PROGRAMME
Périnatalité

CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Santé périnatale en Wallonie

Année 2019

PROGRAMME Périnatalité

CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Santé périnatale en Wallonie

Année 2019

Auteures

Charlotte Leroy, Virginie Van Leeuw

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL BRUXELLES

OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN BRUSSEL

Wallonie

AViQ Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

COLOPHON

Auteures
Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw

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

Remerciements
Au personnel des maternités, aux sages-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 des indicateurs en santé périnatale.
Aux membres du conseil scientifique du CEpiP pour leur relecture attentive, leurs précieux conseils et leurs éclairages spécialisés.
A l'Agence pour une vie de qualité pour leur soutien et leur relecture attentive.

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

Impression
AZ Print

Pour plus d'informations
Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl CEpiP
Clos Chapelle-aux-Champs, 30 – B1.30.04
1200 Bruxelles
Tél. : 02.764.38.26
contact@cepip.be

Télécharger le rapport
www.cepip.be

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :
Leroy Ch, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2019. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2020.

ORGANIGRAMME

Conseil d'administration

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

Observateurs bailleurs de fonds

Dr N. Melice	ONE
Dr E. Mendes da Costa	OSSB

Assemblée générale

Prof. Fr. Chantraine	ULiège
Prof. C. Daelemans	ULB
Prof. Ch. Debauche	UCLouvain
Prof. Fr. Debiève	UCLouvain
Dr D. De Siati	UCLouvain
Dr L. Demanez	ULiège
Prof. A.-L. Mansbach	ULB
Prof. V. Rigo	ULiège
Prof. A. Vuckovic	ULB

Équipe du programme périnatalité

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

(P) = Président

Conseil scientifique

Prof. S. Alexander	ULB
Prof. Fr. Chantraine (P)	ULiège
Prof. C. Daelemans	ULB
Prof. Ch. Debauche	UCLouvain
Prof. Fr. Debiève	UCLouvain
Dr L. Demanez	ULiège
Dr D. De Siati	UCLouvain
Dr A. Doyen	CHwapi
Dr P. Eymael	CHR Citadelle
Prof. g. Faron	UZ Brussel
M. O. Gillis	OSSB
Dr Cl. Lamy	GGOLFB
Prof. A.-L. Mansbach (P)	ULB
Dr N. Melice	ONE
Dr E. Mendes da Costa	OSSB
Mme S. Michel	UPSFB
Dr J. Muys	SPE - UZA
Prof. g. Naulaers	CMNN - KULeuven
M. S. Ndame	ONE
Dr Fr. Renard	Sciensano
Prof. V. Rigo	ULiège
Prof. A. Robert	UCLouvain
Mme J. Slomian	ULiège
Dr M. Stevens	CHU Brugmann
Mme A. Vandenhooft	OWS
Mme B. Vos	ULB
Prof. A. Vuckovic	ULB

Abréviations

CMNN	Collège pour la mère et le nouveau-né
FIV	Fécondation in vitro
GGOLFB	Groupement des gynécologues et obstétriciens de langue française de Belgique
ICSI	Intra Cytoplasmic Sperm Injection
IMC	Indice de masse corporelle
KULeuven	Katholieke universiteit Leuven
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONE	Office de la naissance et de l'enfance
OSSB	Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale
OWS	Observatoire wallon de la santé
SPE	Studiecentrum voor perinatale epidemiologie
UCLouvain	Université catholique de Louvain
ULB	Université libre de Bruxelles
ULiège	Université de Liège
UPSFB	Union professionnelle des sages-femmes belges
UZA	Universitair ziekenhuis Antwerpen
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

COLOPHON **3**

ORGANIGRAMME **4**
Abréviations 4

1. INTRODUCTION **9**

2. MÉTHODOLOGIE **10**
2.1. Sources et flux des données 10
2.2. Données 10
2.3. Traitement des données 11
2.4. Analyses 13
2.5. Définitions 13

3. DESCRIPTION DE LA POPULATION **16**
3.1. Accouchements 16
3.2. Naissances 16
3.3. Lieu d'accouchement 17

4. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE **18**
4.1. Synoptique 18
4.2. Âge de la mère 19
4.3. Nationalités de la mère 20
4.4. Situation socioéconomique de la mère 20
4.5. Discussion 21

5. CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE **22**
5.1. Synoptique 22
5.2. Corpulence 22
5.3. Hypertension artérielle 24
5.4. Diabète 25
5.5. Séropositivité VIH 26
5.6. Discussion 27

6. CARACTÉRISTIQUES DE LA GROSSESSE **28**
6.1. Synoptique 28
6.2. Parité 29
6.3. Conception de la grossesse 29
6.4. Prise de poids durant la grossesse 31
6.5. Durée de la grossesse 32
6.6. Discussion 33

7. CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT 34
7.1. Synoptique 34
7.2. Type de début de travail 35
7.3. Induction du travail 36
7.4. Péridurale obstétricale 38
7.5. Mode d'accouchement 39
7.6. Épisiotomie 43
7.7. Accouchement sans intervention obstétricale 44
7.8. Discussion 45

8. PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS 46
8.1. Synoptique 46
8.2. Induction et maternités 46
8.3. Mode d'accouchement et maternités 48
8.4. Épisiotomie et maternités 50
8.5. Accouchement sans intervention obstétricale et maternités 50
8.6. Discussion 51

9. CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES 52
9.1. Synoptique 52
9.2. Présentation de l'enfant à la naissance 53
9.3. Âge gestationnel 53
9.4. Poids à la naissance 56
9.5. Petit poids à la naissance selon l'âge gestationnel 57
9.6. Sexe du nouveau-né 59
9.7. Malformations congénitales 59
9.8. Apgar 59
9.9. Ventilation du nouveau-né 60
9.10. Admission dans un centre néonatal 61
9.11. Discussion 62

10. ALLAITEMENT MATERNEL 63

11. MORTINATALITÉ 64
11.1. Discussion 65

12. CONCLUSION 66

13. RÉFÉRENCES 67

ANNEXE : VARIABLES EBIRTH 71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Distribution des accouchements 16
Tableau 2. Distribution des naissances 16
Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques de la mère 18
Tableau 4. Caractéristiques biomédicales de la mère 22
Tableau 5. Distribution de la corpulence selon les caractéristiques de la mère 23
Tableau 6. Caractéristiques de la grossesse 28
Tableau 7. Caractéristiques de l'accouchement 34
Tableau 8. Distribution du type de début de travail selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse 36
Tableau 9. Classification des inductions selon les groupes de Nippita 37
Tableau 10. Distribution des naissances selon le mode d'accouchement 39
Tableau 11. Classification des césariennes selon les groupes de Robson 42
Tableau 12. Pratiques obstétricales et maternités 46
Tableau 13. Caractéristiques des naissances totales 52
Tableau 14. Caractéristiques des naissances vivantes 53
Tableau 15. Distribution des naissances selon l'âge gestationnel 53
Tableau 16. Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques de la mère pour les singletons vivants 55
Tableau 17. Distribution des naissances selon les percentiles de petit poids pour âge gestationnel 57
Tableau 18. Malformations les plus enregistrées 59
Tableau 19. Distribution des mort-nés selon l'âge gestationnel 65

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Évolution du type d'enregistrement pour les naissances vivantes 11
Figure 2. Distribution des proportions de données manquantes par indicateur 12
Figure 3. Évolution du nombre de naissances 17
Figure 4. Nombre d'accouchements par maternité 17
Figure 5. Évolution de l'âge moyen des mères selon la parité 19
Figure 6. Évolution des âges extrêmes 20
Figure 7. Évolution des proportions de surpoids et d'obésité 23
Figure 8. Évolution de la proportion d'hypertension artérielle 24
Figure 9. Distribution de l'hypertension artérielle selon les caractéristiques de la mère 25
Figure 10. Évolution de la proportion de diabète 25
Figure 11. Distribution du diabète selon les caractéristiques de la mère 26
Figure 12. Évolution de la parité 29
Figure 13. Évolution du traitement conceptionnel 30
Figure 14. Distribution du traitement conceptionnel selon les caractéristiques de la mère 30
Figure 15. Prise de poids moyenne durant la grossesse selon la corpulence de la mère 31
Figure 16. Évolution des proportions de prématurité 32
Figure 17. Évolution du type de début de travail 35
Figure 18. Évolution de la proportion d'inductions 36
Figure 19. Évolution de la part des groupes de Nippita dans la proportion d'inductions 37
Figure 20. Évolution des proportions d'accouchements avec péridurale 38
Figure 21. Évolution du mode d'accouchement 39
Figure 22. Distribution de la césarienne selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse 40
Figure 23. Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne 41

Figure 24. Distribution de la césarienne selon les caractéristiques de la naissance pour les singletons vivants 41
Figure 25. Évolution de la part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes 42
Figure 26. Évolution de la proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse 43
Figure 27. Proportion d'épisiotomies selon le mode d'accouchement pour les accouchements par voie basse 44
Figure 28. Évolution de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale 44
Figure 29. Proportion d'inductions par maternité 46
Figure 30. Part des groupes de Nippita dans la proportion d'inductions par maternité 47
Figure 31. Mode d'accouchement par maternité 48
Figure 32. Part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes par maternité 49
Figure 33. Proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne par maternité 49
Figure 34. Proportion d'épisiotomies par maternité pour les accouchements par voie basse 50
Figure 35. Proportion d'accouchements sans intervention obstétricale par maternité 50
Figure 36. Évolution des proportions de singletons vivants late preterm et early term 54
Figure 37. Évolution des proportions de faible poids à la naissance pour les singletons vivants 56
Figure 38. Évolution de la proportion des singletons vivants selon les percentiles de petit poids pour âge gestationnel 57
Figure 39. Proportion de petit poids pour l'âge gestationnel (≤ 10e percentile) selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse pour les singletons vivants 58
Figure 40. Évolution de la proportion d'enfants nés vivants présentant un score d'Apgar inférieur à 7 et inférieur à 4 à 5 minutes 60
Figure 41. Évolution du type de ventilation pour les naissances vivantes 60
Figure 42. Évolution du type d'admission en centre néonatal pour les naissances vivantes 61
Figure 43. Distribution de l'allaitement maternel selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse 63
Figure 44. Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion 64
Figure 45. Évolution de la mortinatalité pour les naissances à partir de 28 semaines 65

1. 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.

Depuis plusieurs décennies, de nombreux progrès ont été réalisés dans le domaine de la santé périnatale (1). Ces avancées se sont traduites, notamment, par une diminution du taux de mortalité périnatale (2-3). Comme le souligne le dernier rapport européen de santé périnatale (3), malgré ces tendances positives, la période périnatale reste une période de vulnérabilité importante pour la mère et l'enfant. L'identification des facteurs de risque revêt une grande importance, notamment lorsqu'il s'agit d'élaborer des stratégies de prévention efficaces. Le surpoids, le tabagisme, l'âge avancé, l'hypertension ou le diabète pré-existant, la primiparité, le retard de croissance, le décollement placentaire sont les principaux facteurs de risque modifiables de la mortalité fœtale dans les pays à hauts revenus (4). La prématurité, le retard de croissance et les anomalies congénitales sont les principales causes de mortalité et morbidité périnatales. De nombreuses études ont également montré que les problèmes de santé rencontrés au cours la période périnatale peuvent avoir des conséquences à plus long terme sur la santé et perpétuer ainsi les inégalités sociales de santé au cours de la vie (5). Ces inégalités sociales de santé peuvent à leur tour participer à la pérennisation des inégalités sociales (6). La surveillance des principaux indicateurs de santé périnatale ainsi que des facteurs de risque de mortalité et de morbidité demeurent donc essentielle.

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2019 en Wallonie. Il couvre toutes les naissances survenues sur le territoire wallon, indépendamment du lieu de résidence de la mère. Les données présentées portent sur les caractéristiques sociodémographiques et biomédicales des mères, sur des indicateurs liés à la grossesse, à l'accouchement et à la naissance. L'évolution de ces indicateurs dans le temps est présentée. Certains indicateurs font également l'objet d'une analyse plus détaillée pour identifier d'éventuelles disparités en fonction de l'âge ou la nationalité d'origine de la mère ou d'autres facteurs de risque potentiels.

Ce travail est réalisé 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 de stratégies et des programmes de prévention et de promotion de la santé périnatale.
Les données de la Région bruxelloise sont présentées séparément (7). En combinant ces deux rapports avec celui du Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (8), 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).

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 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.

2.2 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. Depuis lors, de plus en plus de maternités et de communes font le choix de compléter le bulletin de naissance de ces enfants par voie électronique remplaçant ainsi peu à peu le bulletin au format papier (Modèle I). En 2019, les données de 26 des 34 maternités et de 22 des 262 communes wallonnes proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques eBirth. 70,1 % des naissances vivantes ont été déclarées via cette application. La proportion de naissances déclarées via eBirth augmente depuis 2010 (figure 1).

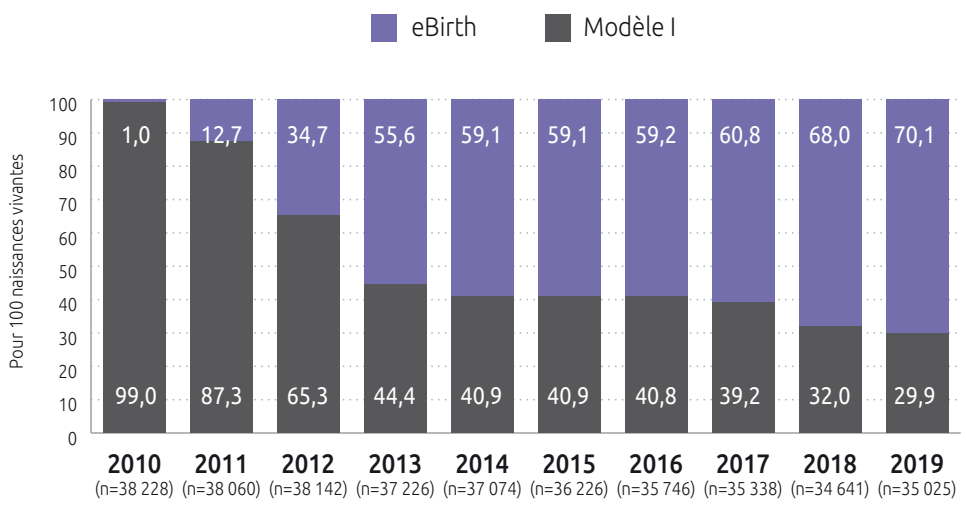

Figure 1 : Évolution du type d'enregistrement pour les naissances vivantes, Wallonie, 2010-2019, N=365 706

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.

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.

2.3 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 naissance/décès.

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

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).

La figure 2 présente la liste des indicateurs analysés et la proportion de données manquantes par certificat pour chacun de ces indicateurs. Globalement, les proportions de données manquantes sont très faibles (<2,0 %). 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 données manquantes pour les données biométriques de la mère diminuent depuis 2010. En revanche, les proportions de manquants pour les indicateurs «niveau d'instruction» et «situation professionnelle» ne s'améliorent pas depuis 2010.

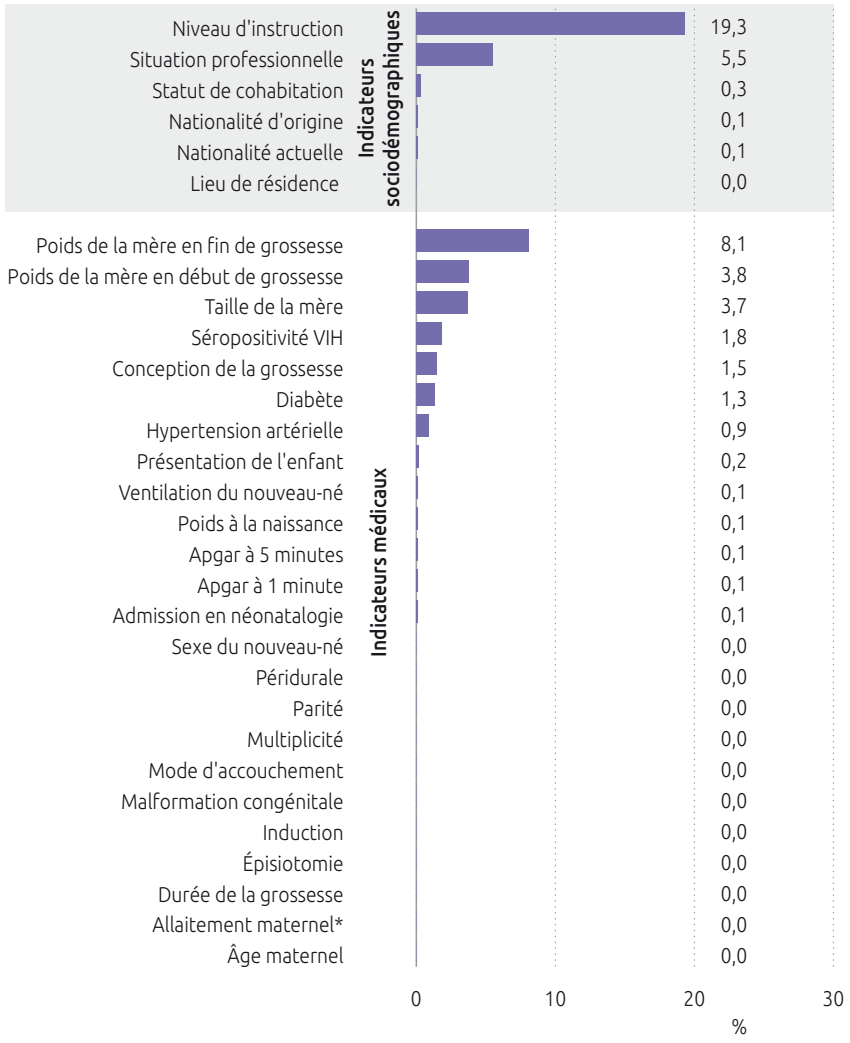

Figure 2 : Distribution des proportions de données manquantes par indicateur, Wallonie, 2019, N=35 226

* L'indicateur «Allaitement maternel» est uniquement collecté par le formulaire électronique eBirth (N=24 550)

2.4 ANALYSES

Ce rapport décrit les données périnatales pour les naissances survenues sur le territoire wallon au cours de l'année 2019.

Pour chaque indicateur, une description a été réalisée par naissance ou par accouchement afin de répondre aux recommandations internationales tout en permettant de comparer les résultats aux autres publications belges, à savoir celle de la Région bruxelloise (7) de 2019. Le dernier rapport d'Euro-Peristat permet de situer les données de la Belgique au sein de l'Europe (3).

Une analyse de l'évolution depuis 2010 (9-17) est présentée dans le rapport.

Certains indicateurs ont été comparés selon les caractéristiques sociodémographiques (âge et nationalité d'origine), biomédicales de la mère (corpulence, hypertension artérielle et diabète) et de la grossesse (parité, conception de la grossesse et durée de gestation).

Pour l'analyse des pratiques obstétricales par maternité, un numéro aléatoire a été attribué à chaque maternité. Les maternités maintiennent le même numéro dans les différentes figures du paragraphe «pratiques obstétricales par maternité», ceci permettant d'observer le ranking de chaque maternité selon le type de pratique obstétricale.

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

2.5 DÉFINITIONS

Trente-trois indicateurs sont analysés tout au long de ce rapport. Certains sont basés sur les variables disponibles dans les bulletins statistiques de naissance et de décès, d'autres sont construits en regroupant plusieurs catégories de variables.

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

Pour **la nationalité d'origine de la mère**, 8 catégories ont été créées sur la base des nationalités les plus fréquentes en Wallonie en 2019 (belge, marocaine, française, italienne, turque, roumaine, congolaise et autres). Les mêmes catégories ont été utilisées pour la nationalité actuelle. La nationalité d'origine de la mère est définie comme la nationalité que la mère avait à sa propre naissance.

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, 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 (18)

pour les femmes âgées de moins de 18 ans :
< -2SD = insuffisance pondérale
> +1SD = surpoids
> +2SD = obésité (19)

L'IMC est analysé selon 4 catégories, à savoir le sous-poids, la corpulence normale, le surpoids et l'obésité. Dans certains cas, les catégories surpoids et obésité sont regroupées sous la dénomination surcharge pondérale.

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 de la poche des eaux. L'induction des contractions en cas de rupture prématurée de la poche des eaux chez une patiente qui n'a pas d'autre signe de travail est aussi classée dans les inductions. 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. (20) 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.

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 (21), 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 (22).

Un indicateur **accouchement sans intervention obstétricale** a été créé, il s'agit de tout accouchement par voie basse après un travail spontané, sans instrumentation et sans épisiotomie.

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 et les «full-term» qui regroupent toutes les naissances à partir de 39 semaines (23).

Le petit poids à la naissance est défini comme tout enfant né avec un poids inférieur à 2 500 g. Ce poids à la naissance étant fortement lié à l'âge gestationnel, nous avons créé l'indicateur de petit poids pour l'âge gestationnel sur la base des courbes d'Intergrowth 21 (24). Ces courbes ont été construites sur la base des données de nouveaux-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 nouveaux-nés à 33 semaines ou moins nés de mères avec certains facteurs de risque ont malgré tout été intégrés dans la population d'étude mais ces enfants ne présentaient ni malformations congénitales ni retard de croissance intra-utérin. Les courbes Intergrowth sont donc à utiliser avec précaution étant donné le faible effectif de grossesses «normales» à 33 semaines ou moins (24).

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.

L'indicateur **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.

3. DESCRIPTION DE LA POPULATION

3.1 ACCOUCHEMENTS

En 2019, 34 165 accouchements de singletons et 528 accouchements multiples ont été enregistrés sur le territoire wallon. Parmi les 1,5 % d'accouchements multiples, on observe 523 grossesses de jumeaux et 5 grossesses de triplés (tableau 1).

La proportion de grossesses multiples est stable de 2010 à 2017 (1,7 %), avant de légèrement diminuer.

Tableau 1 : Distribution des accouchements, Wallonie, 2019, N=34 693

		Nombre	%
Singletons		**34 165**	**98,48**
	1 enfant vivant	33 990	
	1 enfant mort-né	175	
Grossesses gémellaires		**523**	**1,51**
	2 enfants vivants	504	
	1 enfant vivant et 1 mort-né	12	
	2 enfants mort-nés	7	
Grossesses triples		**5**	**0,01**
	3 enfants vivants	5	

3.2 NAISSANCES

En 2019, 35 226 naissances survenues sur le territoire wallon ont été enregistrées, avec 34 165 naissances uniques et 1 061 naissances multiples (tableau 2).

Tableau 2 : Distribution des naissances, Wallonie, 2019, N=35 226

		Nombre	%
Naissances vivantes		**35 025**	**99,4**
	Singletons	33 990	97,0
	Multiplés	1 035	3,0
Mort-nés		**201**	**0,6**
	Singletons	175	87,1
	Multiplés	26	12,9

Une diminution du nombre de naissances en Wallonie est observée depuis 2012 passant de 38 383 naissances à 35 226 en 2019 (figure 3).

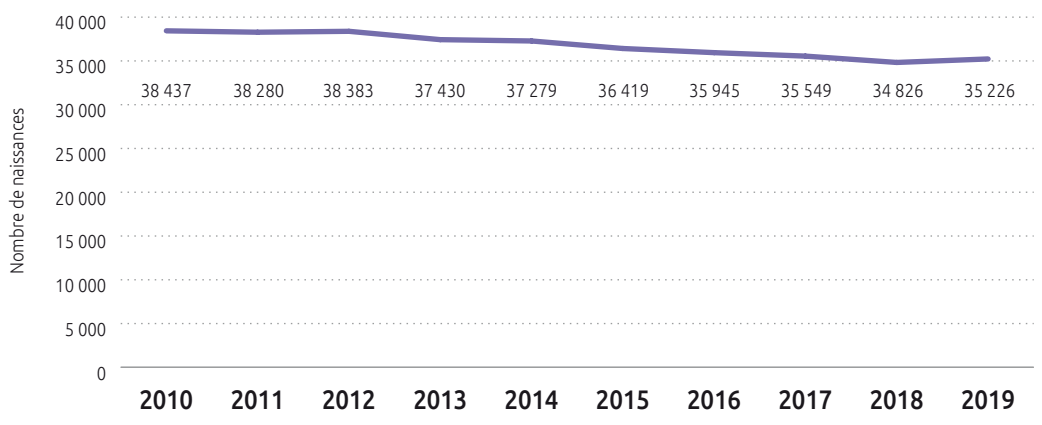

Figure 3 : Évolution du nombre de naissances, Wallonie, 2009-2019, N=367 774

3.3 LIEU D'ACCOUCHEMENT

Nous avons comptabilisé 34 435 accouchements à l'hôpital et 258 accouchements en extra-hospitaliers (0,7 %).

Le parc hospitalier wallon compte 34 maternités dont une a fermé en milieu d'année. Pour les 33 maternités en activité tout au long de l'année 2019, le nombre d'accouchements enregistrés par maternité s'étend de 181 à 3 385. Dix-huit maternités ont moins de 1 000 accouchements par an dont huit maternités se situent en dessous de 500 accouchements par an (figure 4).

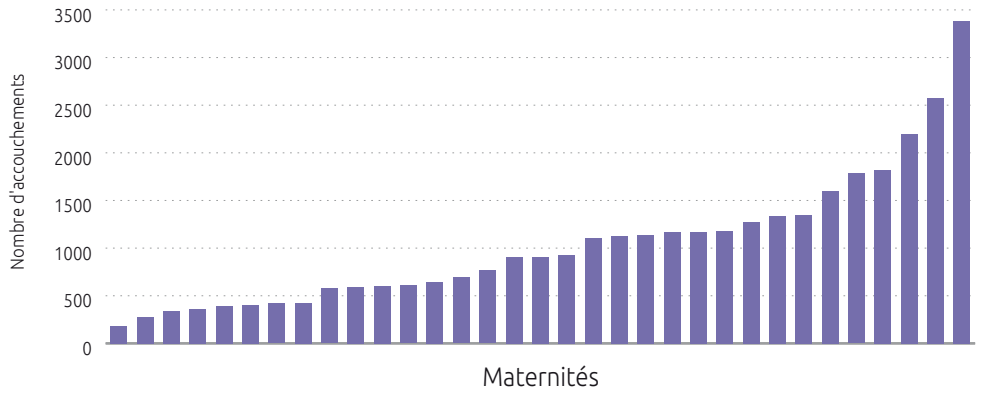

Figure 4 : Nombre d'accouchements par maternité, Wallonie, 2019, N=34 229

Parmi les 258 accouchements extra-hospitaliers, on comptabilise 67 accouchements en maisons de naissance, 113 accouchements à domicile programmés en présence d'un professionnel et 67 accouchements inopinés. Le type d'accouchement extra-hospitalier est inconnu pour 11 accouchements (4,3 %). La proportion d'accouchements extra-hospitaliers reste stable entre 2010 et 2019 (0,7 %).

4. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

4.1 SYNOPTIQUE

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques de la mère, Wallonie, 2019, N=34 693			
		Nombre	**%**
Âge (années) (n=34 693)	< 20	784	2,3
	20-24	3 994	11,5
	25-29	11 182	32,2
	30-34	12 105	34,9
	35-39	5 331	15,4
	40-44	1 222	3,5
	≥ 45	75	0,2
Nationalité d'origine (n=34 655)	Belge	25 121	72,5
	Marocaine	1 408	4,1
	Française	1 256	3,6
	Italienne	1 028	3,0
	Turque	585	1,7
	Roumaine	430	1,2
	Congolaise	428	1,2
	Autres	4 399	12,7
Nationalité actuelle (n=34 657)	Belge	28 245	81,5
	Marocaine	791	2,3
	Française	1 129	3,3
	Italienne	448	1,3
	Turque	221	0,6
	Roumaine	382	1,1
	Congolaise	225	0,7
	Autres	3 216	9,3
Lieu de résidence (n=34 689)	Wallonie	33 690	97,1
	Flandre	329	1,0
	Bruxelles	180	0,5
	Pays étranger	490	1,4
Cohabitation (n=34 602)	Vit seule	6 888	19,9
	En union	27 714	80,1
Niveau d'instruction (n=27 821)	Secondaire ou moins	16 448	59,1
	Supérieur	11 373	40,9
Situation professionnelle (n=32 773)	Non active	13 062	39,9
	Active	19 711	60,1

4.2 ÂGE DE LA MÈRE

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30,5 ans (écart-type : 5,2 ans ; minimum : 13,7 ans ; maximum : 59,0 ans). Les mères primipares sont plus jeunes en Région wallonne (âge moyen = 28,7 ans) par rapport à la Région bruxelloise (âge moyen = 30,4 ans) (7). Pour les multipares, l'âge moyen est de 32,0 ans, ce qui est plus faible qu'en Région bruxelloise (33,2 ans) (7).

L'âge moyen des femmes qui accouchent en Wallonie continue à augmenter passant de 29,4 ans en 2010 à 30,5 ans en 2019 (figure 5). Cet âge moyen augmente aussi bien chez la primipare que chez la multipare.

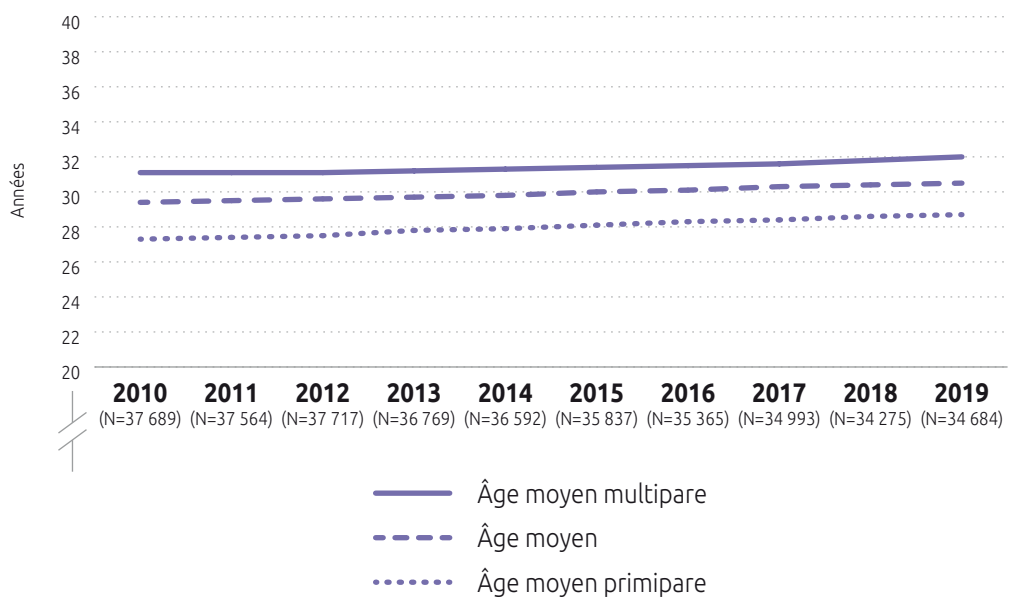

Figure 5 : Évolution de l'âge moyen des mères selon la parité, Wallonie, 2010-2019, N=361 485

Si l'on s'intéresse aux catégories d'âges extrêmes, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de 2,3 % (tableau 3) ce qui est plus élevé qu'en Région bruxelloise (1,2 %) (7).

La proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 19,1 % (tableau 3). Ce résultat est plus faible qu'en Région bruxelloise (30,0 %) (7).

La proportion de mères âgées de 40 ans et plus en Wallonie (3,7 %) est plus faible qu'à Bruxelles (7,0 %) (7). Parmi ces mères de 40 ans et plus, 20,8 % sont primipares et 29,5 % sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus).

La proportion de mères âgées de moins de 20 ans diminue de 2010 à 2019 (3,8 % à 2,3 %). Quant aux mères âgées de 40 ans et plus, la proportion augmente de 2,8 % à 3,7 % (figure 6).

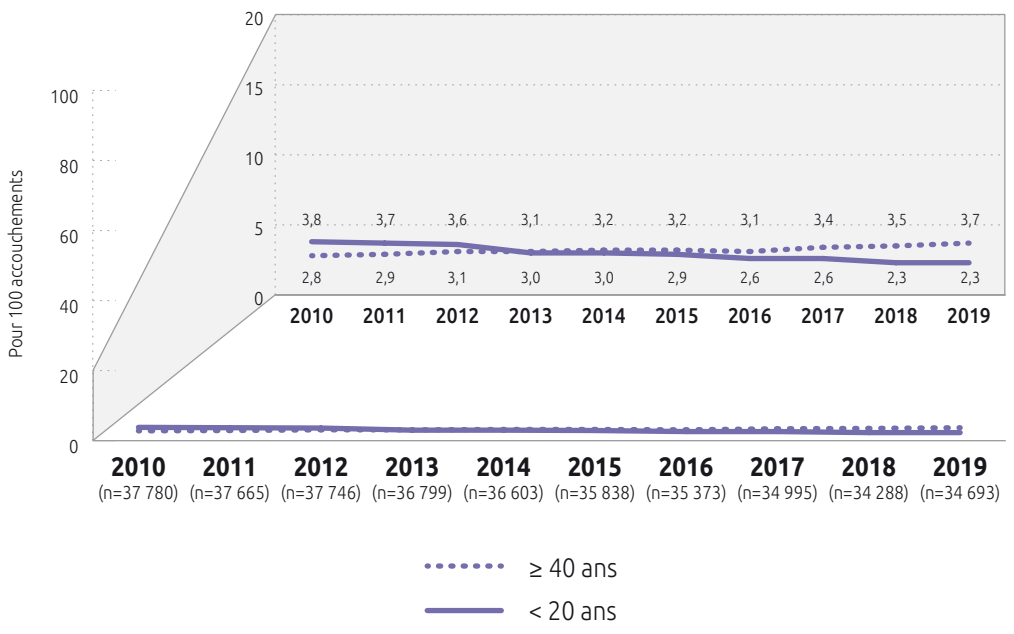

Figure 6 : Évolution des âges extrêmes, Wallonie, 2010-2019, N=361 780

4.3 NATIONALITÉS DE LA MÈRE

La proportion de mères de nationalité d'origine étrangère est de 27,5 % (tableau 3). Les nationalités d'origine étrangère les plus représentées sont marocaine (4,1 %), française (3,6 %), italienne (3,0 %) et turque (1,7 %). La catégorie «autres» comprend 132 nationalités avec des proportions qui varient de 0,0 % à 1,1 %.

La proportion de mères de nationalité d'origine étrangère augmente de 2010 à 2018 passant de 25,2 % à 28,9 %, pour diminuer à 27,5 % en 2019.

La proportion de mères de nationalité actuelle non belge est de 18,5 %.

4.4 SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE DE LA MÈRE

La très grande majorité des mères (97,1 %) ayant accouché sur le territoire wallon réside en Wallonie (tableau 3). Parmi la minorité de mères qui résident en France, en Flandre ou en Région bruxelloise, la majorité d'entre elles accouche dans une maternité proche de leur lieu de résidence.

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule est de 19,9 %. La proportion de mères n'ayant pas fait d'études supérieures est de 59,1 % et celle n'exerçant pas d'activité professionnelle est de 39,9 % (tableau 3).

4.5 DISCUSSION

L'âge moyen des mères qui accouchent en Wallonie continue à augmenter passant de 29,4 ans à 30,5 ans de 2010 à 2019 avec une proportion de mères âgées de 40 ans et plus qui passe de 2,8 % en 2010 à 3,7 % en 2019.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, l'âge moyen de la mère à l'accouchement tourne autour de 30 ans ou plus. 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 (25). Les raisons de l'augmentation du nombre de naissances chez les mères plus âgées sont complexes. Dans le monde développé, il est de plus en plus fréquent pour les femmes de retarder la première naissance jusqu'à ce qu'elles soient dans leur trentaine. Depuis les années 70, la vie sociale moderne a eu des effets considérables sur la vie reproductive des femmes. L'âge plus tardif à la maternité s'explique notamment par le fait que les femmes font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, entrent plus tard en union et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces (26). Néanmoins, 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 (27-29).

Le report de l'âge de la grossesse est observé dans d'autres pays européens (30-31). L'augmentation de la proportion de mères âgées de 35 ans et plus entre 2010 et 2015 est importante, avec une augmentation absolue d'environ 8 % au Portugal et en Espagne. Seuls quatre pays (l'Allemagne, l'Estonie, les Pays-Bas et la Suède) ont enregistré une diminution (inférieure à 1 %) de cette proportion entre 2010 et 2015 (3).

En 2019, 139 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 types de nationalités est d'ailleurs en lien avec les vagues successivent 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 (32-33), le recours aux pratiques obstétricales (34-35) et l'issue de la grossesse (36-37).

5. CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

5.1 SYNOPTIQUE

Tableau 4 : Caractéristiques biomédicales de la mère, Wallonie, 2019, N=34 693			
		Nombre	**%**
Corpulence (n=32 989)	Sous-poids	1 942	5,9
	Normale	17 448	52,9
	Surpoids	8 075	24,5
	Obésité	5 524	16,7
Hypertension artérielle (n=34 388)	Oui	1 519	4,4
	Non	32 869	95,6
Diabète (n=34 247)	Oui	3 589	10,5
	Non	30 658	89,5
Séropositivité VIH (n=34 061)	Positif	102	0,3
	Négatif	33 673	98,9
	Non testé	286	0,8

5.2 CORPULENCE

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen est de 25,0 kg/m² (écart-type : 5,4 kg/m²).

En début de grossesse, 41,2 % des mères sont en surcharge pondérale avec 24,5 % des mères en surpoids et 16,7 % souffrant d'obésité (tableau 4). La proportion de mères en surpoids est plus faible que celle en Région bruxelloise (25,5 %) tandis que la proportion d'obésité est plus élevée (13,9 %) (7).

La proportion de mères en surcharge pondérale augmente de 2010 à 2019, passant de 34,7 % à 41,2 %. Cette augmentation se marque pour le surpoids et l'obésité (figure 7).

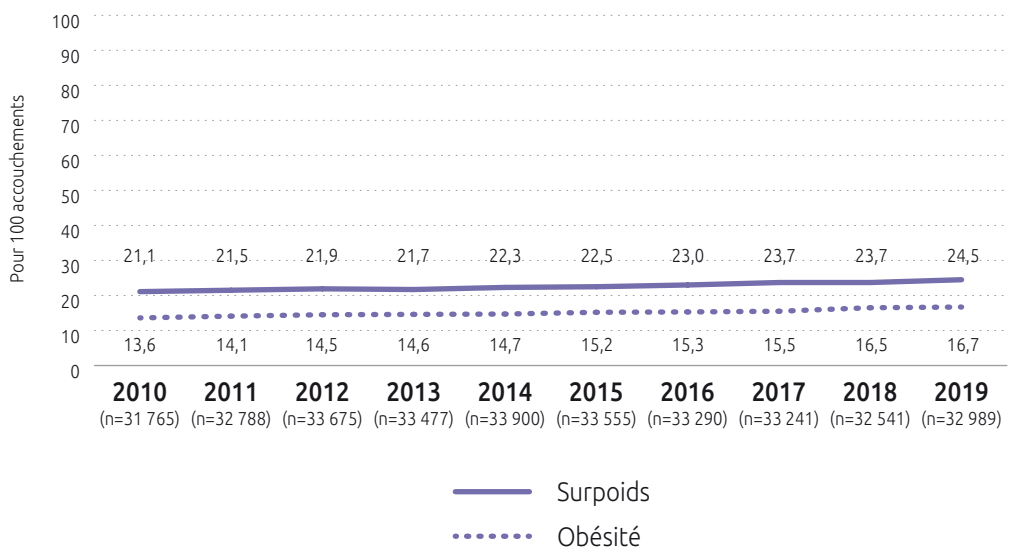

Figure 7 : Évolution des proportions de surpoids et d'obésité, Wallonie, 2010-2019, N=331 221

On observe une association entre le statut pondéral de la mère et l'âge, la nationalité d'origine et la parité. La proportion de mères en surpoids ou souffrant d'obésité augmente avec l'âge de la mère et la parité. Les mères de nationalité d'origine congolaise ont les proportions de surpoids ou d'obésité les plus élevées (tableau 5).

Tableau 5 : Distribution de la corpulence selon les caractéristiques de la mère, Wallonie, 2019

		Surpoids %	Obésité %
Âge (années)	< 20 (n=710)	17,3	12,4
	20-29 (n=14 478)	23,6	16,9
	30-39 (n=16 582)	25,1	16,4
	≥ 40 (n=1 219)	30,7	23,1
Nationalité d'origine	Belge (n=24 071)	23,2	16,9
	Marocaine (n=1 333)	34,4	17,9
	Française (n=1 193)	24,3	14,9
	Italienne (n=994)	22,1	18,7
	Turque (n=559)	31,1	17,0
	Roumaine (n=394)	21,8	15,7
	Congolaise (n=393)	35,4	23,9
Parité	Primipare (n=14 335)	22,7	14,9
	Multipare (n=18 654)	25,8	18,1

5.3 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La proportion de mères souffrant d'hypertension est de 4,4 %, qu'elle soit préexistante ou gravidique (tableau 4). Cette proportion est plus faible que celle observée en Région bruxelloise (5,0 %) (7).

La proportion de femmes souffrant d'hypertension artérielle diminue de 2010 à 2019, passant de 5,0 % à 4,4 % (figure 8).

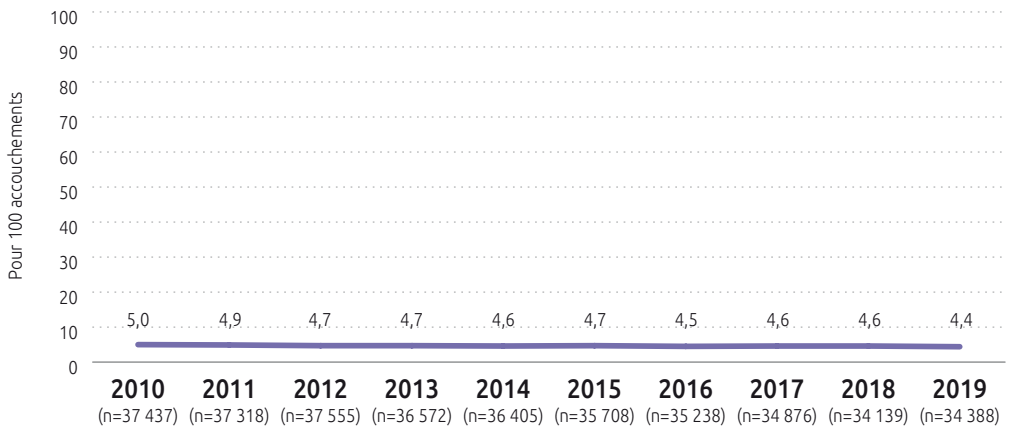

Figure 8 : Évolution de la proportion d'hypertension artérielle, Wallonie, 2010-2019, N=359 636

On observe une association entre l'hypertension atérielle et l'âge, la nationalité d'origine, la parité et le statut pondéral de la mère. La proportion d'hypertension augmente avec l'âge et la corpulence de la mère. Les mères d'origine congolaise ont une proportion d'hypertension plus élevée que les mères d'origine belge. La proportion d'hypertension artérielle est plus élevée parmi les primipares que les multipares (figure 9).

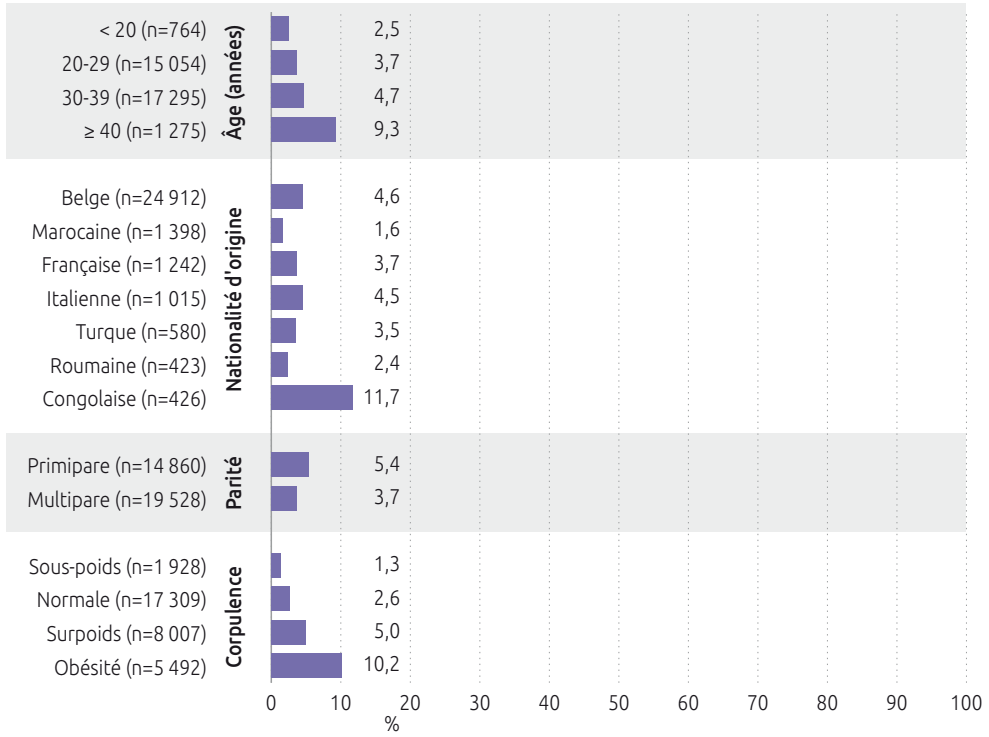

Figure 9 : Distribution de l'hypertension artérielle selon les caractéristiques de la mère, Wallonie, 2019

5.4 DIABÈTE

La proportion de mères souffrant de diabète est de 10,5 %, qu'il soit gestationnel ou préexistant (tableau 4). Cette proportion est inférieure à celle observée en Région bruxelloise (15,3 %) (7).

Une augmentation de la proportion de diabète est observée de 2010 à 2019 passant de 5,7 % à 10,5 % (figure 10).

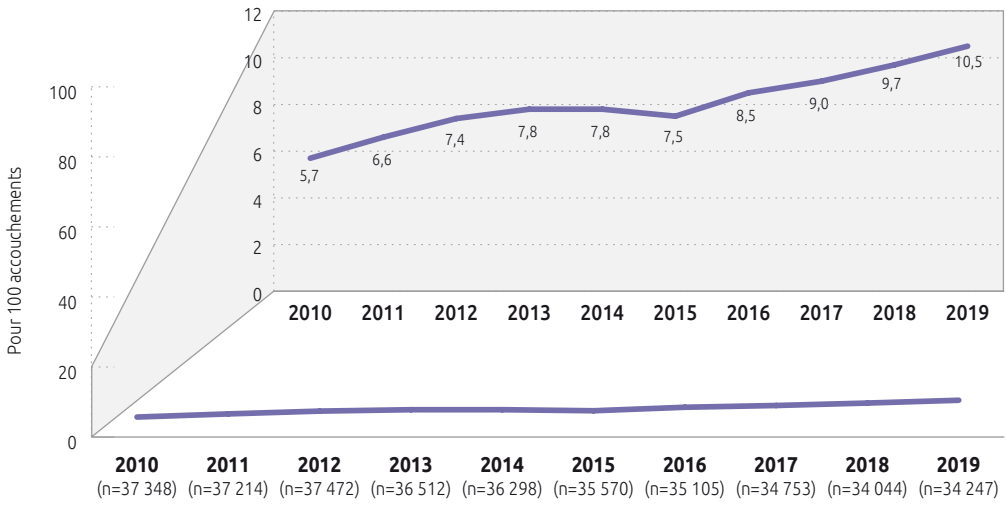

Figure 10 : Évolution de la proportion de diabète, Wallonie, 2010-2019, N=358 563

On observe une association entre le diabète et l'âge, la nationalité d'origine, la parité et le statut pondéral de la mère. La proportion de diabète augmente avec l'âge et la corpulence de la mère. Les mères d'origine marocaine ou turque ont une proportion de diabète plus élevée que les mères d'origine belge. La proportion de diabète est plus élevée parmi les multipares que les primipares (figure 11).

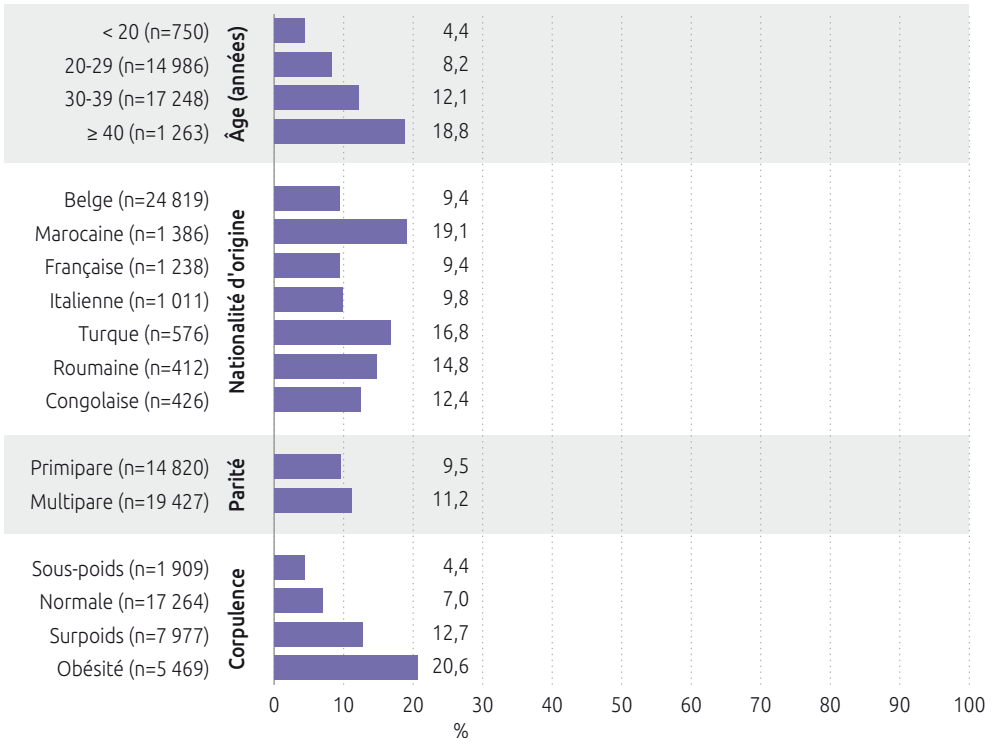

Figure 11 : Distribution du diabète selon les caractéristiques de la mère, Wallonie, 2019

5.5 SÉROPOSITIVITÉ VIH

Cent-deux mères ont un statut VIH positif (tableau 4). La proportion de mères avec un statut VIH reste stable de 2010 à 2019.

5.6 DISCUSSION

Lors de l'analyse des caractéristiques biomédicales de la mère, on constate que la proportion de mères en surpoids ou souffrant d'obésité ainsi que la proportion de mères diabétiques augmentent entre 2010 et 2019. En revanche, la proportion de mères hypertendues durant la grossesse diminue sur la même période.

En 2019, près d'une femme sur quatre souffre de surpoids et près d'une femme sur six d'obésité. Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreuses complications, comme le diabète, l'hypertension artérielle et la macrosomie. L'admission dans un service de soins intensifs néonatals et le faible score d'Apgar arrivent plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (38).

En Europe, les pays et régions affichent une variabilité importante des proportions de surpoids et d'obésité, mais la majorité des pays qui collecte cet indicateur affiche un taux d'obésité supérieur à 10,0 %. Plus précisément la proportion de mères en surpoids varie de 19,0 % (Croatie et Autriche) à 29,8 % (Irlande du Nord) et celle souffrant d'obésité de 8,0 % (Croatie) à 26,0 % (Pays de Galles) (3).

Pour ce qui est du diabète, une augmentation constante de la proportion est observée passant de 5,7 % à 10,5 % entre 2010 et 2019. Cette augmentation peut s'expliquer en partie par l'augmentation de la proportion de mère souffrant d'obésité et le recul de l'âge de la grossesse. Le diabète gestationnel est une complication courante de la grossesse et peut avoir des conséquences à court et à long termes sur la santé de la mère et de l'enfant. L'âge, le niveau socioéconomique et l'origine ethnique ont été associés au diabète gestationnel, en défaveur des femmes plus âgées, de celles issues des niveaux socioéconomiques plus défavorisés et des femmes qui ne sont pas nées dans le pays où elles accouchent (39). La prévalence du diabète gestationnel varie de façon importante entre les pays européens. La Norvège présente la prévalence la plus élevée (22,3 %) et l'Irlande la prévalence la plus faible (1,8 %) (40). Même en Belgique, la prévalence du diabète gestationnel est très hétérogène, allant de 5,7 % dans un hôpital universitaire du Braband flamand jusqu'à 23 % dans un hôpital général du Hainaut occidental (41). Ces variations peuvent s'expliquer, au moins en partie, par les différences observées au niveau des méthodes de dépistage, de diagnostiA et/ou des caractéristiques sociodémographiques des populations (42). Néanmoins, plusieurs études font état d'une augmentation de la prévalence du diabète gestationnel (43-44) ce qui en fait un enjeu important en termes de santé publique.

Lutter contre l'obésité et améliorer le dépistage des mères diabétiques sont des priorités de santé publique et permettraient de limiter les risques associés tels qu'un poids à la naissance élevé, un accouchement compliqué, une césarienne ou une hypoglycémie néonatale.

6. CARACTÉRISTIQUES DE LA GROSSESSE

6.1 SYNOPTIQUE

Tableau 6 : Caractéristiques de la grossesse, Wallonie, 2019, N=34 693			
		Nombre	**% Moy (DS)**
Parité (n=34 684)	1	14 975	43,2
	2-3	16 586	47,8
	4 +	3 123	9,0
Conception de la grossesse (n=34 168)	Spontanée	32 730	95,8
	Traitement hormonal	270	0,8
	FIV ou ICSI	1 168	3,4
Prise de poids durant la grossesse (kg) (n=31 623)			11,6 (5,8)
Durée de la grossesse (semaines) (n=34 684)	< 28	184	0,5
	28-31	262	0,8
	32-33	294	0,9
	34-36	2 192	6,3
	37-38	9 743	28,1
	39-40	19 229	55,4
	> 40	2 780	8,0

6.2 PARITÉ

La proportion de mères primipares est de 43,2 %. Cette proportion est plus élevée qu'en Région bruxelloise (40,3 %) (7). Le nombre de grandes multipares (4e accouchement et plus) est de 3 123 (9,0 %) (tableau 6).

La proportion de mères primipares diminue de 2010 à 2018 (44,8 % à 42,1 %) pour augmenter en 2019 (43,2 %) (figure 12).

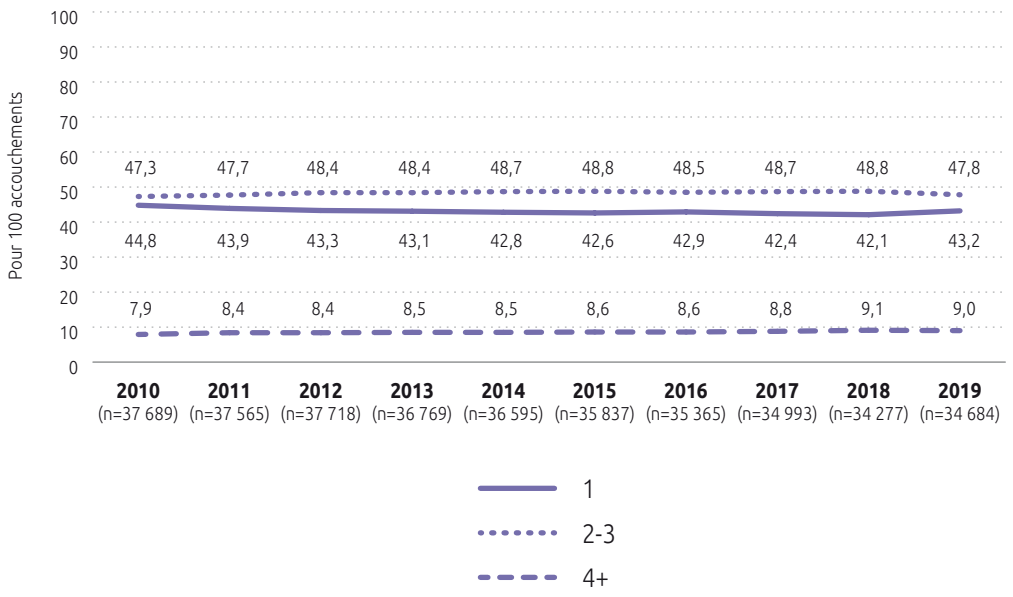

Figure 12 : Évolution de la parité, Wallonie, 2010-2019, N=361 492

6.3 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

La proportion de grossesses faisant suite à un traitement de conception assistée est de 4,2 % (tableau 6).
La proportion de conception assistée est de 21,7 % parmi les grossesses multiples et de 3,9 % parmi les grossesses uniques.
La proportion de femmes ayant recours à la procréation médicalement assistée est plus faible en Wallonie (4,2 %) qu'en Région bruxelloise (5,7 %) (7).

La proportion de mères ayant eu recours à la conception assistée est stable de 2010 à 2019 quel que ce soit le type de traitement (figure 13).

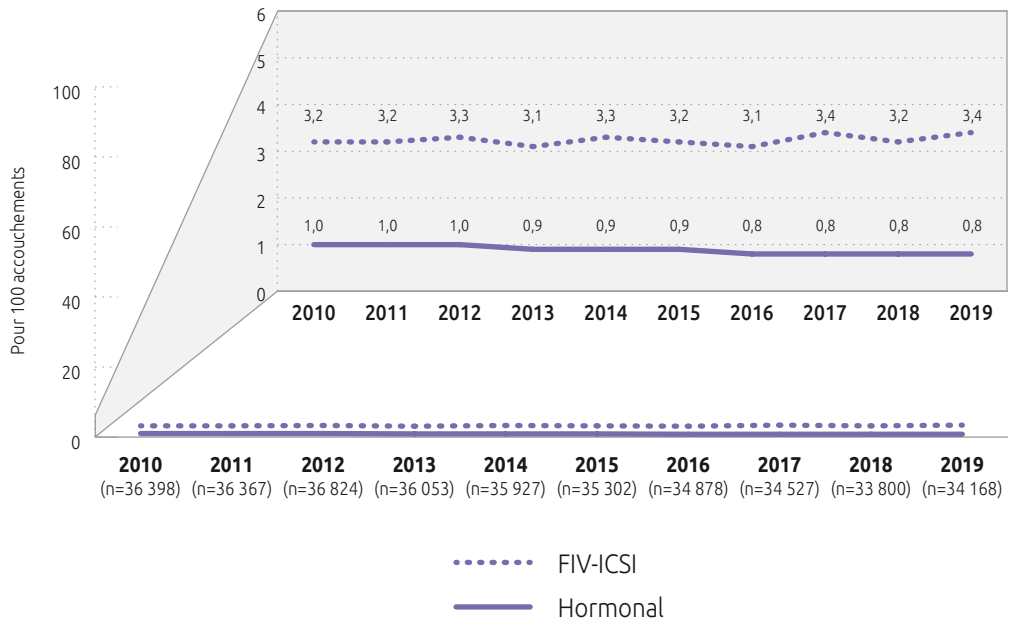

Figure 13 : Évolution du traitement conceptionnel, Wallonie, 2010-2019, N=354 244

On observe une association entre la conception de la grossesse et l'âge, la nationalité d'origine et la parité de la mère. La proportion de conception assistée augmente avec l'âge de la mère et est plus élevée parmi les primipares. Cette proportion est également plus élevée parmi les mères de nationalité d'origine française ou italienne. En revanche, on n'observe aucune différence en fonction de la corpulence de la mère (figure 14).

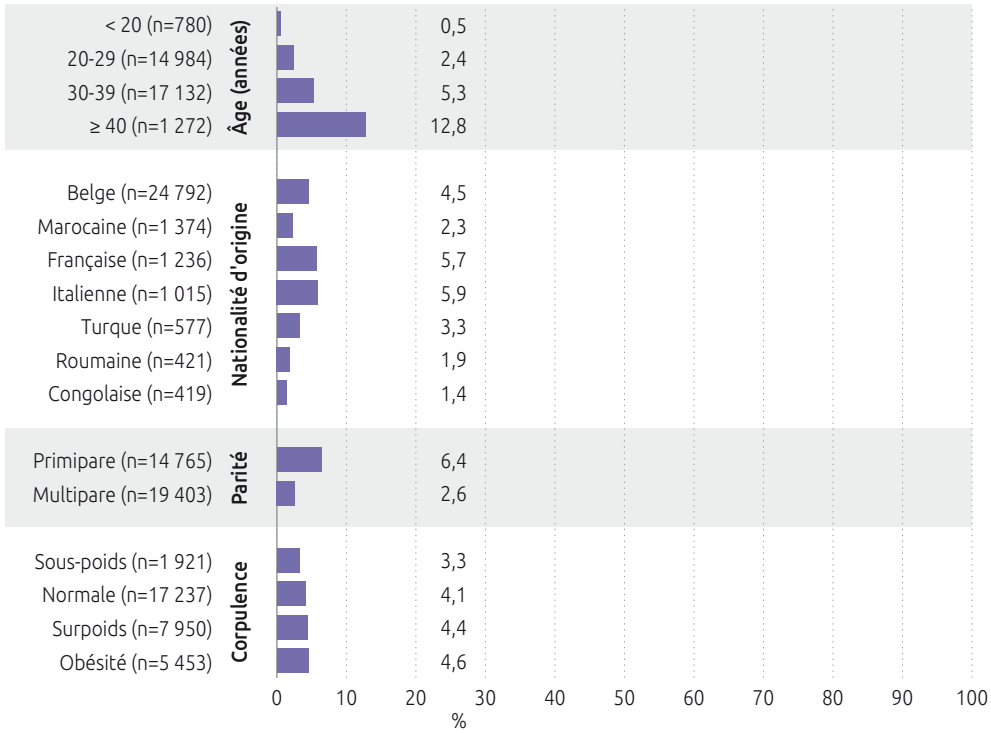

Figure 14 : Distribution du traitement conceptionnel selon les caractéristiques de la mère, Wallonie, 2019

6.4 PRISE DE POIDS DURANT LA GROSSESSE

Durant la grossesse, les femmes prennent en moyenne 11,6 kg (écart-type : 5,8 kg) (tableau 6). Cette prise de poids moyenne durant la grossesse diminue de 2010 à 2019 (12,1 kg à 11,6 kg).

Une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et l'IMC de la mère en début de grossesse. La prise de poids moyenne diminue lorsque l'IMC de la mère augmente, avec une prise de poids moyenne de 12,7 kg pour les femmes en sous-poids et de 8,5 kg pour les femmes souffrant d'obésité (figure 15).

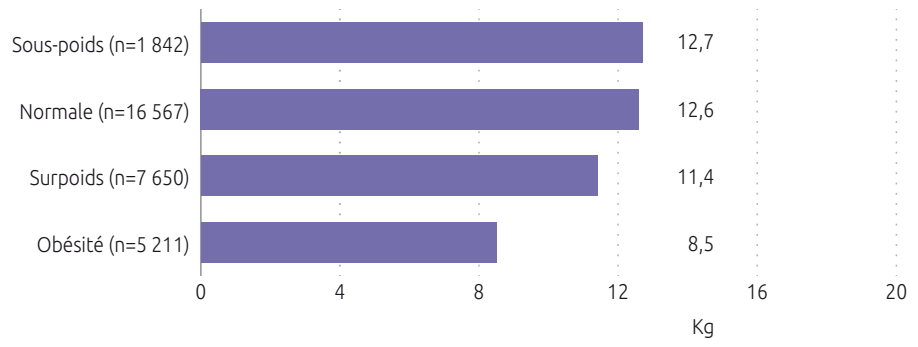

Figure 15 : Prise de poids moyenne durant la grossesse selon la corpulence de la mère, Wallonie, 2019, N=31 270

6.5 DURÉE DE LA GROSSESSE

La durée moyenne de la grossesse est de 38 semaines (écart-type : 2 semaines).
La durée moyenne est de 38 semaines (écart-type : 2 semaines) pour les grossesses uniques et de 35 semaines (écart-type : 3 semaines) pour les grossesses multiples.

La proportion d'accouchements ayant eu lieu avant 37 semaines est de 8,5 % (tableau 6). La proportion d'accouchements de singletons ayant eu lieu avant 37 semaines est de 7,6 %. Pour les accouchements multiples, 62,9 % sont prématurés, avec 11,2 % qui n'atteignent pas les 32 semaines de grossesse.

La proportion d'accouchements avant 37 semaines en Wallonie (8,5 %) est plus élevée qu'en Région bruxelloise (7,8 %) (7).

La proportion d'accouchements ayant eu lieu avant 37 semaines a augmenté de 2010 à 2014, avant de se stabiliser. La proportion d'accouchements prématurés de singletons suit la même tendance. En revanche, pour les grossesses multiples, la proportion est stable de 2010 à 2019 (figure 16).

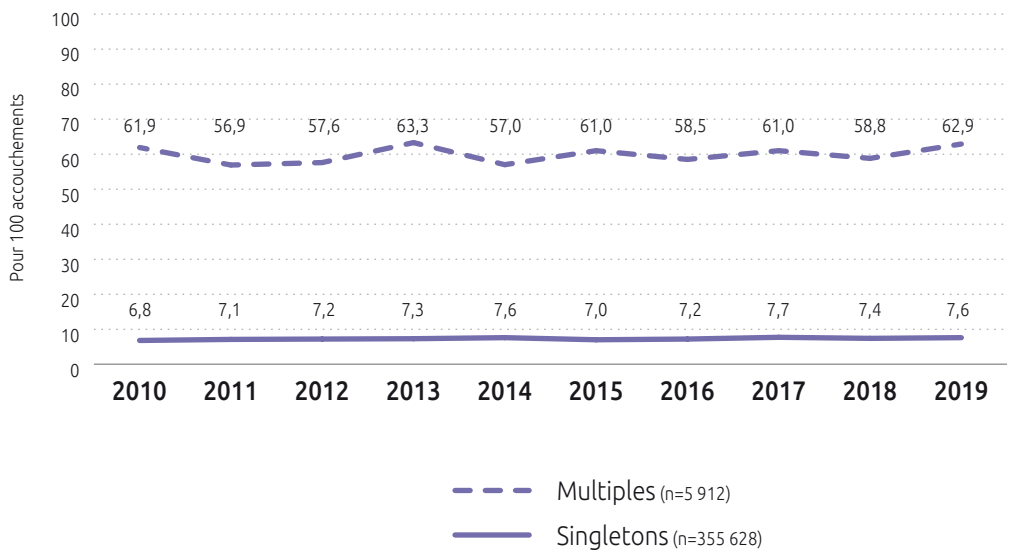

Figure 16 : Évolution des proportions de prématurité, Wallonie, 2010-2019, N=361 540

6.6 DISCUSSION

Les caractéristiques de la grossesse telles que la parité, le mode de conception de la grossesse, la prise de poids et l'âge gestationnel sont des déterminants majeurs en santé périnatale.

En 2019, la proportion de primipares est de 43,2 %. Cette proportion diminue de 2010 à 2018 (44,8 % à 42,1 %) pour augmenter en 2019 (43,2 %). En Australie, Bai et al. (45) ont observé parmi les naissances de singletons que le risque de complications maternelles telles que l'hypertension gravidique et les hémorragies postpartum était plus élevé parmi les femmes primipares par rapport aux multipares. Des analyses de certains indicateurs en fonction de la parité sont réalisées dans ce rapport et confirment cette tendance en défaveur des primipares.

La proportion de mères ayant eu recours à un traitement de conception assistée est de 4,2 % et augmente avec l'âge de la mère. Le mode de conception de la grossesse a été associé au risque de prématurité. Le risque de naissance prématurée parmi les grossesses uniques résultant d'une FIV ou ICSI serait plus élevé par rapport aux grossesses conçues spontanément (46).
Au niveau européen, cet indicateur est très difficile à comparer d'un pays à l'autre, les définitions utilisées n'étant pas toujours les mêmes. Néanmoins, Peristat précise qu'à peu près 5 à 6 % des grossesses ont fait suite à un traitement de conception assistée quel qu'il soit et que l'indicateur concernant les traitements les moins invasifs de type traitement hormonal paraît sous-estimé dans la plupart des pays récoltant cet indicateur (3), ce qui est très probablement le cas en Région wallonne où la proportion en 2019 est de 0,8 %. Par ailleurs, Le recours aux techniques de procréation assistée ne cesse d'augmenter en Europe (47). En Wallonie, la proportion est stable depuis 2010.

La prise de poids durant la grossesse est inversement proportionnelle à la corpulence de la mère en début de grossesse. La prise de poids moyenne diminue lorsque l'IMC de la mère augmente, avec une prise de poids moyenne de 12,7 kg pour les femmes en sous-poids et de 8,5 kg pour les femmes souffrant d'obésité. Ces résultats correspondent aux guidelines de prise de poids par catégories d'IMC (48). La prise de poids moyenne diminue de 2010 à 2019 et ceci pourrait être lié à l'augmentation du surpoids et de l'obésité ces dernières années. Tout comme le statut pondéral de la femme avant la grossesse, la prise de poids durant la grossesse a été associée à la santé de la mère et de l'enfant (49). Une faible prise de poids a été associée à un risque plus élevé d'accoucher d'un bébé avec un petit poids pour l'âge gestationnel et un risque plus élevé d'accoucher prématurément par rapport à une prise de poids adéquate. A l'inverse, une prise de poids excessive a été associée à un moindre risque de naissance prématurée et à un risque accru d'accoucher d'un bébé avec un poids important pour l'âge gestationnel et un risque accru d'accoucher par césarienne. Le risque d'hypertension gravidique, de pré-éclampsie et de diabète gestionnel augmenterait également avec une prise de poids élevée durant la grossesse (50).

La proportion d'accouchements ayant eu lieu avant 37 semaines est de 8,5 %. Cette proportion a augmenté de 2010 à 2014, avant de se stabiliser. L'âge gestationnel est également un indicateur important de santé périnatale que nous analyserons de manière plus approfondie dans le chapitre sur les caractéristiques des naissances.

7. CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

7.1 SYNOPTIQUE

Tableau 7 : Caractéristiques de l'accouchement, Wallonie, 2019, N=34 693			
		Nombre	**%**
Type de début de travail (n=34 685)	Travail spontané	20 602	59,4
	Induction	10 562	30,4
	Césarienne élective	3 521	10,2
Induction du travail (n=34 692)	Oui	10 565	30,4
	Non	24 127	69,6
Péridurale obstétricale (n=34 687)	Oui	27 892	80,4
	Non	6 795	19,6
Mode d'accouchement (n=34 686)	Spontané en sommet	24 319	70,1
	Spontané en siège	189	0,5
	Ventouse	1 905	5,5
	Forceps	691	2,0
	Césarienne programmée	3 521	10,2
	Césarienne non programmée	4 061	11,7
Épisiotomie (n=34 681)	Oui	6 434	18,6
	Non	28 247	81,4
Accouchement sans intervention obstétricale (n=34 683)	Oui	13 294	38,3
	Non	21 389	61,7

7.2 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

La proportion de travail spontané est de 59,4 % pour l'ensemble des accouchements (tableau 7). Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux accouchements multiples, la proportion de travail spontané est de 48,9 %.

Une évolution progressive du type de début de travail est constatée de 2010 à 2019 marquant une diminution de l'induction et une stabilisation de la césarienne programmée depuis 2010 (figure 17).

Figure 17 : Évolution du type de début de travail, Wallonie, 2010-2019, N=361 231

On observe une association entre le type de début de travail et l'âge de la mère, la corpulence, l'hypertension artérielle, le diabète, la parité et la durée de gestation.

La proportion d'inductions est plus élevée parmi les primipares et elle augmente avec l'indice de masse corporelle et la durée de gestation. La proportion d'inductions est également plus élevée parmi les femmes souffrant d'hypertension ou de diabète.

Par ailleurs, la proportion de césariennes programmées augmente avec l'âge et la corpulence de la mère. La proportion de césariennes programmées est également plus élevée parmi les mères multipares, souffrant d'hypertension ou de diabète. Selon la durée de gestation, la proportion est plus élevée parmi les grossesses de 37-38 semaines avec 18,2 % (tableau 8).

Tableau 8 : Distribution du type de début de travail selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse, Wallonie, 2019				
		Spontané %	Induction %	Césarienne programmée %
Âge (années)	< 20 (n=783)	65,7	29,1	5,2
	20-29 (n=15 174)	61,1	31,2	7,7
	30-39 (n=17 431)	58,4	29,6	12,0
	≥ 40 (n=1 297)	48,4	34,1	17,5
Corpulence	Sous-poids (n=1 942)	68,2	24,8	7,0
	Normale (n=17 447)	63,5	27,7	8,8
	Surpoids (n=8 073)	55,9	32,7	11,4
	Obésité (n=5 523)	48,2	38,2	13,6
Hypertension artérielle	Oui (n=1 519)	36,0	50,6	13,4
	Non (n=32 865)	60,4	29,6	10,0
Diabète	Oui (n=3 589)	46,9	40,3	12,8
	Non (n=30 654)	60,8	29,4	9,8
Parité	Primipare (n=14 975)	61,2	31,8	7,0
	Multipare (n=19 704)	58,0	29,4	12,6
Durée de gestation	< 34 semaines (n=740)	71,1	19,9	9,0
	34-36 semaines (n=2 191)	65,8	20,6	13,6
	37-38 semaines (n=9 742)	56,1	25,7	18,2
	≥ 39 semaines (n=22 006)	59,8	33,9	6,3

7.3 INDUCTION DU TRAVAIL

La proportion d'inductions est de 30,4 % (tableau 7), avec 30,6 % pour les singletons et 21,0 % pour les multiples.

La proportion d'inductions en Wallonie (30,4 %) est plus faible que celle observée en Région bruxelloise (32,0 %) (7).

La proportion d'inductions diminue de 2010 à 2019 (33,1 % à 30,4 %) (figure 18).

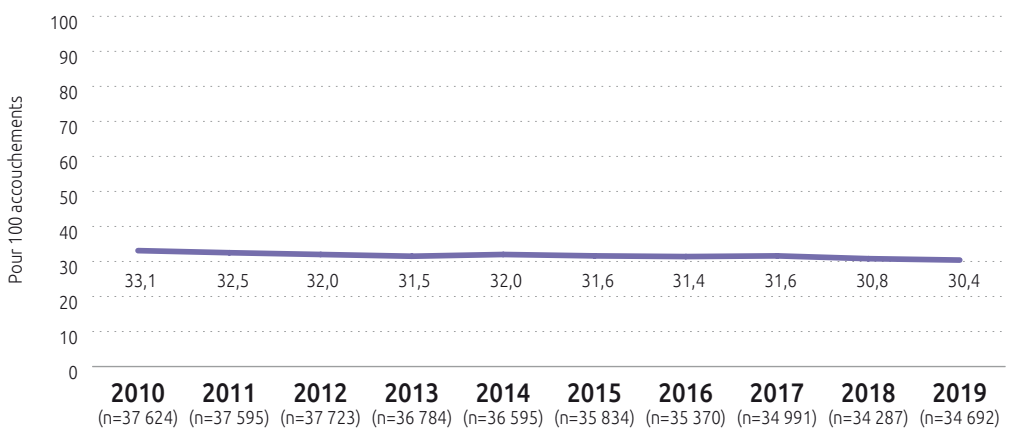

Figure 18 : Évolution de la proportion d'inductions, Wallonie, 2010-2019, N=361 495

7.3.1 Classification des inductions

Selon la nomenclature de Nippita, 48,7 % des femmes font partie des catégories 2 et 5 (singletons, sommet, 39-40 semaines), avec respectivement 23,6 % de primipares et 25,1 % de multipares sans antécédent de césarienne. Ces deux catégories de femmes contribuent le plus dans les 30,4 % d'inductions avec 7,5 % pour la catégorie 2 et 8,5 % pour la catégorie 5. Les proportions d'inductions les plus élevées se retrouvent dans les catégories 3 et 6 (singletons, sommet, ≥ 41 semaines) avec 63,3 % chez la primipare et 58,0 % chez la multipare sans antécédent de césarienne, mais ces groupes étant plus petits, leurs contributions dans la part globale d'inductions sont plus faibles (tableau 9).

Tableau 9 : Classification des inductions selon les groupes de Nippita, Wallonie, 2019, N=34 624

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	3 142	9,1	889	28,3	2,6
2	Primipares, singleton, sommet, 39-40 semaines	8 181	23,6	2 582	31,6	7,5
3	Primipares, singleton, sommet, ≥ 41 semaines	1 521	4,4	963	63,3	2,8
4	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 37-38 semaines	4 083	11,8	1 429	35,0	4,1
5	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 39-40 semaines	8 679	25,1	2 936	33,8	8,5
6	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, ≥ 41 semaines	1 063	3,1	616	58,0	1,8
7	Toutes les grossesses, singleton, sommet, < 37 semaines	1 871	5,4	466	24,9	1,3
8	Multipares avec antécédent de césarienne, singleton, sommet	3 836	11,1	475	12,4	1,4
9	Toutes les grossesses, singleton, présentations transverse ou siège	1 720	5,0	90	5,2	0,2
10	Toutes les grossesses multiples	528	1,5	111	21,0	0,3
TOTAL		**34 624**	**100,0**	**10 557**		**30,4**

L'évolution de la proportion d'inductions selon les groupes de Nippita montre une diminution de la contribution des groupes 2, 4 et 5 dans la proportion globale d'inductions de 2010 à 2019 (figure 19).

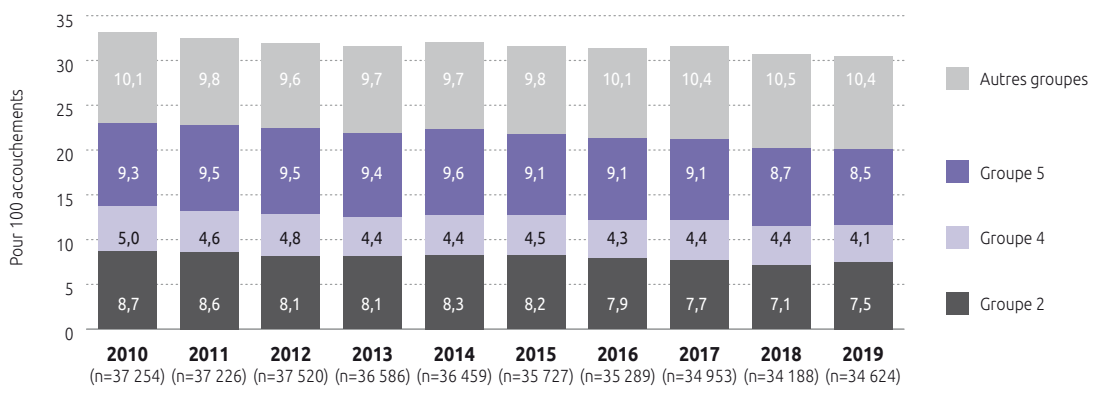

Figure 19 : Évolution de la part des groupes de Nippita dans la proportion d'inductions, Wallonie, 2010-2019, N=359 827

7.4 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

La proportion d'accouchements avec péridurale est de 80,4 % (tableau 7), avec 80,2 % pour les singletons et 92,8 % pour les multiples. Si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse, la proportion de péridurale est de 75,9 %.

La proportion de péridurales en Wallonie (80,4 %) est plus élevée que la proportion en Région bruxelloise (75,4 %) (7).

La proportion de péridurales augmente de 2010 à 2019, passant de 78,7 % à 80,4 %. Cette même tendance est observée parmi les accouchements voie basse quelle que soit la parité ainsi que parmi les césariennes (figure 20).

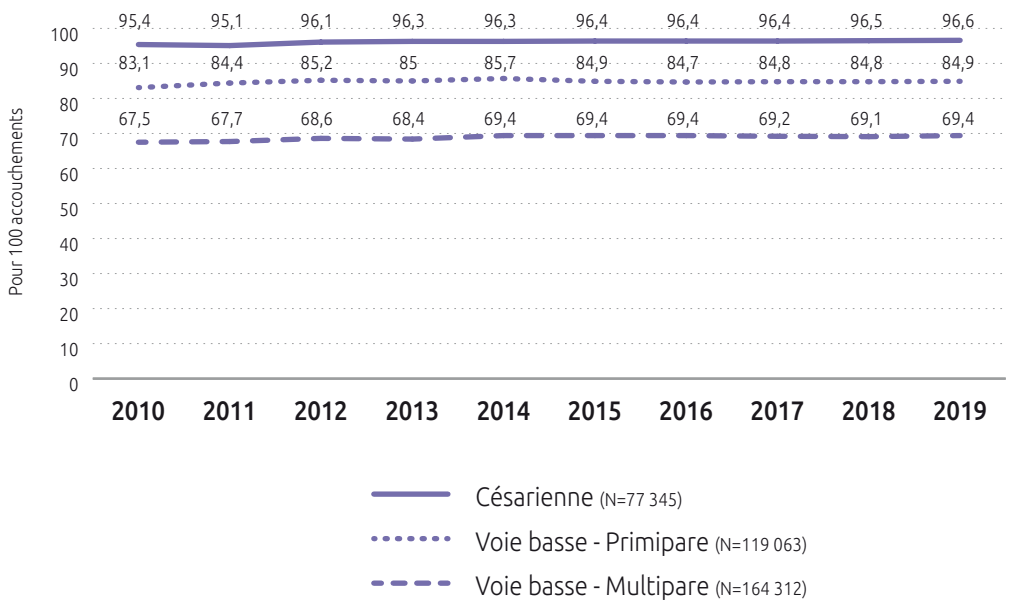

Figure 20 : Évolution des proportions d'accouchements avec péridurale, Wallonie, 2010-2019, N=360 720

7.5 MODE D'ACCOUCHEMENT

7.5.1 Par acccouchement

La proportion globale de césariennes est de 21,9 % et celle d'accouchements avec instrumentation est de 7,5 % (tableau 7).

La proportion d'accouchements instrumentaux est stable depuis 2010 et la proportion de césariennes depuis 2013 (figure 21).

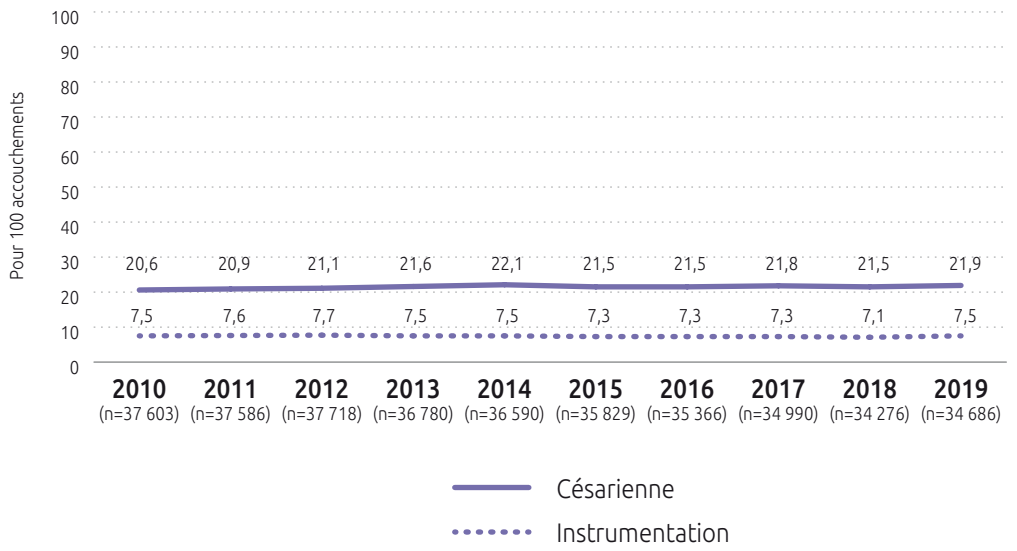

Figure 21 : Évolution du mode d'accouchement, Wallonie, 2010-2019, N=361 424

7.5.2 Par naissance

Euro-Peristat recommande de calculer le mode d'accouchement sur le nombre total de naissances. On obtient donc 70,1 % de naissances spontanées, 7,4 % de naissances avec instrumentation et 22,5 % de césariennes. Par ailleurs, le mode d'accouchement diffère selon qu'il s'agisse d'une naissance de singleton ou de multiple, avec 21,3 % de césariennes pour les singletons contre 60,5 % pour les multiples (tableau 10).

Tableau 10 : Distribution des naissances selon le mode d'accouchement, Wallonie, 2019

	Singletons (n=34 158)		Multiples (n=1 061)		Total (n=35 219)
Mode d'accouchement	Nombre	%	Nombre	%	%
Spontané en sommet	24 120	70,6	335	31,6	69,4
Spontané en siège	185	0,5	62	5,8	0,7
Ventouse	1 897	5,6	17	1,6	5,4
Forceps	687	2,0	5	0,5	2,0
Césarienne programmée	3 362	9,9	322	30,3	10,5
Césarienne non programmée	3 907	11,4	320	30,2	12,0

La proportion de naissances avec instrumentation est plus faible en Wallonie (7,4 %) qu'en Région bruxelloise (9,3 %) (7). En revanche, la proportion de césariennes est plus élevée en Wallonie (22,5 %) qu'en Région bruxelloise (20,3 %) (7).

7.5.3 Mode d'accouchement et facteurs de risque

On observe une association entre la césarienne et l'âge de la mère, la nationalité d'origine, la corpulence, l'hypertension, le diabète, la parité et le fait d'avoir eu une césarienne lors d'une précédente grossesse.
La proportion de césariennes augmente avec l'âge et la corpulence de la mère. Les mères d'origine congolaise ou italienne ont des proportions de césariennes plus élevées que les mères d'origine belge. Pour la parité, les femmes primipares ont une proportion plus élevée que les femmes multipares. Les femmes souffrant d'hypertension ou de diabète ont également une proportion de césariennes plus élevée. Les multipares avec un antécédent de césarienne ont beaucoup plus de risque d'être césarisées que celles qui ont accouché par voie basse précédemment (figure 22).

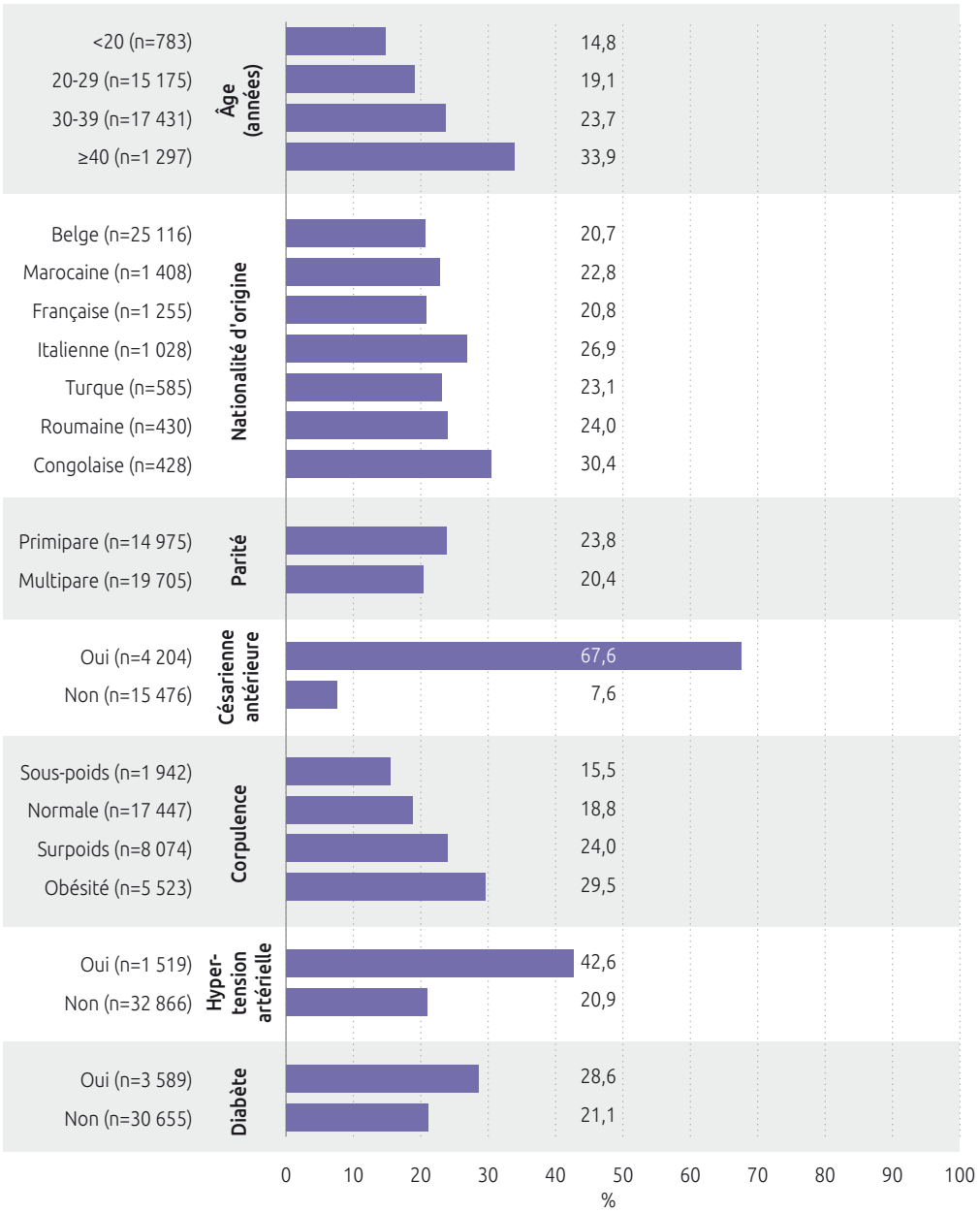

Figure 22 : Ditribution de la césarienne selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse, Wallonie, 2019

La proportion de multipares avec au moins un antécédent de césarienne est de 21,4 % et parmi celles-ci, 32,4 % ont accouché par voie basse.
La proportion d'accouchements voie basse chez les multipares avec un antécédent de césarienne est stable de 2010 à 2019 (figure 23).

Figure 23 : Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne, Wallonie, 2010-2019, N=41 588

Parmi les singletons nés vivants, la proportion de césariennes est plus élevée parmi les mères ayant un singleton en siège avec 90,3 % contre 17,6 % pour les singletons en sommet (figure 24).
L'âge gestationnel et le poids à la naissance sont associés au risque de césarienne. Parmi les singletons nés vivants, la proportion de césariennes est plus importante parmi les petits âges gestationnels et les petits poids à la naissance (figure 24).

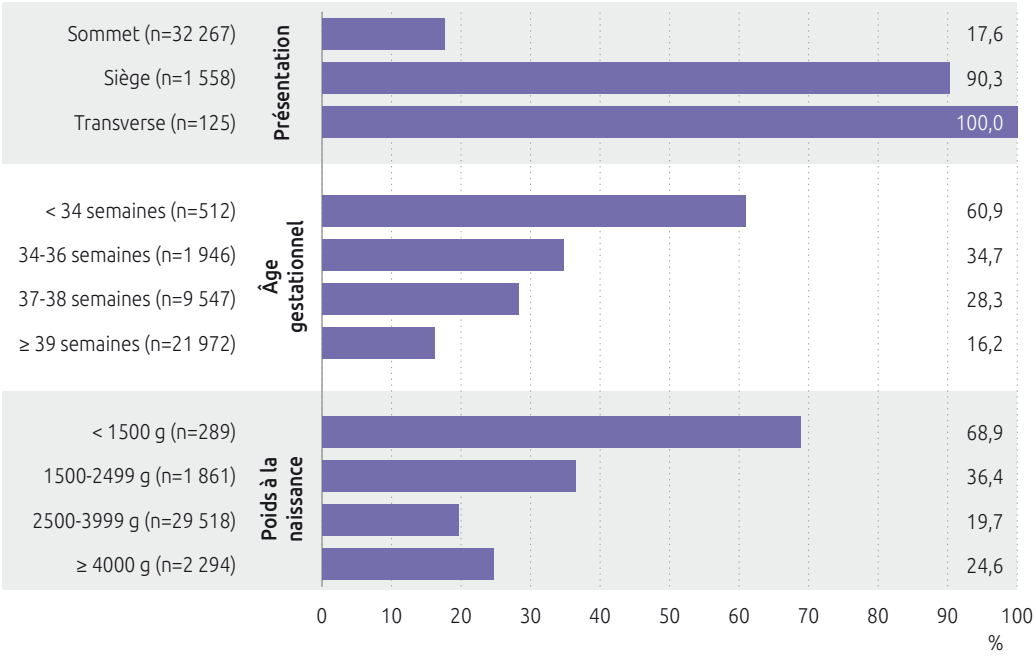

Figure 24 : Distribution de la césarienne selon les caractéristiques de la naissance pour les singletons vivants, Wallonie, 2019

7.5.4 Classification des césariennes

Selon la nomenclature de Robson, 48,4 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 23,2 % de primipares et 25,2 % de multipares. La part de ces deux groupes dans la proportion globale de césariennes est faible (2,5 % pour la catégorie 1 et 0,4 % pour la catégorie 3). Les proportions de césariennes les plus élevées se retrouvent dans les catégories 9 (transverse) et 6 (primipare en siège). Néanmoins, la taille de ces groupes étant très petite, leur part dans la proportion de césariennes est relativement faible. Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 21,9 % de césariennes sont les «Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective», avec 4,2 % et les «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines», avec 6,4 % (tableau 11).

Tableau 11 : Classification des césariennes selon les groupes de Robson, Wallonie, 2019, N=34 624

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	8 025	23,2	854	10,6	2,5
2	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	4 819	13,9	1 448	30,1	4,2
3	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	8 716	25,2	150	1,7	0,4
4	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	5 107	14,8	315	6,2	0,9
5	Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines	3 465	10,0	2 226	64,2	6,4
6	Toutes les primipares, singleton en siège	847	2,5	799	94,3	2,3
7	Toutes les multipares, singleton en siège	747	2,2	609	81,5	1,8
8	Toutes les grossesses multiples	528	1,5	313	59,3	0,9
9	Toutes les grossesses, singleton en transverse	126	0,4	126	100,0	0,4
10	Toutes les grossesses, singleton sommet, < 37 semaines	2 244	6,5	707	31,5	2,1
TOTAL		**34 624**	**100,0**	**7 547**		**21,9**

La stabilisation de la proportion de césarienne depuis 2013 se marque également par une stabilisation des proportions des différents groupes de Robson depuis cette même année (figure 25).

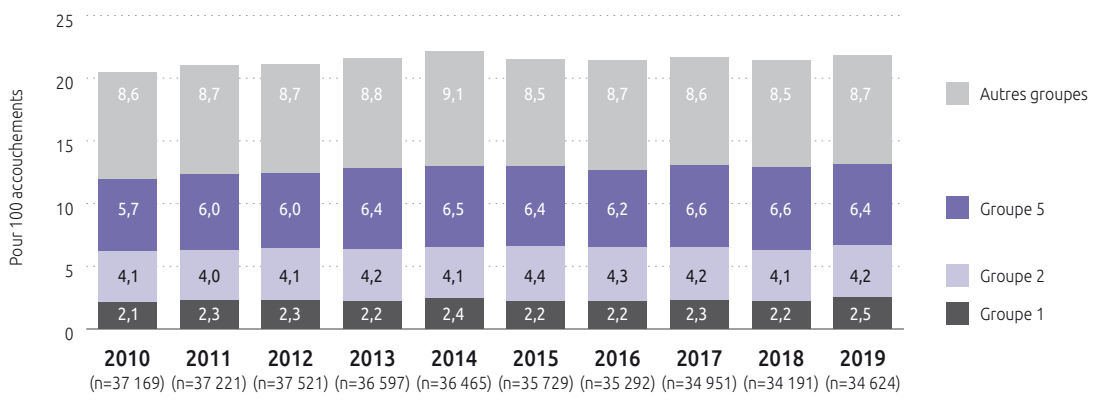

Figure 25 : Évolution de la part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes, Wallonie, 2010-2019, N=359 760

7.6 ÉPISIOTOMIE

La proportion d'épisiotomies est de 18,6 % (tableau 7) avec 28,8 % chez la primipare et 10,8 % chez la multipare. Si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse, la proportion d'épisiotomies est de 23,7 %.

La Wallonie présente une proportion d'épisiotomies (18,6 %) plus élevée qu'en Région bruxelloise (14,4 %) (7).

La proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse diminue fortement entre 2010 et 2019 passant de 45,6 % à 23,7 %. La même tendance s'observe parmi les primipares et les multipares (figure 26).

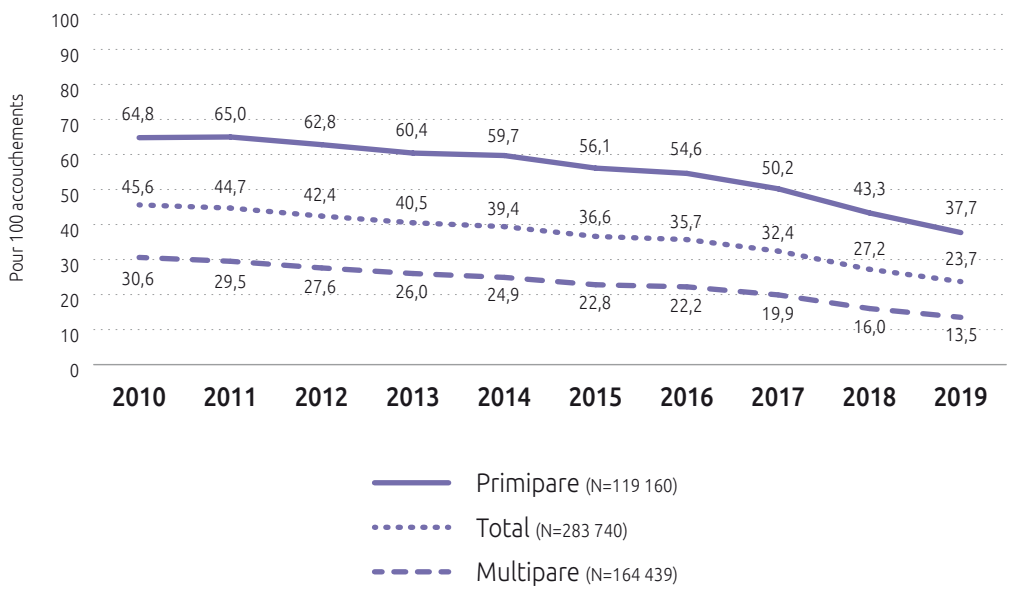

Figure 26 : Évolution de la proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse, Wallonie, 2010-2019, N=283 740

La proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse varie selon le mode d'accouchement et la parité, les accouchements par forceps présentent la proportion d'épisiotomies la plus élevée (86,4 %) avec 90,1 % chez les primipares et 70,1 % chez les multipares (figure 27).

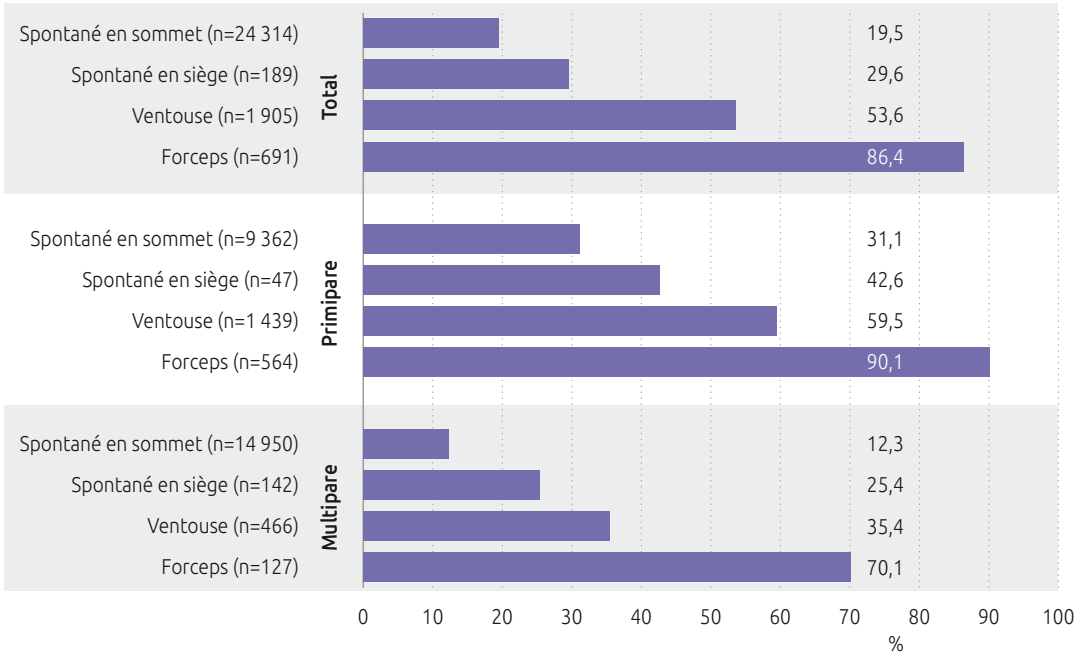

Figure 27 : Proportion d'épisiotomies selon le mode d'accouchement pour les accouchements par voie basse, Wallonie, 2019

7.7 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale est de 38,3 % (tableau 7).
La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale et sans péridurale est de 13,1 %.
La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale en Wallonie (38,3 %) est plus faible qu'en Région bruxelloise (41,5 %) (7).
La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale augmente depuis 2010 (figure 28).

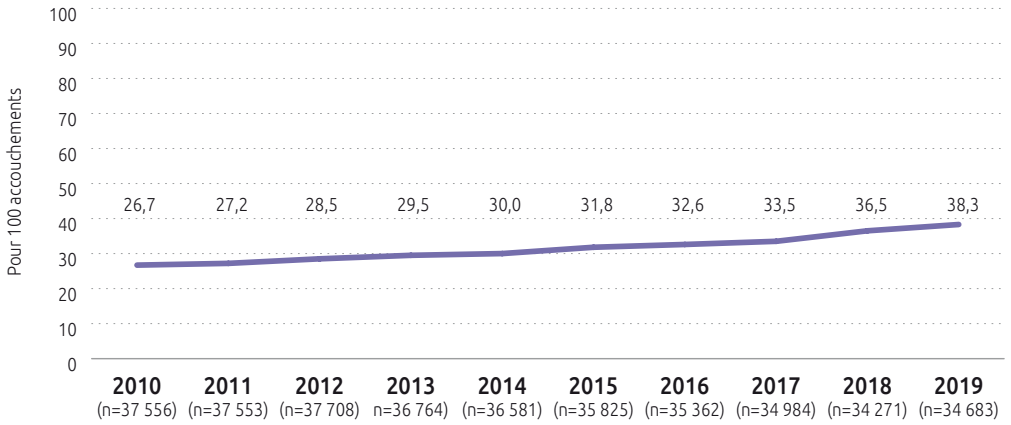

Figure 28 : Évolution de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale, Wallonie, 2010-2019, N=361 287

7.8 DISCUSSION

Quatre femmes sur dix n'entrent pas spontanément en travail avec près d'une femme sur trois induite en 2019. Les proportions d'inductions sont plus élevées parmi les femmes avec des facteurs de risque tels que l'âge avancé, le diabète ou l'hypertension. Depuis ces dernières décennies, les accouchements induits ont augmenté dans la plupart des pays industrialisés et l'OMS estime qu'une induction a été réalisée chez une femme sur quatre (51-54). Bien que le déclenchement artificiel du travail soit devenu une pratique obstétricale courante, celle-ci n'est pas sans risque. En cas d'accouchement normal à bas risque, l'induction est ainsi recommandée à partir de 41 semaines de gestation ou en cas de rupture prématurée des membranes à terme (55). Avant 41 semaines, il est recommandé de ne pratiquer l'induction que lorsqu'une raison médicale le justifie (tels qu'un retard de croissance du fœtus, une malformation fœtale, un diabète maternel difficilement contrôlable) et que les bénéfices attendus dépassent les risques encourus (56). Or, l'analyse de la proportion d'inductions selon Nippita nous indique que les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 30,4 % d'inductions sont les «primipares avec un singleton en sommet à 39-40 semaines» avec 7,5 % et les «multipares sans antécédent de césarienne avec un singleton en sommet à 39-40 semaines» avec 8,5 %. Ces deux catégories représentent également la moitié des mères de notre population.

Lorsque l'on s'intéresse au mode d'accouchement, la proportion de naissances par césarienne est de 22,5 % et celle avec instrumentation de 7,4 %. La prévalence des différents modes d'accouchements ainsi que leur évolution dans le temps varient très fortement entre les pays en Europe (57). Le taux de césarienne variait de 16,1 % en Islande à 56,9 % à Chypre en 2015, avec un taux médian de 27,0 %. Les taux sont plus élevés dans les pays du sud-est de l'Europe, à quelques exceptions près (Croatie, République tchèque et Slovénie). Les régions nordiques et baltes présentent de faibles proportions de césariennes (16 à 17 %) (3). Des écarts importants ont également été observés pour les accouchements instrumentaux (de 0,5 % en Roumanie à 16,4 % en Irlande en 2010) (57).

La proportion d'accouchements avec instrumentation est stable depuis 2010 et celle par césarienne depuis 2013. Par ailleurs, la proportion d'accouchements par voie basse après un antécédent de césarienne est stable depuis 2010. En Europe, l'évolution de la proportion de césariennes entre 2010 et 2015 présente des résultats très hétérogènes et les différences entre ces deux périodes ne semblent pas être liées aux proportions de 2010. On observe aussi bien des augmentations que des diminutions dans les proportions de césariennes et ce, que les pays affichent des taux élevés ou faibles de césariennes en 2010. Les baisses les plus importantes (de 2 à 13 %) sont observées en Lituanie, en Lettonie, au Portugal, en Estonie et en Italie. Les pays qui ont connu une augmentation substantielle de leur proportion incluent la Hongrie, la Pologne et la Roumanie qui affichent les proportions de césariennes parmi les plus élevées d'Europe (3).

La césarienne est associée à l'âge de la mère, la nationalité d'origine, la corpulence, l'hypertension, le diabète, la parité et le fait d'avoir eu une césarienne lors d'une précédente grossesse. Au regard de l'analyse du Robson, on constate que les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 21,9 % de césariennes sont les «primipares, singleton en sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective» avec 4,2 % et les «multipares avec antécédent de césarienne, singleton en sommet, ≥ 37 semaines» avec 6,4 %. Cette dernière catégorie est néanmoins stable depuis 2013. Eviter autant que possible la première césarienne et tenter la voie basse après un antécédent de césarienne devraient être les deux pistes à suivre pour diminuer la proportion de césariennes.

La proportion d'épisiotomies continue à diminuer depuis 2010, les proportions les plus élevées sont constatées lors des accouchements avec forceps.
La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale est de 38,3 % en 2019 et augmente depuis 2010.

8. PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS

8.1 SYNOPTIQUE

Tableau 12 : Pratiques obstétricales et maternités, Wallonie, 2019				
	Min (%)	Max (%)	Moyenne (%)	Médiane (%)
Induction du travail	14,1	43,6	30,7	30,9
Instrumentation	2,3	13,6	7,5	7,1
Césarienne	13,8	34,1	22,0	22,3
Voie basse après antécédent de césarienne	13,2	62,4	32,4	31,7
Épisiotomie pour les accouchements voie basse	9,2	49,9	23,9	20,4
Accouchement sans intervention obstétricale	16,8	60,8	37,9	39,2

8.2 INDUCTION ET MATERNITÉS

La proportion d'inductions varie fortement d'une maternité à l'autre, allant de 14,1 % à 43,6 % (figure 29).

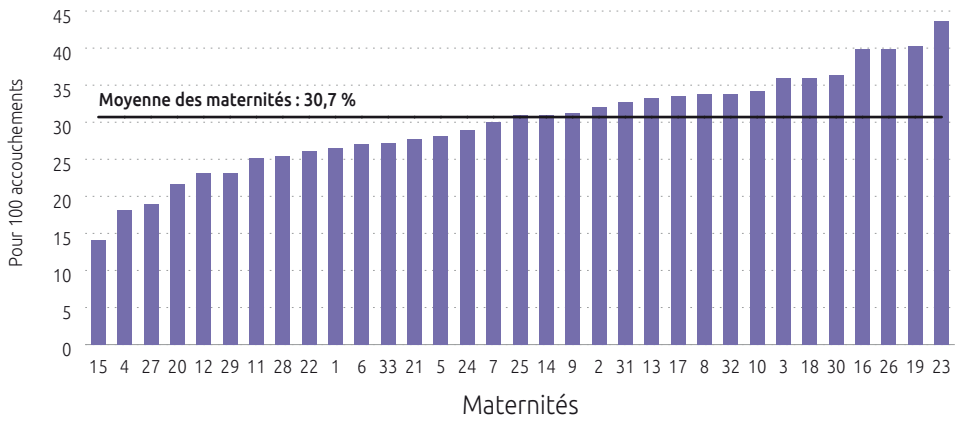

Figure 29 : Proportion d'inductions par maternité, Wallonie, 2019, N=34 228

L'analyse de Nippita par maternité montre que la part des groupes 2 (primipares, singleton en sommet, 39-40 semaines), 4 (multipares sans antécédent de césarienne, singleton, sommet, 37-38 semaines) et 5 (multipares sans antécédent de césarienne, singleton en sommet, 39-40 semaines) font varier la proportion globale d'inductions par maternité (figure 30).

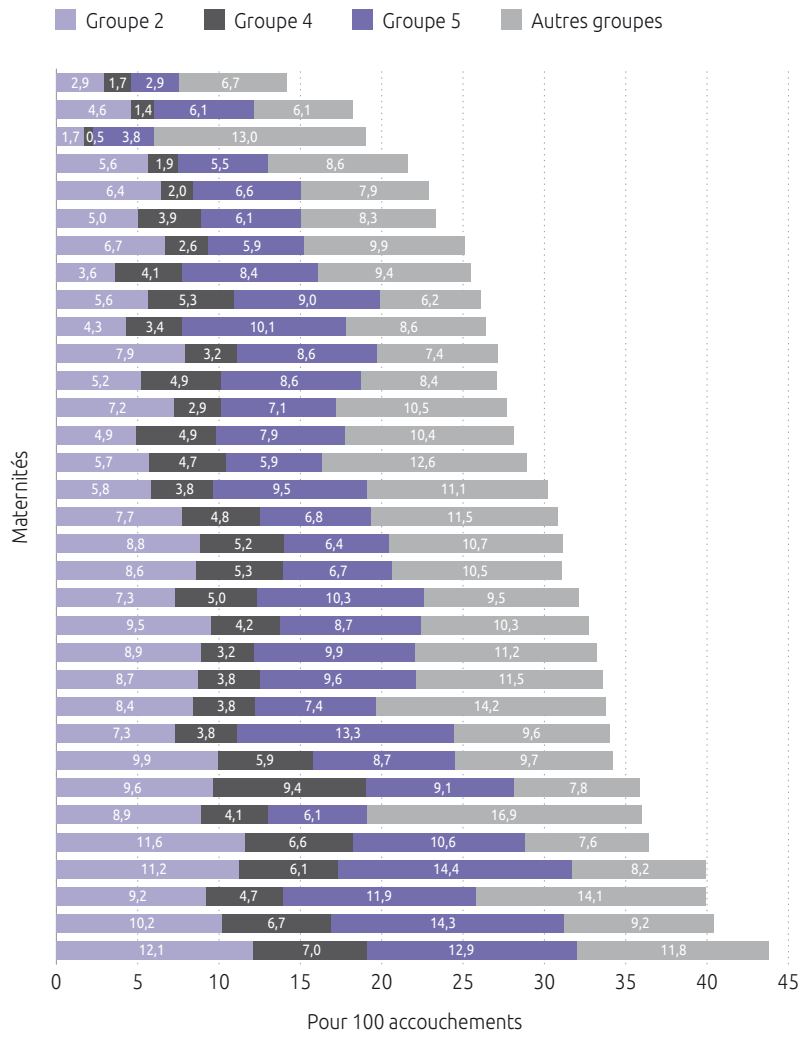

Figure 30 : Part des groupes de Nippita dans la proportion d'inductions par maternité, Wallonie, 2019, N=34 178

8.3 MODE D'ACCOUCHEMENT ET MATERNITÉS

Les proportions de césariennes et d'accouchements instrumentaux oscillent fortement d'une maternité à l'autre (13,8 % à 34,1 % pour la césarienne et 2,3 % à 13,6 % pour l'instrumentation). La variation de la proportion d'instrumentations est autant observée pour les maternités avec une proportion de césariennes inférieure à la moyenne (22,0 %) que pour les maternités avec une proportion supérieure à la moyenne (figure 31).

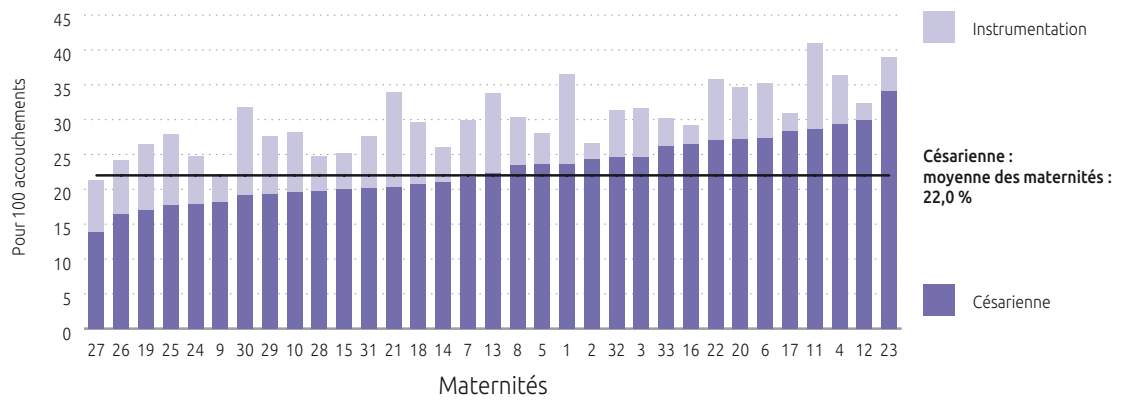

Figure 31 : Mode d'accouchement par maternité, Wallonie, 2019, N=34 226

L'analyse de Robson par maternité montre que la part des groupes 1 (primipares, singleton sommet, à terme, travail spontané), 2 (primipares, singleton sommet, à terme, travail induit ou césarienne élective) et 5 (multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, à terme) font varier la proportion globale de césariennes par maternité (figure 32).

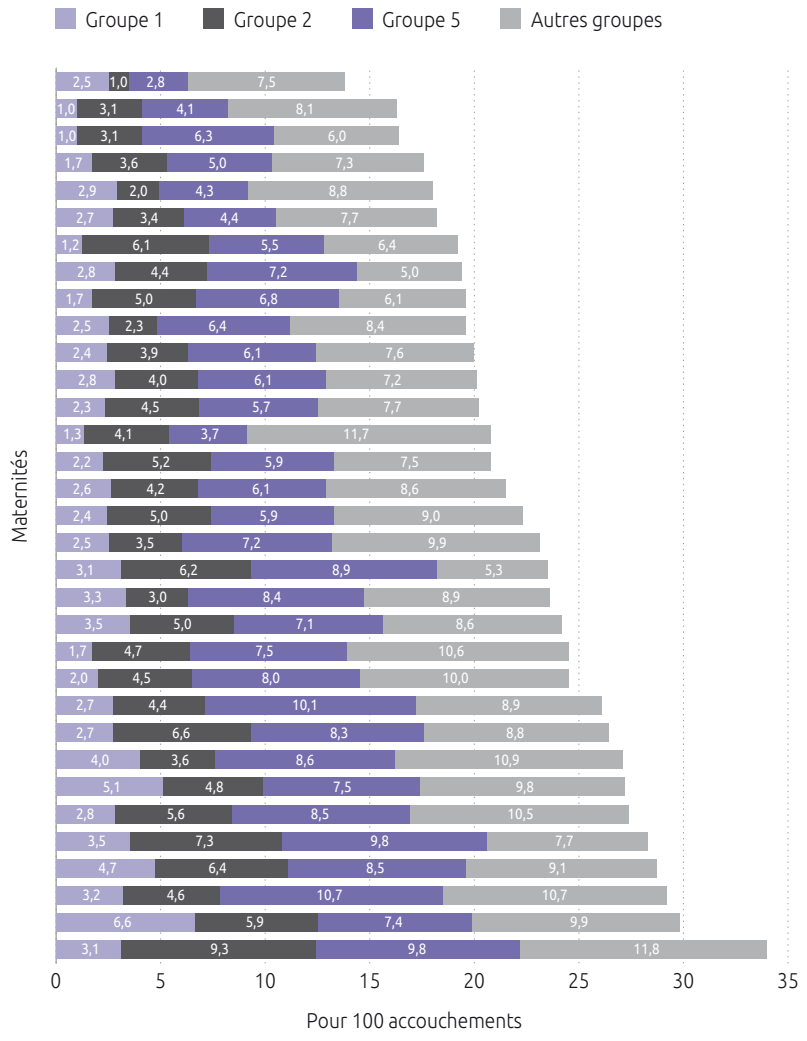

Figure 32 : Part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes par maternité, Wallonie, 2019, N=34 178

La proportion de femmes ayant accouché par voie basse après antécédent de césarienne varie fortement d'une maternité à l'autre allant de 62,4 % à 13,2 % (figure 33).

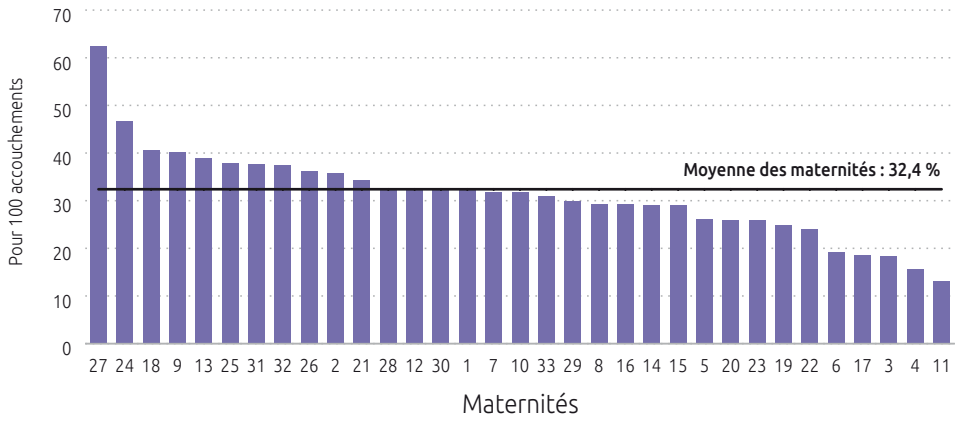

Figure 33 : Proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne par maternité, Wallonie, 2019, N=4 169

8.4 ÉPISIOTOMIE ET MATERNITÉS

On constate également la très grande variation dans les proportions d'épisiotomies d'une maternité à l'autre, variant de 9,2 % à 49,9 % pour les accouchements par voie basse en 2019 (figure 34).

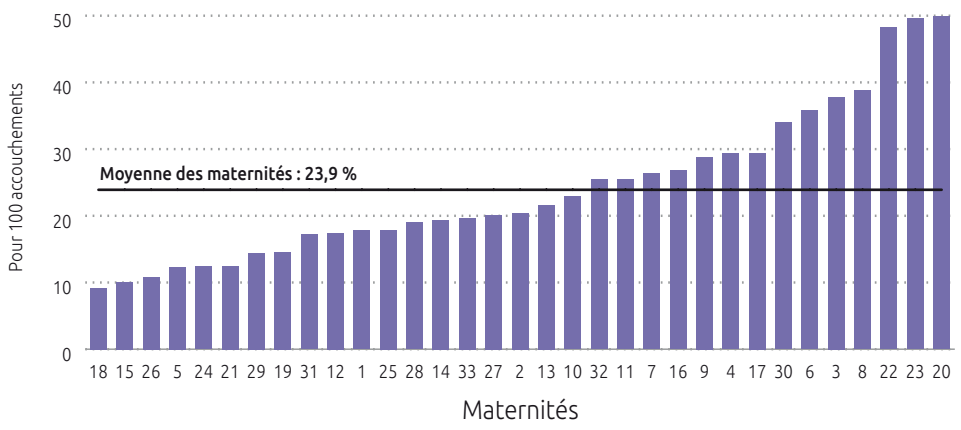

Figure 34 : Proportion d'épisiotomies par maternité pour les accouchements par voie basse, Wallonie, 2019, N=26 694

8.5 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE ET MATERNITÉS

Les proportions d'accouchements sans intervention obstétricale varient fortement d'une maternité à l'autre, passant de 60,8 % à 16,8 % (figure 35).

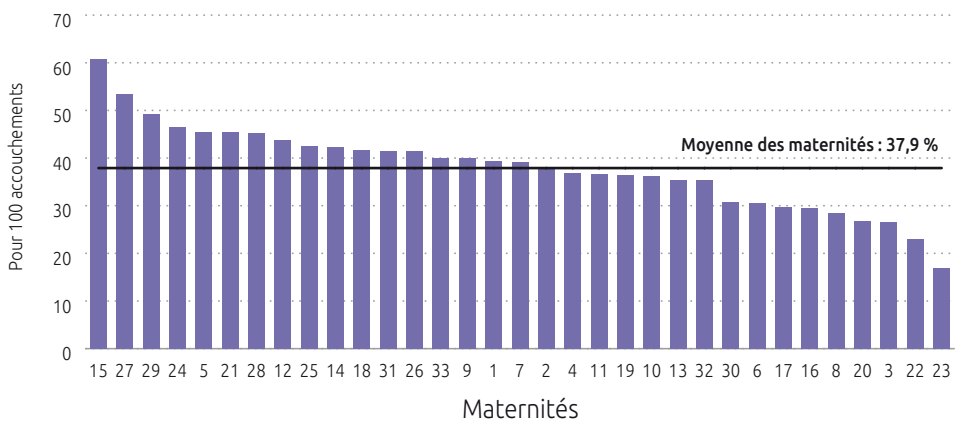

Figure 35 : Proportion d'accouchements sans intervention obstétricale par maternité, Wallonie, 2019, N=34 227

8.6 DISCUSSION

L'analyse des pratiques de l'accouchement montre de grandes disparités entre les maternités. Les proportions varient fortement d'une maternité à l'autre pour l'induction (14,1 % à 43,6 %), la césarienne (13,8 % à 34,1 %), l'accouchement par voie basse après antécédent de césarienne (62,4 % à 13,2 %), l'épisiotomie (9,2 % à 49,9 % pour les accouchements par voie basse) et l'accouchement sans intervention obstétricale (60,8 % à 16,8 %).

On observe des variations importantes entre les maternités pour toutes les pratiques obstétricales. L'analyse de la numérotation des maternités[2] en fonction des différentes pratiques obstétricales montre une certaine hétérogénéité dans les attitudes des maternités, la maternité ayant la proportion d'inductions la plus faible n'affichant pas les proportions d'autres pratiques obstétricales les plus faibles.

2 Un numéro aléatoire a été attribué à chaque maternité wallonne, les maternités gardant le même numéro pour toutes les pratiques obstétricales, cela permet d'analyser le profil des maternités.

9. CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

9.1 SYNOPTIQUE

Tableau 13 : Caractéristiques des naissances totales, Wallonie, 2019, N=35 226					
		Total		Singleton	Multiple
		N	%	%	%
Présentation de l'enfant (n=35 173)	Céphalique	33 091	94,1	94,9	65,4
	Siège	1 890	5,4	4,7	28,3
	Transverse	192	0,5	0,4	6,3
Âge gestationnel (semaines) (n=35 217)	< 28	202	0,6	0,5	3,4
	28-31	304	0,8	0,7	7,8
	32-33	347	1,0	0,7	9,8
	34-36	2 416	6,9	5,8	42,0
	37-38	9 926	28,2	28,0	34,5
	39-40	19 242	54,6	56,2	2,5
	41-42	2 780	7,9	8,1	0,0
Poids à la naissance (grammes) (n=35 198)	< 500	40	0,1	0,1	1,2
	500 – 1 499	458	1,3	1,0	9,3
	1 500 – 2 499	2 460	7,0	5,6	52,4
	2 500 – 3 999	29 946	85,1	86,6	37,1
	≥ 4 000	2 294	6,5	6,7	0,0
Petit poids pour âge gestationnel (n=35 146)	≤ 3e percentile	940	2,7	2,4	11,0
	≤ 10e percentile	3 055	8,7	8,1	29,6
Sexe de l'enfant (n=35 226)	Masculin	17 891	50,8	50,8	50,2
	Féminin	17 334	49,2	49,2	49,8
	Indéterminé	1	0,0	0,0	0,0
Malformation congénitale (n=35 220)	Oui	318	0,9	0,9	1,6
	Non	34 902	99,1	99,1	98,4

Tableau 14 : Caractéristiques des naissances vivantes, Wallonie, 2019, N=35 025					
		Total		Singleton	Multiple
		N	%	%	%
Apgar à 1 minute (n=34 974)	0-3	727	2,1	2,0	3,4
	4-6	1 523	4,3	4,2	10,4
	7-10	32 724	93,6	93,8	86,2
Apgar à 5 minutes (n=34 979)	0-3	103	0,3	0,3	0,8
	4-6	533	1,5	1,5	2,8
	7-10	34 343	98,2	98,2	96,4
Assistance respiratoire (n=35 007)	Masque	2 218	6,3	5,8	23,2
	Intubation	142	0,4	0,4	1,8
	Aucune assistance	32 647	93,3	93,8	75,0
Transfert en néonatalogie (n=35 007)	N*	2 144	6,1	5,5	27,5
	NIC	1 337	3,8	3,0	30,3
	Aucun transfert	31 526	90,1	91,5	42,2

9.2 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

La proportion d'enfants se présentant en sommet est de 94,1 %, en siège de 5,4 % et en transverse de 0,6 % (tableau 13).
La proportion de singletons vivants se présentant en sommet est de 95,0 %, en siège de 4,6 % et en transverse de 0,4 %

9.3 ÂGE GESTATIONNEL

La proportion d'enfants nés avant 37 semaines est de 9,3 % pour l'ensemble des naissances (tableau 13) avec 7,3 % de singletons vivants et 62,6 % de multiplés vivants (tableau 15).

Tableau 15 : Distribution des naissances selon l'âge gestationnel, Wallonie, 2019, N=35 217								
	Singletons (n=34 156)				Multiples (n=1 061)			
	Vivants (n=33 981)		Mort-nés (n=175)		Vivants (n=1 035)		Mort-nés (n=26)	
Âge gestationnel (semaines)	N	%	N	%	N	%	N	%
< 28	98	0,3	68	38,9	21	2,0	15	57,7
28-31	191	0,6	30	17,1	81	7,8	2	7,7
32-33	223	0,7	20	11,4	102	9,9	2	7,7
34-36	1 947	5,7	23	13,1	444	42,9	2	7,7
37-38	9 548	28,1	12	6,9	362	35,0	4	15,4
39-40	19 194	56,5	22	12,6	25	2,4	1	3,8
> 40	2 780	8,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Parmi les naissances vivantes, 91,1 % d'enfants sont nés à terme, avec 28,3 % entre 37 et 38 semaines (early term) et 8,9 % sont nés prématurément avec 6,8 % des enfants entre 34 et 36 semaines (late preterm).

La proportion d'enfants nés vivants avant 37 semaines en Wallonie (8,9 %) est supérieure à la proportion en Région bruxelloise (7,8 %) (7).

La proportion d'enfants nés vivants avant 37 semaines a augmenté de 2010 à 2019, passant de 8,3 % à 8,9 %.

Les proportions d'enfants singletons nés vivants late preterm et early term sont respectivement de 5,7 % et 28,1 % (tableau 15).
La proportion de singletons vivants early term diminue légèrement de 2010 à 2019, passant de 29,1 % à 28,1 %. En revanche, la proportion de singletons vivants late preterm augmente légèrement de 2010 à 2014 avant de se stabiliser (figure 36).

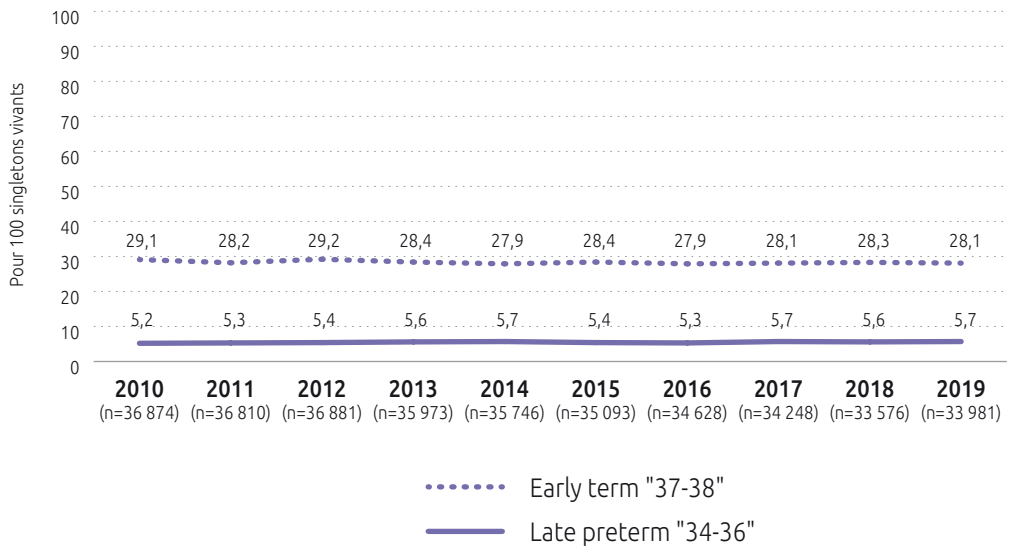

Figure 36 : Évolution des proportions de singletons vivants late preterm et early term, Wallonie, 2010-2019, N=353 810

Les mères âgées de moins de 20 ans ou de 40 ans et plus accouchent davantage avant 39 semaines. Les proportions de singletons vivants early term, late preterm et preterm varient selon la nationalité d'origine de la mère avec une proportion de singletons vivants preterm plus élevée chez les mères d'origine congolaise. Les mères en sous-poids, souffrant d'hypertension ou ayant eu recours à un traitement conceptionnel accouchent davantage avant 39 semaines, que ce soit en preterm, late preterm et early term (tableau 16).

Tableau 16 : Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques de la mère pour les singletons vivants, Wallonie, 2019

		Preterm < 34 semaines %	Late preterm 34-36 semaines %	Early term 37-38 semaines %	Full term ≥ 39 semaines %
Âge (années)	<20 (n=769)	2,5	7,2	24,8	65,5
	20-29 (n=14 927)	1,6	5,8	27,0	65,6
	30-39 (n=17 034)	1,4	5,6	28,8	64,3
	≥ 40 (n=1 251)	1,9	6,2	34,6	57,3
Nationalité d'origine	Belge (n=24 629)	1,5	6,0	28,1	64,4
	Marocaine (n=1 383)	1,5	3,8	27,6	67,1
	Française (n=1 236)	0,7	5,3	26,9	67,0
	Italienne (n=1 004)	1,9	5,9	28,3	63,9
	Turque (n=573)	0,7	5,1	30,5	63,7
	Roumaine (n=423)	1,2	6,2	25,5	67,1
	Congolaise (n=418)	4,3	3,4	32,5	59,8
Parité	Primipare (n=14 679)	1,8	5,8	24,0	68,4
	Multipare (n=19 301)	1,3	5,7	31,2	61,8
Corpulence	Sous-poids (n=1 908)	2,0	8,9	31,7	57,4
	Normale (n=17 156)	1,4	5,5	26,9	66,2
	Surpoids (n=7 929)	1,1	5,5	28,4	65,0
	Obésité (n=5 401)	1,2	5,1	30,7	63,0
Diabète	Oui (n=3 521)	1,3	8,4	38,3	51,9
	Non (n=30 035)	1,5	5,3	26,9	66,3
Hypertension artérielle	Oui (n=1 460)	6,6	13,1	38,0	42,3
	Non (n=32 229)	1,2	5,4	27,6	65,8
Traitement conceptionnel	Oui (n=1 313)	2,3	7,2	29,5	61,0
	Non (n=32 172)	1,4	5,7	28,1	64,8

9.4 POIDS À LA NAISSANCE

Le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 233 g (écart-type : 574 g). Pour les singletons vivants, le poids moyen est de 3 272 g (écart-type : 529 g), avec un poids moyen de 3 207 g pour les filles et de 3 336 g pour les garçons.

La proportion d'enfants de faible poids (< 2 500 g) est de 8,4 % pour l'ensemble des naissances (tableau 13) et de 8,0 % pour l'ensemble des naissances vivantes. Parmi les singletons nés vivants, 6,3 % ont un faible poids à la naissance (< 2 500 g) avec 0,9 % qui sont nés avec un très faible poids à la naissance (< 1 500 g).

La proportion de faible poids à la naissance en Wallonie (8,4 %) est plus élevée que la proportion en Région bruxelloise (7,8 %) (7).

Pour les singletons nés vivants, la proportion de faible poids à la naissance (< 2 500 g) est stable de 2010 à 2019. Celle de très faible poids (< 1 500 g) augmente légèrement sur la même période, passant de 0,6 % à 0,9 % (figure 37).

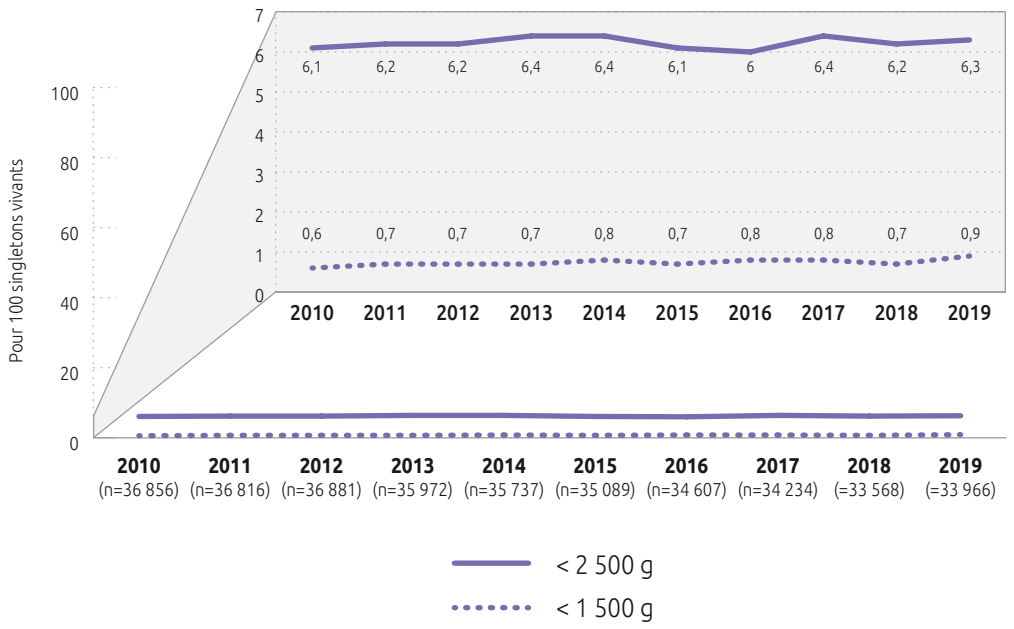

Figure 37 : Evolution des proportions de faible poids à la naissance pour les singletons vivants, Wallonie, 2010-2019, N=353 731

9.5 PETIT POIDS À LA NAISSANCE SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (≤ percentile 10) est de 8,7 % et la proportion avec un très petit poids pour l'âge (≤ percentile 3) est de 2,7 % (tableau 17).

Tableau 17 : Distribution des naissances selon les percentiles de petits poids pour âge gestationnel, Wallonie, 2019

	≤ 3e percentile		≤ 10e percentile	
	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=35 146)	940	2,7	3 055	8,7
Naissances vivantes (n=34 983)	901	2,6	3 003	8,6
Naissances vivantes uniques (n=33 953)	794	2,3	2 704	8,0

La proportion d'enfants nés vivants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (≤ percentile 10) en Wallonie (8,6 %) est plus élevée que la proportion en Région bruxelloise (7,0 %) (7).

Les proportions de singletons vivants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (≤ 10e percentile) et un très petit poids pour leur âge gestationnel (≤ 3e percentile) diminuent de 2010 à 2019 (figure 38).

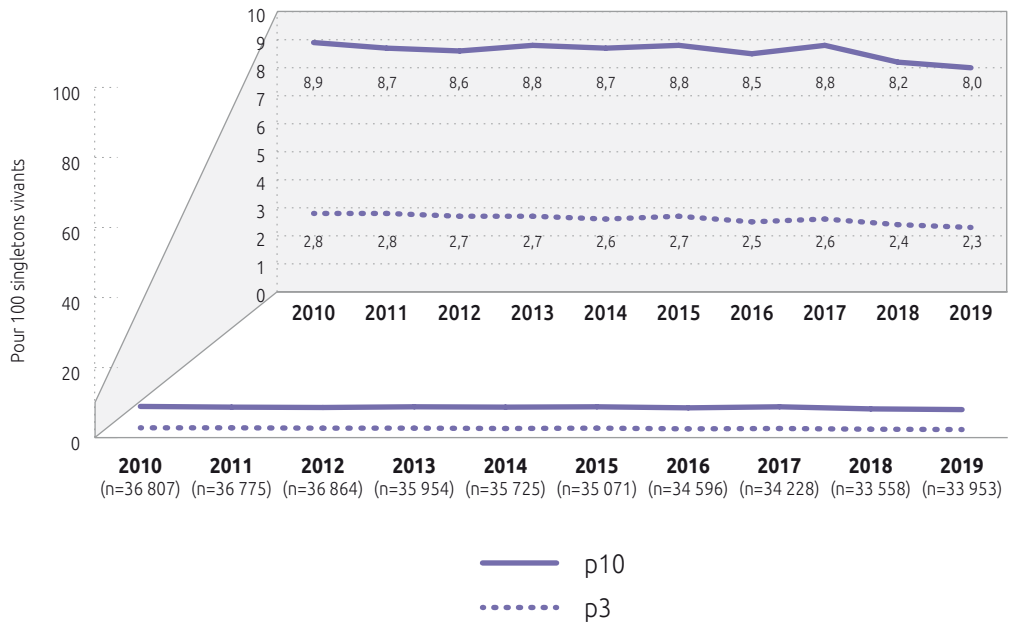

Figure 38 : Évolution de la proportion des singletons vivants selon les percentiles de petit poids pour âge gestationnel, Wallonie, 2010-2019, N=353 531

On observe une association entre le petit poids pour l'âge gestationnel et l'âge de la mère, la nationalité d'origine, la parité, la corpulence, l'hypertension mais également avec la prématurité. La proportion de singletons nés vivants avec un petit poids pour leur âge gestationnel est plus élevée chez les mères âgées de moins de 20 ans. Les mères d'origine italienne ou belge ont les proportions les plus élevées d'enfants avec un petit poids pour l'âge gestationnel. Cette proportion augmente lorsque l'indice de masse corporelle diminue. Les mères primipares et hypertendues mettent davantage au monde des enfants singletons vivants de petit poids pour leur âge gestationnel. On observe également davantage de petits poids pour l'âge gestationnel parmi les naissances prématurées. En revanche, on n'observe aucune différence selon le diabète ou le traitement conceptionnel (figure 39).

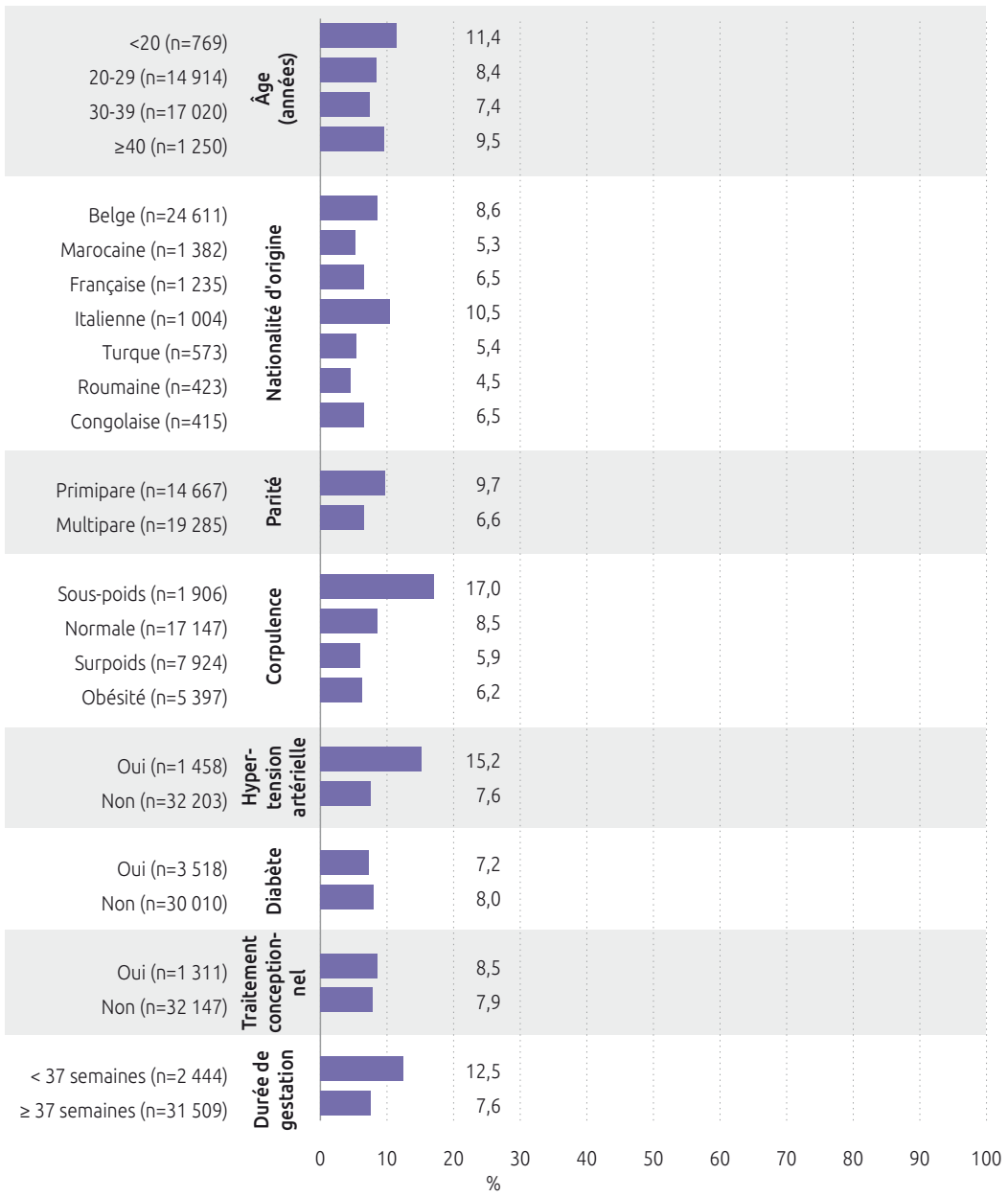

Figure 39 : Proportion de petit poids pour l'âge gestationnel (≤ 10e percentile) selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse pour les singletons vivants, Wallonie, 2019

9.6 SEXE DU NOUVEAU-NÉ

La proportion de filles (49,2 %) est légèrement inférieure à celle des garçons (50,8 %) (tableau 13). La proportion d'enfants de sexe masculin ou féminin est stable entre 2010 et 2019.

9.7 MALFORMATIONS CONGÉNITALES

En 2019, 318 enfants sont nés avec une ou plusieurs malformations, dont 68 sont mort-nés. Il s'agit des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance. Le tableau 18 reprend les malformations les plus enregistrées.

Tableau 18 : Malformations les plus enregistrées, Wallonie, 2019

Malformations	Nombre
Fente labiale/palatine	34
Hypospade	27
Trisomie 21	18
Autre malformation cardiaque	11
Agénésie rénale	10
Spina bifida	9
Tétralogie de Fallot	9
Imperforation anale	7
Dysplasie squelettique/nanisme	7
Dysplasie rénale poly/multikystique	7
Atrésie de l'oesophage	7
Anomalie réductionnelle des membres	6
Trisomie 18	6
Hydrocéphalie	6
Omphalocèle	6
Anomalie obstructive bassinet/uretère	5
Gastroschisis	5

9.8 APGAR

Parmi les enfants nés vivants, 6,4 % présentent un score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7, avec 2,1 % qui présentent un score inférieur à 4. À 5 minutes, seuls 1,8 % d'enfants ont un score inférieur à 7 avec 0,3 % un score inférieur à 4 (tableau 14).

La proportion d'enfants nés vivants avec un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes augmente de 2010 à 2019. Par contre, la proportion d'enfants nés vivants ayant un score d'Apgar inférieur à 4 à 5 minutes est stable sur la même période (figure 40).

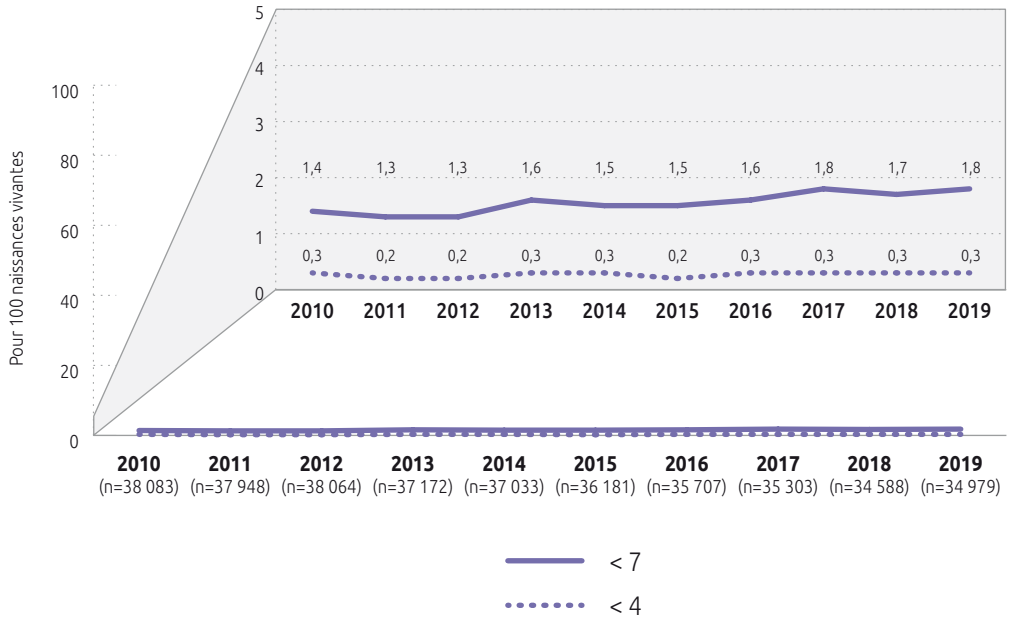

Figure 40 : Évolution de la proportion d'enfants nés vivants présentant un score d'Apgar inférieur à 7 et inférieur à 4 à 5 minutes, Wallonie, 2010-2019, N=365 058

9.9 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

La proportion d'enfants nés vivants ventilés à la naissance est de 6,7 % avec 6,3 % au masque (tableau 14).

La proportion de nouveau-nés ventilés à la naissance augmente de 2015 à 2019. Cette augmentation s'observe uniquement parmi les ventilations au masque (figure 41).

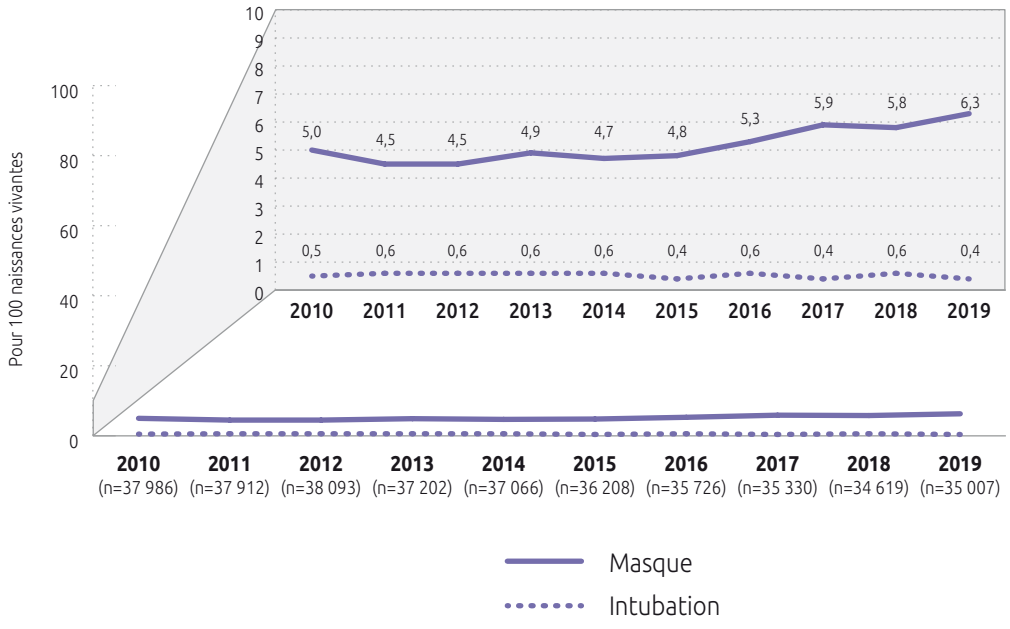

Figure 41 : Évolution du type de ventilation pour les naissances vivantes, Wallonie, 2010-2019, N=365 149

9.10 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 10,0 % des naissances vivantes (tableau 14).

La proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie est stable depuis 2014, après avoir diminué.
La proportion d'enfants transférés en service N* diminue entre 2010 et 2015 avant de se stabiliser. En parallèle, la proportion d'enfants transférés en service NIC augmente de 2010 à 2019 (figure 42).

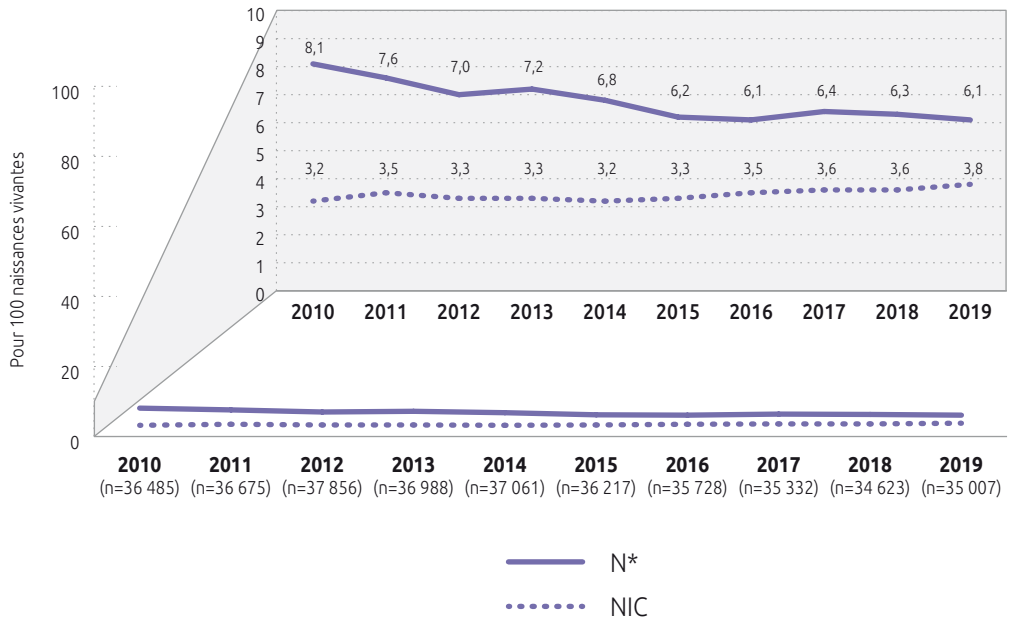

Figure 42 : Évolution du type d'admission en centre néonatal pour les naissances vivantes, Wallonie, 2010-2019, N=361 972

9.11 DISCUSSION

Parmi les naissances vivantes, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines est de 8,9 %, cette proportion augmente de 2010 à 2019. Parmi les singletons nés vivants, Les proportions de late preterm et early term sont respectivement de 5,7 % et 28,1 %. La proportion de singletons vivants early term diminue légèrement de 2010 à 2019, passant de 29,1 % à 28,1 %. En revanche, la proportion de singletons vivants late preterm augmente légèrement de 2010 à 2014 avant de se stabiliser.
Les naissances prématurées ne sont pas rares ; au niveau mondial, on estime que 10 % des naissances surviennent avant 37 semaines (58) mais de grandes disparités sont observées entre pays (59). Elles peuvent être la conséquence d'un déclenchement prématuré du travail ou d'une décision médicale lorsque la santé de la mère et/ou du bébé le nécessite. En Europe, la proportion de naissances vivantes avant terme varie de 6 % à 12 %. Les proportions les plus faibles ont été observées en Norvège, Danemark, Lettonie, Finlande, Estonie, Suède, Islande et Lituanie, et les proportions les plus élevées en Allemagne, Grèce, Hongrie et Chypre (3).

Les proportions de singletons vivants early term, late preterm ou preterm sont plus importantes chez les mères en sous-poids et celles souffrant d'hypertension ou de diabète.
De nombreux facteurs de risque participent à la survenue des naissances prématurées (60-61). Certains risques sont liés à la maman tels que son origine, un IMC faible ou élevé, le tabagisme, le niveau socio-économique ; d'autres sont en lien avec l'historique médical et/ou obstétrical de la maman tels que le diabète, l'hypertension, des anomalies ou malformations utérines, des antécédents d'accouchements prématurés, et d'autres risques sont propres à la grossesse en cours tels que les grossesses multiples, les grossesses rapprochées.

La proportion d'enfants nés vivants de faible poids à la naissance (< 2 500 g) est de 8,0 %. En Europe, la proportion de faible poids à la naissance varie de 4,2 % à 10,6 % des naissances vivantes, les proportions étant plus faibles dans les pays nordiques et baltes (Estonie, Finlande, Suède, Lettonie, Lituanie et Norvège) et plus élevées dans le sud et l'est de l'Europe (Roumanie, Espagne, Hongrie, Portugal, Grèce, Bulgarie et Chypre) (3). Quant à l'évolution du faible poids qui est stable depuis 2010 en Wallonie, aucune tendance générale n'a été observée. La proportion de faible poids à la naissance augmente entre 2010 et 2015 pour certains pays (Malte, Norvège, Autriche et Slovaquie) et diminue pour d'autres (Espagne, Pologne, Italie, Écosse et Portugal) (3).

La proportion de singletons nés vivants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (≤ percentile 10) est de 8,0 %, avec des proportions plus élevées chez les mères âgées de moins de 20 ans, celles en sous-poids ou hypertendues. La proportion de petit poids pour l'âge gestationnel diminue depuis 2010.

On observe une augmentation de la proportion d'enfants naissant avec un Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie et une augmentation de la proportion d'enfants ventilés au masque à la naissance. La proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie est stable depuis 6 années, après avoir diminué. Cette diminution est probablement en lien avec la création de chambres «kangourou» avec un suivi néonatal pour le nouveau-né dans le service de maternité.

10. ALLAITEMENT MATERNEL

La proportion de mères ayant notifié l'intention d'allaiter leur(s) enfant(s) au moment de l'accouchement est de 82,4 %. La proportion est de 82,5 % parmi les grossesses uniques et de 75,4 % parmi les grossesses multiples.

Cette proportion, bien que ne donnant aucune information sur la poursuite de l'allaitement dans la durée, est plus faible que le taux d'initiation relevé lors de l'enquête de couverture vaccinale où la proportion était de 90,6 % en Wallonie (62).

La proportion de mères désirant allaiter en Wallonie (82,4 %) est plus faible qu'en Région bruxelloise (93,3 %) (7).

Les mères âgées de plus de 30 ans, primipares ou ayant accouché à terme allaitent davantage que les mères âgées de moins de 30 ans, les multipares ou ayant accouché prématurément. Selon la nationalité, les femmes d'origine turque ou marocaine affichent les proportions les plus élevées (figure 43).

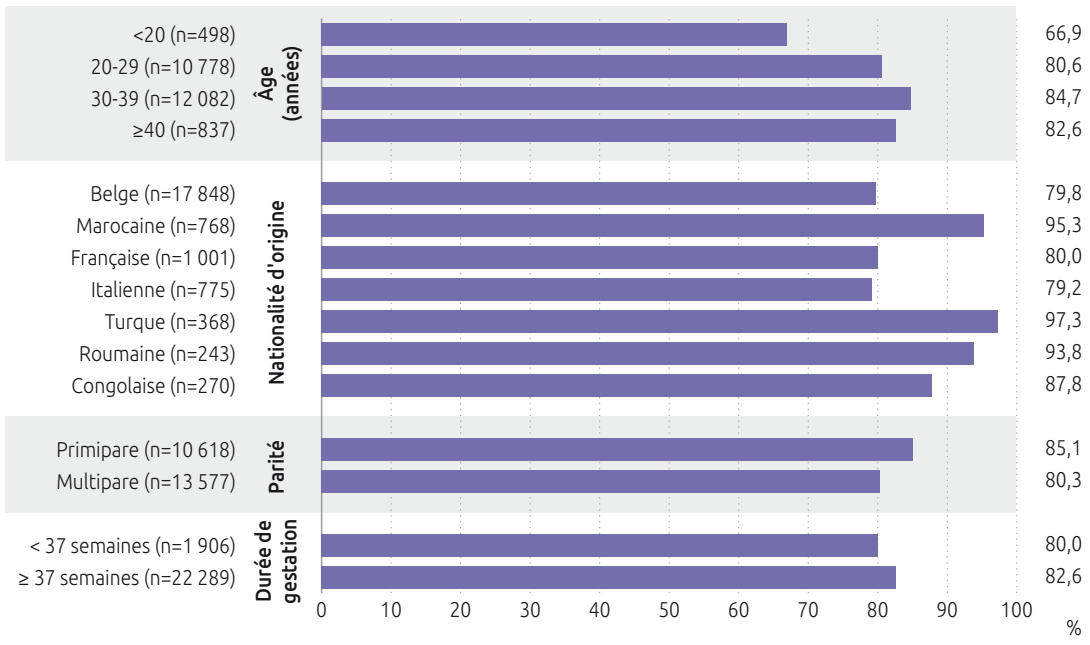

Figure 43 : Distribution de l'allaitement maternel selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse, Wallonie, 2019

11. MORTINATALITÉ

On compte 201 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (5,7 ‰ naissances), dont 26 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mortinatalité est de 5,1 et 24,5 pour 1 000 naissances de singletons et des grossesses multiples respectivement.
Le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 4,8 ‰.
Si l'on ne considère que les naissances à partir de 28 semaines d'âge gestationnel, comme le recommande l'OMS afin de pouvoir comparer les pays et les régions, on obtient un taux de 3,4 ‰ (3,1 ‰ pour les singletons et 10,7 ‰ pour les grossesses multiples) (figure 44).

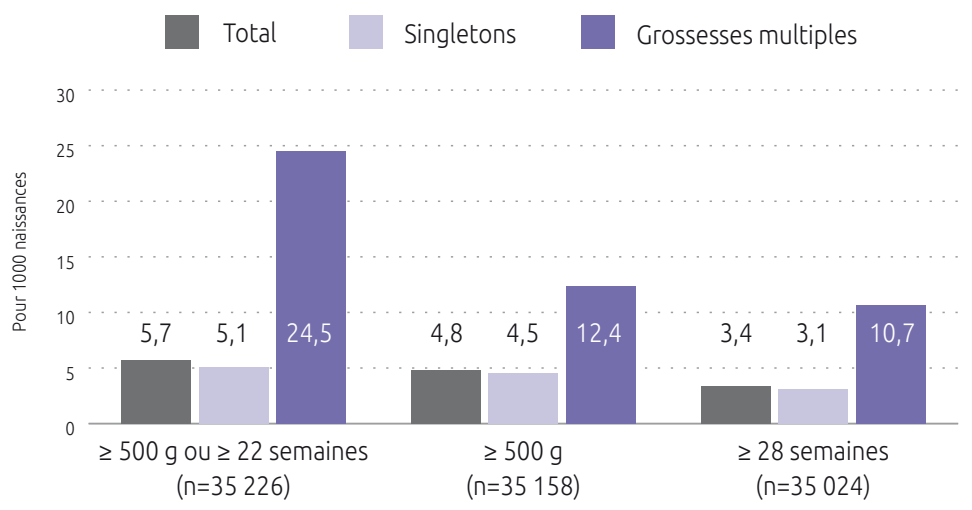

Figure 44 : Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion, Wallonie, 2019

Le taux de mortinatalité pour les naissances à partir de 28 semaines en Wallonie (3,4 ‰) est plus faible qu'en Région bruxelloise (6,0 ‰) (7).

Le taux de mortinatalité pour les naissances à partir de 28 semaines est stable de 2010 à 2019 (figure 45).

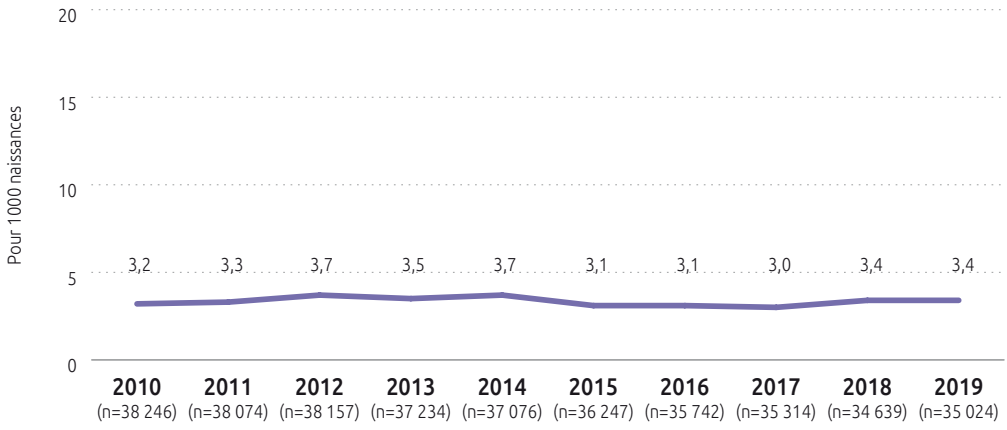

Figure 45 : Évolution de la mortinatalité pour les naissances à partir de 28 semaines, Wallonie, 2010-2019, N=365 753

Le taux de mortinatalité décroît lorsque l'âge gestationnel augmente quelle que soit la multiplicité de la grossesse (tableau 19).

Tableau 19 : Distribution des mort-nés selon l'âge gestationnel, Wallonie, 2019

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n=34 156)			Multiples (n=1 061)			Total (n=35 217)		
	Total	Nombre de mort-nés	‰	Total	Nombre de mort-nés	‰	Total	Nombre de mort-nés	‰
< 28	166	68	409,6	36	15	416,7	202	83	410,9
28-31	221	30	135,7	83	2	24,1	304	32	105,3
32-36	2 213	43	19,4	550	4	7,3	2 763	47	17,0
≥ 37	31 556	34	1,1	392	5	12,8	31 948	39	1,2

11.1 DISCUSSION

Le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 4,8 ‰. Le taux de mortinatalité pour les enfants nés à partir de 28 semaines est de 3,4 ‰. Ce taux ne montre pas d'évolution sur la période 2010-2019.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des mort-nés montre bien que l'interprétation et les comparaisons des analyses sont délicates, ce qui a également été démontré par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles dans sa note sur l'évolution de la mortalité fœto-infantile de 2000 à 2010 (63). Par ailleurs, ce taux prend également en compte certaines interruptions médicales de grossesse. En effet, en Belgique, aucune distinction n'est faite de manière systématique entre les décès spontanés et provoqués.

12. CONCLUSION

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2019 en Wallonie. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire wallon (données de fait). Cette publication permet d'analyser les évolutions de quelques indicateurs de santé périnatale en Wallonie sur 10 années. Ces évolutions montrent des tendances intéressantes pour certaines variables.

1. Une diminution du nombre de naissances en Wallonie est observée depuis 2012 passant de 38 383 naissances en 2012 à 35 226 en 2019.

2. Les mères sont de plus en plus âgées avec une proportion de mères âgées de 40 ans et plus qui passe de 2,8 % en 2010 à 3,7 % en 2019.

3. La proportion de mères en surcharge pondérale continue à augmenter avec une proportion qui passe de 34,7 % en 2010 à 41,2 % en 2019.

4. Pour ce qui est du diabète, une augmentation constante de la proportion est observée passant de 5,7 % à 10,5 % entre 2010 et 2019.

5. Malgré une proportion d'inductions très élevée (près d'une femme sur trois), une tendance à la stabilisation des pratiques obstétricales est observée depuis plusieurs années et la proportion d'épisiotomies diminue même de 45,6 % en 2010 à 23,7 % en 2019.

6. Au regard de l'analyse du Robson, on constate que la catégorie de femmes qui contribue le plus dans la proportion de césariennes est celle des «multipares avec antécédent de césarienne, singleton en sommet, ≥ 37 semaines» avec 6,4 % en 2019. Néanmoins, cette catégorie est stable depuis 2013.

7. L'analyse des pratiques obstétricales montre de grandes disparités entre les maternités. Ce constat donne un intérêt tout particulier aux rapports individualisés distribués à chaque maternité et permettant à chacune de se situer par rapport aux autres, de façon anonyme.

8. La proportion de singletons nés vivants early term diminue depuis 2010. Celle avec un petit poids à la naissance est stable depuis 10 années. La proportion de singletons nés vivants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (≤ percentile 10) est de 8,0 %. Cette proportion diminue depuis 2010.

9. On observe une augmentation de la proportion d'enfants naissant avec un Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie et une augmentation de la proportion d'enfants ventilés au masque à la naissance. La proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie est stable depuis 6 années.

10. Le taux de mortinatalité pour les enfants nés en Wallonie à partir de 28 semaines est de 3,4 ‰. Ce taux est stable de 2010 à 2019.

13. 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 Perinatol*. 2015 Jan 22;1:3. doi: 10.1186/s40748-014-0004-z.

(2) Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33. (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 in 2015. November 2018. Available www.europeristat.com

(4) Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, Coory M, Gordon A, Ellwood D, McIntyre HD, Fretts R, Ezzati M. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011 Apr 16;377(9774):1331-40. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62233-7.

(5) 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*. 2017 Sep;106(9):1409-1437. doi: 10.1111/apa.13880.

(6) Azria E. Inégalités sociales en santé périnatale. *Arch Pediatr*. 2015 Oct;22(10):1078-85. doi: 10.1016/j.arcped.2015.07.006.

(7) Van Leeuw V, Leroy Ch. Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2019. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2020.

(8) Devlieger R, Goemaes R, Laubach M. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2018. Studiecentrum voor perinatale Epidemiologie, Brussel, 2019.

(9) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.

(10) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.

(11) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Années 2008-2012. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2014.

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

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

(14) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y, Zhang WH. Santé périnatale en Wallonie – Année 2015. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2017.

(15) Leroy Ch, Van Leeuw V, Daelemans C, Debauche Ch, Debiève Fr. Santé périnatale en Wallonie – Année 2016. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2018.

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

(17) Leroy Ch, Moreau N, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2018. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2020.

(18) Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. Aide-mémoire N°311. Janvier 2015. Site : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/

(19) World Health Organization. BMI-for-age Girls. 5 to 19 years (z-scores). 2007. Site: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/#

(20) Nippita TA, Khambalia AZ, Seeho SK, Trevena JA, Patterson JA, Ford JB, Morris JM, Roberts CL. Methods of classification for women undergoing induction of labor: a systematic review and novel classification system. *BJOG* 2015;122:1284-1293

(21) World Health Organization. Who statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).

(22) Robson, M.S., Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 2001. 12: p. 2339.

(23) Demestre Xavier. Late preterm, the forgotten infants: A personal perspective. *Rev. chil. pediatr*. [Internet]. 2017 June [cited 2020 Jan 30] ; 88(3): 315-317. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000300001&lng=en. http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000300001.

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

(25) SF2.3: Age of mothers at childbirth and age-specific fertility (https://www.oecd.org/els/soc/SF_2_3_Age_mothers_childbirth.pdf)

(26) Barclay K, Myrskylä M. Advanced maternal age and offspring outcomes: reproductive aging and counterbalancing period trends. *Popul. Dev. Rev*. 2016 42,69–94.

(27) Islam MM, Bakheit CS. Advanced Maternal Age and Risks for Adverse Pregnancy Outcomes: A Population-Based Study in Oman. *Health Care Women Int*. 2015; 36(10):1081-103.

(28) Dietl A, Farthmann J. Gestational hypertension and advanced maternal age. *Lancet*. 2015 Oct 24;386 (10004):1627-8.

(29) Janoudi G, Kelly S, Yasseen A, Hamam H, Moretti F, Walker M. Factors Associated With Increased Rates of Caesarean Section in Women of Advanced Maternal Age. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015 Jun;37(6):517-26.

(30) Scholz R, Voigt M, Schneider KT, Rochow N, Hagenah HP, Hesse V, Straube S. Analysis of the German Perinatal Survey of the Years 2007-2011 and Comparison with Data From 1995-1997: Maternal Characteristics. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2013 Dec;73(12):1247-1251.

(31) Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). 2012 Jun;41(4):e1-e15. doi: 10.1016/j.jgyn.2012.04.014.

(32) Park AL, Urquia ML, Ray JG. Risk of Preterm Birth According to Maternal and Paternal Country of Birth: A Population-Based Study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015 Dec;37(12):1053-62.

(33) Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen AM, Small R, Davey MA, Röost M, Essén B; ROAM (Reproductive Outcomes and Migration. An International Collaboration). Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *Eur J Public Health*. 2015 Aug;25(4):620-5.

(34) Higginbottom GM, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, Barolia R. Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev*. 2015 Feb 11;4:13.

(35) Minsart A-F, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92:204-209.

(36) Reeske A, Kutschmann M, Razum O, Spallek J. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC pregnancy and childbirth* 2011;11:63.

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

(38) Minsart AF, Buekens P, De Spiegelaere M, Englert Y. Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Feb 11;13:36

(39) Anna V, van der Ploeg HP, Cheung NW, Huxley RR, Bauman AE. Sociodemographic correlates of the increasing trend in prevalence of gestational diabetes mellitus in a large population of women between 1995 and 2005. *Diabetes Care*. 2008 Dec;31(12):2288-93. doi: 10.2337/dc08-1038.

(40) Zhu Y, Zhang C. Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective. *Curr Diab Rep*. 2016 Jan;16(1):7. doi: 10.1007/s11892-015-0699-x.

(41) Oriot P, Radikov J, Gilleman U, Loumaye R, Ryckoort V, Debue E, Neve C, Gruber A, Vermeulen S, Jacob M, Herman G, Buysschaert M. 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 Metab*. 2018 Jun;44(3):309-312. doi: 10.1016/j.diabet.2017.09.003.

(42) Benhalima C, Devlieger R, 2012. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap (swens), en zwangerschapsdiabetes: consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012. Vlaams Tijdschr. *Voor Diabetol*.

(43) Anna V, van der Ploeg HP, Cheung NW, Huxley RR, Bauman AE. Sociodemographic correlates of the increasing trend in prevalence of gestational diabetes mellitus in a large population of women between 1995 and 2005. *Diabetes Care*. 2008 Dec;31(12):2288-93. doi: 10.2337/dc08-1038.

(44) Ferrara A. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus: a public health perspective. Diabetes Care. 2007 Jul;30 Suppl 2:S141-6.IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: *The National Academies Press*.

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

(46) 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 Dec 30;2018:7124362. doi: 10.1155/2018/7124362.

(47) 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. *Hum Reprod Open*. 2017 Aug 29;2017(2):hox012. doi: 10.1093/hropen/hox012.

(48) IOM (Institute of Medicine). Weight Gain During Pregnancy : Reexamining the Guidelines. Washington DC : *The National Academies Press*. 2009

(49) Goldstein RF, Abell SK, R anasinha 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*. 2017 Jun 6;317(21):2207-2225. doi: 10.1001/jama.2017.3635.

(50) Santos S, Voerman E, Amiano P, Barros H, Beilin LJ, 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*. 2019 Jul;126(8):984-995. doi: 10.1111/1471-0528.15661.

(51) Schwarz C, Schäfers R, Loytved C, Heusser P, Abou-Dakn M, König T, Berger B. Temporal trends in fetal mortality at and beyond term and induction of labor in Germany 2005-2012: data from German routine perinatal monitoring. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Feb;293(2):335-43. doi: 10.1007/s00404-015-3795-x.

(52) Ekéus C, Lindgren H. Induced Labor in Sweden, 1999-2012: A Population-Based Cohort Study. *Birth*. 2016 Jun;43(2):125-33. doi: 10.1111/birt.12220.

(53) Bonsack CF, Lathrop A, Blackburn M. Induction of labor: update and review. *J Midwifery Womens Health*. 2014 Nov-Dec;59(6):606-15. doi: 10.1111/jmwh.12255.

(54) World Health Organization. WHO Recommendations for Induction of Labor. Geneva: WHO, 2011

(55) Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63.

(56) Amis D. Healthy birth practice #1: let labor begin on its own. *J Perinat Educ*. 2014 Fall;23(4):178-87. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.178.

(57) Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, Ólafsdóttir HS, Zeitlin J; Euro-Peristat Scientific Committee. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG*. 2016 Mar;123(4):559-68. doi: 10.1111/1471-0528.13284.

(58) Platt MJ. Outcomes in preterm infants. *Public Health*. 2014 May;128(5):399-403. doi: 10.1016/j.puhe.2014.03.010.

(59) Delnord M, Zeitlin J. Epidemiology of late preterm and early term births - An international perspective. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019 Feb;24(1):3-10. doi: 10.1016/j.siny.2018.09.001.

(60) Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008 Jan 5;371(9606):75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4.

(61) van Zijl MD, Koullali B, Mol BW, Pajkrt E, Oudijk MA. Prevention of preterm delivery: current challenges and future prospects. *Int J Womens Health*. 2016 Oct 31;8:633-645.

(62) Robert E, & Swennen B. (2013, October 01). Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61, 288

(63) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Evolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013

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
		7	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.	