ont été remises en causes. Les travaux du Pr Devlieger et de son équipe en Flandre (122) ont montré que des recommandations plus strictes s'accompagnent de meilleurs résultats périnataux, notamment une réduction du recours à la césarienne et de la macrosomie, sans effet indésirable sur la prématurité ou l'hypotrophie fœtale (123). Par ailleurs, certaines interactions entre caractéristiques maternelles et prise de poids gestationnelle méritent d'être soulignées. Une étude de Lin *et al.* a montré que les femmes multipares atteintes de diabète gestationnel présentaient une prise de poids significativement plus élevée que les primipares (65). Dans une autre étude, Santos *et al.* ont démontré que les femmes obèses présentant une prise de poids excessive étaient exposées à un risque accru de complications, telles que l'hypertension gestationnelle, la prééclampsie ou le diabète gestationnel, en comparaison aux autres groupes (9).

L'hypertension artérielle concerne 5,3 % des mères et sa prévalence augmente depuis 2020. Elle augmente toutefois avec l'âge et la corpulence, et se révèle plus fréquente chez les primipares ainsi que chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Cette pathologie constitue un facteur de risque bien documenté de complications obstétricales, en particulier lorsqu'elle est associée à l'âge maternel avancé ou à l'obésité, comme l'ont montré plusieurs études. Les interactions entre ces différents facteurs contribuent à accroître la probabilité d'issues défavorables (6, 57).

Le diabète maternel, qu'il soit préexistant ou gestationnel, concerne 12,8 % des mères en Wallonie. Sa prévalence augmente avec l'âge et la corpulence, et elle est plus élevée parmi les multipares et les femmes originaires d'Afrique du Nord. La proportion de diabète augmente entre 2015 et 2024 en Wallonie. En Europe, de grandes disparités existent : la Norvège rapporte une prévalence de 22,3 % contre seulement 1,8 % en Irlande (124). En Belgique, les taux varient entre 5,7 % et 23 % selon les régions et les hôpitaux (125). Ces écarts reflètent des différences de dépistage, de critères diagnostiques et de caractéristiques démographiques (126). Deux méta-analyses récentes ont démontré que le diabète gestationnel est associé à un risque accru de complications maternelles, notamment l'hypertension gravidique, la prééclampsie et la macrosomie fœtale (66,67). Le diabète gestationnel accroît également les risques de césarienne, d'hypoglycémie néonatale, de prématurité et d'admission en soins intensifs pour le nouveau-né. La parité apparaît comme un facteur modulateur du risque de diabète gestationnel. Dans l'étude de Ye *et al.*, la primiparité est identifiée comme un facteur de risque de développement du diabète gestationnel, en particulier chez les femmes jeunes (66). À l'inverse, l'étude de Santos *et al.* (9) montre que chez les femmes obèses, la multiparité est associée à une probabilité plus élevée de développer un diabète gestationnel, ainsi qu'à d'autres complications métaboliques telles que la prééclampsie et l'hypertension gravidique.

Les statistiques relatives à **l'âge maternel** en Wallonie ont été présentées au point 3.6. Toutefois, les quatre figures précédentes illustrent également de manière claire l'influence de l'âge maternel sur plusieurs des facteurs décrits ci-dessus. Ces observations sont cohérentes avec les données de la littérature scientifique. En effet, un âge maternel avancé (AMA) est reconnu comme un facteur de risque pour diverses complications de la grossesse. Plusieurs études ont démontré une association entre l'AMA et une augmentation du risque de diabète gestationnel (5,32,68,69), ainsi que de l'hypertension gravidique (5), du surpoids (5) et de la prééclampsie, particulièrement chez les femmes âgées de plus de 40 ans (70).

En conclusion, la parité, l'obésité maternelle et l'âge maternel constituent trois facteurs majeurs et étroitement interconnectés dans la survenue des complications périnatales. La primiparité apparaît comme un facteur de vulnérabilité, associée à un risque accru d'hypertension gravidique, de prééclampsie, d'hémorragies postpartum et, dans certains contextes, de diabète gestationnel ou de petit poids pour l'âge gestationnel. L'obésité maternelle, en constante progression en Wallonie comme à l'échelle internationale, agit comme un amplificateur de risques, favorisant le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle, la macrosomie, le recours à la césarienne et diverses complications néonatales. L'âge maternel avancé renforce ces vulnérabilités, augmentant la probabilité de diabète, d'hypertension, de prééclampsie et de surpoids, en particulier chez les primipares ou dans un contexte d'obésité. Les interactions entre ces facteurs et les caractéristiques des accouchements et des naissances seront présentées dans les prochains chapitres.

5. CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

5.1 SYNOPTIQUE

Tableau 6 : Caractéristiques des accouchements, 2024

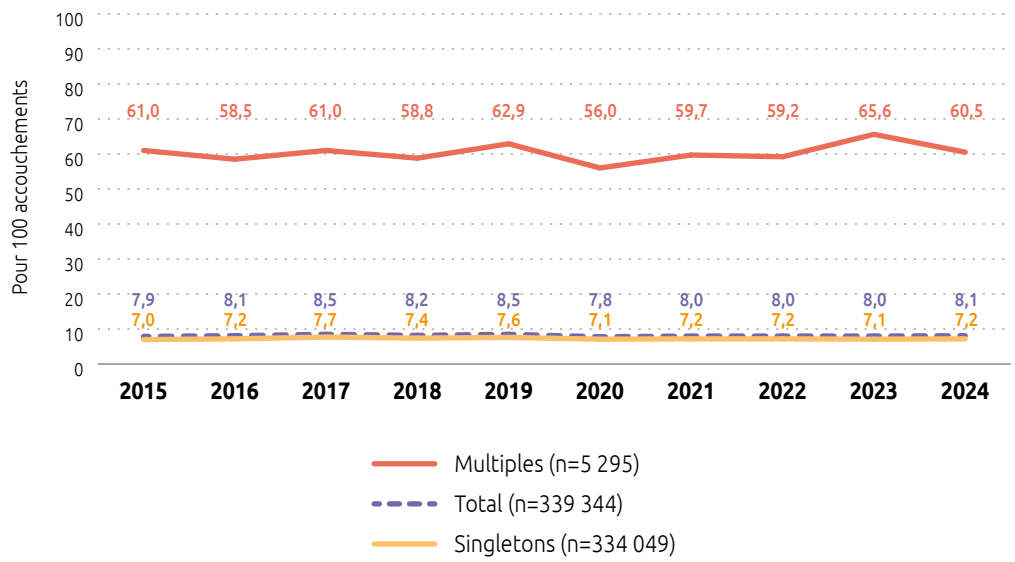
Calculé sur le nombre total d'accouchements		Wallonie (N=30 828)		Bruxelles (N=20 425)	Flandre (N=59 519)
		N	%	%	%
Durée de la grossesse (semaines) (n=30 821)	< 28	182	0,6	0,9	0,5
	28-31	199	0,7	1,0	0,7
	32-33	283	0,9	1,0	0,8
	34-36	1 817	5,9	4,7	5,2
	37-38	8 730	28,3	26,8	29,0
	39-41	19 582	63,5	65,4	63,7
	≥ 42	28	0,1	0,2	0,1
	Manquant	*7*			
Colonisation streptocoque B (n=30 790)	Positif	4 130	13,4	16,3	14,1
	Négatif	24 701	80,2	75,9	68,9
	Non testé	1 959	6,4	7,8	17,0
	Manquant	*38*			
Type de début de travail (n=30 828)	Travail spontané	17 286	56,1	55,9	57,2
	Induction	10 515	34,1	35,1	31,6
	Césarienne programmée	3 027	9,8	9,0	11,2
	Manquant	*0*			
Anesthésie loco-régionale (n=30 827)	Oui	24 701	80,1	77,5	75,2
	Non	6 126	19,9	22,5	24,8
	Manquant	*7*			
Mode d'accouchement (n=30 828)	Voie basse sans instrumentation	21 638	70,2	69,9	68,6
	Voie basse avec instrumentation	2 108	6,8	9,4	9,5
	Césarienne programmée	3 027	9,8	9,0	11,2
	Césarienne non programmée	4 055	13,2	11,7	10,7
	Manquant	*0*			
Épisiotomie (n=30 820)	Oui	3 368	10,9	7,2	17,8
	Non	27 452	89,1	92,8	82,2
	Manquant	*8*			
Accouchement sans intervention obstétricale (n=30 820)	Avec ou sans anesthésie loco-régionale	12 427	40,3	42,3	
	Sans anesthésie loco-régionale	4 286	13,9	15,8	
	Manquant	*8*			

5.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

La durée moyenne de la grossesse est de 38 semaines (écart-type : 2 semaines). Pour les grossesses uniques, elle est de 38 semaines (écart-type : 2 semaines) tandis qu'elle s'abaisse à 35 semaines (écart-type : 3 semaines) pour les grossesses multiples.

La proportion d'accouchements ayant eu lieu avant 37 semaines est de 8,1 % (tableau 6). Parmi les accouchements de singletons, 7,2 % surviennent de manière prématurée. En revanche, les accouchements multiples sont beaucoup plus souvent concernés : 60,5 % sont prématurés et 9,3 % n'atteignent pas 32 semaines de grossesse.

Après une légère augmentation de 2015 à 2019, la proportion d'accouchements prématurés a diminué de 2019 à 2020 pour ensuite se stabiliser. Ce constat est également valable pour les singletons. Pour les grossesses multiples, la proportion est restée stable sur la période 2015-2024 (figure 19).



Calculé sur le nombre d'accouchements

Figure 19 : Évolution des proportions d'accouchements prématurés, 2015-2024

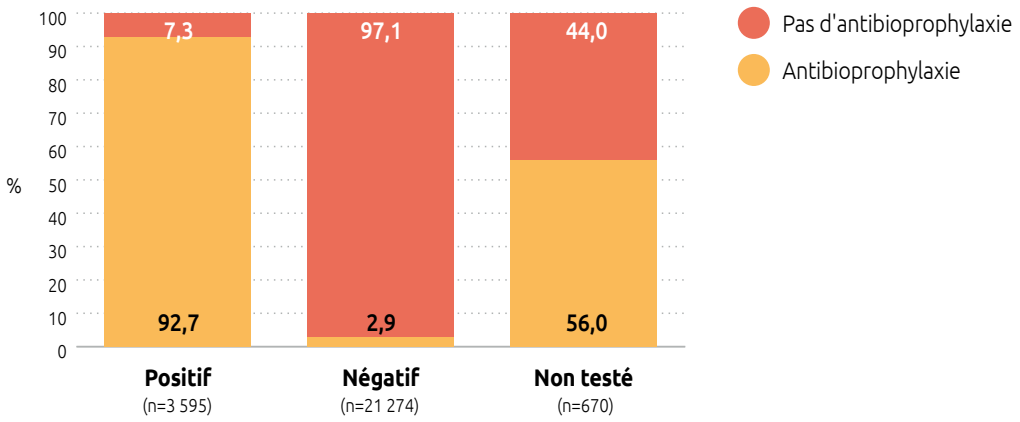
5.3 STREPTOCOQUE B ET ANTIBIOPROPHYLAXIE

La proportion de femmes dépistées positives au streptocoque B est de 13,4 % (tableau 6).
Parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), la proportion est de 14,1% (tableau 7).

Tableau 7 : Distribution des accouchements à terme (hors césarienne programmée) selon le statut de colonisation au streptocoque B, 2024, N= 25 539 (VM=27)

Statut streptocoque B	Nombre	%
Positif	3 595	14,1
Négatif	21 274	83,3
Non testé	670	2,6

Parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), 92,7 % des mères dépistées positives au streptocoque B ont reçu au moins une dose d'antibioprophylaxie (figure 20).

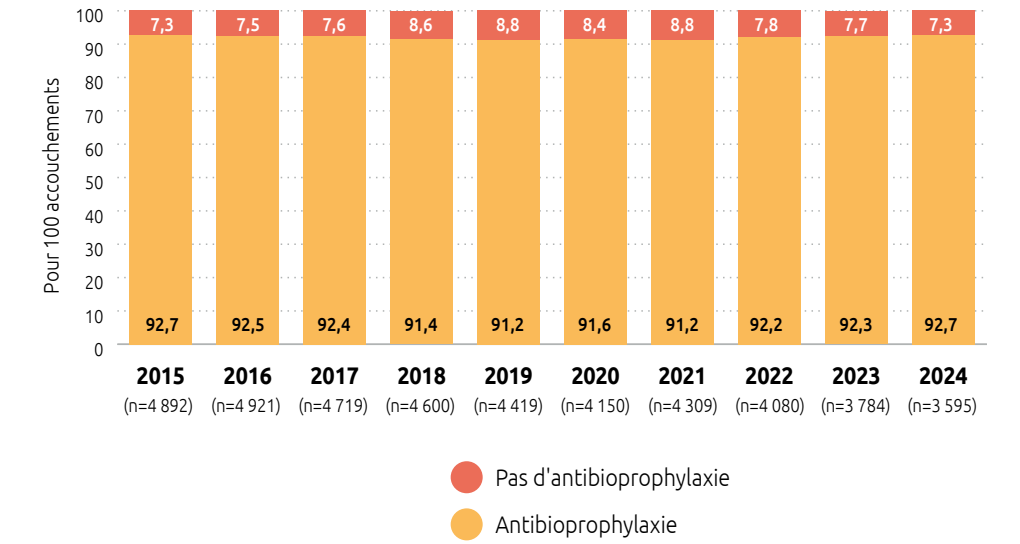


Calculé sur le nombre d'accouchements à terme (hors césarienne programmée)

Figure 20 : Distribution des accouchements à terme (hors césarienne programmée) selon le statut de colonisation au streptocoque B et l'antibioprophylaxie, 2024, N=25 539 (VM=27)

Parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), la proportion de mères dépistées positives au streptocoque B diminue entre 2015 et 2024, passant de 16,6 % à 14,1 %. En parallèle, la proportion de mères non testées reste relativement stable sur la même période.

Parmi les mères dépistées positives, la proportion d'antibioprophylaxie est stable de 2015 à 2024 (figure 21).



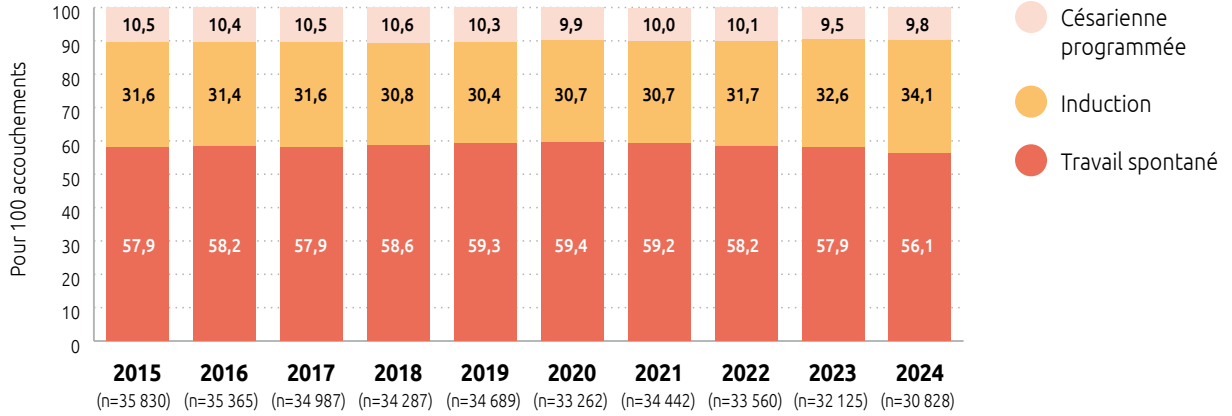
Calculé sur le nombre d'accouchements à terme (hors césarienne programmée)

Figure 21 : Évolution de l'antibioprophylaxie pour le streptocoque B positif parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), 2015-2024, N=43 469 (VM=2)

5.4 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

La répartition du type de début de travail est de 56,1 % de travail spontané, 34,1 % d'induction et 9,8 % de césarienne programmée pour l'ensemble des accouchements (tableau 6).
Parmi les accouchements de singletons, la répartition est sensiblement la même avec respectivement 56,2 %, 34,3 % et 9,5 % de type de début de travail. Par contre, parmi les accouchements multiples, seuls 47,6 % ont débuté spontanément, 24,7 % ont été induits et 27,7 % césarisés de manière programmée.

Une évolution du type de début de travail est constatée entre 2015 et 2024. La proportion d'inductions a diminué de 2015 à 2019 pour ensuite augmenter jusqu'en 2024. La proportion de césariennes programmées (hors travail) est stable de 2015 à 2019, diminue en 2020 pour ensuite se stabiliser (figure 22).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 22 : Évolution du type de début de travail, 2015-2024, N=339 375 (VM=41)

5.4.1 Classification des inductions

Selon la nomenclature de Nippita, 48,6 % des femmes font partie des catégories 2 et 5 (singletons, sommet, 39-40 semaines), avec respectivement 24,0 % de primipares et 24,6 % de multipares sans antécédent de césarienne. Ces deux catégories de femmes contribuent le plus dans les 34,1 % d'inductions avec 8,4 % pour la catégorie 2 et 8,5 % pour la catégorie 5. Suit ensuite la catégorie 4 (multipares sans antécédent de césarienne, singleton, sommet, 37-38 semaines) avec 4,6 % (tableau 8).

Tableau 8 : Classification des inductions selon les groupes de Nippita, 2024, N=30 817 (VM=11)

Calculé sur le nombre total d'accouchements **Groupes Nippita**		**Nombre de mères**	**Proportion de mères (%)**	**Nombre d'inductions**	**Proportion d'inductions (%)**	**Part de la proportion globale (%)**
1	Primipares, singleton, sommet, 37-38 semaines	2 904	9,4	1 080	37,2	3,5
2	Primipares, singleton, sommet, 39-40 semaines	7 392	24,0	2 595	35,1	8,4
3	Primipares, singleton, sommet, ≥ 41 semaines	1 373	4,5	971	70,7	3,2
4	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 37-38 semaines	3 514	11,4	1 417	40,3	4,6
5	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 39-40 semaines	7 593	24,6	2 616	34,5	8,5
6	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, ≥ 41 semaines	883	2,9	512	58,0	1,7
7	Toutes les grossesses, singleton, sommet, < 37 semaines	1 575	5,1	426	27,1	1,4
8	Multipares avec antécédent de césarienne, singleton, sommet	3 502	11,4	661	18,9	2,1
9	Toutes les grossesses, singleton, présentations transverse ou siège	1 608	5,2	120	7,5	0,4
10	Toutes les grossesses multiples	473	1,5	117	24,7	0,4
TOTAL		**30 817**	**100,0**	**10 515**		**34,1**

5.5 ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE

La proportion d'accouchements avec anesthésie loco-régionale est de 80,1 % (tableau 6), 75,2 % pour les accouchements par voie basse et 96,7 % pour les césariennes (avec 234/7 082 césariennes sous anesthésie générale).

La proportion d'accouchements avec anesthésie loco-régionale est stable de 2015 à 2024.
Parmi les accouchements par voie basse, on observe la même tendance quelle que soit la parité (figure 23).

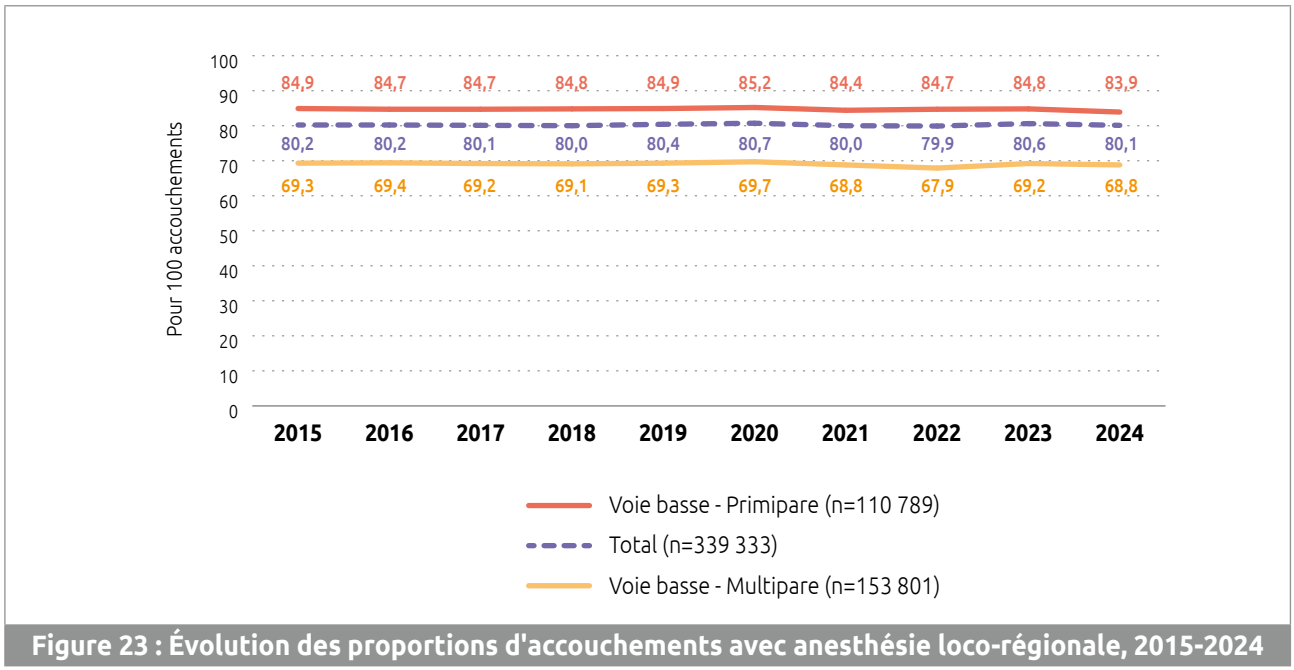


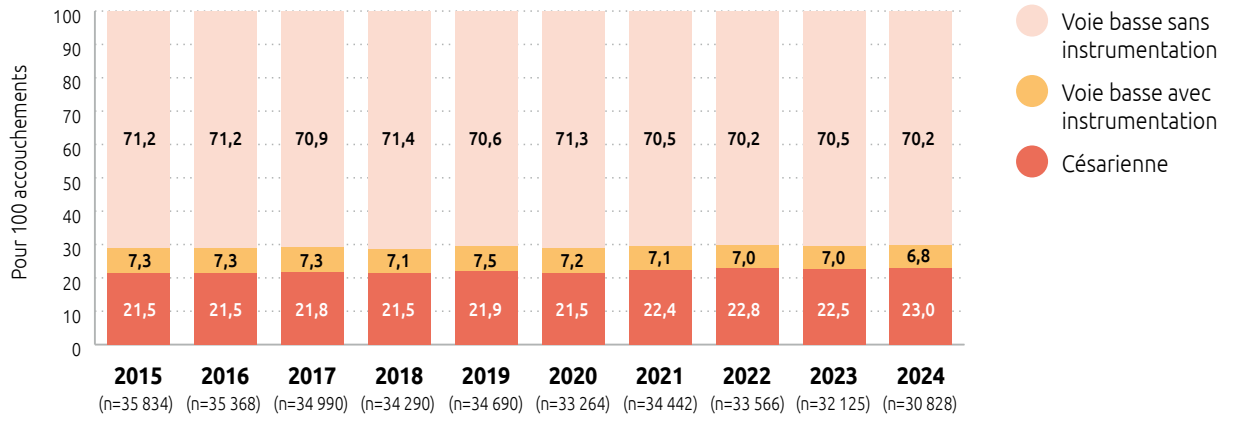
Figure 23 : Évolution des proportions d'accouchements avec anesthésie loco-régionale, 2015-2024

5.6 MODE DE D'ACCOUCHEMENT

5.6.1 Par acccouchement

La proportion d'accouchements par césarienne est de 23,0 % et celle d'accouchements par voie basse avec instrumentation est de 6,8 % (tableau 6).

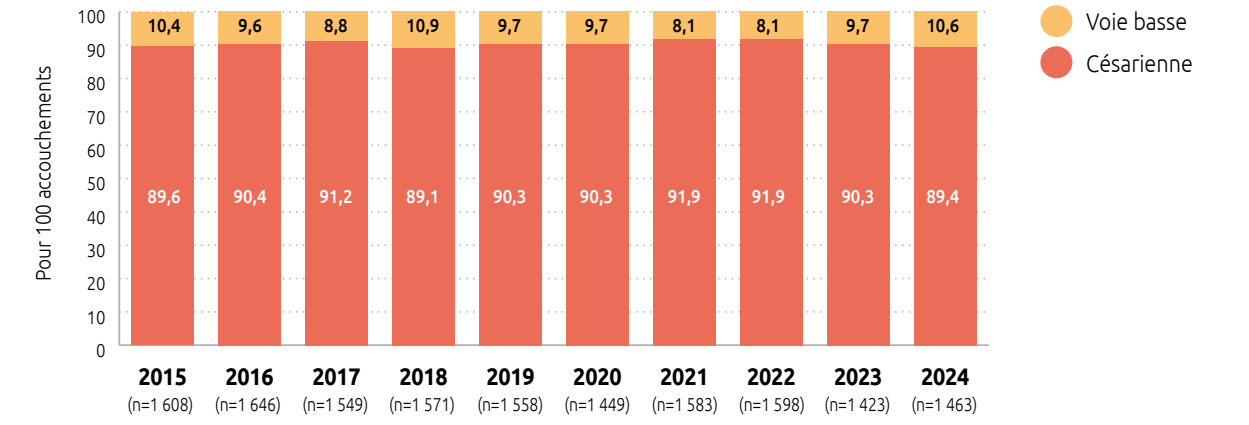
La proportion de césariennes a augmenté de 2020 à 2023 (21,5 % à 23,0 %). La proportion des accouchements instrumentaux diminue de 2015 à 2024 (figure 24).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 24 : Évolution du mode d'accouchement, 2015-2024, N=339 397 (VM=19)

Parmi les singletons vivants en siège, la proportion d'accouchements par voie basse varie sur la période 2015-2024, affichant 10,6 % en 2024 (figure 25).



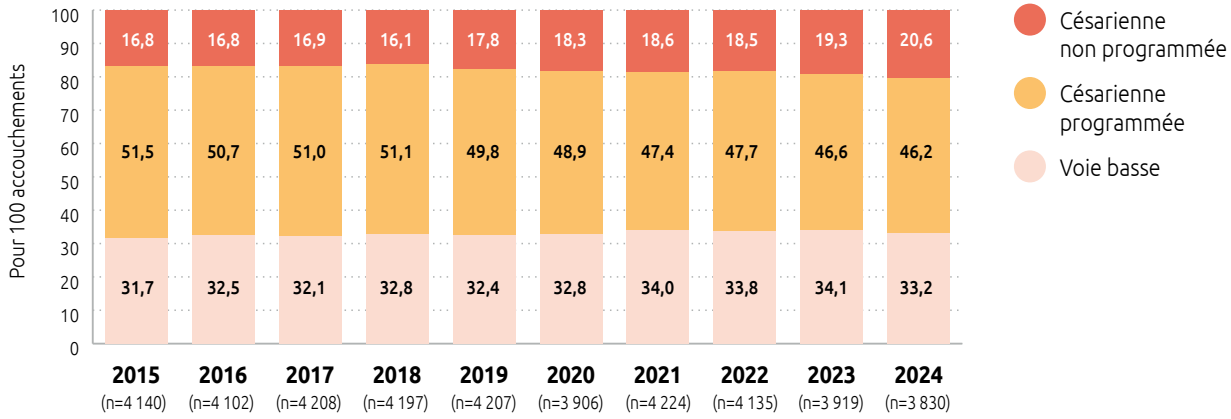
Calculé sur le nombre de singletons vivants en siège

Figure 25 : Évolution du mode d'accouchement parmi les singletons vivants en siège, 2015-2024, N=15 448

Parmi les multipares, 22,3 % présentent un antécédent de césarienne.

Parmi ces mères avec un antécédent de césarienne, 33,2 % ont accouché par voie basse (avec 4,1 % d'instrumentation) et 66,8 % par césarienne.

Parmi les mères avec un antécédent de césarienne, la proportion d'accouchements par voie basse tend à augmenter entre 2015 et 2024 (figure 26).



Calculé sur le nombre d'accouchements avec antécédent de césarienne

Figure 26 : Évolution du mode d'accouchements parmi les mères avec antécédent de césarienne, 2015-2024, N=40 868

5.6.2 Par naissance[3]

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion de naissances par voie basse sans instrumentation est de 69,6 %, avec instrumentation de 6,8 % et par césariennes de 23,6 %. Par ailleurs, le mode d'accouchement diffère selon qu'il s'agisse d'une naissance unique ou multiple, avec 22,4 % de césariennes pour les singletons contre 61,6 % pour les multiples (tableau 9).

Tableau 9 : Distribution des naissances selon le mode d'accouchement, 2024

Calculé sur le nombre de naissances	**Total** (n=31 305)		**Singletons** (n=30 355)		**Multiples** (n=950)	
Mode d'accouchement	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Voie basse sans instrumentation	**21 794**	**69,6**	**21 465**	**70,7**	**329**	**34,6**
En sommet	21 545	68,8	21 275	70,1	270	28,4
En siège	249	0,8	190	0,6	59	6,2
Voie basse avec instrumentation	**2 127**	**6,8**	**2 091**	**6,9**	**36**	**3,8**
Ventouse	1 665	5,3	1 636	5,4	29	3,1
Forceps	462	1,5	455	1,5	7	0,7
Césarienne	**7 384**	**23,6**	**6 799**	**22,4**	**585**	**61,6**
Programmée	3 159	10,1	2 896	9,5	263	27,7
Non programmée	4 225	13,5	3 903	12,9	322	33,9

3 Euro-Peristat recommande de calculer le mode d'accouchement sur le nombre total de naissances.

5.6.3 Classification des césariennes

Selon la nomenclature de Robson, 45,8 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 21,9 % de primipares et 23,9 % de multipares. La part de ces deux groupes dans la proportion globale de césariennes est faible (2,6 % pour la catégorie 1 et 0,5 % pour la catégorie 3). Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 23,0 % de césariennes sont les «Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit», avec 4,0 % et les «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines», avec 6,6 % (tableau 10).

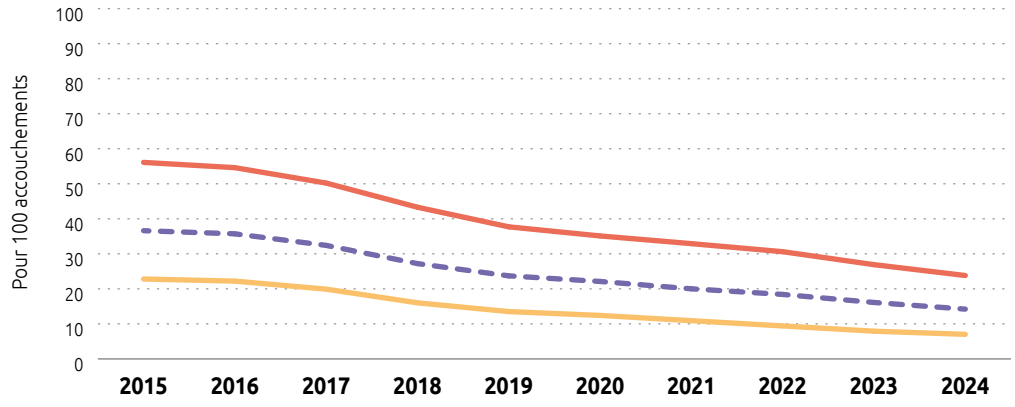
Tableau 10 : Classification des césariennes selon les groupes de Robson, 2024, N=30 817 (VM=11)

Calculé sur le nombre total d'accouchements **Groupes Robson**		**Nombre de mères**	**Proportion de mères (%)**	**Nombre de césariennes**	**Proportion de césariennes (%)**	**Part de la proportion globale (%)**
1	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	6 734	21,9	804	11,9	2,6
2a	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit	4 646	15,1	1 228	26,4	4,0
2b	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, césarienne programmée	289	0,9	289	100,0	0,9
3	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	7 351	23,9	152	2,1	0,5
4a	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit	4 545	14,7	199	4,4	0,7
4b	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, césarienne programmée	94	0,3	94	100,0	0,3
5	Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines	3 197	10,4	2 036	63,7	6,6
6	Toutes les primipares, singleton en siège	857	2,8	783	91,4	2,5
7	Toutes les multipares, singleton en siège	644	2,1	527	81,8	1,7
8	Toutes les grossesses multiples	473	1,5	283	59,8	0,9
9	Toutes les grossesses, singleton en transverse	107	0,3	107	100,0	0,4
10	Toutes les grossesses, singleton sommet, < 37 semaines	1 880	6,1	580	30,9	1,9
TOTAL		**30 817**	**100,0**	**7 082**		**23,0**

5.7 ÉPISIOTOMIE

La proportion d'épisiotomies est de 10,9 % (tableau 6). Si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse, la proportion d'épisiotomies est de 14,2 %, soit 23,8 % chez les primipares et 7,0 % chez les multipares (figure 27).

Parmi les accouchements par voie basse, la proportion d'épisiotomies diminue fortement entre 2015 et 2024 passant de 36,6 % à 14,2 %. La même tendance s'observe parmi les primipares et les multipares (figure 27).



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Primipare (n=110 795)	56,1	54,6	50,2	43,3	37,7	35,1	32,9	30,6	26,9	23,8
Total (n=264 584)	36,6	35,7	32,4	27,2	23,7	22,1	20,0	18,4	16,1	14,2
Multipare (n=153 781)	22,8	22,2	19,9	16,0	13,5	12,4	10,9	9,4	7,9	7,0

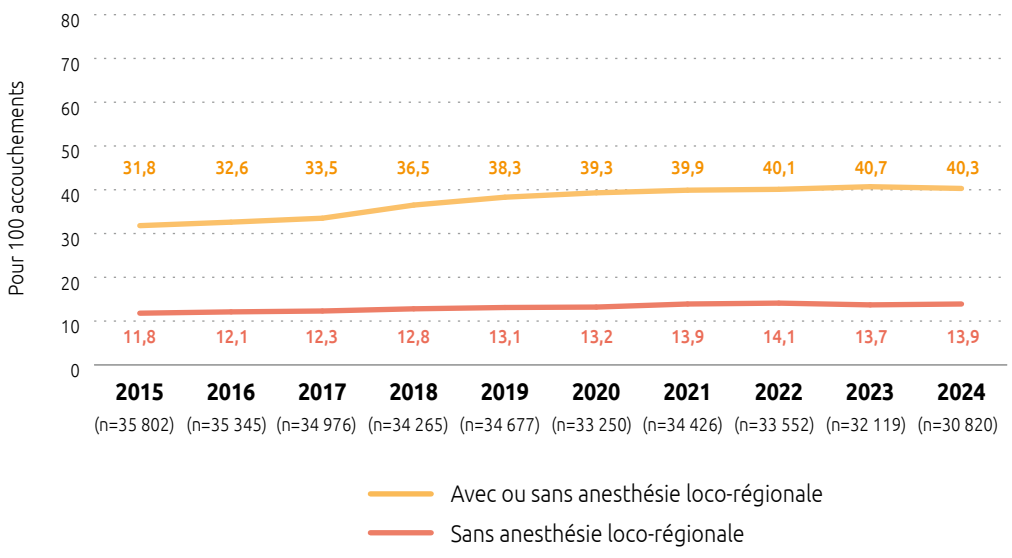
Calculé sur le nombre d'accouchements par voie basse

Figure 27 : Évolution des proportions d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse, 2015-2024

5.8 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale (c'est-à-dire suite à un travail spontané, sans instrumentation, sans césarienne et sans épisiotomie) est de 40,3 %. La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale et sans anesthésie loco-régionale est de 13,9 % (tableau 6).

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale et la proportion d'accouchements sans intervention et sans anesthésie loco-régionale augmentent de 2015 à 2021 pour ensuite se stabiliser (figure 28).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 28 : Évolution des proportions d'accouchements sans intervention obstétricale, 2015-2024, N=339 232 (VM=184)

5.9 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Dans le tableau 11, nous présentons plusieurs caractéristiques des accouchements de singletons – à savoir l'induction du travail, le recours à l'instrumentation, la césarienne et la césarienne non programmée – en fonction de trois facteurs maternels reconnus dans la littérature comme des déterminants de risque périnatal : l'âge maternel avancé, le diabète et l'obésité. Ces caractéristiques sont également analysées en fonction de la parité et du nombre total de facteurs de risque présents chez la mère.

Tableau 11 : Caractéristiques des accouchements de singletons selon les caractéristiques de la mère, 2024										
Calculé sur le nombre de singletons	**Total** (n=30 355)		**Induction** (n=30 355)		**Instrumentation** (n=30 355)		**Césarienne** (n=30 355)		**Césarienne non programmée** (n=30 355)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total			**10 398**	**34,3**	**2 091**	**6,9**	**6 799**	**22,4**	**3 903**	**12,9**
≥ 40 ans	1 287	4,2	475	36,9	75	5,8	449	34,9	224	17,4
Diabète	3 855	12,8	1 842	47,8	262	6,8	1 135	29,4	634	16,5
Obésité (≥ 30 kg/m²)	6 240	21,5	2 731	43,8	355	5,7	1 915	30,7	1 068	17,1
Primipares										
0 FR	9 234	72,0	3 019	32,7	1 190	12,9	2 040	22,1	1 496	16,2
1 FR	2 957	23,1	1 330	45,0	334	11,3	910	30,8	689	23,3
2 ou 3 FR	634	4,9	375	59,2	80	12,6	272	42,9	206	32,5
Multipares										
0 FR	10 523	65,5	3 004	28,6	266	2,5	1 772	16,8	729	6,9
1 FR	4 308	26,8	1 602	37,2	130	3,0	1 056	24,5	394	9,2
2 ou 3 FR	1 243	7,7	596	48,0	27	2,2	426	34,3	178	14,3

Les femmes âgées de 40 ans et plus, diabétiques ou obèses présentent des taux d'intervention supérieurs à la moyenne. Le recours à l'induction est nettement plus fréquent dans ces trois groupes, dépassant les 40 % pour le diabète et l'obésité. L'instrumentation reste globalement comparable chez les femmes souffrant de diabète, mais elle diminue légèrement chez les femmes âgées ou obèses. La césarienne est particulièrement plus fréquente chez les femmes de 40 ans et plus (+12,5 %) et chez les femmes obèses (+8,3 %). Enfin, le risque de césarienne non programmée est accru dans ces trois catégories, avec une surreprésentation marquée chez les femmes plus âgées.

Chez les primipares, la présence d'au moins un facteur de risque entraîne une hausse marquée du recours à l'induction, avec une augmentation de plus de 10,7 % par rapport à la moyenne. Chez les multipares, le taux d'induction augmente également mais légèrement, et devient similaire à celui des primipares dès que 2 ou 3 facteurs de risque sont cumulés. L'instrumentation est également beaucoup plus fréquente chez les primipares : elle est déjà près du double de la moyenne quelque soit la présence ou l'absence de facteurs de risque. Chez les multipares, le nombre de facteurs de risque n'a pas non plus d'effet : leur probabilité d'instrumentation reste environ deux à trois fois plus faible que la moyenne.

Pour les césariennes, les primipares présentent une augmentation nette dès la présence d'un facteur de risque, passant de +8,4 % avec un facteur à +10,5 % avec deux ou trois facteurs. Chez les multipares, cette hausse reste plus modérée, allant de 2,1 % à 11,9 % selon le nombre de facteurs de risque. Enfin, les césariennes non programmées concernent beaucoup plus souvent les primipares : leur taux double, voire presque triple, en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque. Par contre, les proportions observées chez les multipares restent beaucoup plus faibles, même chez celles qui présentent des facteurs de risque multiples où la proportion de base doublée reste légèrement inférieure à celles des primipares sans facteur de risque.

5.10 DISCUSSION

En 2024, en Wallonie (N=30 828), plus de neuf accouchements sur dix surviennent à terme (91,8 % entre 37 et 41 semaines). La prévalence du streptocoque B chez les mères est de 13,4 %, et atteint 14,1 % parmi les accouchements à terme hors césarienne programmée. Le travail débute spontanément dans 56,1 % des cas, tandis que 34,1 % font l'objet d'une induction et 9,8 % d'une césarienne programmée. L'anesthésie loco-régionale est largement utilisée (80,1 %), et près de sept naissances sur dix se déroulent par voie basse sans instrumentation (70,2 %). Les césariennes concernent au total 23,0 % des accouchements et le recours à l'instrumentation reste peu fréquente (6,8 %). Enfin, l'épisiotomie est pratiquée dans seulement 10,9 % des accouchements. Concernant les accouchements sans intervention obstétricale, ils représentent 40,3 % des naissances en Wallonie lorsqu'ils sont réalisés avec ou sans anesthésie loco-régionale, et 13,9 % lorsqu'ils se déroulent sans anesthésie.

La majorité des accouchements survient entre 39 et 41 semaines de grossesse (63,5 %), tandis que les grands prématurés de moins de 32 semaines représentent environ 1,3 %. La proportion d'accouchements avant 37 semaines s'élève à 8,1 %, un taux globalement stable depuis 2015, à l'exception de l'année 2020 où il atteint 7,8 %. **L'âge gestationnel** constitue un indicateur clé de la santé périnatale, dont l'analyse détaillée sera présentée ultérieurement.

En 2024, la proportion de mères dépistées positives au **streptocoque B** en Wallonie est de 14,1 % parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), soit une diminution par rapport à 2015 (16,6 %). La majorité des femmes sont testées (97,4 %), la proportion de non-testées restant stable au fil du temps.
Concernant la prise en charge, 92,7 % des mères positives reçoivent une antibioprophylaxie et cette proportion est stable entre 2015 et 2024. Les pratiques varient selon la région : parmi les femmes non testées, 56,0 % reçoivent des antibiotiques en cas de statut inconnu en Wallonie, contre seulement 13,2 % à Bruxelles. Cette différence reflète des protocoles distincts : les maternités bruxelloises, majoritairement universitaires, semblent appliquer des recommandations plus récentes et restrictives, limitant le recours systématique aux antibiotiques en cas de résultats inconnus. Ces constats rejoignent les analyses présentées dans le résumé illustré de Zsofia Bognar et Laura Cornelissen (18).

En 2024, plus de la moitié des accouchements débutent spontanément (56,1 %), mais plus d'un tiers sont induits, avec une proportion globale de 34,1 % (34,3 % pour les grossesses uniques et 24,7 % pour les grossesses multiples). Entre 2015 et 2020, on observe une tendance à l'augmentation des accouchements faisant suite à un **travail spontané** et, à partir de 2021, la tendance est à la diminution avec l'année 2024 affichant la proportion d'**inductions** la plus élevée sur la période étudiée (34,1 %). L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'une femme sur quatre est aujourd'hui concernée par une induction du travail. L'analyse selon la classification de Nippita montre que deux groupes de femmes contribuent largement à ce taux : les primipares avec gestation unique en présentation céphalique à 39–40 semaines et les multipares sans antécédent de césarienne dans le même contexte. Ces deux catégories représentent environ la moitié de la population étudiée, ce qui en fait des cibles majeures des politiques obstétricales.
Les indications médicales de l'induction sont bien établies et appuyées par de nombreux essais contrôlés et études observationnelles. Parmi les plus documentées figurent l'induction à 41 semaines, qui réduit significativement la mortalité périnatale, et la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à terme, qui diminue les risques infectieux maternels et néonataux (71). L'hypertension gravidique (72), le diabète gestationnel ou préexistant et l'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans (73) comptent également parmi les indications fréquentes. En Belgique, la macrosomie fœtale et le retard de croissance intra-utérin sont aussi des motifs courants, bien que reposant essentiellement sur un consensus professionnel. Par ailleurs, plusieurs études récentes remettent en question l'idée que l'induction augmente le recours à la césarienne. Notamment l'étude contrôlée randomisée ARRIVE publiée en 2018 montre que l'induction à 39 semaines chez les primipares sans indication médicale est associée à une diminution du taux de césarienne (74). En Wallonie-Bruxelles, une étude observationnelle de Leroy *et al.* (29) confirme que l'induction à 39 semaines n'est pas associée à une hausse du risque de césarienne non programmée ni à davantage de

complications néonatales. Ces résultats concordent avec deux méta-analyses (76,77) menées chez les femmes de plus de 35 ans. Toutefois, certaines études nuancent cette tendance : Knight *et al.* (73) estiment qu'il faudrait 562 inductions à 40 semaines pour prévenir un décès périnatal chez les femmes de plus de 35 ans, tandis que Jeong *et al.* (78) rapportent un risque multiplié par trois de césarienne en urgence après induction chez les primipares d'âge maternel avancé.

L'anesthésie loco-régionale est largement répandue et concerne 80,1 % des femmes, avec un taux de 83,9 % chez les primipares et de 68,8 % chez les multipares. À l'échelle internationale, une étude portant sur 13 pays (79) montre une forte variabilité du recours à l'anesthésie loco-régionale : de 19,4 % en Angleterre à 83,4 % en Finlande chez les primipares, et de 10 % aux Pays-Bas à 64,4 % aux États-Unis chez les multipares. Ces écarts témoignent de différences profondes dans les pratiques obstétricales.

Les césariennes représentent deux accouchements sur dix, répartis entre 9,8 % de programmés et 13,2 % de non programmés. Après une stabilisation de la proportion de **césariennes**, celle-ci a légèrement augmenté entre 2020 et 2024 (21,5 % à 23,0 %). Les accouchements instrumentaux concernent 6,8 % des accouchements et leur fréquence est stable depuis 2015. Pour la voie basse après césarienne (VBAC), la proportion reste également stable sur la période étudiée.

À l'échelle européenne, les tendances 2015–2019 sont contrastées : la césarienne augmente notamment en Croatie (+4,7 %), en Irlande (+3,5 %), en Hongrie (+2,7 %) et dans plusieurs nations du Royaume-Uni (Écosse, Irlande du Nord, Pays de Galles), tandis qu'elle recule à Chypre (–3,7 %), en Italie (–2,4 %), en République tchèque (–2,4 %) et au Luxembourg (–2,2 %) (3). Actuellement, en Angleterre, le taux de césarienne avoisine 42 % (75). L'analyse 2024 selon la classification de Robson montre que deux groupes contribuent le plus au taux global : les primipares à terme, singleton, en présentation céphalique avec induction du travail, et les multipares ayant un antécédent de césarienne. La prévention de la première césarienne et la promotion de la VBAC apparaissent dès lors comme des leviers majeurs pour contenir la progression du recours à la chirurgie. Par ailleurs, les données internationales confirment que l'instrumentation est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares (80,81). Si l'utilisation de l'instrumentation lors des accouchements vaginaux tend à diminuer à l'échelle mondiale (82), cette baisse s'accompagne d'une hausse du taux de césarienne (83,84), sans qu'un lien causal direct puisse être inféré à partir de ces observations seules.

Entre 2015 et 2024, le recours à **l'épisiotomie** a fortement diminué en Belgique. Introduite à grande échelle dans les années 1950, l'épisiotomie s'est largement répandue au niveau mondial en parallèle avec la médicalisation croissante des accouchements, y compris pour les naissances à bas risque prises en charge à l'hôpital (127). Son objectif initial était de réduire le risque de déchirures périnéales sévères et leurs conséquences à long terme (128, 129), en particulier en cas d'instrumentation lors de l'expulsion (130, 131). Elle était également utilisée pour faciliter la naissance du bébé (132).
Cependant, au fil des années, l'efficacité réelle de l'épisiotomie pour prévenir les déchirures périnéales sévères a été largement remise en question, même dans le cadre des accouchements instrumentaux (133). De plus, l'épisiotomie étant un acte chirurgical, elle n'est pas sans risques : elle peut entraîner des complications telles que des saignements, des douleurs et un inconfort persistants, des infections, de la dyspareunie, voire des difficultés lors de grossesses et accouchements ultérieurs (134).
Face à ces constats, les recommandations actuelles des sociétés savantes de gynécologie-obstétrique – aux États-Unis (135), au Royaume-Uni (136), en France (137), ainsi que celles de la Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique (138) – convergent : l'épisiotomie ne doit plus être systématique, mais sélective, cliniquement justifiée, fondée sur des preuves scientifiques solides et respectueuse du choix des femmes. Cette évolution des recommandations se reflète dans la diminution progressive des taux d'épisiotomie en Belgique, traduisant un changement profond des pratiques obstétricales.

Les données récentes de 2024 confirment que certaines catégories de femmes présentent un recours accru aux interventions obstétricales, en particulier celles âgées de 40 ans et plus, obèses ou diabétiques. Chez les femmes obèses ou diabétiques, le taux d'induction dépasse 40 %, la césarienne est nettement plus fréquente (+12,5 % chez les femmes de plus de 40 ans et +8,3 % chez les femmes obèses), et le risque

de césarienne non programmée est augmenté, en particulier chez les femmes âgées de 40 ans et plus. L'instrumentation reste comparable chez les femmes diabétiques, mais tend à diminuer chez les femmes âgées ou obèses.

L'obésité maternelle apparaît ainsi comme un facteur majeur de complications obstétricales et d'interventions accrues. Les données de 2024 s'accordent avec la littérature qui montre que l'obésité est associée à une probabilité plus élevée d'induction (85,86) et de césarienne, que celle-ci soit programmée ou en urgence (87–90). L'effet est dose-dépendant et particulièrement marqué chez les nullipares (88). Certains profils, tels que les femmes obèses (avec une obésité abdominale), un diabète préexistant, un âge maternel extrême ou une origine non caucasienne, sont plus à risque de complications et de césarienne (91).

L'âge maternel avancé est également un déterminant important. Les femmes de 40 ans et plus présentent un recours accru à l'induction et à la césarienne programmée, ainsi qu'un risque plus élevé de césarienne en urgence. Ces observations rejoignent les nombreuses études qui décrivent une relation linéaire entre l'âge et l'augmentation du taux de césarienne, sans seuil clairement défini (4,54,55,69,92–94). Chez les femmes de plus de 40 ans, le risque de césarienne en urgence pour dystocie du travail est plus de deux fois supérieur à celui des femmes plus jeunes, avec un effet particulièrement marqué chez les primipares, mais encore présent chez les multipares (95).

Le diabète gestationnel ou préexistant constitue un autre facteur de risque significatif. Les femmes concernées recourent plus souvent à l'induction et présentent un risque accru de césarienne, tant programmée qu'en urgence. Les recommandations varient : l'ACOG (96) propose une induction entre 39+0 et 39+6 SA pour les patientes sous traitement médicamenteux, tandis que le NICE (97) ne recommande pas d'induction avant 40+6 SA, quelle que soit la prise en charge de la mère. Certaines études observationnelles suggèrent qu'une induction plus précoce pourrait réduire le recours à la césarienne (98), mais les preuves restent limitées chez les femmes dont le diabète est bien équilibré par le régime seul. L'étude HAPO (99) a établi un lien clair entre diabète gestationnel et augmentation du taux de césariennes, et une méta-analyse récente (100) confirme que le cumul d'un diabète gestationnel, d'un IMC élevé ou d'une prise de poids excessive accroît le risque de césarienne et de macrosomie.

Enfin, l'analyse par **parité** révèle des différences notables. Chez les primipares, la présence d'un facteur de risque entraîne déjà une hausse marquée du recours à l'induction, ainsi qu'une augmentation significative des césariennes programmées et non programmées. L'instrumentation y est également beaucoup plus fréquente, atteignant le double de la moyenne dès qu'un facteur est présent. Chez les multipares, l'effet d'un seul facteur reste limité, mais dès que deux ou trois facteurs de risque s'additionnent, leur profil se rapproche de celui des primipares. Ces résultats soulignent que la parité joue un rôle déterminant dans l'intensité de l'association entre les facteurs de risque (obésité, âge, diabète) et le recours aux interventions obstétricales, confirmant les observations de Björklund *et al.* (88) et Waldenström *et al.* (95).

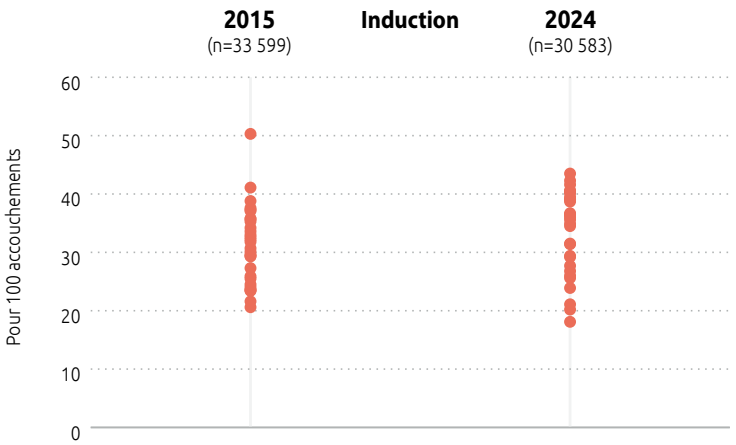
Les données de 2024 mettent en évidence une transition des pratiques obstétricales en Wallonie, marquée par une diminution notable de l'épisiotomie, une stabilisation relative du taux de césarienne programmée, mais une progression continue de l'induction et une légère augmentation du recours à la voie basse après césarienne. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de maternité de plus en plus médicalisée chez les femmes à risque, notamment en cas d'obésité, de diabète ou d'âge maternel avancé, profils qui cumulent les complications et accroissent le recours aux interventions. La parité apparaît comme un facteur modulant majeur, amplifiant ces risques surtout chez les primipares.
Les interactions entre ces facteurs démontrent que le risque périnatal ne repose pas sur une caractéristique isolée, mais sur la combinaison de plusieurs déterminants qui se potentialisent mutuellement. Cela souligne l'importance d'une approche intégrée de la prévention et du suivi, tenant compte du profil global des femmes enceintes plutôt que de facteurs pris séparément.

6. PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS

6.1 INDUCTION ET MATERNITÉS

La proportion d'inductions varie fortement d'une maternité à l'autre, de 18,1 % à 43,5 % en 2024 (figure 29).

Entre 2015 et 2024, la fréquence des inductions a connu une hausse marquée dans deux tiers des maternités. En moyenne, le taux est passé de 31,7 % à 34,4 %, soit une augmentation de 2,7 points de pourcentage. La médiane a, elle aussi, progressé de 31,3 % à 35,8 %.
La dispersion centrale reste globalement stable, avec un écart interquartile (EIQ)[4] passant de 10,0 % à 11,3 %, mais les valeurs extrêmes se sont accrues. Lorsque l'on exclut les petites maternités (< 500 accouchements/an), dont les effectifs limités amplifient artificiellement les variations, les taux minimaux évoluent de 23,4 % à 23,9 %, tandis que les taux maximaux passent de 41,1 % à 43,5 %. Cela traduit un déplacement vers le haut de l'ensemble de la distribution, accompagné de l'émergence de quelques établissements présentant des taux particulièrement élevés (figure 29).



	2015	2024
Max (%)	50,3	43,5
Min (%)	20,6	18,1
Moyenne (%)	31,7	34,4
Médiane (%)	31,3	35,8
Écart interquartile (%)	10,0	11,3

Figure 29 : Distribution et évolution de l'induction dans les maternités, 2024

4 L'écart interquartile (EIQ) est la différence entre le 3e quartile (75e centile) et le 1er quartile (25e centile) d'une série de données. Il mesure la dispersion de la moitié centrale (50 %) des valeurs et est peu influencé par les valeurs extrêmes.

6.2 MODE D'ACCOUCHEMENT ET MATERNITÉS

En 2024, les proportions de césariennes et d'accouchements instrumentaux oscillent d'une maternité à l'autre – de 16,6 % à 32,7 % pour la césarienne et de 3,0 % à 13,6 % pour l'instrumentation (figure 30). La variation de la proportion d'instrumentations est observée aussi bien dans les maternités dont la proportion de césariennes est inférieure à la moyenne que dans celles où elle est supérieure.

Entre 2015 et 2024, le recours à l'accouchement instrumental reste globalement stable. La moyenne évolue de 7,1 % à 6,9 % (–0,2 point de pourcentage) et la médiane de 7,2 % à 6,0 %. La variabilité entre maternités tend à se réduire, l'écart interquartile passant de 3,7 % à 2,8 %. Les valeurs minimales et maximales demeurent stables, à condition d'exclure les petites maternités (< 500 accouchements/an), dont les effectifs limités accentuent artificiellement les fluctuations (figure 30).

En revanche, le taux de césariennes enregistre une légère progression. La moyenne passe de 21,7 % à 23,2 % (+1,5 point de pourcentage) et la médiane de 20,5 % à 22,1 %. La dispersion s'accroît modérément, avec un écart interquartile allant de 4,7 % à 6,4 %, sous l'effet de quelques petites maternités. En les excluant, l'EIQ varie seulement de 4,1 % à 4,5 %. Les valeurs extrêmes, elles, ne sont pas influencées par leur présence : le minimum augmente de 13,6 % à 16,6 % et le maximum de 31,2 % à 32,7 %. Ces évolutions traduisent un déplacement global de la distribution vers le haut (figure 30).

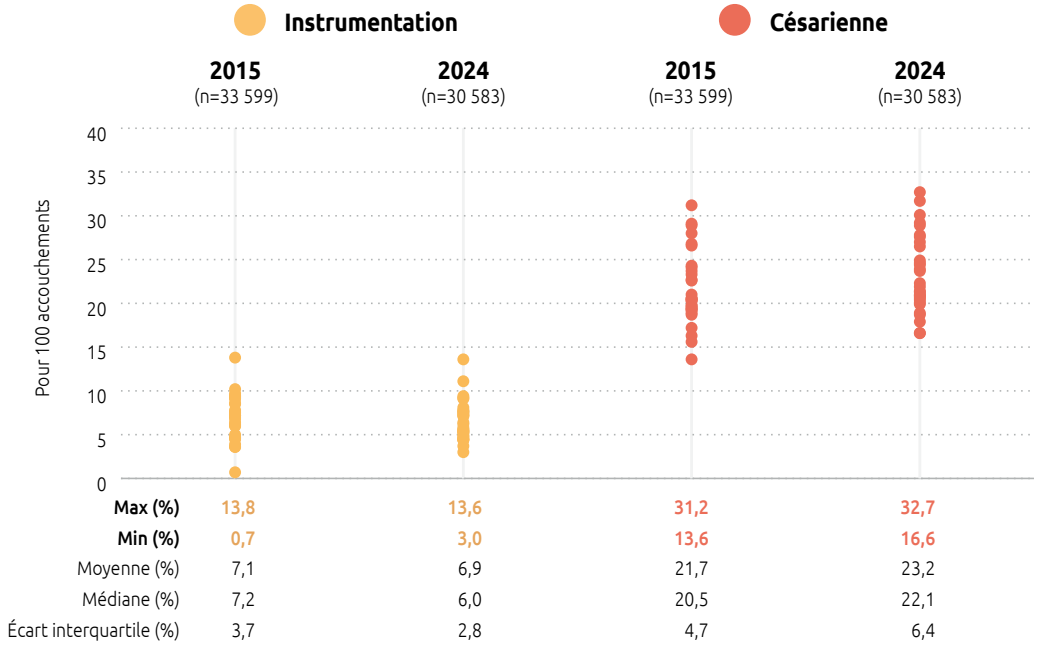


Figure 30 : Distribution et évolution du mode d'accouchement dans les maternités, 2024

La proportion de femmes ayant accouché par voie basse après au moins un antécédent de césarienne (VBAC) varie fortement d'une maternité à l'autre, allant de 9,5 % à 51,1 % (figure 31).

Entre 2015 et 2024, le recours à la VBAC a augmenté dans 60 % des maternités. La moyenne est passée de 31,9 % à 33,1 % (+1,2 point de pourcentage) et la médiane de 31,3 % à 32,7 %. La dispersion centrale demeure stable, avec un écart interquartile évoluant de 11,7 % à 11,1 %.

Toutefois, les valeurs minimales progressent lorsqu'on exclut les petites et moyennes maternités (< 1 000 accouchements/an), dont les effectifs réduits influencent fortement les variations, d'autant plus que l'analyse repose ici sur une sous-population. Sans ces établissements, la proportion minimale passe de 20,7 % à 23,3 %, tandis que la proportion maximale recule légèrement de 47,7 % à 47,1 %. Dans le même temps, la dispersion centrale se réduit nettement, passant de 11,1 % à 4,5 % (figure 31).

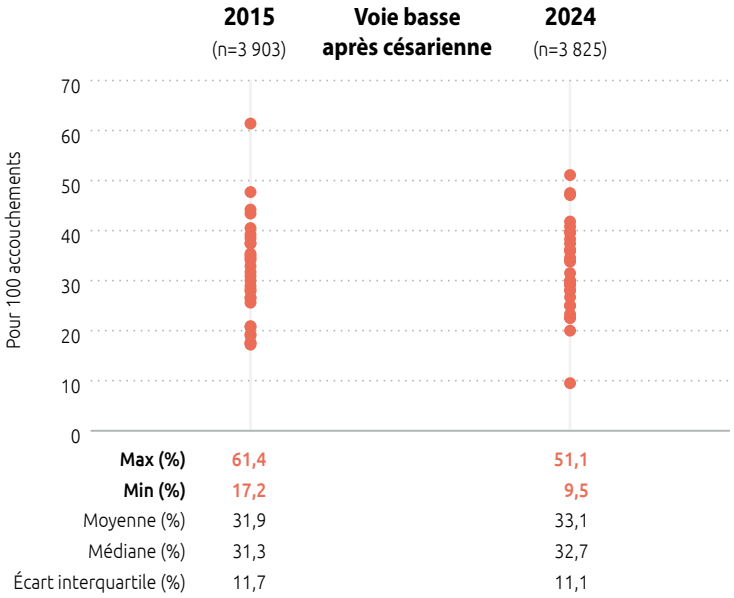


Figure 31 : Distribution et évolution des accouchements par voie basse après antécédent de césarienne dans les maternités, 2024

6.3 ÉPISIOTOMIE ET MATERNITÉS

On constate également la très grande variation dans les proportions d'épisiotomies d'une maternité à l'autre, variant de 4,4 % à 34,4 % pour les accouchements par voie basse en 2024 (figure 32).

Le recours à l'épisiotomie décroît massivement et de façon généralisée : la moyenne passe de 37,0 % à 14,3 % et la médiane de 38,2 % à 13,3 %. Les extrêmes chutent, le maximum de 63,0 % à 34,4 % et le minimum de 12,9 % à 4,4 %, et l'EIQ se resserre nettement de 24,7 % à 10,4 %, ce qui traduit une dé-implémentation rapide et homogène des épisiotomies de routine au profit d'une utilisation restrictive (figure 32).

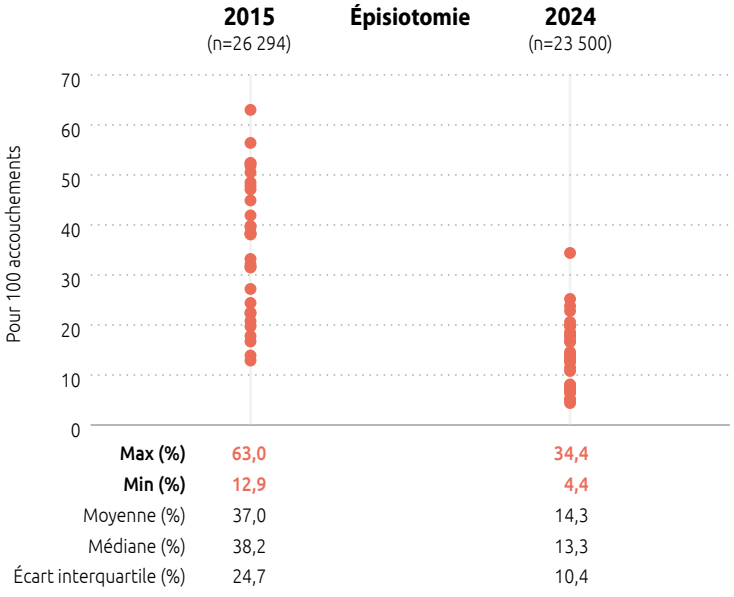
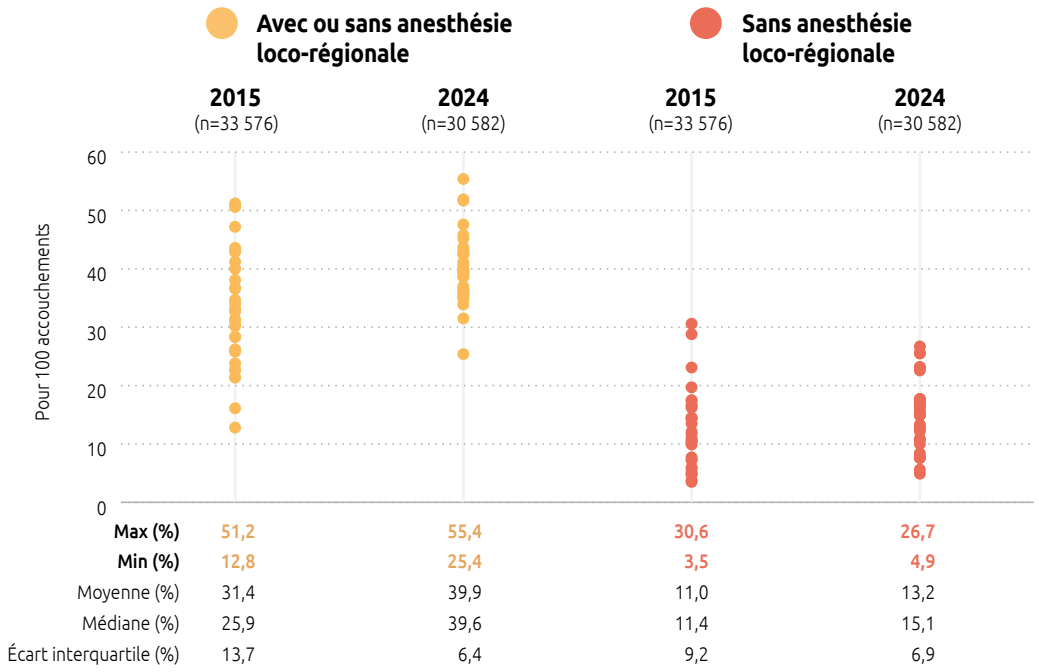


Figure 32 : Distribution et évolution de l'épisiotomie pour les accouchements par voie basse dans les maternités, 2024

6.4 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE ET MATERNITÉS

Les proportions d'accouchements sans intervention obstétricale varient fortement d'une maternité à l'autre, passant de 55,4 % à 25,4 %. Les proportions d'accouchements sans intervention et sans anesthésie loco-régionale varient de 26,7 % à 4,9 %(figure 33).

Entre 2015 et 2024, la proportion moyenne d'accouchements sans intervention progresse nettement, passant de 31,4 % à 39,9 %. La médiane suit la même tendance, de 25,9 % à 39,6 %, tandis que l'écart interquartile se resserre de 13,7 % à 6,4 %. Les valeurs extrêmes évoluent également à la hausse, de manière symétrique : le minimum augmente de 12,8 % à 25,4 % et le maximum de 51,2 % à 55,4 %. Ces évolutions témoignent d'une amélioration générale et d'une convergence entre les maternités.
En parallèle, la part des accouchements «sans intervention et sans anesthésie loco-régionale» enregistre une hausse plus modérée. La moyenne passe de 11,0 % à 13,2 %, la médiane de 11,4 % à 15,1 %, et la variabilité diminue, avec un écart interquartile allant de 9,2 % à 6,9 % (figure 33).



	Avec ou sans anesthésie loco-régionale 2015 (n=33 576)	Avec ou sans anesthésie loco-régionale 2024 (n=30 582)	Sans anesthésie loco-régionale 2015 (n=33 576)	Sans anesthésie loco-régionale 2024 (n=30 582)
Max (%)	51,2	55,4	30,6	26,7
Min (%)	12,8	25,4	3,5	4,9
Moyenne (%)	31,4	39,9	11,0	13,2
Médiane (%)	25,9	39,6	11,4	15,1
Écart interquartile (%)	13,7	6,4	9,2	6,9

Figure 33 : Distribution et évolution des accouchements sans intervention obstétricale dans les maternités, 2024

6.5 DISCUSSION

En 2024, on observe de fortes variations inter-établissements : les taux s'échelonnent de 18,1 % à 43,5 % pour l'induction, de 16,6 % à 32,7 % pour la césarienne, de 9,5 % à 51,1 % pour la VBAC, de 4,4 % à 34,4 % pour l'épisiotomie et de 25,4 % à 55,4 % pour l'accouchement sans intervention. Au sein de ce dernier, la composante "sans intervention et sans anesthésie loco-régionale" varie de 4,9 % à 26,7 % selon les maternités.

Les résultats montrent que si des variations inter-établissements existent partout, elles apparaissent plus marquées en Wallonie qu'à Bruxelles. En Wallonie, les amplitudes sont nettement plus importantes et traduisent une plus grande hétérogénéité organisationnelle et culturelle des maternités wallonnes, influencée à la fois par la diversité de leur taille et de leur niveau de soins, par l'application variable des protocoles et par la place laissée aux préférences parentales et à la philosophie institutionnelle en matière d'accouchement. À Bruxelles, en revanche, les écarts entre maternités sont généralement plus resserrés, le recours à la césarienne varie ainsi de 16,4 % à 26,7 %, le taux de VBAC s'échelonne de 24,4 % à 47,7 %, l'épisiotomie de 2,9 % à 17,3 %, tandis que les accouchements sans intervention vont de 31,0 % à 50,1 % et la composante «sans intervention et sans anesthésie loco-régionale» de 9,4 % à 24,8 %. Ces contrastes traduisent une certaine homogénéisation des pratiques, notamment pour la césarienne et l'accouchement sans intervention obstétricale.

Entre 2015 et 2024, les moyennes des pratiques obstétricales dans les maternités évoluent de façon contrastée : la proportion d'inductions progresse nettement (31,7 % à 34,4 %) et les césariennes augmentent (21,7 % à 23,2 %), tandis que l'accouchement instrumental reste stable autour de 7 % mais tend à s'harmoniser entre maternités. Le recours à la VBAC augmente (31,9 % à 33,1 %) et l'épisiotomie connaît une chute marquée (37,0 % à 14,3 %). Dans le même temps, la proportion d'accouchements sans intervention progresse (31,4 % à 39,9 %), traduisant un rapprochement des pratiques vers une approche plus physiologique, soutenue par la forte réduction du recours à l'épisiotomie, mais tempérée par une médicalisation toujours présente à travers les inductions et les césariennes.
À noter que l'effectif total des accouchements hospitaliers diminue sur la période, de 35 570 à 30 583, soit –14,0 %, sans remettre en cause ces tendances structurelles.

Depuis plus d'un demi-siècle, de nombreuses publications documentent les **variations interhospitalières des pratiques obstétricales**. En 2020, Vink *et al.* ont passé en revue 284 études et recommandé que les travaux futurs intègrent plus finement les caractéristiques des patientes afin de mieux comprendre – et réduire – les variations injustifiées du recours à la césarienne (101).

Dans cette perspective, nous avons mené en Belgique une étude évaluant l'impact des caractéristiques des maternités sur le taux de césariennes. En mobilisant la classification de Robson et en ajustant les analyses sur les profils sociodémographiques et médicaux maternels, nous avons observé que la «philosophie» de prise en charge propre à chaque maternité pesait davantage sur le taux de césariennes que sa taille ou la présence d'un service de néonatologie (N* ou NIC) (105).

Le rapport des naissances 2022 a, de son côté, consacré un dossier aux «prédicteurs de l'épisiotomie», afin d'examiner la prévalence de cette intervention et ses variations entre établissements. Les résultats montrent que ces écarts ne s'expliquent pas uniquement par les caractéristiques individuelles des patientes, mais aussi par des facteurs propres aux maternités, indépendamment de leur volume d'activité ou de la présence d'un service NIC (28).

Une part substantielle de la variabilité demeure toutefois inexpliquée, ce qui justifie de poursuivre les recherches pour identifier plus précisément les déterminants institutionnels des pratiques de césarienne et d'épisiotomie et orienter les politiques de santé vers une réduction des disparités entre établissements.

7. CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

7.1 SYNOPTIQUE

Tableau 12 : Caractéristiques des naissances, 2024

Calculé sur le nombre total de naissances		Wallonie				Bruxelles	Flandre
		Singletons (N=30 355)	Multiples (N=950)	Total (N=31 305)		(N=20 801)	(N=60 363)
		%	%	N	%	%	%
Présentation de l'enfant (n=31 305)	Sommet	94,7	66,7	29 380	93,8	94,4	94,2
	Siège	4,9	28,5	1 772	5,7	5,1	5,2
	Transverse	0,4	4,8	153	0,5	0,5	0,6
	Manquant			*0*			
Âge gestationnel (semaines) (n=31 298)	< 28	0,6	2,5	194	0,6	1,0	0,6
	28-31	0,5	7,0	234	0,7	1,1	0,8
	32-33	0,8	11,2	336	1,1	1,1	0,9
	34-36	5,4	39,9	2 007	6,4	5,3	5,7
	37-38	28,2	37,7	8 909	28,5	27,0	29,1
	39-41	64,5	1,7	19 590	62,6	64,3	62,8
	≥ 42	0,0	0,0	28	0,1	0,2	0,1
	Manquant			*7*			
Poids à la naissance (grammes) (n=31 298)	< 500	0,1	0,7	36	0,1	0,2	0,1
	500 – 999	0,5	2,9	176	0,6	0,8	0,5
	1 000 – 1 499	0,5	7,0	203	0,6	1,0	0,6
	1 500 – 2 499	5,2	47,3	2 021	6,5	5,7	5,3
	2 500 – 3 999	86,5	42,1	26 648	85,1	84,7	85,4
	≥ 4 000	7,2	0,0	2 214	7,1	7,6	8,1
	Manquant			*7*			
Poids pour âge gestationnel* (n=31 254)	≤ 3e percentile	2,2	9,3	751	2,4	2,2	1,6
	≤ 10e percentile	7,4	25,9	2 496	8,0	7,4	6,3
	> 90e percentile	13,0	1,6	3 959	12,7	12,9	14,6
	> 97e percentile	4,0	0,3	1 199	3,8	4,0	4,5
	Manquant			*51*			
Sexe de l'enfant (n=31 304)	Masculin	51,8	50,0	16 194	51,7	50,7	51,2
	Féminin	48,2	50,0	15 110	48,3	49,3	48,8
	Manquant			*1*			
Malformations congénitales (n=31 298)	Oui	0,9	1,3	291	0,9	1,9	0,6
	Non	99,1	98,7	31 007	99,1	98,1	99,4
	Manquant			*7*			

* Sur la base des courbes d'Intergrowth 21 (39)

Tableau 13 : Caractéristiques des naissances vivantes, 2024							
Calculé sur le nombre de naissances vivantes		Wallonie				Bruxelles	Flandre
		Singletons (N=30 209)	Multiples (N=931)	Total (N=31 140)		(N=20 511)	(N=60 035)
		%	%	N	%	%	%
Apgar à 1 minute (n=31 107)	0-3	1,8	4,7	599	1,9	2,1	2,2
	4-6	4,0	10,9	1 288	4,2	4,9	5,3
	7-10	94,2	84,4	29 220	93,9	93,0	92,5
	Manquant			*33*			
Apgar à 5 minutes (n=31 108)	0-3	0,3	1,1	84	0,3	0,3	0,4
	4-6	1,4	5,6	483	1,5	1,8	2,2
	7-10	98,3	93,3	30 541	98,2	97,9	97,4
	Manquant			*32*			
Assistance respiratoire (n=31 132)	Masque	6,7	27,8	2 272	7,3	9,4	
	Intubation	0,4	1,4	121	0,4	0,5	
	Aucune assistance	92,9	70,8	28 739	92,3	90,1	
	Manquant			*8*			
Transfert en néonatologie (n=31 132)	N*	5,0	25,5	1 751	5,6	4,5	
	NIC	3,1	28,1	1 189	3,8	5,9	
	Aucun transfert	91,9	46,4	28 192	90,6	89,6	
	Manquant			*8*			

7.2 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants se présentant en sommet est de 93,8 %, en siège de 5,7 % et en transverse de 0,5 % (tableau 12).

Parmi les singletons nés vivants, la proportion d'enfants se présentant en sommet est de 94,8 %, en siège de 4,8 % et en transverse de 0,4 %.

7.3 ÂGE GESTATIONNEL

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines est de 8,9 % (tableau 14).

Tableau 14 : Distribution des naissances selon les catégories de prématurité, 2024

	< 28 semaines		< 32 semaines		< 37 semaines	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=31 298)	194	0,6	428	1,4	2 771	8,9
Naissances vivantes (n=31 133)	118	0,4	327	1,1	2 635	8,5
Singletons vivants (n=30 202)	100	0,3	244	0,8	2 072	6,9

Tableau 15 : Distribution des naissances selon l'âge gestationnel, 2024, N=31 298 (VM=7)

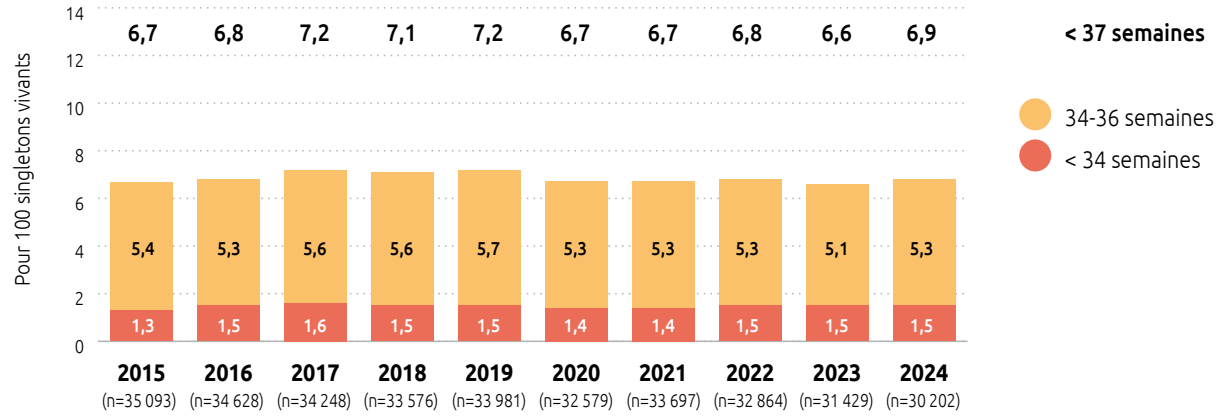
Âge gestationnel (semaines)	Total				Singletons						Multiples					
	Vivants (n=31 133)		Mort-nés (n=165)		Total (n=30 348)		Vivants (n=30 202)		Mort-nés (n=146)		Total (n=950)		Vivants (n=931)		Mort-nés (n=19)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 24	5	0,0	38	23,0	39	0,1	5	0,0	34	23,3	4	0,4	0	0,0	4	21,1
24-25	65	0,2	24	14,6	77	0,2	53	0,2	24	16,4	12	1,3	12	1,3	0	0,0
26-27	48	0,1	14	8,5	54	0,2	42	0,1	12	8,2	8	0,8	6	0,6	2	10,5
28-31	209	0,7	25	15,1	167	0,5	144	0,5	23	15,8	67	7,0	65	7,0	2	10,5
32-33	324	1,0	12	7,3	230	0,8	220	0,7	10	6,8	106	11,2	104	11,2	2	10,5
34-36	1 984	6,4	23	13,9	1 628	5,4	1 608	5,3	20	13,7	379	39,9	376	40,4	3	15,8
37-38	8 888	28,6	21	12,7	8 551	28,2	8 535	28,3	16	11,0	358	37,7	353	37,9	5	26,3
39-41	19 582	62,9	8	4,9	19 574	64,5	19 567	64,8	7	4,8	16	1,7	15	1,6	1	5,3
≥ 42	28	0,1	0	0,0	28	0,1	28	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Parmi les naissances vivantes, la proportion de naissances prématurées est de 8,5 % : 6,4 % entre 34 et 36 semaines (late preterm) et 2,1 % inférieure à 34 semaines. 28,6 % d'enfants sont nés entre 37 et 38 semaines (early term).

La proportion d'enfants nés vivants avant 37 semaines a augmenté entre 2015 et 2019, puis a diminué entre 2019 et 2020, passant de 8,9 % à 8,2 %, avant de se stabiliser.

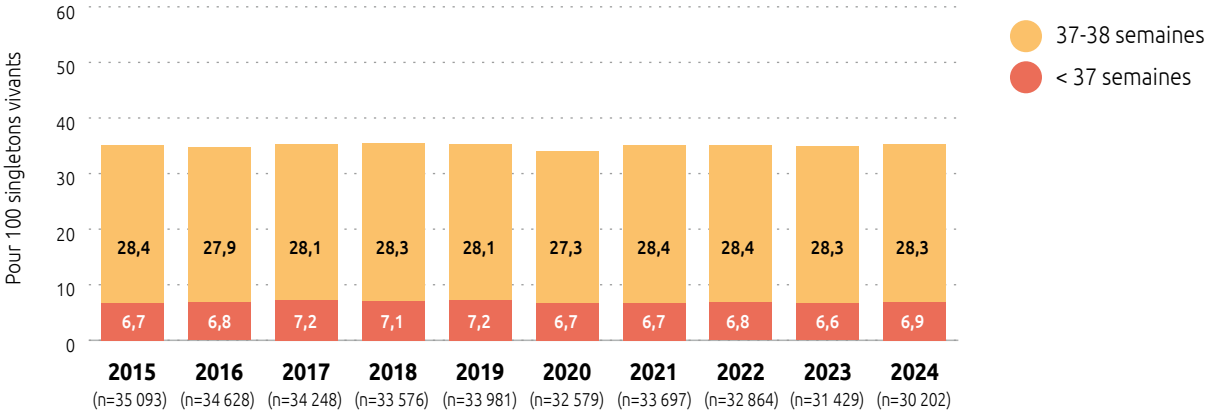
Parmi les singletons nés vivants, les proportions de late preterm et early term sont respectivement de 5,3 % et 28,3 % (tableau 15).

La proportion de singletons vivants late preterm est stable depuis 2020 (figure 34). La proportion d'early term est stable entre 2015 et 2024, seule l'année 2020 affiche une proportion plus faible de 27,3 % (figure 35).



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 34 : Évolution des proportions de singletons vivants selon la prématurité, 2015-2024, N=332 297 (VM=72)



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 35 : Évolution des proportions de singletons vivants prématurés et early term, 2015-2024, N=332 297 (VM=72)

7.4 POIDS À LA NAISSANCE

Le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 257 g (écart-type : 571 g).
Parmi les singletons nés vivants, le poids moyen est de 3296 g (écart-type : 525 g) : 3 229 g pour les filles et 3 358 g pour les garçons. Ce poids moyen a augmenté de 2015 à 2020, passant de 3 262 g à 3 296 g pour ensuite se stabiliser.

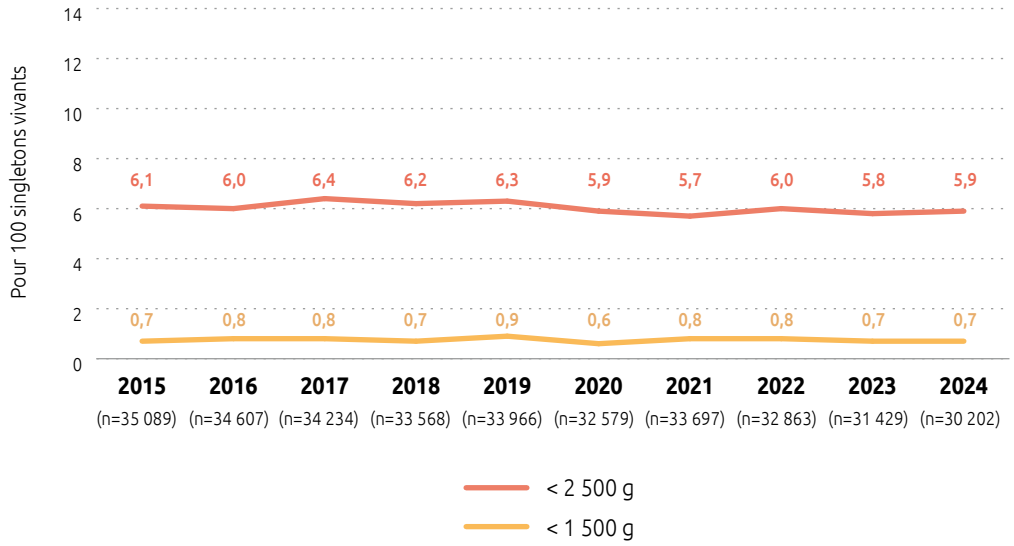
Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants de faible poids (< 2 500 g) est de 7,8 % et d'enfants macrosomes (≥ 4 000 g) de 7,1 % (tableau 16).

Tableau 16 : Distribution des naissances selon le poids à la naissance, 2024

	< 1 500g		< 2 500 g		≥ 4 000g		≥ 4 500 g	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=31 298)	415	1,3	2 436	7,8	2 214	7,1	216	0,7
Naissances vivantes (n=31 133)	311	1,0	2 305	7,4	2 211	7,1	215	0,7
Singletons vivants (n=30 202)	223	0,7	1 771	5,9	2 211	7,3	215	0,7

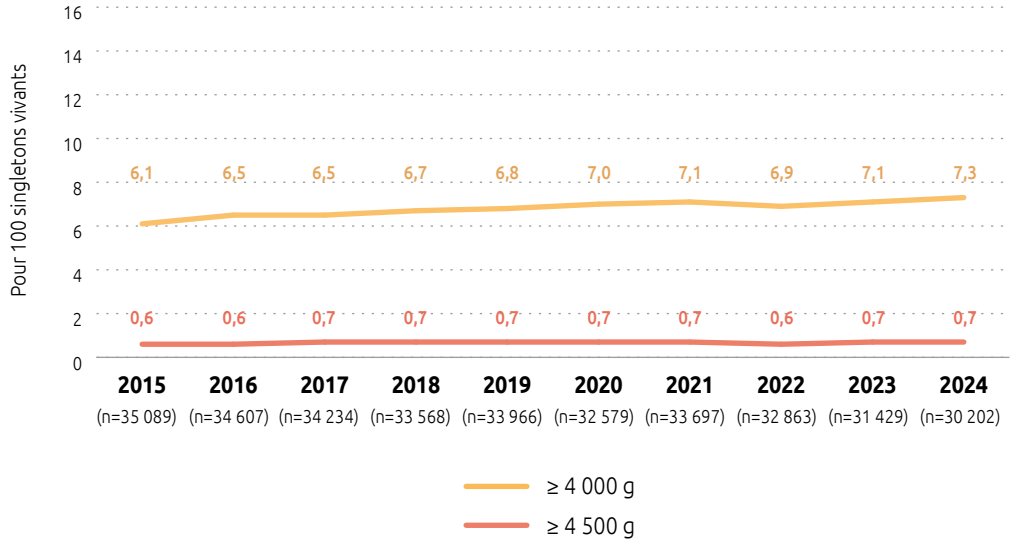
Parmi les naissances vivantes, la proportion d'enfants de faible poids est de 7,4 %, celle d'enfants macrosomes de 7,1 % (tableau 16).
La proportion d'enfants nés vivants avec un faible poids à la naissance diminue entre 2019 et 2020 (de 8,0 % à 7,4 %), avant de se stabiliser. La proportion d'enfants nés vivants macrosomes augmente de 2015 à 2024, passant de 5,9 % à 7,1 %.

Parmi les singletons nés vivants, 5,9 % ont un faible poids à la naissance et 7,3 % sont macrosomes (tableau 16).
Les proportions de singletons nés vivants de faible poids (< 2 500 g) et de très faible poids (< 1 500 g) à la naissance diminuent entre 2019 et 2020, avant de se stabiliser (figure 36). La proportion d'enfants macrosomes (≥ 4 000 g) augmente de 2015 à 2024, passant de 6,1 % à 7,3 % et la proportion d'enfants nés avec un poids d'au moins 4 500 g est stable sur la période (figure 37).



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 36 : Évolution des proportions de singletons vivants de faible poids à la naissance, 2015-2024, N=332 234 (VM=135)



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 37 : Évolution des proportions de singletons vivants macrosomes, 2015-2024, N=332 234 (VM=135)

7.5 POIDS À LA NAISSANCE SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants avec un petit poids pour l'âge gestationnel (≤ percentile 10) est de 8,0 % et la proportion avec un poids élevé pour l'âge (> percentile 90) est de 12,7 % (tableau 17).

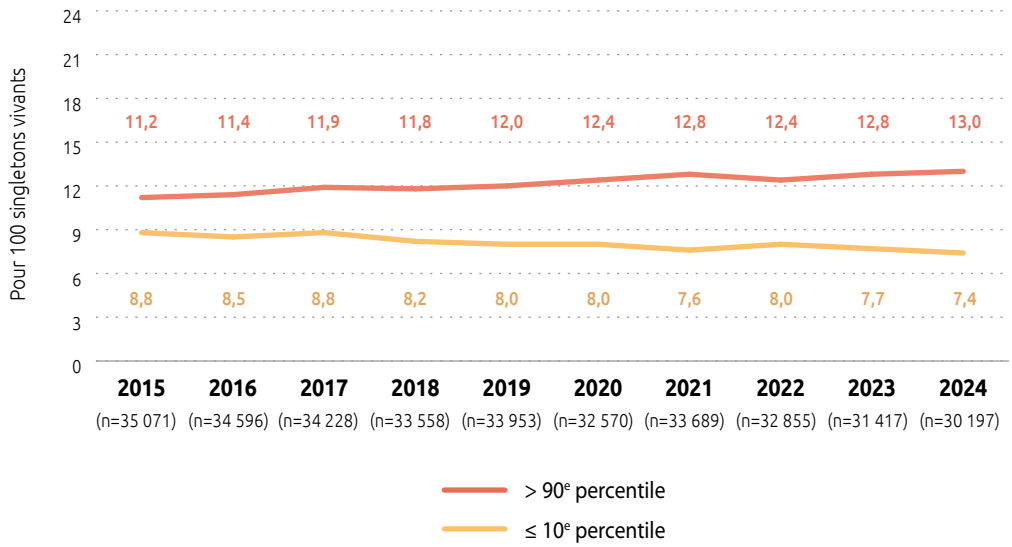
Tableau 17 : Distribution des naissances selon les percentiles de poids pour âge gestationnel, 2024

	≤ 3e percentile		≤ 10e percentile		> 90e percentile		> 97e percentile	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=31 254)	751	2,4	2 496	8,0	3 959	12,7	1 199	3,8
Naissances vivantes (n=31 128)	723	2,3	2 459	7,9	3 953	12,7	1 196	3,8
Singletons vivants (n=30 197)	640	2,1	2 220	7,4	3 938	13,0	1 193	4,0

Parmi les naissances vivantes, la proportion d'enfants avec un petit poids pour l'âge gestationnel (≤ percentile 10) est de 7,9 % et la proportion avec un poids élevé pour l'âge (> percentile 90) est de 12,7 % (tableau 17).

La proportion d'enfants nés vivants avec un petit poids pour l'âge gestationnel diminue de 2015 à 2024 (9,3 % à 7,9 %). La proportion d'enfants avec un poids élevé pour l'âge augmente entre 2015 et 2024, passant de 10,9 % à 12,7 %.

Parmi les singletons nés vivants, la proportion avec un petit poids pour l'âge gestationnel diminue depuis 2017, passant de 8,8 % à 7,4 %. La proportion d'enfants avec un poids élevé pour l'âge augmente de 2015 à 2024 (11,2 % à 13,0 %) (figure 38).



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 38 : Évolution des proportions des singletons vivants selon les percentiles de poids pour âge gestationnel, 2015-2024, N=332 134 (VM=235)

7.6 SEXE DU NOUVEAU-NÉ

La proportion de filles (48,3 %) est légèrement inférieure à celle des garçons (51,7 %) (tableau 12).
On dénombre 16 194 garçons pour 15 110 filles, soit un sexe-ratio de 107 garçons pour 100 filles. Ce ratio est une constante en démographie.

7.7 MALFORMATIONS CONGÉNITALES

En 2024, 291 enfants sont nés avec une ou plusieurs malformations (tableau 12), dont 53 sont mort-nés. Il s'agit des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance. Le tableau 18 reprend les malformations congénitales majeures du certificat de naissance ou de décès et leur fréquence.

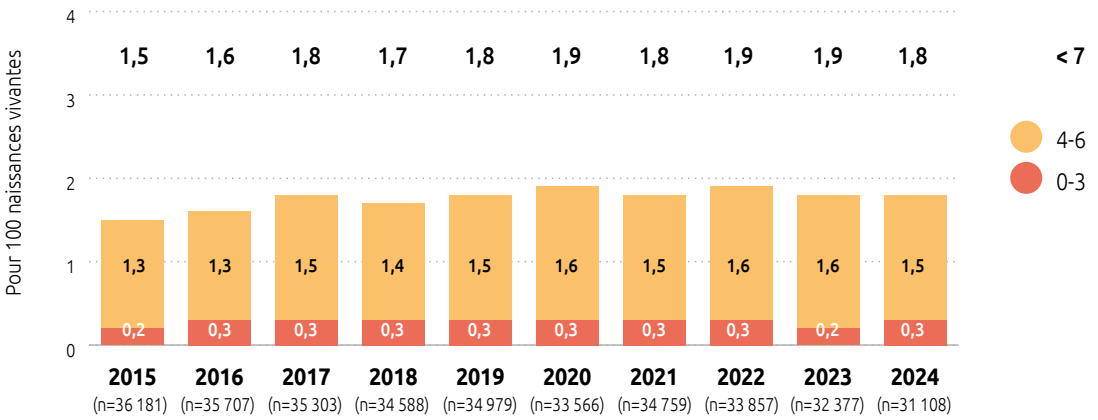
Tableau 18 : Malformations congénitales majeures, 2024

Malformations	Nombre total	Nombre parmi les nés vivants	Nombre parmi les mort-nés
Autre malformation cardiaque	33	25	8
Fente labiale/palatine	26	25	1
Trisomie 21	16	9	7
Hypospade	13	13	0
Agénésie rénale	9	7	2
Hernie diaphragmatique	8	6	2
Trisomie 18	8	4	4
Communication interventriculaire	7	7	0
Hydrocéphalie	7	2	5
Réduction des membres	7	6	1
Dysplasie squelettique/nanisme	6	3	3
Spina bifida	6	1	5
Atrésie de l'œsophage	5	5	0
Tétralogie de Fallot	5	2	3
Dysplasie rénale poly/multikystique	4	2	2
Omphalocèle	4	2	2
Gastroschisis	3	3	0
Imperforation anale	3	3	0
Trisomie 13	3	2	1
Syndrome de Turner	2	1	1
Transposition des gros vaisseaux	2	2	0
Atrésie anale	1	1	0
Atrésie de l'intestin grêle	1	1	0

7.8 APGAR

Parmi les naissances vivantes, 6,1 % des nouveau-nés présentent un score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7. À 5 minutes, seuls 1,8 % de nouveau-nés ont un score inférieur à 7 (tableau 13).

La proportion d'enfants nés vivants avec un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes est stable depuis 2017 (figure 39).



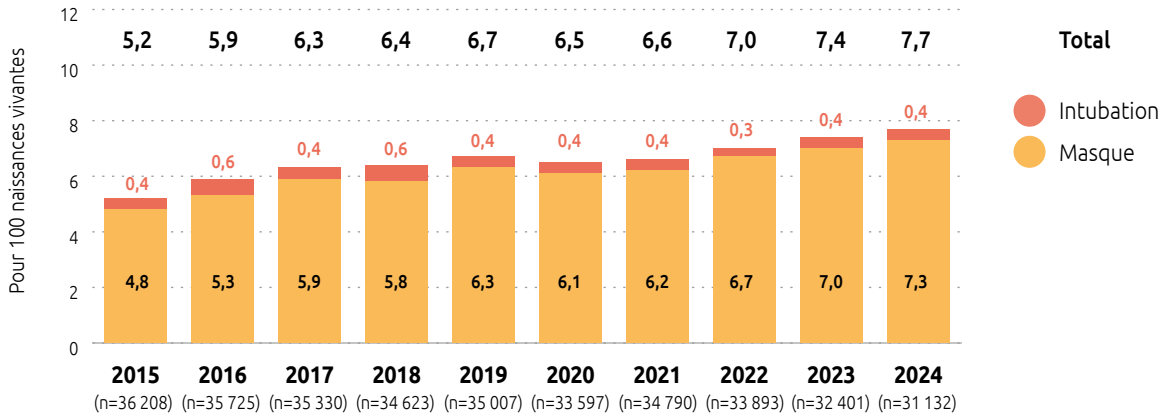
Calculé sur le nombre de naissances vivantes

Figure 39 : Évolution du score d'Apgar à 5 minutes pour les naissances vivantes, 2015-2024, N=342 425 (VM=402)

7.9 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

Parmi les naissances vivantes, la proportion de nouveau-nés ventilés à la naissance est de 7,7 %. Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux naissances multiples, la proportion d'enfants ventilés est de 29,2 % (tableau 13).

La proportion de nouveau-nés ventilés à la naissance augmente de 2015 à 2024 (5,2 % à 7,7 %). Cette augmentation s'observe uniquement parmi les nouveau-nés ventilés au masque (figure 40).



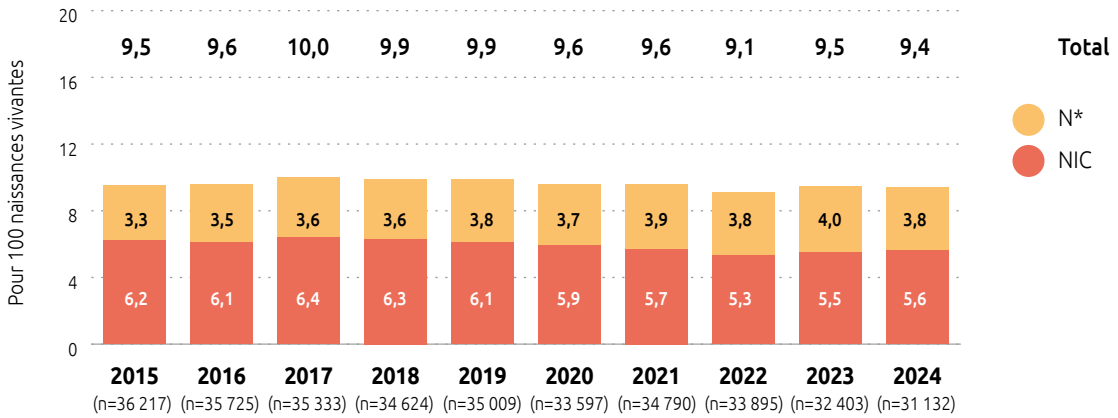
Calculé sur le nombre de naissances vivantes

Figure 40 : Évolution de la ventilation du nouveau-né pour les naissances vivantes, 2015-2024, N=342 706 (VM=121)

7.10 ADMISSION EN NÉONATOLOGIE

Parmi les naissances vivantes, la proportion de nouveau-nés transférés en néonatologie est de 9,4 %. La proportion d'enfants transférés est de 8,1 % pour les singletons et de 53,6 % pour les multiplés (tableau 13).

La proportion d'enfants transférés en service de néonatologie varie sur la période 2015-2024. Sur cette période, on observe une diminution d'enfants transférés en service N* avec en parallèle une augmentation des transferts en service NIC (figure 41).



Calculé sur le nombre de naissances vivantes

Figure 41 : Évolution de l'admission en centre néonatal pour les naissances vivantes, 2015-2024, N=342 725 (VM=102)

7.11 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Le tableau 19 présente diverses caractéristiques des naissances de singletons vivants – telles que la prématurité, le petit poids de naissance pour l'âge gestationnel, le poids élevé pour l'âge gestationnel, la ventilation néonatale et l'admission en service de néonatologie – en lien avec trois facteurs maternels reconnus dans la littérature comme influençant le risque périnatal : l'âge maternel avancé, le diabète et l'obésité. Ces éléments sont également analysés en fonction de la parité et du nombre total de facteurs de risque présents chez la mère.

En 2024, parmi les 30 209 naissances de singletons vivants, 6,9 % sont prématurées, 7,4 % présentent un poids inférieur au 10e percentile et 13,0 % un poids supérieur au 90e percentile, 7,0 % des nouveau-nés nécessitent une ventilation et 8,1 % sont admis en néonatologie.

Chez les mères âgées de 40 ans ou plus (4,2 % du total), 9,3 % des singletons sont prématurés contre 6,9 % en moyenne, 7,5 % ont un petit poids et 14,1 % un poids élevé pour l'âge gestationnel. La ventilation concerne 9,6 % des enfants et 11,1 % sont admis en néonatologie. L'obésité (21,5 % des femmes) est associée chez les singletons à 6,8 % de prématurité, 6,2 % de petits poids et 18,1 % de poids élevés, avec 8,6 % de ventilation et 9,2 % d'admissions. Le diabète (12,8%) suit la même tendance : 9,5 % de prématurité, 6,6 % de petits poids, 17,5 % de poids élevés, avec 9,2 % de ventilation et 10,4 % d'admissions.

La comparaison entre les différents groupes de primipares montre que l'absence de facteurs de risque s'accompagne des taux les plus bas : 7,5 % pour la ventilation néonatale, 6,4 % pour la prématurité et 8,2 % pour l'admission en néonatologie. Dès qu'un facteur de risque est présent, ces taux augmentent à 9,6 % pour la ventilation, 7,5 % pour la prématurité et 10,6 % pour l'admission. Avec deux à trois facteurs, ils atteignent des niveaux nettement plus élevés, soit 13,2 % pour la ventilation et 13,0 % pour l'admission, tandis que la prématurité progresse à 8,2 %.

Le poids de naissance supérieur au 90e percentile suit la même logique comparative : 8,4 % chez les primipares sans facteur de risque, 13,1 % avec un facteur et 14,4 % avec deux facteurs. En revanche, la proportion de nouveau-nés avec un poids ≤ 10e percentile demeure stable et n'est pas influencée par la présence de facteurs de risque.

Chez les multipares, la tendance générale observée chez les primipares se retrouve, mais de manière moins marquée. En l'absence de facteur de risque, les taux de ventilation (4,9 %) et d'admission en néonatologie (6,1 %) demeurent faibles, et inférieurs à la moyenne générale. La présence d'un facteur entraîne une augmentation modérée (6,4 % pour la ventilation et 7,6 % pour les admissions), qui reste toutefois en deçà des valeurs globales. En revanche, avec deux à trois facteurs, certaines complications deviennent nettement plus fréquentes, en particulier le poids pour âge > au 90e percentile (23,0 %), la ventilation (9,6 %) et les admissions en néonatologie (10,4 %).
Contrairement aux primipares, le poids pour âge > 90e percentile est déjà plus fréquent en l'absence de facteur de risque (18,2 %), puis augmente sensiblement avec un facteur et atteint 23,0 % avec deux ou trois facteurs. À l'inverse, la proportion de nouveau-nés avec un poids pour âge ≤ 10e percentile reste inférieure au taux de la population générale et tend à diminuer parallèlement à l'accumulation de facteurs de risque.

En résumé, l'effet cumulatif des facteurs de risque est net chez les deux groupes, mais il est plus marqué chez les primipares pour la ventilation, la prématurité et les admissions, tandis que chez les multipares, l'impact sur le poids pour âge élevé du nouveau-né est plus précoce et plus prononcé.

Tableau 19 : Caractéristiques des naissances de singletons vivants selon les caractéristiques de la mère, 2024

Calculé sur le nombre de singletons vivants	**Total** (n=30 209)		**Prématurité** (n=30 202)		**Poids pour âge ≤ 10e percentile** (n=30 197)		**Poids pour âge > 90e percentile** (n=30 197)		**Ventilation du nouveau-né** (n=30 201)		**Admission en néonatologie** (n=30 201)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total			**2 072**	**6,9**	**2 220**	**7,4**	**3 938**	**13,0**	**2 121**	**7,0**	**2 441**	**8,1**
≥ 40 ans	1 276	4,2	118	9,3	95	7,5	180	14,1	123	9,6	142	11,1
Diabète	3 839	12,8	365	9,5	255	6,6	672	17,5	352	9,2	400	10,4
Obésité (≥ 30 kg/m²)	6 212	21,5	420	6,8	382	6,2	1 125	18,1	533	8,6	569	9,2
Primipares												
0 FR	9 203	72,0	591	6,4	820	8,9	769	8,4	687	7,5	757	8,2
1 FR	2 946	23,1	222	7,5	261	8,9	386	13,1	283	9,6	312	10,6
2 ou 3 FR	631	4,9	52	8,2	52	8,2	91	14,4	83	13,2	82	13,0
Multipares												
0 FR	10 477	65,5	637	6,1	677	6,5	1 454	13,9	513	4,9	639	6,1
1 FR	4 288	26,8	281	6,6	224	5,2	781	18,2	274	6,4	325	7,6
2 ou 3 FR	1 237	7,7	123	9,9	57	4,6	284	23,0	119	9,6	129	10,4

7.12 DISCUSSION

En 2024, en Wallonie, les naissances de singletons (N=30 355) se caractérisent majoritairement par une présentation céphalique (94,7 %), un âge gestationnel à terme (64,5 % entre 39 et 41 semaines) et un poids compris entre 2 500 et 3 999 g (86,5 %). Toutefois, 7,4 % sont petits pour l'âge gestationnel (≤ 10e percentile) et 13,0 % grands pour l'âge gestationnel (> 90e percentile). La vitalité à la naissance est globalement satisfaisante, avec 94,2 % d'Apgar ≥ 7 à 1 minute et 98,3 % à 5 minutes. La majorité ne nécessite aucune assistance respiratoire (92,9 %) et n'est pas transférée en néonatologie (91,9 %).

À l'inverse, les naissances multiples (N=950) présentent davantage de complications : seules 66,7 % des naissances sont en présentation céphalique, la prématurité est très fréquente (près de 60 % avant 37 semaines), et 47,3 % des enfants pèsent entre 1 500 et 2 499 g. Les faibles poids pour l'âge gestationnel sont également plus fréquents (25,9 % ≤ 10e percentile). Les scores d'Apgar sont plus bas (84,4% ≥ 7 à 1 minute ; 93,3 % à 5 minutes), l'assistance respiratoire est plus souvent nécessaire (27,8 % par masque, 1,4 % par intubation) et plus d'un quart des nouveau-nés (28,1 %) sont admis en néonatologie intensive.

Parmi les naissances vivantes, 8,5 % des naissances sont **prématurées**, avec 6,4 % entre 34 et 36 semaines et 2,1 % avant 34 semaines. Par ailleurs, 28,6 % des naissances ont lieu à un terme précoce (37–38 semaines). À l'échelle mondiale, environ 10 % des naissances surviennent avant 37 semaines, et en Europe les taux de prématurité variaient en 2019 de 5,3 % en Lituanie et en Finlande à 11,3 % à Chypre, avec des niveaux élevés (≥ 8 %) notamment au Pays de Galles, au Portugal, en Belgique et en Allemagne. Le taux de naissances "early-term" oscillait quant à lui entre 17,0 % en Lettonie et 42,8 % à Chypre. Entre 2015 et 2019, la majorité des pays européens ont observé une légère baisse de la prématurité (médiane –0,2 %), plus marquée à Chypre et en République tchèque, alors qu'une hausse était notée au Pays de Galles et à Malte (3).
Au niveau mondial, la prématurité concerne chaque année environ 14,8 millions de naissances et constitue la principale cause de mortalité infantile (102). Ses causes restent en grande partie méconnues, mais la prématurité entraîne une morbidité et une mortalité accrues tout au long de la vie. La majorité des prématurités sont spontanées, mais certaines sont médicalement induites afin de prévenir des complications graves, notamment la mortinatalité, qui touche près de deux millions de fœtus par an (103,104).

Le poids à la naissance est une variable clé de santé périnatale. Parmi les naissances vivantes, 7,4 % des enfants naissent avec un faible poids (< 2 500 g) et 7,1 % avec un poids élevé (≥ 4 000 g). La proportion d'enfants nés vivants avec un faible poids à la naissance diminue entre 2019 et 2020 (8,0 % à 7,4 %), avant de se stabiliser. Celle d'enfants nés vivants macrosome augmente depuis 2015 (5,9 % à 7,1 %). En Europe, les taux de faibles poids à la naissance varient de 4,0 % à 10,1 %, avec des valeurs basses dans les pays nordiques (<4,5 %) et des taux élevés dans le sud et l'est, notamment à Chypre, au Portugal et en Hongrie. Entre 2015 et 2019, la plupart des pays ont enregistré une légère baisse, sauf au Pays de Galles et à Malte (3).

En Wallonie, **le poids pour l'âge** > 90e percentile est particulièrement plus fréquent en cas de diabète et d'obésité, où l'effet apparaît le plus marqué. Chez les primipares, le poids > 90e percentile augmente progressivement avec le nombre de facteurs de risque, tandis que chez les multipares, il est déjà plus fréquent en l'absence de facteur et s'accentue nettement avec leur accumulation ; à l'inverse, le poids ≤ 10e percentile reste stable chez les primipares mais diminue chez les multipares.

Depuis 2017, la proportion d'enfants avec un **Apgar** <7 à 5 minutes s'est stabilisée, alors que l'usage de la **ventilation** au masque à la naissance a augmenté depuis 2015. Dans le même temps, les **admissions en néonatologie** varie de 2015 à 2024 avec une diminution d'enfants transférés en service N* et une augmentation des transferts en service NIC.

L'âge maternel avancé, l'obésité et le diabète sont associés à une augmentation de la prématurité, des anomalies de poids, de la ventilation du nouveau-né et des admissions en néonatologie, avec des taux plus bas en l'absence de facteur de risque mais une aggravation nette en cas d'accumulation de ceux-ci, particulièrement chez les primipares, tandis que les multipares présentent une élévation progressive du risque proportionnelle au nombre de facteurs. Les études internationales confirment ces constats. Le risque de prématurité augmente dès 35 ans et s'accentue après 40 ans (32,92,106). Les femmes âgées présentent plus de petits poids pour l'âge gestationnel, mais aussi davantage de macrosomies (7,68). Les admissions en néonatologie sont plus fréquentes au-delà de 40 ans, avec des risques multipliés par 1,4 à 2,3 (5,106–108). Le risque d'un Apgar <7 à 5 minutes est également accru (5,56).

Enfin, l'impact de la parité, de l'obésité et du diabète maternels est bien documenté. Les primipares obèses présentent plus de complications liées aux césariennes urgentes et aux hémorragies, augmentant le risque d'admission néonatale (109). À l'inverse, la multiparité semble atténuer certains risques, avec moins de complications néonatales chez les nouveau-nés des multipares obèses comparées à ceux des nullipares de poids normal (13). Toutefois, un excès pondéral associé à une prise de poids gestationnelle élevée accroît le risque de faible Apgar et d'admission néonatale (110). L'interaction entre âge et parité est également importante : les enfants des multipares âgées présentent plus de prématurité, de transferts en néonatologie et de scores d'Apgar bas, tandis que ceux des primipares âgées sont plus concernés par le diabète gestationnel et la macrosomie (6). Enfin, dans les grossesses avec diabète gestationnel, les enfants des primipares sont plus exposés à la macrosomie et à la jaunisse néonatale, alors que ceux des multipares en présentent moins (111).

En 2024, en Wallonie, les caractéristiques périnatales montrent un profil globalement favorable, avec une grande majorité de naissances uniques à terme, en présentation céphalique et de poids adéquat, associées à de bons scores d'Apgar et aux transferts limités en néonatologie. Les grossesses multiples se distinguent cependant par un risque nettement accru de complications, avec davantage de prématurité, de petits poids pour l'âge gestationnel, de besoins en assistance respiratoire et de transferts en néonatologie. Les tendances s'inscrivent dans le contexte européen et mondial : la prématurité reste fréquente mais légèrement en recul, notamment durant la pandémie, tandis que les poids extrêmes à la naissance reflètent l'impact de facteurs maternels comme l'âge avancé, l'obésité et le diabète. Ces déterminants, surtout lorsqu'ils s'additionnent, majorent les risques de complications néonatales.

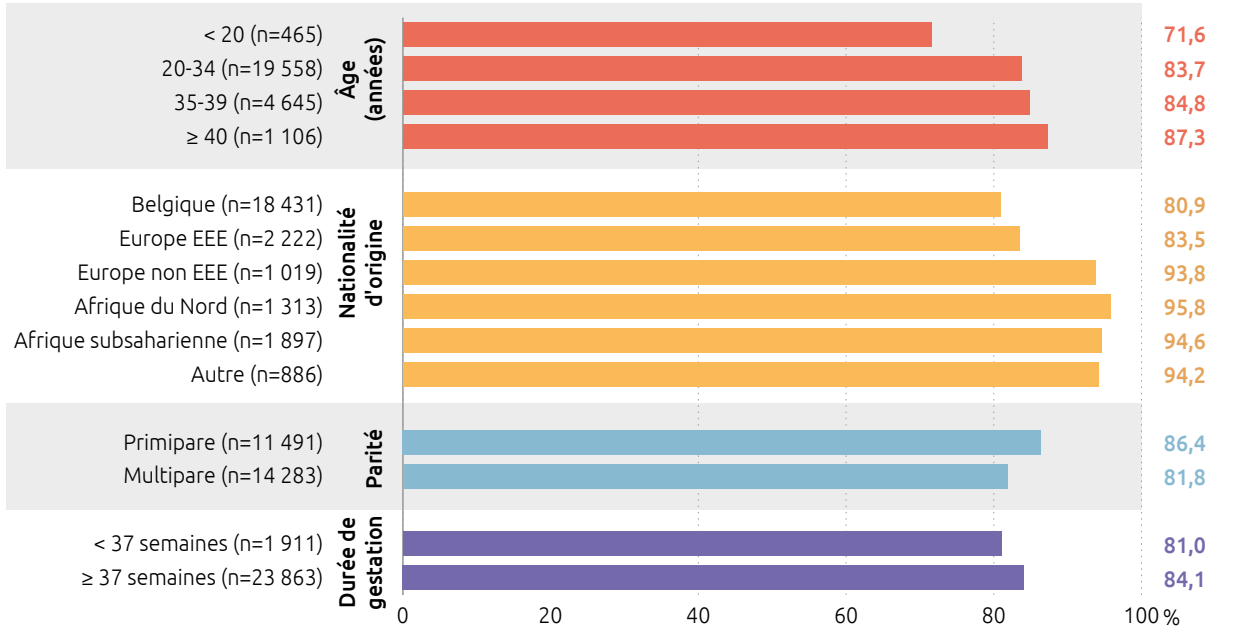
8. ALLAITEMENT MATERNEL

Tableau 20 : Distribution des accouchements selon l'intention d'allaiter, 202					
Calculé sur le nombre total d'accouchements		Wallonie (N=25 788)		Bruxelles (N=20 087)	Flandre (N=58 810)
		N	%	%	%
Allaitement maternel (n=25 774)	Oui	21 609	83,8	93,4	83,9
	Non	4 165	16,2	6,6	16,1
	Manquant	*14*			

La proportion de mères ayant notifié l'intention d'allaiter leur(s) enfant(s) au moment de l'accouchement est de 83,8 % (tableau 20). La proportion est de 83,9 % parmi les grossesses uniques et de 82,7 % parmi les grossesses multiples.

La proportion de mères ayant notifié l'intention d'allaiter leur(s) enfant(s) a augmenté de 2015 à 2024, passant de 81,8 % à 83,8 %.

La proportion de femmes ayant l'intention d'allaiter est plus faible parmi les femmes originaires d'Europe EEE (belge comprise). Les mères âgées de 20 ans et plus, primipares ou celles ayant accouché à terme choisissent davantage l'allaitement maternel (figure 42).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 42 : Distribution de l'allaitement maternel selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse, 2024

9. MORTALITÉ PÉRINATALE

9.1 SYNOPTIQUE

Tableau 21 : Distribution de la mortalité périnatale selon les caractéristiques de l'enfant, 2024

		calculée sur le nombre total de naissances		*calculée sur le nombre de naissances vivantes*		*calculée sur le nombre total de naissances*	
		Mortalité fœtale (≥ 500 g ou ≥ 22 semaines) (N=31 305)		**Mortalité néonatale précoce** (N=31 140)		**Mortalité périnatale** (N=31 305)	
		N	‰	N	‰	N	‰
Total		**165**	**5,3**	**49**	**1,6**	**214**	**6,8**
Lieu de résidence	Wallonie	158	5,2	44	1,4	202	6,7
	Flandre	5	12,8	1	2,6	6	15,3
	Bruxelles	0	0,0	1	6,8	1	6,8
	Pays étrangers	2	4,8	3	7,2	5	12,0
Âge gestationnel (semaines)	< 28	76	391,8	26	220,3	102	525,8
	28-31	25	106,8	4	19,1	29	123,9
	32-36	35	14,9	4	1,7	39	16,6
	≥ 37	29	1,0	15	0,5	44	1,5
Poids à la naissance (grammes)	< 1000	82	386,8	26	200,0	108	509,4
	1 000 – 1 499	22	108,4	4	22,1	26	128,1
	1 500 – 2 499	27	13,4	5	2,5	32	15,8
	≥ 2 500	34	1,2	14	0,5	48	1,7
Sexe de l'enfant	Masculin	84	5,2	26	1,6	110	6,8
	Féminin	80	5,3	23	1,5	103	6,8
Multiplicité de la grossesse	Oui	19	20,0	5	5,4	24	25,3
	Non	146	4,8	44	1,5	190	6,3

9.2 CHIFFRES GÉNÉRAUX

Nous avons dénombré 165 enfants nés sans vie d'au moins 500 grammes ou 22 semaines (5,3 ‰ naissances), dont 19 enfants issus de grossesses multiples. Cette mortalité fœtale tient compte à la fois des morts fœtales spontanées et des interruptions de grossesse pour raisons médicales, le certificat de décès ne permettant pas de faire la distinction entre les deux.
Avec 49 nouveau-nés décédés au cours des sept premiers jours de vie, le taux de mortalité néonatale précoce est de 1,6 ‰.
La mortalité périnatale est de 6,8 ‰, dont 77,1 % de décès fœtaux et 22,9 % de décès en période néonatale précoce (tableau 21).

Les taux de mortalité fœtale, néonatale précoce et périnatale sont plus élevées parmi les naissances multiples. La mortalité périnatale est de 6,3 ‰ pour les singletons et de 25,3 ‰ pour les naissances multiples (tableau 21).

Les taux de mortalité fœtale, néonatale précoce et périnatale sont stables de 2015 à 2024 (figure 43).

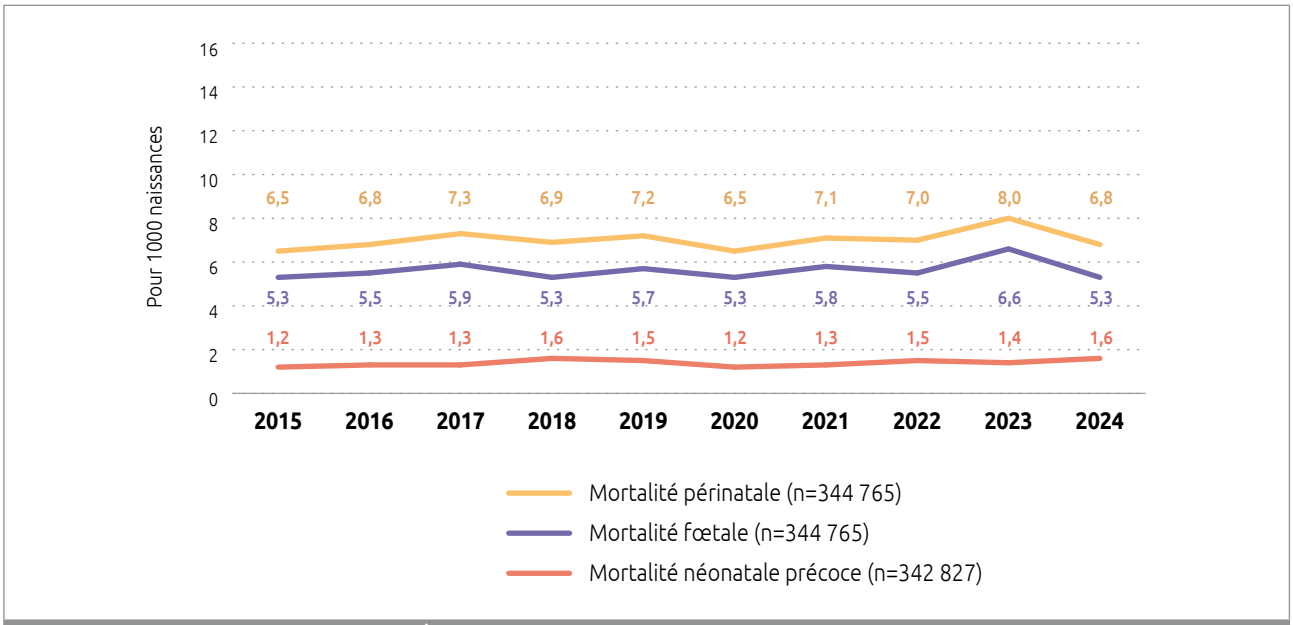


Figure 43 : Évolution de la mortalité périnatale, 2015-2024

Le taux de mortalité fœtale pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 grammes est de 4,4 ‰. Si l'on ne considère que les naissances dont l'âge gestationnel est égal ou supérieur à 28 semaines, comme le recommande l'OMS pour permettre la comparaison entre pays et régions, le taux de mortalité fœtale est de 2,9 ‰ (figure 44).

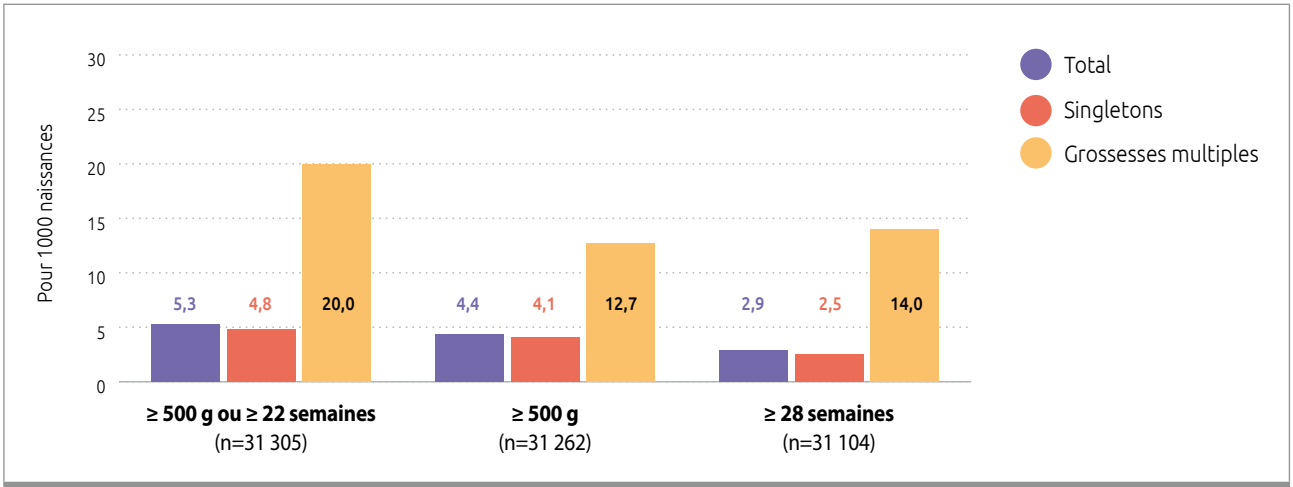


Figure 44 : Taux de mortalité fœtale selon les différents critères d'inclusion, 2024

9.3 RÉSIDENCE DE LA MÈRE

Parmi les mères résidant en Wallonie, le taux de mortalité fœtale est de 5,2 ‰ en 2024. Le taux de mortalité fœtale est de 12,8 ‰ pour les mères qui résident en Flandre et de 4,8 ‰ pour les mères qui résident à l'étranger. Ces taux restent stables sur la période 2015-2024. Toutes les mères résidant en Région bruxelloise et ayant accouché en Wallonie ont donné naissance à un enfant vivant.

9.4 ÂGE GESTATIONNEL

Plus de cinq bébés sur dix de moins de 28 semaines naissent sans vie ou ne survivent pas au-delà de 7 jours (mortalité périnatale 525,8 ‰). Dès que la grossesse atteint 28 semaines, le risque de décès diminue considérablement. Si la grossesse est à terme, le risque de décès périnatal est de 1,5 ‰ (tableau 21).

Si nous regardons la mortalité périnatale selon l'âge gestationnel entre 2015 et 2024, on constate qu'il y a peu de changements (tableau 22).

Tableau 22 : Évolution de la mortalité périnatale selon l'âge gestationnel, 2015-2024, N=344 693 (VM=72)

Âge gestationnel (semaines)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰
< 24	944,4	973,7	957,4	955,6	960,8	1000,0	1000,0	952,4	949,2	953,5
24-25	581,8	614,3	527,0	369,2	517,2	518,5	400,0	569,2	487,2	494,4
26-27	382,7	410,5	359,6	298,7	397,8	468,8	257,7	367,1	481,9	274,2
28-31	136,0	119,7	163,2	149,8	125,0	127,2	171,2	142,3	112,2	123,9
32-36	18,3	20,7	15,8	19,2	17,7	18,3	17,0	15,4	24,3	16,6
≥ 37	1,5	1,1	1,3	1,8	1,6	1,6	1,3	1,8	1,2	1,5

9.5 POIDS À LA NAISSANCE

Plus de cinq bébés sur dix de moins de 1 000 grammes naissent sans vie ou ne survivent pas au-delà de 7 jours (mortalité périnatale 509,4 ‰). Dès que le fœtus atteint 1 000 grammes, le risque de décès diminue considérablement. Si le poids à la naissance atteint 2 500 grammes, le risque de décès périnatal est de 1,7 ‰ (tableau 21).

En examinant la mortalité périnatale selon le poids à la naissance entre 2015 et 2024, on constate qu'il y a peu de changements (tableau 23).

Tableau 23 : Évolution de la mortalité périnatale selon le poids à la naissance, 2015-2024, N=344 606 (VM=159)

Poids à la naissance (grammes)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰
< 500	916,7	954,5	888,9	967,7	950,0	842,1	913,0	892,9	937,5	916,7
500 – 749	593,8	738,6	612,9	488,9	556,8	700,0	597,6	662,0	670,6	572,8
750 – 999	392,4	358,5	314,6	212,5	336,8	328,4	161,9	290,0	267,9	219,2
1 000 – 1 499	120,6	121,6	128,0	157,0	145,5	133,9	158,9	136,2	168,7	128,1
1 500 – 2 499	20,0	21,0	17,0	22,4	22,4	19,3	20,3	22,3	23,2	15,8
≥ 2 500	1,5	1,2	1,5	1,8	1,2	1,6	1,4	1,6	1,3	1,7

9.6 DISCUSSION

Le taux de mortalité périnatale est de 6,8 ‰, dont 77,1 % de décès fœtaux et 22,9 % de décès en période néonatale précoce.

Le taux de mortalité fœtale pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 4,4 ‰. Si l'on ne prend en compte que les enfants **à partir de 28 semaines**, le taux de mortinatalité est de 2,9 ‰.

Les taux de mortalité fœtale, néonatale précoce et périnatale sont stables de 2015 à 2024. Parmi les mères résidant en Wallonie, le taux de mortalité fœtale est de 5,2 ‰. Ce taux reste stable de 2015 à 2024.

10. CONCLUSION

Cette première partie présente Les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2024 en Wallonie. Elle permet également d'analyser l'évolution des indicateurs de santé périnatale en Wallonie sur 10 années. Ces évolutions montrent des tendances intéressantes pour certaines variables.

1. **Diminution constante du nombre des naissances en Wallonie**
   La baisse de 14,0 % observée entre 2015 et 2024 confirme la tendance structurelle à la diminution de la natalité en Wallonie, en ligne avec les évolutions européennes.

2. **Âge maternel**
   L'âge moyen des mères à l'accouchement (31,0 ans), associé à une proportion élevée de femmes de 35 ans ou plus (22,1 %) et de 40 ans ou plus (4,3 %), confirme le report de la maternité observé en Europe. Ce vieillissement maternel expose à des complications obstétricales, incluant la prématurité, le diabète gestationnel, l'hypertension et le recours plus fréquent à la césarienne.

3. **Augmentation alarmante du nombre de femmes en surpoids ou obèses**
   L'augmentation de la proportion de femmes enceintes en surcharge pondérale (47,6 % en 2024) constitue un enjeu majeur de santé publique. L'obésité, présente chez 21,5 % des mères, est associée à une morbidité obstétricale et néonatale accrue, incluant le diabète gestationnel, l'hypertension gravidique, la macrosomie et les admissions en néonatologie. Cette progression traduit un phénomène préoccupant également documenté au niveau international.

4. **Légère augmentation de la proportion de césariennes après une stabilisation de 2015 à 2020**
   Après six années consécutives autour de 21,5 % , la proportion de césariennes a légèrement augmenté entre 2020 et 2024 (21,5 % à 23,0 %). Cette évolution, bien que modérée, suggère une difficulté à maintenir durablement un recours limité à la chirurgie obstétricale. Les données indiquent que cette hausse concerne en particulier les femmes avec facteurs de risque (âge maternel ≥ 40 ans, obésité, diabète), confirmant l'importance de stratégies ciblées de prévention de la première césarienne et de promotion de la voie basse après césarienne.

5. **Diminution importante de la proportion d'épisiotomies**
   La diminution marquée du recours à l'épisiotomie, passée de 36,6 % en 2015 à 14,2 % en 2024, reflète une évolution importante des pratiques cliniques. Cette tendance s'inscrit dans les recommandations internationales qui préconisent une utilisation restrictive et sélective de ce geste.

6. **Variabilité entre établissements et régions**
   Les pratiques obstétricales varient fortement entre les maternités. Ces différences traduisent autant des choix organisationnels, que l'influence des préférences parentales et de la philosophie institutionnelle en matière d'accouchement. Si les écarts apparaissent plus marqués en Wallonie qu'à Bruxelles, ils restent structurellement présents dans l'ensemble du pays. La diminution du nombre de naissances observée ces dernières années n'a pas modifié cette variabilité, soulignant que celle-ci repose avant tout sur des déterminants institutionnels et organisationnels plutôt que sur le volume d'activité.

7. **Caractéristiques des singletons nés vivants relativement stables**
   Les caractéristiques néonatales des singletons nés vivants (prématurité : 6,8 % ; faible poids à la naissance : 5,9 % ; macrosomie : 7,3 %) se maintiennent à des niveaux stables au cours de la dernière décennie, excepté pour la proportion d'enfants macrosomes qui augmente (6,1 % en 2015 à 7,3 % en 2024). Cette constance suggère une stabilité des déterminants périnatals dans un contexte marqué par une diversité croissante des profils maternels.

Résumé illustré

Colonisation maternelle par le streptocoque du groupe B

Bognár Z, Cornelissen L

INTRODUCTION 4

RAPPORT Santé périnatale en Wallonie - 2024 5

RÉSUMÉ ILLUSTRÉ Colonisation maternelle par le streptocoque du groupe B 73

RÉFÉRENCES & ANNEXES 77

COLONISATION MATERNELLE PAR LE STREPTOCOQUE DU GROUPE B

Auteures : **Zsófia Bognár[1,2], Laura Cornelissen[2]**
Affiliations : 1 – ECDC Fellowship Programme, Field Epidemiology path (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden
2 – Department of Epidemiology and Public Health, Sciensano, Brussels, Belgium

INTRODUCTION

L'infection par le streptocoque du groupe B (SGB) est l'une des principales causes de morbidité néonatale (1). Présent dans le tractus génital des femmes enceintes, il peut infecter les bébés lors de l'accouchement. En Belgique, les femmes enceintes sont systématiquement dépistées pour le SGB. En cas de résultat positif ou de risque de transmission, elles reçoivent une antibioprophylaxie intrapartum. L'objectif est de fournir une première vue d'ensemble des données belges et d'identifier les facteurs de risque potentiels de la colonisation maternelle par le SGB.

OBJECTIFS

L'objectif est d'examiner les sources de données belges disponibles pour décrire la situation épidémiologique de la colonisation maternelle par le SGB en Belgique.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les proportions du dépistage maternel et de la colonisation à SGB sont calculées, et leurs facteurs de risque sont identifiés à l'aide d'une régression logistique binomiale, en utilisant les données des registres nationaux de 2012 à 2021.

STREPTOCOQUE DU GROUPE B

POPULATION TOTALE
N = 1 197 994

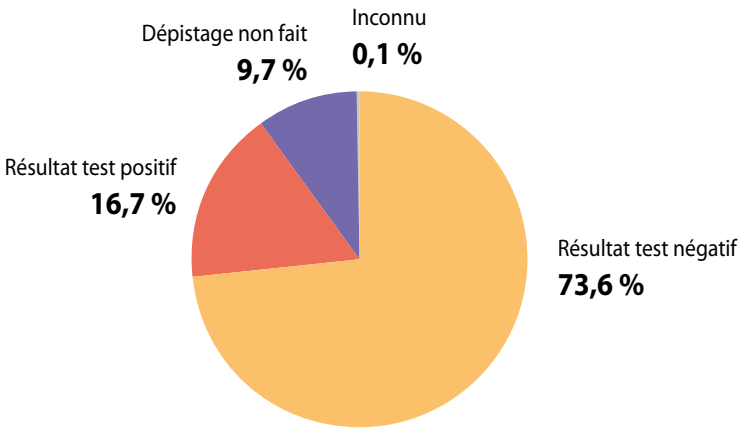


Fig 1a. Distribution des mères ayant accouché d'un enfant vivant selon le statut de colonisation par le streptocoque B, Belgique, 2012-2021

STATUT DE COLONISATION STREPTOCOQUE B CONNU
N = 1 081 085

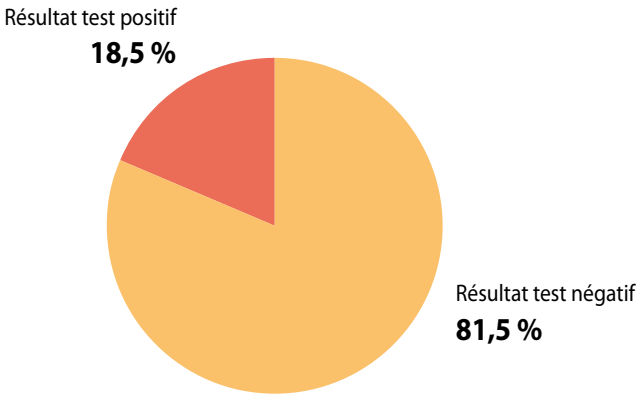


Fig 1b. Distribution des mères ayant accouché d'un enfant vivant selon l'antibioprophylaxie pour le streptocoque B, Belgique, 2012-2021

Parmi les femmes ayant accouché d'un enfant né vivant, 115 744 femmes enceintes (9,7 %) n'ont pas été dépistées pour le SGB et 199 669 (16,7 %) ont été colonisées au moment du dépistage (Fig 1a). La proportion de femmes colonisées par le SGB (16,7 %) et de femmes enceintes non dépistées (9,7 %) est restée stable pendant la période d'étude.

Parmi les femmes dont le résultat de dépistage du SGB était connu, 18,5 % étaient colonisées par le SGB (Fig 1b), et cette proportion est demeurée stable au fil du temps.

Parmi les femmes colonisées, 85 % ont reçu une prophylaxie antibiotique intrapartum (Fig 2).

FACTEURS DE RISQUE

Le risque de colonisation maternelle par le SGB est le plus élevé chez les mères d'origine subsaharienne (RRa=1,45, [1,41-1,48]) et nord-africaine (RRa:1,31, [1,28-1,34]) et celles ayant une parité de cinq enfants ou plus (RRa:1,21,[1,18-1,25]).

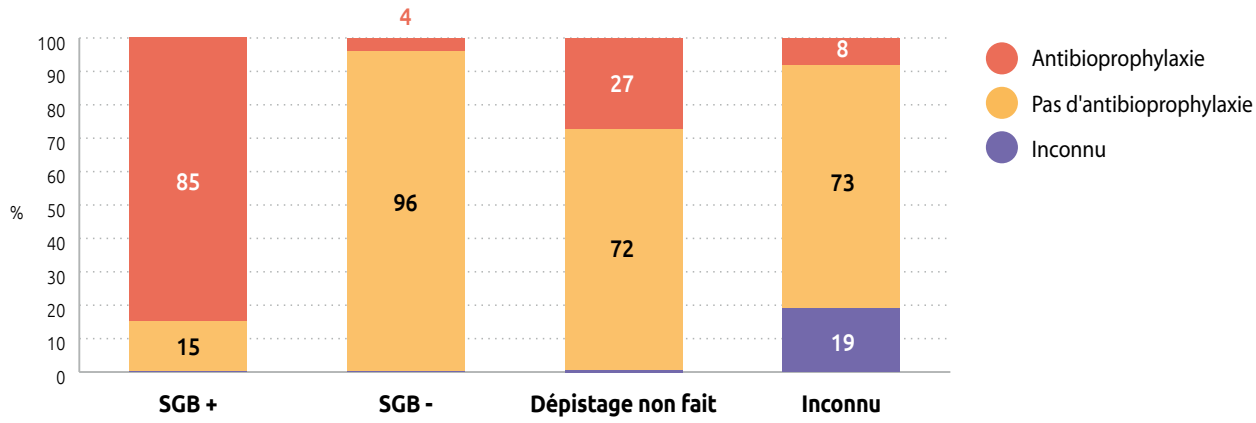


Fig 2. Distribution de l'antibioprophylaxie selon le statut de colonisation par le streptocoque B, Belgique, 2012-2021

CONCLUSION

Ces données de base offrent un aperçu de la situation actuelle en Belgique et pourraient contribuer à l'adaptation de futures stratégies préventives.

+ DE RÉSULTATS

Retrouvez davantage d'informations et de résultats dans la publication scientifique

Bognár, Z., Leroy, C., Van Leeuw, V. *et al.* Group B Streptococcus maternal colonization and neonatal sepsis in Belgium between 2012 and 2021: a description of the epidemiological situation and identification of risk factors. *BMC Pregnancy Childbirth* 25, 599 (2025). https://doi.org/10.1186/s12884-025-07695-w

BIBLIOGRAPHIE

1. Gonçalves BP, Procter SR, Paul P, Chandna J, Lewin A, Seedat F, *et al.* Group B streptococcus infection during pregnancy and infancy: estimates of regional and global burden. *The Lancet Global Health.* 2022 Jun 1;10(6):e807–19
2. Prévention des infections périnatales à streptocoques du groupe B (avril 2003) (CSH 7721).pdf [Internet]. [cited 2023 Jul 6]. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/4448391/Pr%C3%A9vention%20des%20infections%20p%C3%A9rinatales%20%C3%A0%20streptocoques%20du%20groupe%20B%20%28avril%202003%29%20%28CSH%207721%29.pdf
3. Le Doare K, O'Driscoll M, Turner K, Seedat F, Russell NJ, Seale AC, *et al.* Intrapartum Antibiotic Chemoprophylaxis Policies for the Prevention of Group B Streptococcal Disease Worldwide: Systematic Review. *Clin Infect Dis.* 2017 Nov 15;65(Suppl 2):S143–51.

Références & annexes

INTRODUCTION 4

RAPPORT Santé périnatale en Wallonie - 2024 5

RÉSUMÉ ILLUSTRÉ Colonisation maternelle par le streptocoque du groupe B 73

RÉFÉRENCES & ANNEXES 77

RÉFÉRENCES

1. Goldenberg RL, McClure EM. Maternal, fetal and neonatal mortality: lessons learned from historical changes in high income countries and their potential application to low-income countries. *matern health, neonatol and perinatol*. déc 2015;1(1):3.
2. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, *et al*. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 - Synthèse [Internet]. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2019. (Health Services Research (HSR)). Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf
3. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. 2022 nov.
4. Saccone G, Gragnano E, Ilardi B, Marrone V, Strina I, Venturella R, *et al*. Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. oct 2022;159(1):43-55.
5. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis. *Acta Med Port*. 29 mars 2019;32(3):219-26.
6. Dai J, Shi Y, Wu Y, Guo L, Lu D, Chen Y, *et al*. The interaction between age and parity on adverse pregnancy and neonatal outcomes. *Front Med* (Lausanne). 2023;10:1056064.
7. Frick AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. janv 2021;70:92-100.
8. Lisonkova S, Muraca GM, Potts J, Liauw J, Chan WS, Skoll A, *et al*. Association Between Prepregnancy Body Mass Index and Severe Maternal Morbidity. *JAMA*. 14 nov 2017;318(18):1777-86.
9. Santos S, Voerman E, Amiano P, Barros H, Beilin L, Bergström A, *et al*. Impact of maternal body mass index and gestational weight gain on pregnancy complications: an individual participant data meta-analysis of European, North American and Australian cohorts. *BJOG*. juill 2019;126(8):984-95.
10. Melchor I, Burgos J, Del Campo A, Aiartzaguena A, Gutiérrez J, Melchor JC. Effect of maternal obesity on pregnancy outcomes in women delivering singleton babies: a historical cohort study. *J Perinat Med*. 27 août 2019;47(6):625-30.
11. Wang Y, Tanbo T, Abyholm T, Henriksen T. The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. *Arch Gynecol Obstet*. juill 2011;284(1):31-7.
12. Shechter-Maor G, Sadeh-Mestechkin D, Ganor Paz Y, Sukenik Halevy R, Markovitch O, Biron-Shental T. Does parity affect pregnancy outcomes in the elderly gravida? Arch *Gynecol Obstet*. janv 2020;301(1):85-91.
13. Hollowell J, Pillas D, Rowe R, Linsell L, Knight M, Brocklehurst P. The impact of maternal obesity on intrapartum outcomes in otherwise low risk women: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG*. févr 2014;121(3):343-55.
14. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, *et al*. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. avr 2011;377(9774):1331-40.
15. Saucedo M, Deneux-Tharaux C. Mortalité maternelle en France, 2016–2018, fréquence, causes et profil des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 avr 2024;52(4):185-200.
16. Raju TNK, Buist AS, Blaisdell CJ, Moxey-Mims M, Saigal S. Adults born preterm: a review of general health and system-specific outcomes. *Acta Paediatr*. sept 2017;106(9):1409-37.
17. Azria E. Inégalités sociales en santé périnatale. *Archives de Pédiatrie*. 1 oct 2015;22(10):1078-85.

18. Bognár Z, Leroy C, Van Leeuw V, Goemaes R, Melin P, Meex C, *et al.* Group B Streptococcus maternal colonization and neonatal sepsis in Belgium between 2012 and 2021: a description of the epidemiological situation and identification of risk factors. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22 mai 2025;25(1):599.

19. Michel S, Leroy Ch, Van Leeuw V. Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2024. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2025.

20. Bentouhami H *et al.* Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2024. [Manuscript in voorbereiding]. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie

21. Leroy C, Van Leeuw V, Englert Y, Zhang WH. Santé périnatale en Wallonie – Année 2015. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2017.

22. Leroy C, Van Leeuw V, Daelemans C, Debauche C, Debiève F. Santé périnatale en Wallonie – Année 2016. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2018.

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

24. Leroy C, Moreau N, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2018. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2020.

25. Leroy C, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2019. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2020.

26. Leroy C, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2020. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2021.

27. Leroy C, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2021. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2022.

28. Leroy C, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2022. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2023.

29. Leroy C, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2023. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2024.

30. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186287.

31. Pécheux O, Pesenti L, Martinez De Tejada B, Le Tinier B. Grossesses à un âge maternel avancé. *Rev Med Suisse.* 16 oct 2024;891:1874-9.

32. Claramonte Nieto M, Meler Barrabes E, Garcia Martínez S, Gutiérrez Prat M, Serra Zantop B. Impact of aging on obstetric outcomes: defining advanced maternal age in Barcelona. *BMC Pregnancy Childbirth.* 23 sept 2019;19:342.

33. Organisation mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [Internet]. 2024 [cité 15 juill 2024]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

34. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines [Internet]. Rasmussen KM, Yaktine AL, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/

35. Nippita T, Khambalia A, Seeho S, Trevena J, Patterson J, Ford J, *et al.* Methods of classification for women undergoing induction of labour: a systematic review and novel classification system. *BJOG.* sept 2015;122(10):1284-93.

36. World Health Organization. Who statement on caesarean section rates [Internet]. Geneva; 2015. Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/ 161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1.

37. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review.* févr 2001;12(1):23-39.

38. Demestre X. [Late preterm, the «forgotten» infants: A personal perspective]. *Rev Chil Pediatr*. juin 2017;88(3):315-7.

39. Villar J, Ismail LC, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, *et al*. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *The Lancet*. sept 2014;384(9946):857-68.

40. Fertility statistics [Internet]. [cité 15 sept 2025]. Disponible sur : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics

41. Record drop in children being born in the EU in 2023 [Internet]. 2025 [cité 15 sept 2025]. Disponible sur : https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250307-1

42. GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950-2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 18 mai 2024;403(10440):2057-99.

43. SWP Report 2025 | l'agence des Nations Unies chargée de la santé sexuelle et reproductive [Internet]. [cité 15 sept 2025]. Disponible sur : https://www.unfpa.org/fr/swp2025

44. Eggerickx T. La baisse de la natalité/fécondité en Belgique. Union professionnelle des sages-femmes belges. 2025;(121).

45. Kerncijfers perinatologie [Internet]. Perined; [cité 5 août 2025]. Disponible sur : https://www.perined.nl

46. Birth characteristics in England and Wales - Office for National Statistics [Internet]. [cité 16 sept 2025]. Disponible sur : https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2022

47. OECD. SF2.3: Age of mothers at childbirth and age-specific fertility [Internet]. Disponible sur : https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/family-database/sf_2_3_age_mothers_childbirth.pdf

48. Barclay K, Myrskylä M. Advanced Maternal Age and Offspring Outcomes: Reproductive Aging and Counterbalancing Period Trends. *Population and Development Review*. 2016;42(1):69-94.

49. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, te Velde E, ESHRE Reproduction and Society Task Force. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum Reprod Update*. 2011;17(6):848-60.

50. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Cocera-Ruíz EM, Conde-Puertas E, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. *PLoS One*. 2019;14(12):e0227063.

51. Rowe T. Fertility and a woman's age. *J Reprod Med*. mars 2006;51(3):157-63.

52. Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D, van Walraven C. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *CMAJ*. 15 janv 2008;178(2):165-72.

53. Sheen JJ, Wright JD, Goffman D, Kern-Goldberger AR, Booker W, Siddiq Z, *et al*. Maternal age and risk for adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2018;219(4):390.e1-390.e15.

54. Jolly M. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Human Reproduction*. 1 nov 2000;15(11):2433-7.

55. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome: *Obstetrics & Gynecology*. oct 2004;104(4):727-33.

56. Kortekaas JC, Kazemier BM, Keulen JKJ, Bruinsma A, Mol BW, Vandenbussche F, *et al*. Risk of adverse pregnancy outcomes of late- and postterm pregnancies in advanced maternal age: A national cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2020;99(8):1022-30.

57. Park AL, Urquia ML, Ray JG. Risk of Preterm Birth According to Maternal and Paternal Country of Birth: A Population-Based Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 déc 2015;37(12):1053-62.

58. Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen AM, Small R, Davey MA, *et al.* Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *Eur J Public Health.* août 2015;25(4):620-5.

59. Higginbottom GMA, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, *et al.* Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev.* 11 févr 2015;4:13.

60. Minsart AF, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium: An analysis using Robson categories. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* févr 2013;92(2):204-9.

61. 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 Childbirth.* 21 sept 2011;11:63.

62. Racape J, Schoenborn C, Sow M, Alexander S, De Spiegelaere M. Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. *BMC Pregnancy Childbirth.* 8 avr 2016;16:75.

63. Insider F. ESHRE Data Reveals Increase in IVF and IUI Treatment Cycles Across Europe with Stable Pregnancy Rates | Femtech Insider [Internet]. 2024 [cité 16 sept 2025]. Disponible sur : https://femtechinsider.com/eshre-data-ivf-iui-increase/

64. Kent L, McGirr M, Eastwood KA. Global trends in prevalence of maternal overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis of routinely collected data retrospective cohorts. *Int J Popul Data Sci.* 2024;9(2):2401.

65. Lin L, Chen R, Lin H, Yao T, Chen Z, Zheng L. Influence of parity on weight gain during pregnancy in women with Gestational Diabetes: A retrospective cohort study. *Pak J Med Sci.* janv 2025;41(1):29-36.

66. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 25 mai 2022;377:e067946.

67. Greco E, Calanducci M, Nicolaides KH, Barry EVH, Huda MSB, Iliodromiti S. Gestational diabetes mellitus and adverse maternal and perinatal outcomes in twin and singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* févr 2024;230(2):213-25.

68. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, *et al.* Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome: *Obstetrics & Gynecology.* mai 2005;105(5, Part 1):983-90.

69. Khalil A, Syngelaki A, Maiz N, Zinevich Y, Nicolaides KH. Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. Ultrasound in Obstet & *Gyne.* déc 2013;42(6):634-43.

70. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG, High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ.* 19 avr 2016;353:i1753.

71. Starrach T, Ehmann L, Volkmann H, Flemmer A, Hester A, Tremmel E, *et al.* PROM at term: when might be the best time to induce labour? A retrospective analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 1 juill 2025;312(1):247-55.

72. Magee LA, Kirkham K, Tohill S, Gkini E, Moakes CA, Dorling J, *et al.* Determining optimal timing of birth for women with chronic or gestational hypertension at term: The WILL (When to Induce Labour to Limit risk in pregnancy hypertension) randomised trial. *PLOS Medicine.* 26 nov 2024;21(11):e1004481.

73. Knight HE, Cromwell DA, Gurol-Urganci I, Harron K, van der Meulen JH, Smith GCS. Perinatal mortality associated with induction of labour versus expectant management in nulliparous women aged 35 years or over: An English national cohort study. *PLoS Med.* nov 2017;14(11):e1002425.

74. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita ATN, Silver RM, Mallett G, *et al.* Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med.* 9 août 2018;379(6):513-23.

75. NHS England. (2025, August 21). Maternity Services Monthly Statistics: Final May 2025, Provisional June 2025 (Official statistics). https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/maternity-services-monthly-statistics/final-may-2025-provisional-june-2025-official-statistics

76. Walker KF, Bugg GJ, Macpherson M, McCormick C, Grace N, Wildsmith C, *et al.* Randomized Trial of Labor Induction in Women 35 Years of Age or Older. *N Engl J Med.* 3 mars 2016;374(9):813-22.

77. Fonseca MJ, Santos F, Afreixo V, Silva IS, Almeida M do C. Does induction of labor at term increase the risk of cesarean section in advanced maternal age? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* oct 2020;253:213-9.

78. Jeong Y, Choo SP, Yun J, Kim EH. Effect of maternal age on maternal and perinatal outcomes including cesarean delivery following induction of labor in uncomplicated elderly primigravidae. *Medicine* (Baltimore). 27 août 2021;100(34):e27063.

79. Seijmonsbergen-Schermers AE, Akker T van den, Rydahl E, Beeckman K, Bogaerts A, Binfa L, *et al.* Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLOS Medicine.* 22 mai 2020;17(5):e1003103.

80. RCOG [Internet]. [cité 18 sept 2025]. Assisted vaginal birth (ventouse or forceps). Disponible sur : https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/assisted-vaginal-birth-ventouse-or-forceps/

81. McMahon L. Irish Maternity Indicator System National Report 2023.

82. Vacuum extraction vaginal delivery: current trend and safety [Internet]. [cité 18 sept 2025]. Disponible sur: https://ogscience.org/journal/view.php?doi=10.5468/ogs.2017.60.6.499

83. Ayala-Yáñez R, Bayona-Soriano P, Hernández-Jimenez A, Contreras-Rendón A, Chabat-Manzanera P, Nevarez-Bernal R. Forceps, Actual Use, and Potential Cesarean Section Prevention: Study in a Selected Mexican Population. *J Pregnancy.* 2015;2015:489267.

84. Zhang VRY, Tan EL, Edison PE, Kanagalingam D. Operative vaginal delivery: practice patterns and outcomes at a tertiary general hospital. *Singapore Med J.* mai 2023;64(5):313-8.

85. Ellis JA, Brown CM, Barger B, Carlson NS. Influence of Maternal Obesity on Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Midwifery Womens Health.* janv 2019;64(1):55-67.

86. Dammer U, Bogner R, Weiss C, Faschingbauer F, Pretscher J, Beckmann MW, *et al.* Influence of body mass index on induction of labor: A historical cohort study. *J Obstet Gynaecol Res.* avr 2018;44(4):697-707.

87. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, *et al.* Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a meta-analysis. *Obesity Reviews.* 2007;8(5):385-94.

88. Bjorklund J, Wiberg-Itzel E, Wallstrom T. Is there an increased risk of cesarean section in obese women after induction of labor? A retrospective cohort study. *PLoS One.* 25 févr 2022;17(2):e0263685.

89. Zheng KF, Jones MN, Mol BW, Rolnik DL. The impact of body mass index on labour management and mode of delivery: A retrospective matched cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* juin 2024;64(3):216-22.

90. Zhang Y, Lu M, Yi Y, Xia L, Zhang R, Li C, *et al.* Influence of maternal body mass index on pregnancy complications and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol* (Lausanne). 2024;15:1280692.

91. Fakhraei R, Denize K, Simon A, Sharif A, Zhu-Pawlowsky J, Dingwall-Harvey ALJ, *et al.* Predictors of Adverse Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Living with Obesity: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 12 févr 2022;19(4):2063.

92. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort. Shi Q, éditeur. *PLoS ONE.* 20 févr 2013;8(2):e56583.

93. Smith GCS, Cordeaux Y, White IR, Pasupathy D, Missfelder-Lobos H, Pell JP, *et al.* The Effect of Delaying Childbirth on Primary Cesarean Section Rates. Fisk N, éditeur. *PLoS Med.* 1 juill 2008;5(7):e144.

94. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise-Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PLoS One.* 2019;14(1):e0210655.

95. Waldenström U, Ekéus C. Risk of obstetric anal sphincter injury increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15 sept 2017;17(1):306.

96. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*. févr 2018;131(2):e49-64.

97. Overview | Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2015 [cité 16 sept 2025]. Disponible sur : https://www.nice.org.uk/guidance/ng3

98. Melamed N, Ray JG, Geary M, Bedard D, Yang C, Sprague A, *et al*. Induction of labor before 40 weeks is associated with lower rate of cesarean delivery in women with gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol*. mars 2016;214(3):364.e1-8.

99. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, *et al*. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 8 mai 2008;358(19):1991-2002.

100. Zhu Y, Zheng Q, Pan Y, Jiang X, Li J, Liu R, *et al*. Association between prepregnancy body mass index or gestational weight gain and adverse pregnancy outcomes among Chinese women with gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 17 févr 2024;14(2):e075226.

101. Vink MDH, deBekker PJGM, Koolman X, vanTulder MW, deVries R, Mol BWJ, et al. Design characteristics of studies on medical practice variation of caesarean section rates: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 20 août 2020;20(1):478.

102. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. Best Practice & Research Clinical *Obstetrics & Gynaecology*. 1 oct 2018;52:3-12.

103. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, *et al*. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. févr 2016;4(2):e98-108.

104. Hug L, You D, Blencowe H, Mishra A, Wang Z, Fix MJ, *et al*. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. *The Lancet*. 28 août 2021;398(10302):772-85.

105. Leroy C, Fomenko E, Goemaes R, Van Leeuw V, Racapé J, Alexander S. Effect of Maternity Characteristics on Cesarean Section Rates in Belgium: A Robson Classification Approach. *Birth*. 1 avr 2025.

106. Lisonkova S, Janssen PA, Sheps SB, Lee SK, Dahlgren L. The effect of maternal age on adverse birth outcomes: does parity matter? *J Obstet Gynaecol Can*. juin 2010;32(6):541-8.

107. Li Y, Townend J, Rowe R, Knight M, Brocklehurst P, Hollowell J. The effect of maternal age and planned place of birth on intrapartum outcomes in healthy women with straightforward pregnancies: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BMJ Open*. 17 janv 2014;4(1):e004026.

108. Saccone G, Gragnano E, Ilardi B, Marrone V, Strina I, Venturella R, *et al*. Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022;159(1):43-55.

109. Rowe R, Knight M, Kurinczuk JJ, on behalf of the UK Midwifery Study System (UKMidSS). Outcomes for women with BMI>35kg/m2 admitted for labour care to alongside midwifery units in the UK: A national prospective cohort study using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). Hackney DN, éditeur. *PLoS ONE*. 4 déc 2018;13(12):e0208041.

110. Magann EF, Doherty DA, Chauhan SP, Klimpel JM, Huff SD, Morrison JC. Pregnancy, obesity, gestational weight gain, and parity as predictors of peripartum complications. *Arch Gynecol Obstet*. oct 2011;284(4):827-36.

111. Lin CH, Wen SF, Wu YH, Huang MJ. Using the 100-g oral glucose tolerance test to predict fetal and maternal outcomes in women with gestational diabetes mellitus. *Chang Gung Med J*. 2009;32(3):283-9.

112. Bai J, Wong FWS, Bauman A, Mohsin M. Parity and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. févr 2002;186(2):274-8.

113. Lisonkova S, Janssen PA, Sheps SB, Lee SK, Dahlgren L. The effect of maternal age on adverse birth outcomes: does parity matter? *J Obstet Gynaecol Can*. juin 2010;32(6):541-8.

114. Rademaker D, Hukkelhoven CWPM, vanPampus MG. Adverse maternal and perinatal pregnancy outcomes related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the Netherlands: A population-based cohort. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2021;100(5):941-8.

115. Jančar N, Mihevc Ponikvar B, Tomšič S, Vrtačnik Bokal E, Korošec S. Is IVF/ICSI an Independent Risk Factor for Spontaneous Preterm Birth in Singletons? A Population-Based Cohort Study. *Biomed Res Int*. 2018;2018:7124362.

116. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. 2018 nov.

117. Ferraretti AP, Nygren K, Andersen AN, De Mouzon J, Kupka M, Calhaz-Jorge C, *et al*. Trends over 15 years in ART in Europe: an analysis of 6 million cycles. *Human Reproduction Open*. 29 août 2017;2017(2):hox012.

118. Scott-Pillai R, Spence D, Cardwell CR, Hunter A, Holmes VA. The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *BJOG*. juill 2013;120(8):932-9.

119. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev*. août 2015;16(8):621-38.

120. Minsart AF, Buekens P, De Spiegelaere M, Englert Y. Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2013;13(1):36.

121. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, *et al*. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 6 juin 2017;317(21):2207.

122. Devlieger R, Benhalima K, Damm P, Van Assche A, Mathieu C, Mahmood T, *et al*. Maternal obesity in Europe: where do we stand and how to move forward?: A scientific paper commissioned by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juin 2016;201:203-8.

123. Grandfils S, Durand P, Hoge A, Seidel L, Emonts P, Paquot N, *et al*. Gestational weight gain: Toward best practices in managing gestational weight gain in patients with obesity: Comparison of recommendations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 juill 2024;298:197-203.

124. Zhu Y, Zhang C. Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective. *Curr Diab Rep*. janv 2016;16(1):7.

125. Oriot P, Radikov J, Gilleman U, Loumaye R, Ryckoort V, Debue E, *et al*. Gestational diabetes mellitus screening according to Carpenter–Coustan and IADPSG criteria: A 7-year follow-up of prevalence, treatment and neonatal complications at a Belgian general hospital. *Diabetes & Metabolism*. juin 2018;44(3):309-12.

126. Benhalima C, Devlieger R. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap(swens) en zwangerschapsdiabetes: consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012. *Vlaams Tijdschrift voor Diabetologie*. 2012;

127. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy Rates Around the World: An Update. *Birth*. sept 2005;32(3):219-23.

128. deTayrac R, Panel L, Masson G, Mares P. [Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). févr 2006;35(1 Suppl):1S24-21S31.

129. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, *et al*. In: Williams Obstetrics, 25e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018 [cité 30 avr 2024]. Disponible sur : obgyn.mhmedical.com/content.aspx?aid=1151896101

130. Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault MY, Bartellas E, Daniels S, Gleason T, *et al.* Guidelines for operative vaginal birth. *J Obstet Gynaecol Can.* août 2004;26(8):747-61.

131. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG.* déc 2008;115(13):1695-702; discussion 1702-1703.

132. Desplanches T, Marchand-Martin L, Szczepanski ED, Ruillier M, Cottenet J, Semama D, *et al.* Mediolateral episiotomy and risk of obstetric anal sphincter injuries and adverse neonatal outcomes during operative vaginal delivery in nulliparous women: a propensity-score analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 19 janv 2022;22(1):48.

133. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet.* déc 2012;286(6):1369-73.

134. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 févr 2017;2(2):CD000081.

135. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* juill 2016;128(1):e1-15.

136. gtg-29.pdf [Internet]. [cité 17 août 2025]. Disponible sur : https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf

137. Ducarme G, Pizzoferrato AC, deTayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, *et al.* Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* sept 2019;48(7):455-60.

138. Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G, FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* févr 2021;152(2):172-81.

1. VARIABLES eBIRTH

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

eBirth - 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 (≥ 140 / ≥ 90 mm Hg) was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
Diabetes	To know if diabetes was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
VIH	To know if VIH was diagnosed or tested	1	Positive
		2	Negative
		3	Not tested
		9	Unknown

Delivery			
Pregnancy Duration	The 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 12 hours following the birth.	1	Yes
		2	No
Transfer Neonatal Type	Here the type of neonatal department has to be chosen	1	N*-department
		2	NIC-department
Congenital Malformation	Identify if the baby suffers of congenital malformation (detected at birth)	1	Yes
		2	No
Anencephalia	Congenital Malformation - Anencephalia	1	Yes
		2	No
Spina bifida	Congenital Malformation - Spina bifida	1	Yes
		2	No
Hydrocephalia	Congenital Malformation - Hydrocephalia	1	Yes
		2	No
Split Lip Palate	Congenital Malformation - split lip/palate	1	Yes
		2	No
Anal Atresia	Congenital Malformation - anal atresia	1	Yes
		2	No
Members Reduction	Congenital Malformation - members reduction	1	Yes
		2	No
Diaphragmatic Hernia	Congenital Malformation - diaphragmatic hernia	1	Yes
		2	No
Omphalocele	Congenital Malformation - omphalocele	1	Yes
		2	No
Gastroschisis	Congenital Malformation - gastroschisis	1	Yes
		2	No
Transpositie Grote Vaten	Congenital Malformation - transpositie grote vaten	1	Yes
		2	No
Afwijking Long	Congenital Malformation - afwijking long (CALM)	1	Yes
		2	No
Atresie Dundarm	Congenital Malformation - atresie dundarm	1	Yes
		2	No
Nier Agenese	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	

eBirth - 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.	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
Mother Other Professional Situation	If option other is chosen for the current professional situation, a description most 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 most 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 eduction 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
		8	Autre, précisez
		9	Inconnu ou non déclarée
Father Other Professional Situation	If option other is chosen for the current professional situation, a description most 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 most 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.	

2. LISTE DES PAYS PAR CATÉGORIE

Belgique
Europe EEE
Allemagne
Autriche
Bulgarie
Chypre
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Finlande
France
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Italie
Lettonie
Liechtenstein
Lituanie
Luxembourg
Malte
Norvège
Pays-Bas
Pologne
Portugal
Roumanie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Tchèque, République
Europe non EEE
Albanie
Andorre
Bélarus
Bosnie-Herzégovine
Gibraltar
Kosovo
Macédoine du Nord
Macédoine, Ex-République
Moldova, République de
Monaco
Monténégro
Royaume-Uni
Russie, Fédération de
Saint-Marin
Serbie
Serbie-Monténégro
Suisse
Turquie
Ukraine
Union Soviétique (Ex)
Yougoslavie

Afrique du Nord
Algérie
Egypte
Libyenne, Jamahiriya Arabe
Maroc
Tunisie
Afrique du Nord
Algérie
Egypte
Libyenne, Jamahiriya Arabe
Maroc
Sahara Occidental
Tunisie
Afrique subsaharienne
Afrique du Sud
Angola
Bénin
Botswana
Burkina Faso
Burundi
Cameroun
Cap-Vert, République du
Centrafricaine, République
Comores
Congo, République Démocratique du
Congo, République du
Côte d'Ivoire
Djibouti
Erythrée
Ethiopie
Gabon
Gambie
Ghana
Guinée
Guinée Equatoriale
Guinée-Bissau
Kenya
Lesotho
Libéria
Madagascar
Malawi
Mali
Maurice
Mauritanie
Mozambique
Namibie
Niger
Nigéria
Ouganda
Rwanda
Sao Tomé-et-Principe
Sénégal
Seychelles

Sierra Leone
Somalie
Soudan
Swaziland
Tanzanie, République-Unie de
Tchad
Togo
Zambie
Zimbabwe
Autres
Afghanistan
Arabie Saoudite
Argentine
Arménie
Australie
Autorité palestinienne
Azerbaïdjan
Bahamas
Bahreïn
Bangladesh
Barbade
Bhoutan
Bolivie
Brésil
Brunéi Darussalam
Cambodge
Canada
Chili
Chine
Colombie
Corée
Costa Rica
Cuba
Dominicaine, République
El Salvador
Emirats Arabes Unis
Equateur
Etats-Unis
Géorgie
Guatemala
Guyana
Haïti
Honduras
Inde
Indonésie
Iran, République Islamique d'
Iraq
Israël
Jamaïque
Japon
Jordanie
Kazakhstan
Kirghizistan

Laos
Liban
Malaisie
Mexique
Mongolie
Népal
Nicaragua
Oman
Ouzbékistan
Pakistan
Panama
Paraguay
Pérou
Philippines
Singapour
Sri Lanka
Suriname
Syrienne, République Arabe
Tadjikistan
Taïwan
Thaïlande
Uruguay
Venezuela
Viet Nam
Yémen
Apatride
Réfugié

www.cepip.be