

Bilan de la santé périnatale à Bruxelles et en Wallonie

Baisse continue du nombre de naissances

Les diminutions respectives de 16,2 % en Région bruxelloise et de 14,0 % en Wallonie au cours des dix dernières années illustrent une tendance structurelle à la baisse de la natalité, en cohérence avec les évolutions observées à l'échelle européenne.

Évolution préoccupante du surpoids et de l'obésité féminine

Entre 2015 et 2024, la proportion de femmes en surcharge pondérale passe de 37,7 % à 47,6 % en Wallonie et de 35,9 % à 43,9 % à Bruxelles avec une proportion de femmes souffrant d'obésité atteignant 21,5 % en Wallonie et 17,1 % à Bruxelles (figure 1). L'augmentation de la proportion de femmes enceintes en surcharge pondérale constitue un enjeu majeur de santé publique. L'obésité maternelle est associée à une morbidité obstétricale et néonatale accrue, incluant le diabète gestationnel, l'hypertension gravidique, la macrosomie et les admissions en néonatalogie.

Variabilité des pratiques obstétricales entre établissements et régions

En 2024, on observe de fortes variations inter-établissements à Bruxelles et en Wallonie: les taux s'échelonnent de 18,1 % à 43,5 % pour l'induction, de 16,4 % à 32,7 % pour la césarienne, de 3,0 % à 13,6 % pour l'instrumentation et de 2,9 % à 34,4 % pour l'épisiotomie (figure 2).

La proportion d'**inductions** atteint 34,1 % en Wallonie et 35,1 % en Région bruxelloise (figure 2). Ces deux proportions sont en augmentation. Les femmes enceintes d'un singleton en présentation sommet entre 39 et 40 semaines sont les plus susceptibles d'être induites. L'induction du travail à partir de 39 semaines chez les femmes qui accouchent pour la première fois n'est pas associée à un risque accru de césarienne non programmée ou de trouble de l'adaptation du nouveau-né en salle de naissance.

La proportion de **césariennes** est de 23,0 % en Wallonie, plus élevée qu'à Bruxelles où la proportion est de 20,7 %. Ces proportions sont toutes deux au-dessus de la barre des 20,0 % (Figure 2). Les primipares à terme, singleton, en présentation céphalique avec induction du travail, et les multipares ayant un antécédent de césarienne contribuent le plus dans le taux global de césariennes. La prévention de la première césarienne et la promotion de la voie basse après césarienne apparaissent dès lors comme des leviers majeurs pour contenir la progression du recours à la chirurgie.

Les 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.

Stabilisation des caractéristiques néonatales

Les caractéristiques néonatales des singletons nés vivants se maintiennent à des niveaux stables au cours de la dernière décennie. Les tendances s'inscrivent dans le contexte européen et mondial : la prématurité reste fréquente mais légèrement en recul (5,5 % à Bruxelles et 6,8 % en Wallonie), 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.

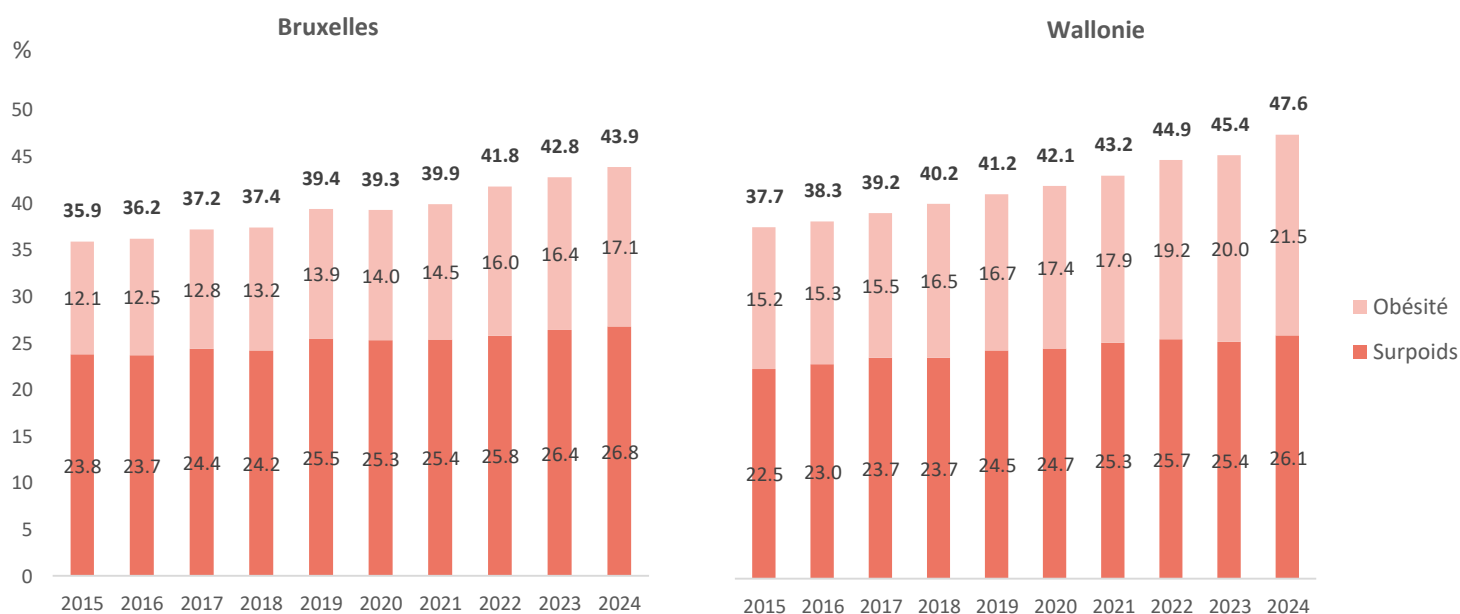


Figure 1. Évolution de la surcharge pondérale chez les mères, Régions bruxelloise et wallonne, 2015-2024

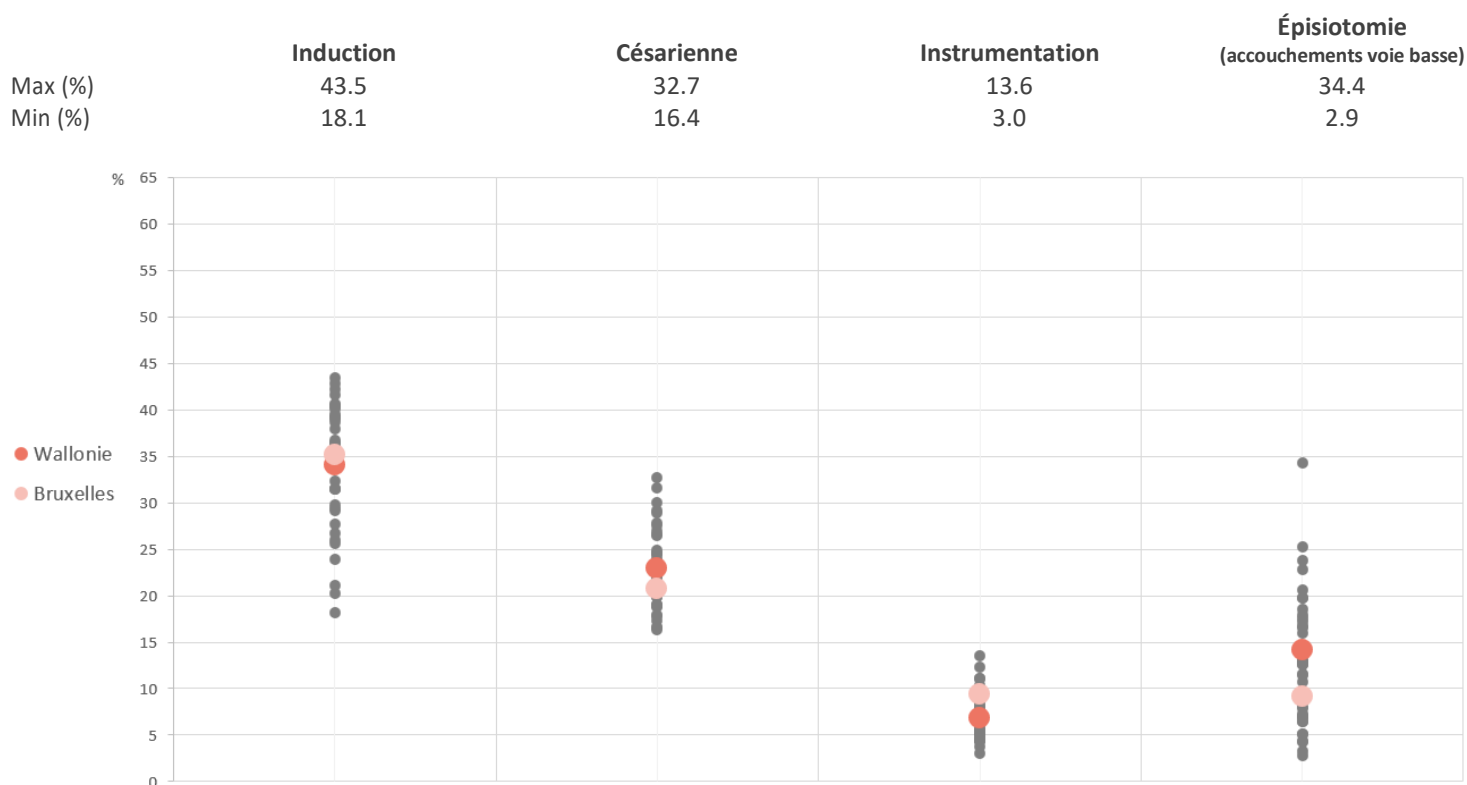


Figure 2. Pratiques obstétricales par maternité, Régions bruxelloise et wallonne, 2024

Le CEpiP publie les rapports des données de naissances de 2024 en Régions bruxelloise et wallonne et un résumé illustré « Colonisation maternelle par le streptocoque du groupe B ». Ces rapports sont basés sur les données officielles des certificats des naissances ayant eu lieu à Bruxelles et en Wallonie. L'asbl CEpiP travaille pour l'AVIQ de la Région wallonne et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.