

Surveillance de la Santé Périnatale au Luxembourg 2017–2019

Surveillance de la Santé Périnatale au Luxembourg 2017–2019

EDITION :

Ministère de la Santé – Luxembourg Institute of Health
Décembre 2022

GROUPE DE RÉDACTION

Direction de la santé
Guy WEBER
Dr Martine DEBACKER

LIH, DOPH, Public Health Expertise
Aline LECOMTE
Jessica PASTORE
Audrey BILLY
Dr Sophie COUFFIGNAL

REMERCIEMENTS

Le groupe de rédaction adresse ses remerciements à l'ensemble des acteurs ayant collaboré à ce travail.

Il apprécie la très grande implication des professionnels de terrain : gynécologues, pédiatres, néonatalogues et en particulier la collaboration et le véritable engagement des sages-femmes et infirmières qui, par la collecte régulière des informations, par le souci de produire des informations de qualité, ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

Un merci particulier aux responsables de service qui ont permis de faire le suivi du contrôle qualité des données 2019 tout au long de l'année 2020 malgré les conditions de travail difficiles dues à la pandémie.

Il adresse des remerciements particuliers aux gynécologues qui consacrent du temps dans les différents groupes de travail afin de donner de précieux conseils.

Il remercie les membres du comité de pilotage pour leurs conseils avisés, leur soutien permanent, leurs idées novatrices qui permettent de faire évoluer et d'enrichir le système.

MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE

Direction de la santé
Guy WEBER
Dr Martine DEBACKER

Luxembourg Institute of Health
Dr Sophie COUFFIGNAL
Aline LECOMTE
David MARCIC
Audrey BILLY
Jessica PASTORE

Médecins néonatalogues
Dr Jean BOTTU
Dr Stéphanie COQUELET

Société Luxembourgeoise de Pédiatrie
Dr Fernand PAULY

Société Luxembourgeoise de Gynécologie
et d'Obstétrique
Dr Robert LEMMER
Dr Marc PEIFFER

Association Luxembourgeoise
des Sages-Femmes
Nadine BARTHEL
Yolande KLEIN

Centre Hospitalier de Luxembourg
Nathalie CLAEYS
Elsa DO CARMO
Dr Didier VAN WYMERSCH

Hôpitaux Robert Schuman – Clinique Bohler
Aline BOUILLON
Fabrice CAROULLE

Centre Hospitalier Emile Mayrisch
Virginie OTTO
Dr Jean-Pierre CLEES

Centre Hospitalier du Nord
Mariette BROSIUS
Dr Marie-Christine ARCHAMBEAU

Sommaire

Table des acronymes	6	Antécédents obstétricaux	36
Table des tableaux	7	1. Parité	36
Table des figures	8	Accouchement	37
Introduction	10	1. Accouchements simples et multiples	37
Méthodologie	12	2. Type de début de travail	37
Définitions	13	3. Mode d'accouchement	38
Résultats SUSANA/DIANE	14	4. Classification de Robson	40
Présentation de la population	14	5. Indication des césariennes par classes d'âge gestationnel	42
1. Les chiffres clés 2017-2019	14	6. Mode d'accouchement des débuts de travail induits	42
2. Mortalité	16	7. Type d'anesthésie	43
2.1. Mortalité foetale	16	8. Épisiotomie, état du périnée	44
2.1.1. Age gestationnel, poids et pluralité des décès foetaux	17	9. Streptocoque du groupe B	45
2.1.2. Moment du décès	18	10. Taux de morbidité maternelle – hémorragie	45
2.2. Mortalité néonatale et infantile	18	Etat de santé de l'enfant	46
2.3. Mortalité maternelle	19	1. Poids de naissance	46
Caractéristiques socio-démographiques	20	2. Sexe du nouveau-né	46
1. Age des mères	20	3. Apgar à 5 minutes de vie	47
2. Age des partenaires	21	4. Age gestationnel	47
3. Nationalité et pays de naissance	22	5. Prévalence des anomalies congénitales	48
4. Lieu de résidence des parents	24	6. Moment de la première mise au sein	49
5. Situation d'emploi de la mère	25	7. Type d'allaitement à la sortie de la maternité	49
6. Situation familiale de la mère	25	Prise en charge aiguë à la naissance	50
Habitudes de vie	26	1. Transfert après la naissance	50
1. Consommation de tabac pendant la grossesse	26	2. Maternité avec ou sans service de soins intensifs néonataux	51
2. Tabagisme passif	27	Résultats EuroNeoNet	54
3. Consommation d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives au cours de la grossesse	28	1. Admission en néonatalogie	54
Traitement de fertilité	29	2. Motif d'admission en néonatalogie	56
1. Nombre de traitement de fertilité	29	3. Diagnostics	57
2. Type de traitement de fertilité	30	4. Médication	58
3. Lieu du traitement de fertilité	30	4.1. Détresse respiratoire	58
4. Age des mères ayant reçu un traitement de fertilité	30	4.1.1. Administration de surfactant	58
5. Type de naissance et traitement de fertilité	31	4.1.2. Administration de corticoïdes	58
6. Risques périnataux et traitement de fertilité	31	4.1.3. Assistance respiratoire	59
Suivi prénatal	32	5. Chirurgie	59
1. Soins prénatals pendant la grossesse	32	6. Mode de sortie	60
2. Prise d'acide folique	33	Recommandations	61
3. Diabète gestationnel	33	Bibliographie	62
4. IMC en début de grossesse	34		
5. Participation aux cours de préparation à la naissance	34		

Table des acronymes

Abréviations et acronymes	Signification
ADA	American Diabetes Association
APGAR	Aspect – Pouls – Grimaces – Activité – Respiration
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg Maternité Grand Duchesse Charlotte
CNS	Caisse Nationale de Santé
Comité national PERINAT	Réseau national composé de représentants des professionnels de la santé et de la santé publique concernés : gynécologues, néonatalogues, pédiatres, sages-femmes, infirmières pédiatriques, le Luxembourg Institute of Health et la Direction de la santé
CPAP	Continous Positive Airway Pressure
CTG	Cardiotocogramme
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DIANE	Dossier d'Informations Agrégées de la Naissance et de l'Enfance
EUROCAT	EUROpean concerted action on Congenital Anomalies and Twins
EURONEONET	EUROpean NEOnatal NETwork
FIMÉNA	Fiche MÉdicale de NAissance
FIV	Fécondation In Vitro
HAS	Haute Autorité de Santé
HGPO	Hyperglycémie Provoquée par voie Orale
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
IMC	Indice de Masse Corporelle
ICSI	Intra Cytoplasmic Sperm Injection
LIH	Luxembourg Institute of Health
LOSA	Lésions Obstétricales du Sphincter Anal
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PERISTAT	Perinatal health indicators for Europe
PMA	Procréation Médicalement Assistée
RAPE	Rupture Artificielle de la Poche des Eaux
RCIU	Retard de Croissance Intra Utérin
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STREPTO B	Streptocoque du groupe B
SUSANA	SURveillance de la SAnté autour de la NAissance
UE	Union Européenne
VM	Valeur(s) Manquante(s)
WHO	World Health Organisation

Table des tableaux

Tableau 1 : Chiffres clés, 2017–2019.....	14	Tableau 18 : Prise d'acide folique, 2017–2019.....	33
Tableau 2 : Moment du décès, naissances totales, bébés non transférés, 2017–2019.....	18	Tableau 19 : Distribution de la parité en fonction de l'âge de la mère, 2017–2019.....	36
Tableau 3 : Mortalité néonatale précoce, néonatale tardive, post-néonatale, infantile et juvénile, 2017–2019 (et évolution depuis 2009).....	18	Tableau 20 : Distribution des accouchements simples et multiples, 2017–2019.....	37
Tableau 4 : Mortalité maternelle, 2017–2019 (et évolution depuis 2009).....	19	Tableau 21 : Distribution des motifs d'induction, 2017–2019.....	38
Tableau 5 : Distribution des accouchements selon la classe d'âge de la mère, 2017–2019.....	20	Tableau 22 : Tableau récapitulatif des césariennes, 2017–2019.....	40
Tableau 6 : Distribution de l'âge des mères, primipares, 2017–2019.....	21	Tableau 23 : Classification de Robson, 2017–2019.....	41
Tableau 7 : Distribution de l'âge des mères, multipares, 2017–2019.....	21	Tableau 24 : Taux de césarienne avant et après 38 semaines de gestation, 2017–2019.....	42
Tableau 8 : Distribution des accouchements selon la classe d'âge du partenaire, 2017–2019.....	21	Tableau 25 : Morbidité maternelle grave, 2017–2019.....	45
Tableau 9 : Distribution de l'âge du mettre partenaire, 2017–2019.....	22	Tableau 26 : Distribution du poids de naissance des nouveau-nés vivants, par classes, 2017–2019.....	46
Tableau 10 : Distribution des accouchements selon la nationalité de la mère, 2017–2019.....	22	Tableau 27 : Distribution du score d'Apgar à 5 minutes de vie, bébés vivants, par année, 2017–2019.....	47
Tableau 11 : Distribution des accouchements selon le pays de naissance de la mère, 2017–2019.....	23	Tableau 28 : Distribution de l'âge gestationnel en fonction de la pluralité, naissances vivantes, 2017–2019.....	48
Tableau 12 : Distribution du nombre de parents en situation « Demandeurs de protection internationale », 2017–2019.....	23	Tableau 29 : Transfert après la naissance, naissances vivantes, 2017–2019.....	50
Tableau 13 : Distribution du poids de naissance des nouveau-nés vivants en fonction de la consommation de tabac au cours de la grossesse, 2017–2019.....	27	Tableau 30 : Motif d'admission dans le service de néonatalogie, 2017–2019.....	50
Tableau 14 : Distribution de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, 2017–2019.....	28	Tableau 31 : Grands prématurés selon la disponibilité d'un service de soins intensifs néonataux, 2017–2019.....	51
Tableau 15 : Distribution de la consommation de drogues et autres substances au cours de la grossesse, 2017–2019.....	28	Tableau 32 : Grands prématurés selon la disponibilité d'un service de soins intensifs néonataux, 2009 à 2019.....	51
Tableau 16 : Distribution du nombre de naissances suite à un traitement de fertilité, 2017–2019.....	29	Tableau 33 : Distribution des bébés <32 semaines ou ≤1500 g admis en néonatalogie selon les services de néonatalogie du pays, 2017–2019.....	55
Tableau 17 : Type de naissance en fonction du traitement de fertilité, 2017–2019.....	31	Tableau 34 : Distribution des bébés ≥32 semaines ou >1500 g admis en néonatalogie selon les services de néonatalogie du pays, 2017–2019.....	55

Table des figures

Figure 1 : Évolution des naissances de 2001 à 2019 15	Figure 17 : Distribution du lieu des traitements de fertilité, 2017–2019 30
Figure 2 : Évolution des accouchements par maternité de 2001 à 2019 15	Figure 18 : Distribution de l'âge des mères ayant reçu un traitement de fertilité, évolution de 2011 à 2019 31
Figure 3 : Taux de mortalité fœtale ≥ 22 semaines (%o naissances totales), 2011–2019 17	Figure 19 : Trimestre de la première visite prénatale, 2017–2019 32
Figure 4 : Distribution de l'âge gestationnel des bébés mort-nés en %o, 2017–2019 17	Figure 20 : Diabète gestationnel pendant la grossesse, 2017–2019 34
Figure 5 : Taux de croissance relative par nationalité de la mère, 2017–2019 23	Figure 21 : Participation aux cours de préparation à la naissance, 2017–2019 34
Figure 6 : Évolution des pays de naissance « Autres pays, hors UE » pour les parents, depuis 2007 23	Figure 22 : Distribution de la parité, évolution de 2009 à 2019 36
Figure 7 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère, 2017–2019 24	Figure 23 : Distribution des types de début de travail, 2017–2019 37
Figure 8 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère (Luxembourg ou autre), évolution de 2007 à 2019 24	Figure 24 : Distribution du mode d'accouchement, 2017–2019 39
Figure 9 : Taux de croissance relative par lieu de résidence de la mère, 2017–2019 25	Figure 25 : Distribution du mode d'accouchement, évolution depuis 2009 40
Figure 10 : Distribution de la situation d'emploi de la mère, 2017–2019 25	Figure 26 : Mode d'accouchement des inductions, 2017–2019 42
Figure 11 : Distribution de la situation familiale de la mère, 2017–2019 25	Figure 27 : Distribution des types d'anesthésie, accouchements par voie basse, 2017–2019 43
Figure 12 : Distribution de la consommation de tabac pendant le 1 ^{er} trimestre de la grossesse, 2017–2019 26	Figure 28 : Distribution des types d'anesthésie, césariennes, 2017–2019 43
Figure 13 : Distribution de la consommation de tabac pendant le 3 ^{ème} trimestre de la grossesse, 2017–2019 27	Figure 29 : Episiotomie, accouchements par voie basse, 2017–2019 44
Figure 14 : Évolution du tabagisme passif, 2017–2019 27	Figure 30 : Distribution des résultats du test strepto B, 2017–2019 45
Figure 15 : Proportion des accouchements suite à un traitement de fertilité, évolution de 2009 à 2019 29	Figure 31 : Distribution de l'âge gestationnel, naissances totales, 2017–2019 47
Figure 16 : Distribution du type de traitement de fertilité, activités de laboratoire (FIV, ICSI, IA), 2017–2019 30	Figure 32 : Prévalence des anomalies congénitales, mort-nés, 2017–2019 48

Figure 33 : Prévalence des anomalies congénitales, nouveau-nés vivants, 2017–2019	48	Figure 45 : Administration de surfactant, bébés <32 semaines ou ≤1500 g / ≥32 semaines ou >1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	58
Figure 34 : Distribution du moment de la première mise au sein, nouveau-nés vivants, 2017–2019	49	Figure 46 : Administration de corticoïdes pendant la grossesse, naissances prématurées (< 34 semaines), 2017–2019	58
Figure 35 : Distribution du type d'allaitement à la sortie de la maternité, nouveau-nés vivants, 2017–2019	49	Figure 47 : Assistance respiratoire, bébés <32 semaines ou ≤1500 g / ≥32 semaines ou >1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	59
Figure 36 : Devenir des 63 bébés de grande ou très grande prématurité nés dans une maternité SANS soins intensifs néonataux, 2017–2019	52	Figure 48 : Chirurgie, bébés <32 semaines ou ≤1500 g / ≥32 semaines ou >1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	59
Figure 37 : Devenir des 229 bébés de grande ou très grande prématurité nés dans une maternité AVEC soins intensifs néonataux, 2017–2019	53	Figure 49 : Mode de sortie, bébés <32 semaines ou ≤1500 g / ≥32 semaines ou >1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	60
Figure 38 : Distribution des bébés admis en néonatalogie selon les services de néonatalogie du pays, 2017–2019	55		
Figure 39 : Distribution de l'âge gestationnel des bébés <32 semaines ou ≤1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	55		
Figure 40 : Distribution de l'âge gestationnel des bébés ≥32 semaines ou >1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	56		
Figure 41 : Motifs d'admission des bébés <32 semaines ou ≤1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	56		
Figure 42 : Motifs d'admission des bébés ≥32 semaines ou >1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	56		
Figure 43 : Diagnostics des bébés <32 semaines ou ≤1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	57		
Figure 44 : Diagnostics des bébés ≥32 semaines ou >1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019	57		

Introduction

Le présent travail est publié dans le cadre du système de surveillance de la santé périnatale au Luxembourg mis en place au début des années 1980.

Ce système a connu de nombreuses progressions : d'une fiche papier appelée FIMÉNA (Fiche MÉdicale de NAissance) à ses débuts, il est passé à une nouvelle fiche papier entièrement revue dans sa globalité en 2007, sous la dénomination SUSANA (SUrveillance de la SAnté à la NAissance).

Il a ensuite été décidé de moderniser le système en le digitalisant. Le 1^{er} janvier 2009, toutes les maternités du pays ont débuté la saisie des données dans le logiciel DIANE (Dossier d'Informations Agrégées de la Naissance et de l'Enfance).

Dès ce moment, les variables récoltées ont notamment permis de répondre à l'ensemble des indicateurs du groupe européen Euro-Peristat et de contribuer à la production de rapports européens sur la santé périnatale.

Outre le fait d'avoir facilité la saisie des informations par le personnel soignant, l'informatisation du système a permis de renforcer l'exhaustivité et la qualité des données.

Grâce à l'informatisation, les indicateurs annuels sont disponibles dans les mois qui suivent l'année d'encodage.

Dès le début des années 2000, des rapports pluriannuels sont venus s'ajouter au système. Un premier rapport triennal « Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg : 2001–2003 » a été publié en 2009. Un second rapport « Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg : Evolution de 2001 à 2011 » a été publié en 2013. Un troisième rapport « Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg : 2011–2013 » a été publié en 2016 et un quatrième « Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg : Rapport sur les naissances 2014–2016 et leur évolution depuis 2001 » a été publié en 2019.

Le présent rapport s'inscrit dans la continuité des rapports triennaux que le réseau PERINAT a souhaité mettre en place. Les indicateurs présentés dans ce rapport sont les indicateurs du groupe européen Euro-Peristat ainsi qu'une série d'indicateurs nationaux. A ceux-ci, nous

avons souhaité ajouter des objectifs de développement durable (ODD) mis en place en 2015 par les Nations Unies à la Conférence Rio +20 dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030.





En effet, depuis la signature du Programme de développement durable à l'horizon 2030, les pays ont pris des mesures pour intégrer les objectifs et les cibles dans leur plan de développement national et pour aligner leurs politiques et leurs institutions sur ces objectifs et cibles.

Les ODD comprennent 17 objectifs majeurs et 169 cibles.

Le présent rapport a retenu les 2 objectifs en lien avec la santé périnatale : « Bonne santé et bien-être » et « Egalité entre sexe ». Au total, ce sont 4 cibles et 8 indicateurs qui seront présentés. ⁰¹

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

Le tableau ci-après présente les 4 cibles et les 8 indicateurs utilisés pour les évaluer. Les indicateurs ont été calculés sur les trois années 2017–2019 afin de pallier aux variations causées par les petits chiffres du pays.

Cibles des Objectifs de développement durable	Luxembourg (Années 2017–2019)
ODD3 : Bonne santé et bien-être	
3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.	
3.1.1 Taux de mortalité maternelle	9 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes
3.1.2 Proportion d'accouchements par un personnel médical	99,8 % des accouchements par du personnel qualifié
3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus.	
3.2.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	3,43 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes
3.2.2 Taux de mortalité néonatale	2,30 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes
3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.	
3.7.1 Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale	Non calculable
3.7.2 Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1000 adolescentes du même groupe d'âge	0,04 naissances pour 1000 adolescentes de 10–14 ans 4,62 naissances pour 1000 adolescentes de 15–19 ans
ODD5 : Egalité entre sexe	
5.6 Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finaux des conférences d'examen qui ont suivi.	
5.6.1 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative	Non calculable
5.6.2 Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine	Campagne de prévention : « Let's talk about sex » https://www.cesas.lu/perch/resources/guide-ltasfrweb.pdf

De même, les recommandations de l'OMS sur l'accouchement normal et les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive ont été prises en compte pour s'inspirer dans les objectifs à suivre. 02 03

Ce rapport offre une vue évolutive de la santé des mères et des nouveau-nés au Luxembourg entre 2017 et 2019 ainsi qu'une évolution sur certains indicateurs depuis 2009.

Le système SUSANA est exhaustif : toutes les naissances à partir de 22 semaines de gestation ou toutes les naissances dont les bébés ont atteint un poids de 500 g ayant lieu

sur le territoire luxembourgeois entre 2017 et 2019 sont recensées et encodées. De même, tous les séjours des nouveau-nés hospitalisés dans un service de néonatalogie sont enregistrés dans le système. Les indicateurs de néonatalogie sont présentés dans la seconde partie « EURONEONET » du rapport.

Les indicateurs du présent rapport ont été calculés grâce aux données récoltées dans le système de surveillance de la santé périnatale et grâce aux données issues du registre des causes de décès (à la place de « des certificats de décès ») de la Direction de la santé.

Méthodologie

Les indicateurs et les statistiques présentés dans ce rapport se basent sur les données du système de surveillance de la santé périnatale SUSANA du Luxembourg.

Le système de surveillance de la santé périnatale a été mis en place afin de pouvoir répondre aux indicateurs clés du projet européen Euro-Peristat ainsi qu'aux indicateurs requis par les instances nationales et internationales.

Le système SUSANA est exhaustif, il recense tous les accouchements et toutes les naissances (en cas de grossesse multiple, on recense un accouchement et plusieurs naissances) ayant eu lieu sur le territoire luxembourgeois.

La naissance concerne tous les enfants nés vivants indépendamment de l'âge gestationnel, les mort-nés ainsi que les interruptions médicales de grossesse dont l'accouchement a lieu à partir de 22 semaines de gestation ou si l'enfant ou le fœtus pesait au moins 500 grammes à la naissance.

Cette définition qui suit les recommandations européennes, figée récemment dans la législation luxembourgeoise, fut développée lors des travaux du rapport 2001-2003, recommandée depuis lors et est utilisée pour le système de surveillance de la santé périnatale depuis 2009.

Avant 2009 et l'installation du logiciel de saisie informatique pour l'encodage des données, les critères d'inclusion étaient différents et la saisie de toutes les naissances, et notamment les décès fœtaux de faible durée de gestation, ne pouvait être garantie. Pour cette raison, les comparaisons avant et après 2009 sont difficiles.

Les chiffres du système de surveillance de la santé périnatale diffèrent quelque peu des chiffres des registres des naissances des maternités. En effet, dans les registres hospitaliers sont encodées toutes les naissances déclarées, or il se peut qu'une naissance de moins de 22 semaines de gestation soit déclarée et à contrario une mortinai-sance de 22 semaines de gestation ou plus non déclarée.

Les données du présent rapport sont issues de plusieurs sources :

- Le système de surveillance de la santé périnatale comprenant les données de grossesse, d'accouchement, et naissance jusqu'à la sortie de la maternité (SUSANA/ DIANE). Les données proviennent des 4 maternités du pays (CHL, la Clinique Bohler (HRS), CHEM et CHdN) ainsi que des sages-femmes libérales pour les accouchements à domicile,
- Les données de néonatalogie. Les données proviennent des 2 services de néonatalogie du pays (CHL et HRS),
- Les données de la Procréation Médicalement Assistée (PMA),
- Les données collectées de manière permanente par la Direction de la santé sur les décès « de fait ».

Un contrôle-qualité est réalisé mensuellement auprès de toutes les maternités afin de vérifier l'exhaustivité et la qualité des données encodées.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel statistique IBM SPSS Statistics 25. Tous les tests statistiques ont été réalisés en situation bilatérale et le seuil significatif a été fixé à 5%. Les degrés de significativité p des tests statistiques ont été précisés. D'une manière générale, les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences (N), distribution (%) et en indiquant le nombre de données manquantes. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test de χ^2 de Pearson. Un test exact de Fisher a été utilisé si les conditions d'application du χ^2 n'étaient pas réunies.

Définitions

FEMMES – MÈRES

Tout au long de ce document, nous utilisons les termes « femmes » et « mères », mais nous reconnaissons que les personnes qui s'identifient comme des femmes ne sont pas les seules à accéder aux services de soins de santé périnataux et que nos recommandations s'appliquent aux personnes enceintes ou ayant accouché.

PRÉMATURITÉ

La prématurité désigne la naissance d'un nouveau-né vivant survenant avant 37 semaines d'aménorrhée.

On distingue trois niveaux de prématurité :

- La très grande prématurité : correspond à une naissance intervenant entre 22 et 27 semaines d'aménorrhée révolue ;
- La grande prématurité : entre 28 et 31 semaines d'aménorrhée révolue ;
- Et la prématurité modérée : entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée révolue.

Les naissances intervenant entre la 37^e et la 41^e semaines d'aménorrhée révolue sont considérées comme à terme et celles au-delà de la 41^e semaine d'aménorrhée révolue comme de la post maturité.

TAUX DE FÉCONDITÉ

Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âge) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

TAUX DE NATALITÉ

Le taux de natalité donne le nombre annuel moyen de naissances pendant une année pour 1000 personnes dans la population totale moyenne de l'année. Le taux de natalité est un des facteurs pour déterminer le taux de croissance de la population. Cela dépend à la fois du niveau de fécondité et de la structure par âge de la population.

MORTALITÉ FŒTALE

Selon le projet Euro-Peristat : le taux de mortalité fœtale correspond au nombre de mort-nés à partir de 22 semaines complètes de gestation sur une année, divisé par le nombre total de naissances (vivantes et mort-nés) sur cette même année, exprimé pour 1000 naissances.

MORTALITÉ NÉONATALE ET INFANTILE

- La mortalité néonatale est définie par le nombre d'enfants décédés avant 28 jours après la naissance, à partir de 22 semaines de gestation.
- La mortalité infantile est définie par le nombre d'enfants décédés de 0 à 365 jours après la naissance, à partir de 22 semaines de gestation.

MORTALITÉ MATERNELLE

La mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

CÉSARIENNE

- La césarienne primaire est la césarienne entreprise avant un début de travail spontané ou induit, qu'elle ait été programmée au préalable ou non. Il peut s'agir d'une césarienne programmée au préalable par le gynécologue ou non programmée, c'est-à-dire d'urgence.
- La césarienne secondaire est la césarienne faisant suite à un début de travail spontané ou un début de travail induit mais il ne s'agit pas nécessairement d'une césarienne faite dans l'urgence.

Résultats SUSANA/DIANE

Présentation de la population

1. Les chiffres clés 2017–2019

La population étudiée est l'ensemble des naissances se déroulant sur le territoire luxembourgeois de 2017 à 2019. Toutes les naissances d'enfants nés vivants indépendamment de l'âge gestationnel et du poids ainsi que tous les mort-nés et les interruptions médicales de grossesse à partir de 22 semaines de gestation ou si l'enfant ou le fœtus pesait au moins 500 grammes à la naissance sont incluses dans le système.

Dans le précédent rapport sur les données 2014 à 2016, une diminution du nombre de naissances était constatée. Pour les années 2017 à 2019, le nombre d'accouchement repart à la hausse avec une augmentation de 3,1 % entre ces années. Pour la première fois, la barre des 7000 naissances a été franchie en 2017. En parallèle, une augmentation relative de 3,9 % de la population résidente est observée entre 2017 et 2019. Elle est donc moins importante qu'entre 2014 et 2016 où elle était de 4,8%. ⁰⁴ Le taux de travailleuses frontalières venant accoucher au Luxembourg est également en augmentation constante depuis de nombreuses années, atteignant 14,7 % des accouchements en 2019.

Le taux de fécondité au Luxembourg était de 1,62 enfant par femme en 2018. Par comparaison, il était pour la même année de 1,78 en Belgique, 2,06 en France et 1,46 en Allemagne.

Le taux de natalité national, de 11,6 naissances pour 1000 habitants en 2018 est assez élevé. Par comparaison, la même année, il était de 11,3 en Belgique, 12,1 en France et 8,6 en Allemagne.

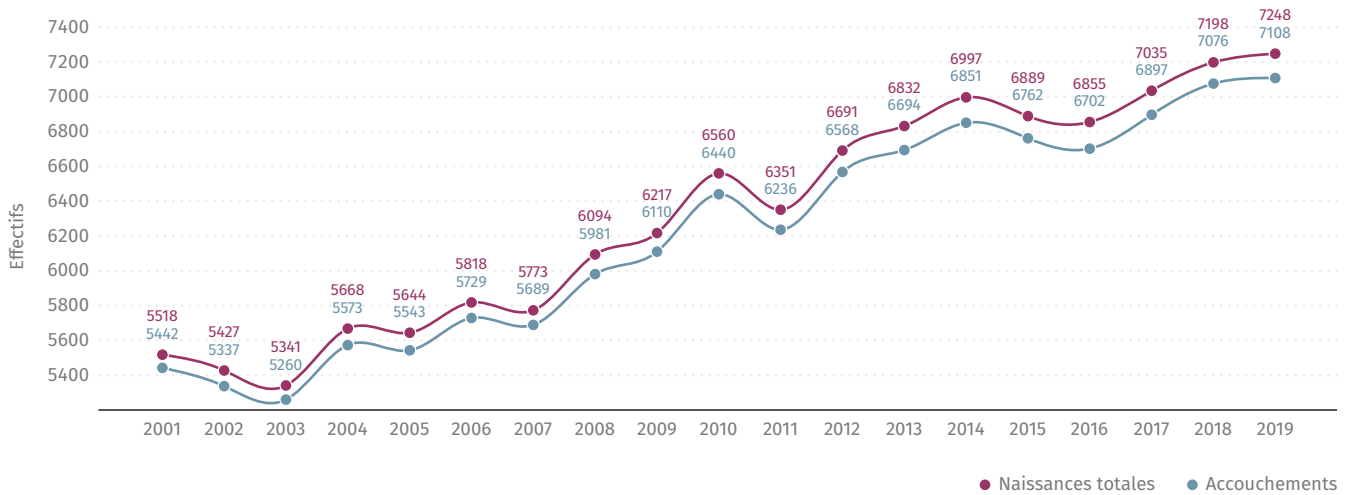
Le taux de natalité est très hétérogène au niveau mondial, variant de 43,7 naissances pour 1000 habitants en Angola pour le plus élevé à 6,5 à Monaco où il est le plus faible. ⁰⁵

Le nombre de grossesses multiples est de 398 sur la période 2017–2019, ce qui représente 18,5 % des naissances. Par comparaison, la France avait un taux de grossesses multiples de 17 % en 2018. ⁰⁶ En Belgique, le taux de grossesses multiples était de 17,3 % en 2015 et en Allemagne de 18,8 % la même année. ⁰⁵

Tableau 1 : Chiffres clés, 2017–2019

	2017	2018	2019
Nombre d'accouchements	6897	7076	7108
Nombre total de naissances	7035	7198	7248
Nombre de bébés vivants	6996	7154	7182
Nombre de bébés mort-nés	39	44	66
Nombre d'accouchements de grossesses simples	6759	6955	6969
Nombre d'accouchements de grossesses multiples	138	121	139
Nombre d'accouchements de jumeaux	138	120	138
Nombre d'accouchements de triplés	0	1	1
Nombre de césariennes	2148	2198	2088
Nombre d'accouchements à domicile programmés	11	7	6
Nombre d'accouchements à domicile non programmés	4	6	11

Figure 1 : Évolution des naissances de 2001 à 2019



Depuis juillet 2011 et la fermeture de la maternité de Wiltz, il reste 4 maternités au Grand-Duché de Luxembourg. Deux d'entre elles se situent à Luxembourg ville, au Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) et à la Clinique Bohler des Hôpitaux Robert Schuman (HRS). Les deux autres sont la maternité du Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) à Esch-sur-Alzette et la maternité du Centre Hospitalier du Nord à Ettelbruck (CHdN).

La maternité du CHL a connu, ces dernières années, la plus grande progression en termes de nombre d'accouchement, avec un taux d'accroissement de 13,6% entre 2017 et 2019. La maternité du CHdN connaît une tendance

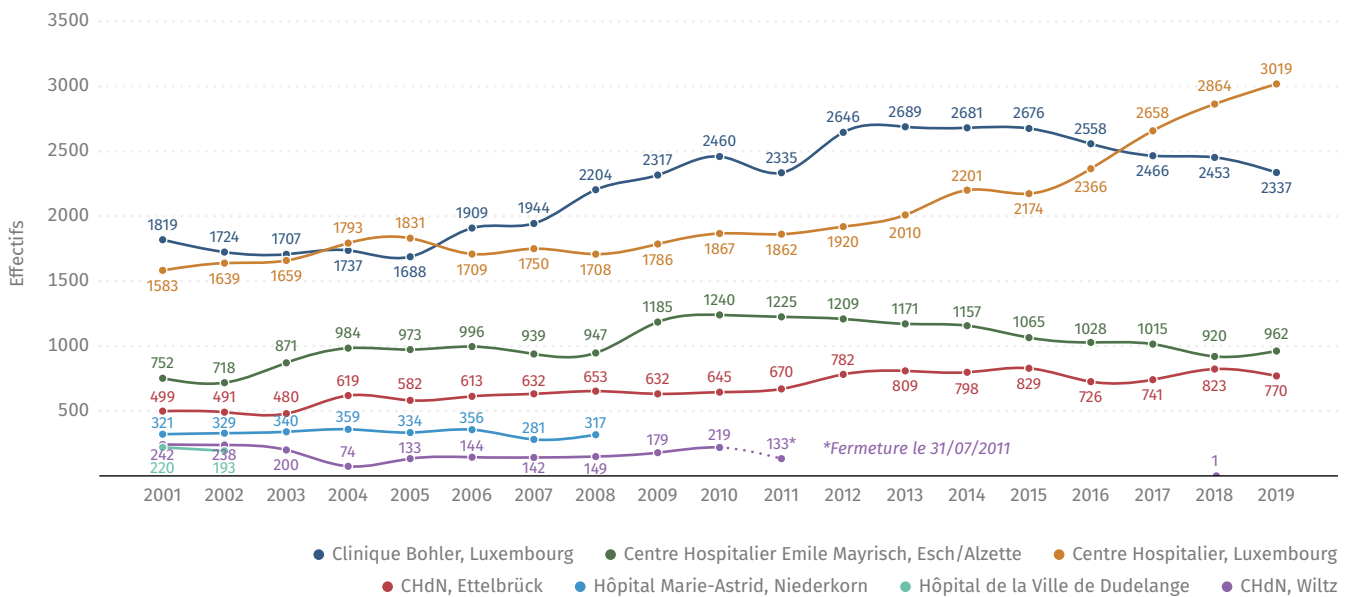
à une légère augmentation également et à contrario, la Clinique Bohler et la maternité du CHEM montrent une tendance à une légère diminution.

Le nombre d'accouchements à domicile programmés était de 11 en 2017, 7 en 2018 et 6 en 2019.

En parallèle, sur les 3 années étudiées, il y a eu 21 accouchements à domicile non programmés.

Au Luxembourg, l'accouchement sous X reste autorisé. Le nombre d'accouchements sous X est de 10 sur les 3 années.

Figure 2 : Évolution des accouchements par maternité de 2001 à 2019

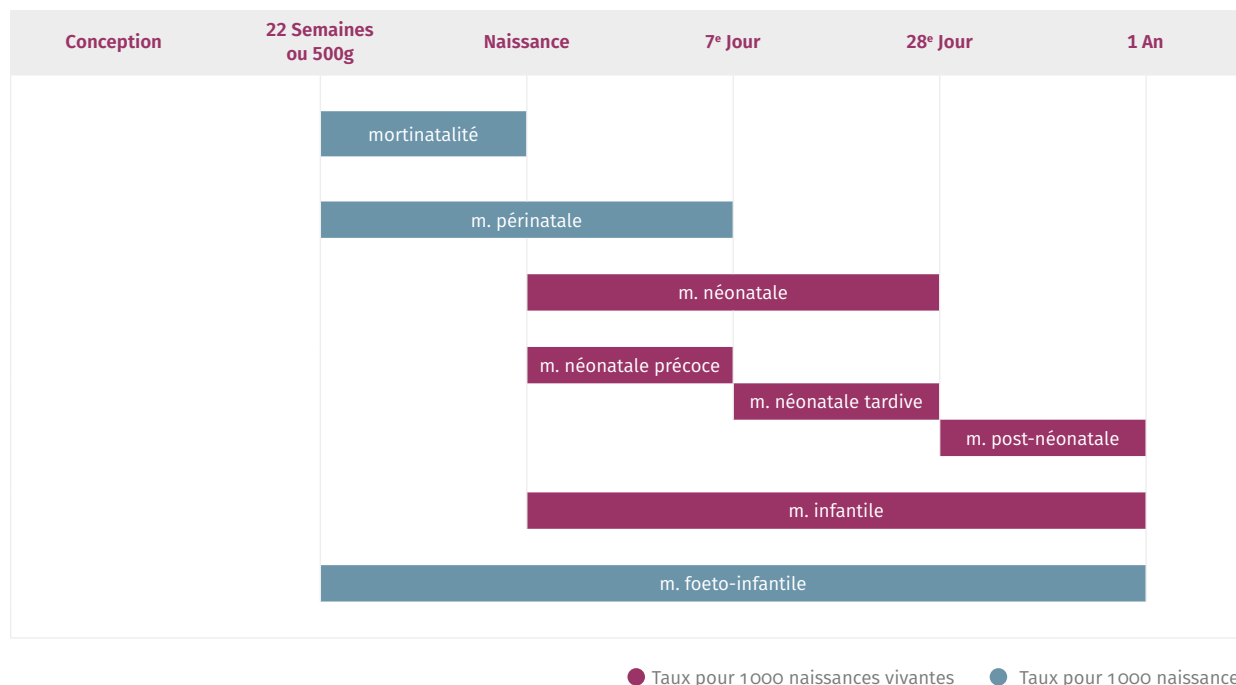


Rem : En 2018, un accouchement a eu lieu aux urgences du Centre Hospitalier de Wiltz avant d'être transféré au Centre Hospitalier d'Ettelbruck.

2. Mortalité

La plus grande proportion des décès survenant au cours de la période périnatale est imputée aux décès fœtaux. Il est intéressant dans cette population de réaliser une analyse plus détaillée en fonction de l'âge gestationnel, cela permet de fournir des informations sur la mortalité évitable et sur la qualité du système de soins.

La figure ci-dessous schématise les différentes périodes fœto-infantiles.



2.1. Mortalité fœtale

Lorsqu'on analyse la mortalité fœtale européenne à partir de 28 semaines de gestation, on constate en 2015 une très grande hétérogénéité, variant de 1,4‰ à Chypre (interruptions médicales de grossesse incluses) à 5,7‰ en Bulgarie. En 2015, en Belgique, ce taux était de 3,1‰ (interruptions médicales de grossesse incluses), en France de 3,0‰ et en Allemagne de 2,4‰. ⁰⁷

En effet, pour les comparaisons internationales, l'OMS recommande le seuil de 28 semaines de gestation car certains pays seulement enregistrent la mortalité fœtale avant 28 semaines, ce qui rend les comparaisons de la mortalité fœtale avant 28 semaines difficiles.

De la même manière, dans certains pays, les interruptions médicales de grossesse sont incluses et dans d'autres pays, elles ne le sont pas. En effet, certains pays comme Chypre ou la Belgique ne sont pas en mesure d'identifier les interruptions médicales de grossesse contrairement aux autres pays.

Par comparaison avec les pays voisins, le Luxembourg se situe dans la moyenne basse avec un taux de mortalité fœtale à partir de 28 semaines de gestation de 2,3‰ en

2015 en excluant les avortements thérapeutiques. De plus, ce taux a tendance à diminuer, il était de 3,3‰, en 2017, 2,2‰ en 2018 et 1,9‰ en 2019.

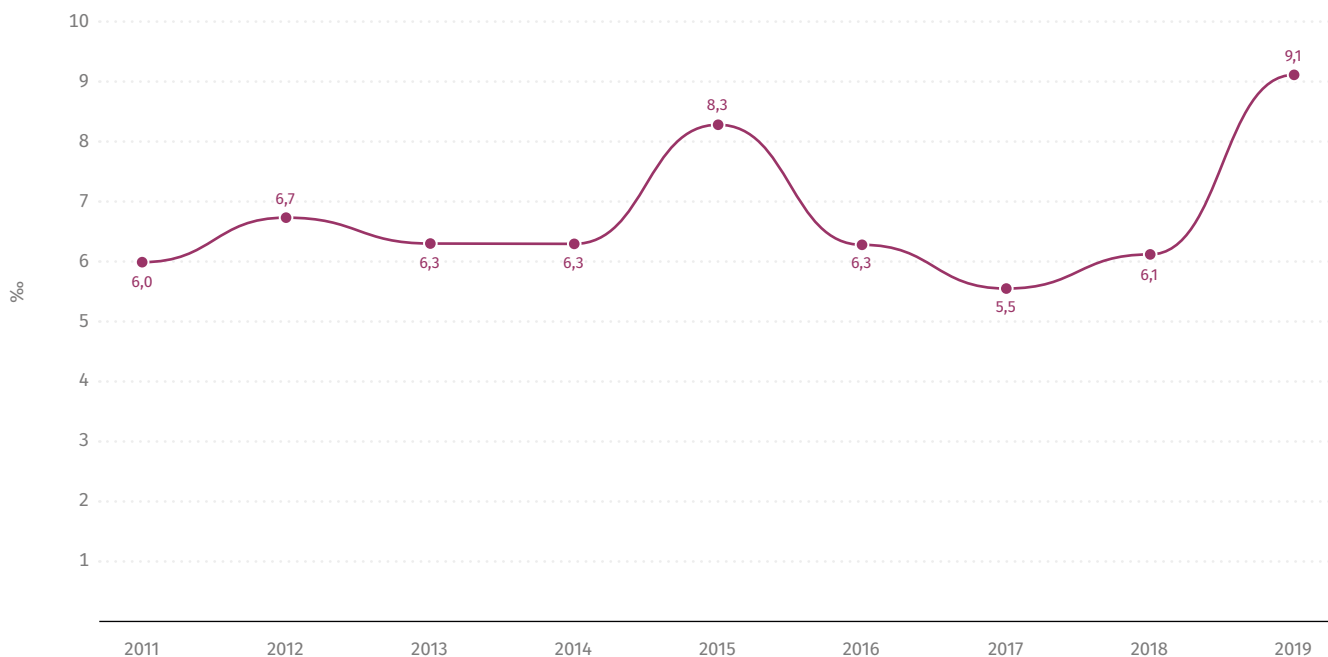
Au Luxembourg, grâce au système de surveillance mis en place, l'exhaustivité à partir de 22 semaines de gestation est assurée et les interruptions médicales de grossesse sont enregistrées et identifiables.

Si on prend la mortalité fœtale totale à partir de 22 semaines, en excluant les interruptions médicales de grossesse, les taux sont de 3,8‰ en 2017, 4,7‰ en 2018 et 4,0‰ en 2019.

Lorsqu'on inclut les interruptions de grossesse, ces taux sont de 5,5‰ en 2017, 6,1‰ en 2018 et de 9,1‰ en 2019.

Il est important de souligner qu'au Luxembourg, les parents ont la possibilité de déclarer leur enfant mort-né avant 22 semaines et il sera donc inscrit dans les registres de naissance des hôpitaux. Sur les 3 années étudiées, cela représente 49 enfants mort-nés qui se trouvent dans les registres de naissance des hôpitaux mais ne sont pas enregistrés dans le système de surveillance de la santé périnatale.

Figure 3 : Taux de mortalité fœtale ≥22 semaines (%o naissances totales), 2011–2019



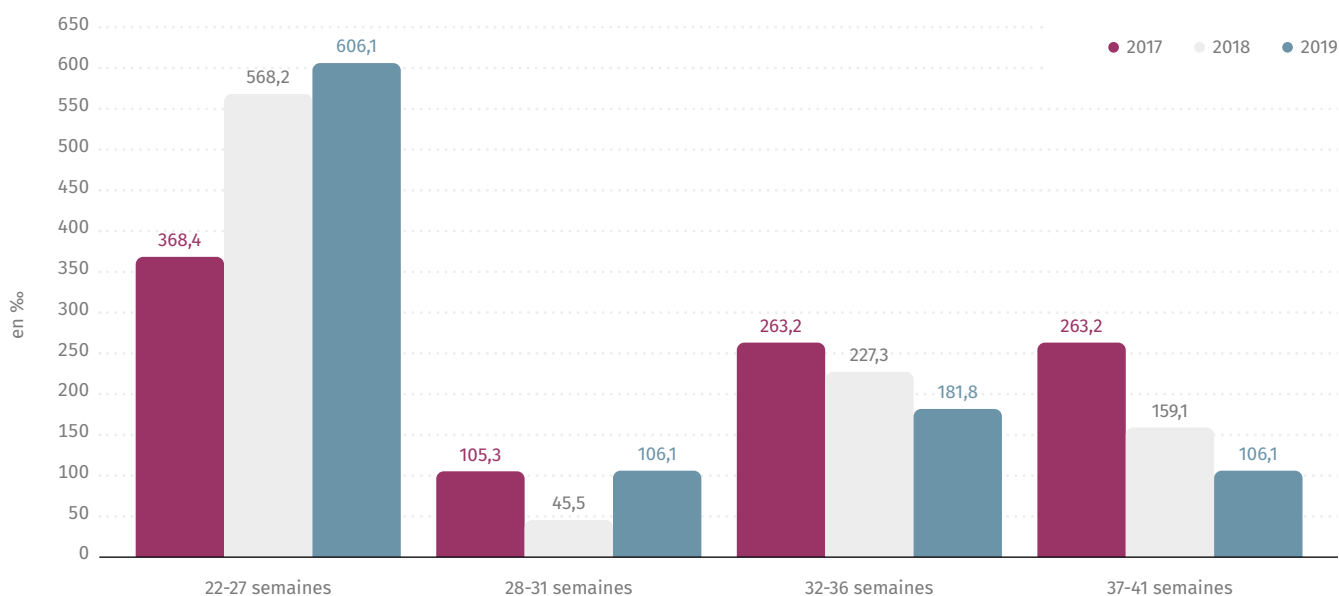
2.1.1. Age gestationnel, poids et pluralité des décès fœtaux

Sur la totalité des décès fœtaux, la moitié se situe entre 22 et 27 semaines de gestation, mais il y a des disparités entre les années. En effet, en 2019, un grand nombre de décès fœtaux entre 22 et 27 semaines de gestation ont été déclarés.

Les autres catégories de classe d'âge gestationnel restent relativement stables entre les 3 années étudiées et le nombre de mort-nés diminue avec l'approche du terme de la grossesse, qu'il s'agisse d'interruption médicale de grossesse ou de mort spontanée.

Les décès fœtaux des naissances simples représentent 6,4 %o de l'ensemble des naissances simples. Les décès fœtaux des naissances multiples, quant à eux, représentent 21,3 %o de l'ensemble des naissances multiples.

Figure 4 : Distribution de l'âge gestationnel des bébés mort-nés en %o, 2017–2019



2.1.2. Moment du décès

Dans le tableau 2 présenté ci-dessous, l'ensemble des bébés décédés en maternité sont repris. Comme c'est le cas depuis de nombreuses années, ce sont les bébés mort-nés qui représentent la grande majorité de la mortalité totale (entre 81% et 85%).

Au total, 61 interruptions médicales de grossesse ont été réalisées entre 2017 et 2019.

Tableau 2 : Moment du décès, naissances totales, bébés non transférés, 2017–2019

	2017		2018		2019		Total	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Mort in utéro	38	84,4	39	81,3	61	84,7	138	83,6
Vivant in utéro puis décès intra partum	3	6,7	5	10,4	6	8,3	14	8,5
Né vivant	4	8,9	4	8,3	5	6,9	13	7,9
Total	45	100,0	48	100,0	72	100,0	165	100,0

2.2. Mortalité néonatale et infantile

Tableau 3 : Mortalité néonatale précoce, néonatale tardive, post-néonatale, infantile et juvénile, 2017–2019 (et évolution depuis 2009)

Effectif des décès < 5 ans	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mortalité néonatale précoce	7	10	9	6	13	9	9	13	11	13	16
Mortalité néonatale tardive	2	2	2	1	2	2	2	6	0	1	2
Mortalité post-néonatale	6	4	7	3	3	3	5	5	6	3	0
Mortalité infantile	15	16	18	10	18	14	16	24	17	17	18
Mortalité juvénile	2	5	3	2	4	4	3	6	4	3	5
Mortalité infanto-juvénile	17	21	21	12	22	18	19	30	21	20	23

Source : Direction de la santé, Service épidémiologie et statistique, Registre des causes de décès

Les jours et les semaines qui suivent la naissance restent une période de grande vulnérabilité en termes de morbidité et de mortalité. Pour cette raison, la mortalité néonatale et infantile sont des indicateurs très importants à suivre en santé publique périnatale.

Les données de mortalité néonatale et infantile sont issues du registre des causes de décès de la Direction de la santé et il n'est actuellement pas possible de les lier

au système de surveillance de la santé périnatale. Ceci devra faire partie des améliorations à mettre en place dans le futur afin de pouvoir mesurer cet indicateur avec des facteurs de risque tels que les pathologies de la grossesse, l'accouchement traumatisant, la prématurité, etc.

Une des cibles des **objectifs de développement durable** de « bonne santé et bien-être » retenue est :

D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.

Les 2 indicateurs pour calculer cette cible sont :

- 3.2.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- 3.2.2 Taux de mortalité néonatale.

Il est évident que dans nos pays à revenus élevés, cet objectif est atteint et que les décès néonataux (2,30 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes) et infanto-juvéniles (3,43 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes) sont largement sous la barre des taux à atteindre.

Cette cible proposée dans les objectifs de développement durable nous rappelle l'importance de continuer à suivre cet indicateur et à y porter une attention toute particulière.

2.3. Mortalité maternelle

Tableau 4 : Mortalité maternelle, 2017–2019 (et évolution depuis 2009)

Effectif des décès maternels	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mortalité maternelle	0	1	0	1	1	0	0	0	2	0	0

Source : Direction de la santé, Service épidémiologie et statistique, Registre des causes de décès

La seconde cible des **objectifs de développement durable** de « bonne santé et bien-être » retenue est :

D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.

Les 2 indicateurs pour calculer cette cible sont :

- 3.1.1 Taux de mortalité maternelle : 2 décès sur 21081 femmes : 0,09‰ ;
- 3.1.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié : 21046 accouchements sur 21081 ont été réalisés par du personnel qualifié : 99,8%.

Même si l'objectif est largement atteint et que le taux de mortalité maternelle est très faible au Luxembourg et de manière générale dans pays à revenus élevés il ne faut pas oublier que, selon l'OMS, en 2015, dans le monde, plus de 300 000 femmes sont décédées au cours de la grossesse ou des suites de l'accouchement. ⁰⁸

Depuis les années 2000, la baisse de la mortalité maternelle s'est accélérée mais elle reste encore beaucoup trop élevée dans certains pays à faible revenu.

Ces décès ont pour cause des complications telles que l'hypertension pendant la grossesse, l'hémorragie, les infections et les complications de l'accouchement.

Au Luxembourg, les services de soins de santé très développés et le suivi des grossesses très rapproché nous permettent d'éviter ces complications mais gardons à l'esprit que toutes les femmes du monde n'ont pas accès à ces soins.

Caractéristiques socio-démographiques

1. Age des mères

Partout en Europe, l'âge des mères, primipares ou multipares, a tendance à augmenter, même si de grandes disparités existent entre les pays.

Dans toute l'Union européenne, la primo parentalité, à savoir l'âge moyen des femmes qui mettent au monde leur premier enfant, était de 30,8 ans en 2018. ⁰⁹

Au Luxembourg, l'âge médian des primipares était de 30 ans en 2017 et 2018 et 31 ans en 2019. Par comparaison avec les pays voisins, en 2018, les primipares avaient en moyenne 30,7 ans en Belgique, 30,6 ans en France et 31,1 ans en Allemagne. ⁰⁹

L'âge médian des multipares était quant à lui de 33 ans sur les 3 années étudiées.

La classe d'âge dans laquelle se trouve la majorité des femmes est toujours celle des 30–34 ans. A noter que la classe d'âge des 40–44 ans est en augmentation constante depuis de nombreuses années (4,3% en 2014 et 5,9% en 2019).

Le nombre de mères très jeunes reste stable. 2 mères avaient moins de 15 ans en 2017–2019 comme c'était le cas pour les années 2014–2016. En parallèle, une diminution du nombre de mères dans la tranche d'âge 15–19 ans est constatée.

Avoir son premier enfant à un âge avancé est rarement un choix, il s'agit de causes multifactorielles : vieillissement de la population, allongement de la durée des études, choix de carrière, unions tardives mais également progrès de la médecine reproductive.

L'âge maternel, dans les classes d'âge extrême, est un facteur de risque important en santé périnatale. En effet, que ce soit pour les mères très jeunes ou à contrario plus âgées, il est associé à des petits poids de naissance, de la prématurité et une plus grande mortalité périnatale.

L'âge élevé, mais aussi les techniques de fécondation in vitro auxquelles les femmes plus âgées ont plus souvent recours sont des facteurs de risque périnataux et obstétricaux. On retrouve dans ce groupe de femmes plus âgées, des risques de complications de la grossesse tels qu'hypertension artérielle et pré-éclampsie, augmentation de la prématurité et risque de mort fœtale plus élevé. ^{10 11 12}

L'âge maternel bas est, quant à lui, associé à des risques de statut économique défavorisé, ce qui peut engendrer des risques au niveau de l'accès aux soins, du suivi de la grossesse mais également des risques pour les soins du bébé après la naissance.

L'âge médian des mères est passé de 31 ans en 2011 à 32 ans en 2019. Entre 2011 et 2019, l'âge le plus élevé enregistré est 53 ans et le plus bas 13 ans.

Tableau 5 : Distribution des accouchements selon la classe d'âge de la mère, 2017–2019

	2017		2018		2019		Total	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
< 15 ans	0	0,0	2	0,0	0	0,0	2	0,0
15–19ans	78	1,1	75	1,1	71	1,0	224	1,1
20–24ans	486	7,1	497	7,0	501	7,1	1484	7,0
25–29ans	1647	23,9	1623	22,9	1592	22,4	4862	23,1
30–34ans	2706	39,3	2695	38,1	2695	37,9	8096	38,4
35–39ans	1574	22,8	1749	24,7	1789	25,2	5112	24,3
40–44ans	377	5,5	404	5,7	416	5,9	1197	5,7
45–49ans	23	0,3	27	0,4	38	0,5	88	0,4
50–54ans	1	0,0	0	0,0	4	0,1	5	0,0
Total	6892	100,0	7072	100,0	7106	100,0	21070	100,0
Inconnu	5		4		2		11	
Total	6897		7076		7108		21081	

Tableau 6 : Distribution de l'âge des mères, primipares, 2017–2019

Nombre		2017	2018	2019
	Valide		3191	3299
	Inconnu	3	1	0
Moyenne		30,3	30,3	30,5
Médiane		30	30	31
Minimum		15	13	16
Maximum		51	47	51
Percentile 10		24	24	24
Percentile 90		37	37	37

Tableau 7 : Distribution de l'âge des mères, multipares, 2017–2019

Nombre		2017	2018	2019
	Valide		3701	3773
	Inconnu	2	3	2
Moyenne		32,9	33,1	33,2
Médiane		33	33	33
Minimum		18	17	16
Maximum		47	49	53
Percentile 10		27	27	27
Percentile 90		39	39	39

2. Age des partenaires

L'âge du partenaire reste stable avec un âge médian à 34 ans. A noter que sur les 3 années documentées, 28 partenaires avaient plus de 60 ans (0,1%) et qu'à contrario, 69 (0,3%) se trouvent dans la tranche d'âge des 15–19 ans.

L'âge médian des mettre partenaires à la place de pères est passé de 33 ans en 2011 à 34 ans en 2019. L'âge le plus élevé enregistré entre 2011 et 2019 est 87 ans et le plus bas 13 ans.

Tableau 8 : Distribution des accouchements selon la classe d'âge du partenaire, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
15–19 ans	21	0,3	27	0,4	21	0,3	69	0,3
20–24 ans	260	3,9	242	3,6	232	3,4	734	3,6
25–29 ans	1047	15,8	1014	15,0	973	14,4	3034	15,1
30–34 ans	2149	32,5	2233	33,0	2241	33,1	6623	32,9
35–39 ans	1903	28,8	1906	28,2	1981	29,3	5790	28,7
40–44 ans	828	12,5	896	13,2	886	13,1	2610	13,0
45–49 ans	271	4,1	313	4,6	294	4,3	878	4,4
50–54 ans	92	1,4	93	1,4	98	1,4	283	1,4
55–59 ans	35	0,5	32	0,5	32	0,5	99	0,5
60–64 ans	4	0,1	10	0,1	8	0,1	22	0,1
65–69 ans	2	0,0	2	0,0	1	0,0	5	0,0
70–74 ans	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	6612	100,0	6769	100,0	6767	100,0	20148	100,0
Inconnu	285		307		341		933	
Total	6897		7076		7108		21081	

Tableau 9 : Distribution de l'âge du mettre partenaire, 2017–2019

		2017	2018	2019
Nombre	Valide	6612	6769	6767
	Inconnu	285	307	341
Moyenne		34,5	34,7	34,7
Médiane		34	34	34
Minimum		16	15	17
Maximum		67	70	66
Percentile 10		27	27	27
Percentile 90		42	43	43

3. Nationalité et pays de naissance

Une des grandes particularités du Grand-Duché de Luxembourg est sa grande proportion de femmes de nationalité étrangère. Parmi les femmes qui ont accouché, il y a un plus grand nombre de femmes de nationalité étrangère que de femmes de nationalité luxembourgeoise : un peu plus d'un tiers des parturientes sont de nationalité luxembourgeoise et ce pourcentage a tendance à légèrement diminuer (-0,7%) entre 2017 et 2019. Lorsqu'on s'intéresse au pays de naissance de la mère, on constate également une diminution du nombre de femmes nées au Luxembourg. Les femmes accouchées étrangères ne sont pas toutes résidentes : un grand nombre de travailleuses frontalières accouchent dans les maternités du Luxembourg.

Le nombre de femmes de nationalité hors Union européenne est également toujours en augmentation : +18,7% entre 2017 et 2019. Cette augmentation a déjà été constatée dans le précédent rapport.

La croissance relative de toutes les nationalités est négative pour toutes les nationalités majoritairement représentées sauf pour les Françaises. Elle est également en forte augmentation pour les femmes de nationalité hors union européenne par rapport aux années 2014–2016.

Tableau 10 : Distribution des accouchements selon la nationalité de la mère, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Luxembourgeoise	2450	35,6	2390	33,9	2432	34,3	7272	34,6
Portugaise	1094	15,9	1067	15,1	1077	15,2	3238	15,4
Française	937	13,6	1044	14,8	966	13,6	2947	14,0
Belge	286	4,2	284	4,0	276	3,9	846	4,0
Allemande	164	2,4	149	2,1	161	2,3	474	2,3
Autres pays de l'UE	824	12,0	862	12,2	834	11,8	2520	12,0
Autres pays	1130	16,4	1260	17,9	1341	18,9	3731	17,7
Total	6885	100,0	7056	100,0	7087	100,0	21028	100,0
Inconnu	12		18		20		50	
Manquante			2		1		3	
Total	6897		7076		7108		21081	

Figure 5 : Taux de croissance relative par nationalité de la mère, 2017–2019

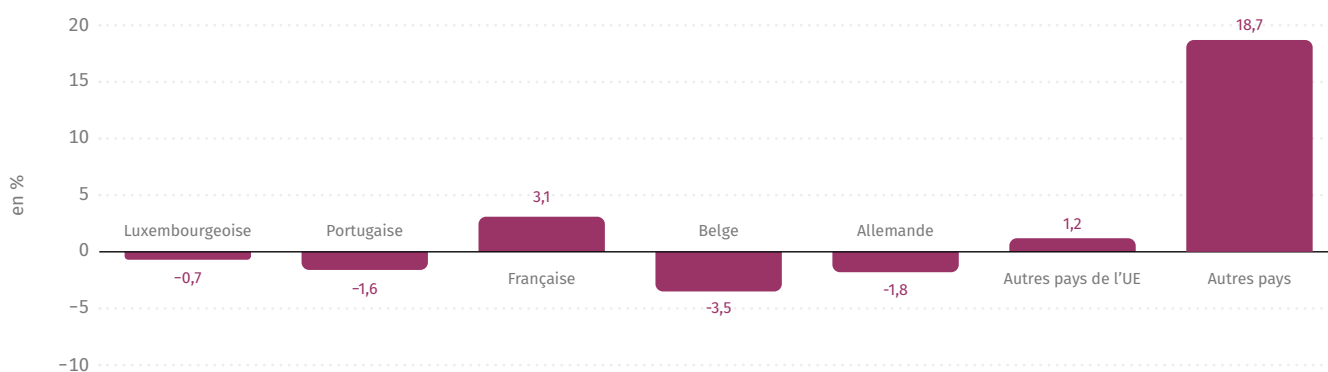


Tableau 11 : Distribution des accouchements selon le pays de naissance de la mère, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Luxembourg	2372	34,5	2256	32,0	2240	31,6	6868	32,7
Portugal	926	13,5	910	12,9	934	13,2	2770	13,2
France	870	12,6	1000	14,2	911	12,9	2781	13,2
Belgique	267	3,9	252	3,6	257	3,6	776	3,7
Allemagne	156	2,3	158	2,2	182	2,6	496	2,4
Autres pays de l'UE	766	11,1	819	11,6	798	11,3	2383	11,3
Autres pays	1527	22,2	1659	23,5	1760	24,9	4946	23,5
Total	6884	100,0	7054	100,0	7082	100,0	21020	100,0
Manquante	13		22		26		61	
Total	6897		7076		7108		21081	

Figure 6 : Évolution des pays de naissance « Autres pays, hors UE » pour les parents, depuis 2007.

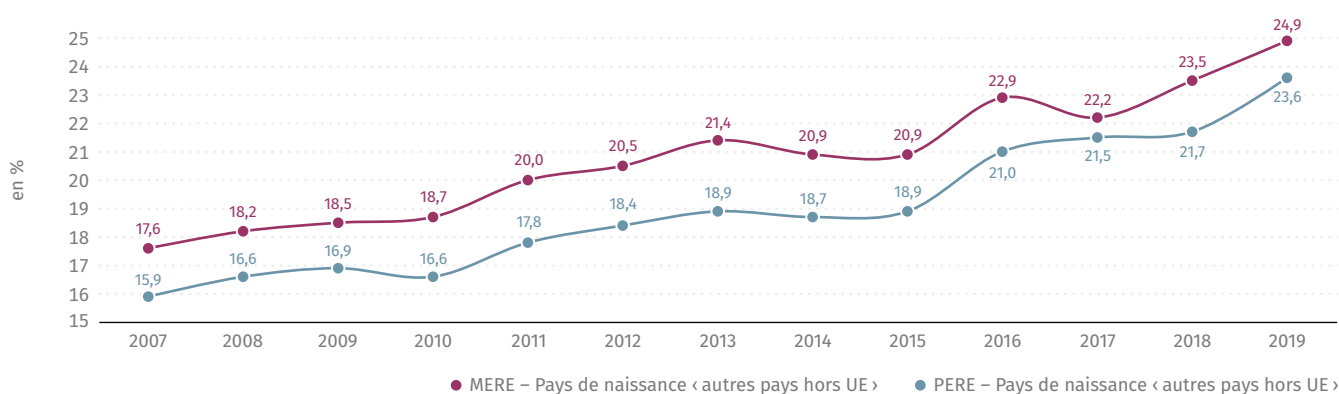


Tableau 12 : Distribution du nombre de parents en situation « Demandeurs de protection internationale », 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Commentaire < Réfugié > et/ou < demandeur asile > pour la variable < Situation d'emploi > des parents	91	1,3	82	1,2	115	1,6	288	1,4

Lors du précédent rapport sur les données 2014–2016, une augmentation du nombre de demandeurs de protection internationale était constatée au Luxembourg, comme c'était le cas dans tous les pays européens, et notamment au cours de l'année 2016 (73 demandeurs d'asile).

Le tableau 12 nous indique que sur les données 2017–2019, le nombre de demandeurs de protection internationale a diminué entre 2017 et 2018 pour connaître une nouvelle augmentation en 2019.

Ces chiffres nous démontrent l'immense multi culturalité du pays et les challenges auxquels les professionnels de santé sont confrontés.

4. Lieu de résidence des parents

En raison de ses relations étroites avec ses pays frontaliers et des nombreux travailleurs frontaliers, une autre particularité du Luxembourg est la proportion de femmes non résidentes qui reçoivent des soins au Luxembourg. En effet, un grand nombre de frontaliers passent tous les jours la frontière pour venir travailler au Luxembourg. Ils sont donc naturellement assurés par la Caisse Nationale de Santé et peuvent faire le choix de se faire soigner dans leur pays de résidence ou au Luxembourg.

Les frontalières venant accoucher au Luxembourg représentent 14,0 % de tous les accouchements entre 2017 et 2019.

Sur la totalité des accouchements ayant eu lieu en 2017–2019, 85,5 % des femmes sont résidentes. Ce taux est en diminution par rapport aux données du précédent rapport 2014–2016 dans lequel le taux de résidentes s'élevait à 87,1 %.

Le nombre d'accouchements de frontalières est en constante augmentation : de 7,7 % de tous les accouchements en 2007, il est passé à 13,1 % en 2016 et à plus de 14 % sur les années 2017, 2018 et 2019.

Sur les 3 années étudiées, on constate une forte augmentation des femmes vivant en France (+10,3 %) et en Allemagne (+13,0 %). A contrario, les frontalières belges sont en diminution (-1,5 %).

Figure 7 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère, 2017–2019

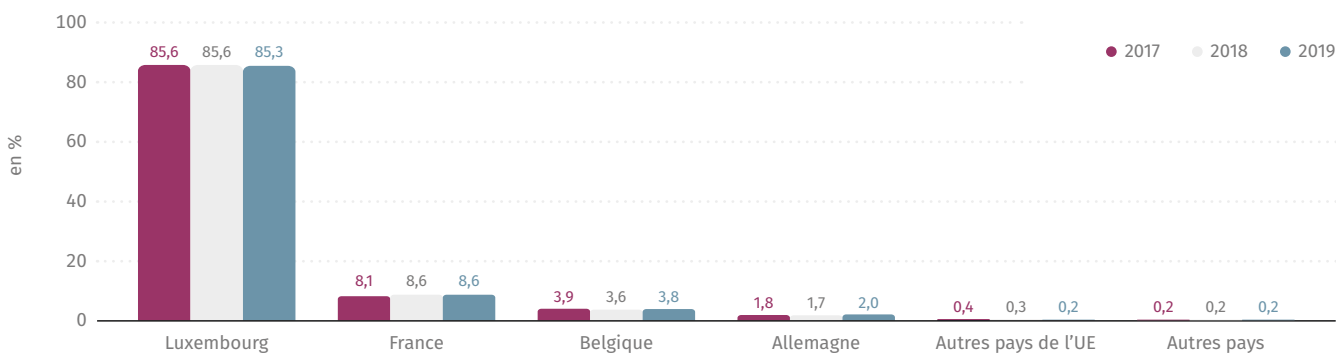


Figure 8 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère (Luxembourg ou autre), évolution de 2007 à 2019

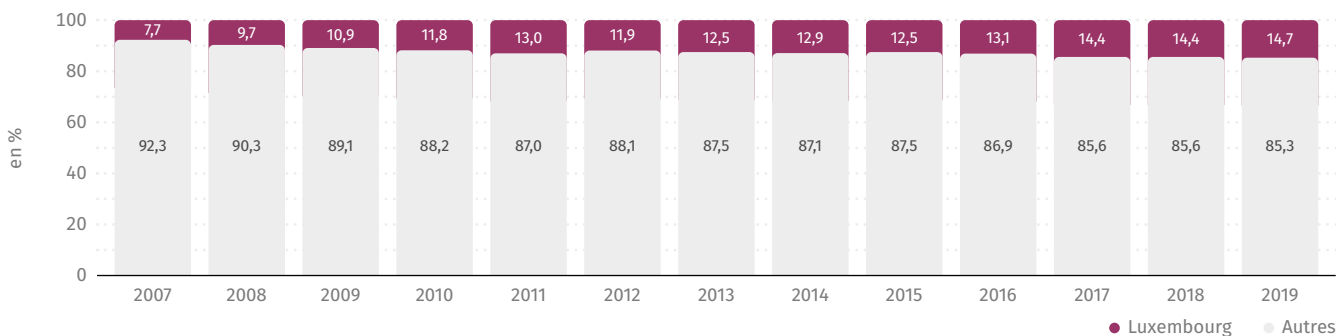
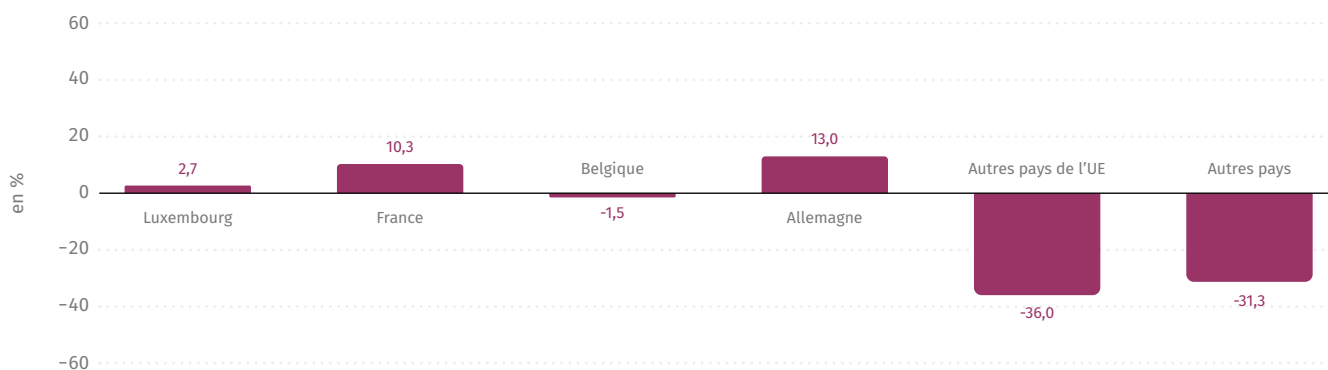


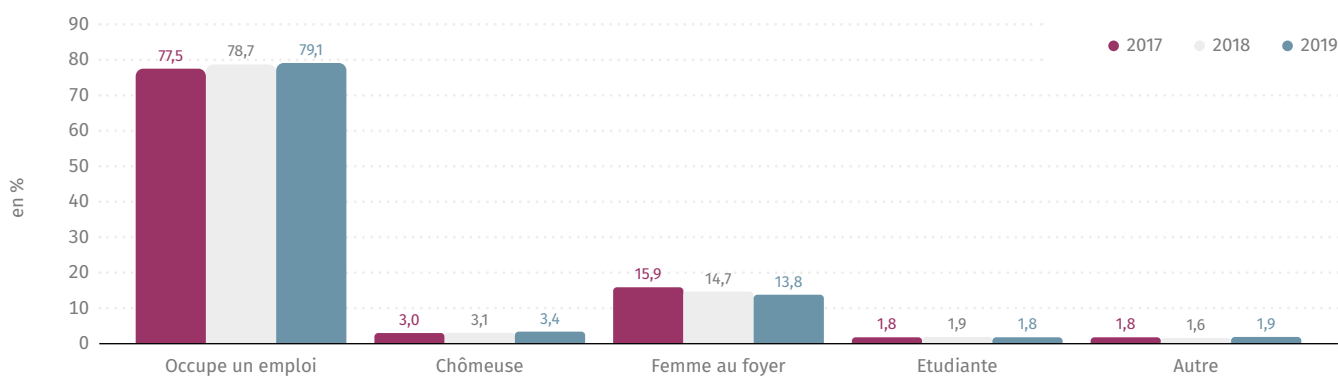
Figure 9 : Taux de croissance relative par lieu de résidence de la mère, 2017–2019



5. Situation d'emploi de la mère

Les tendances constatées depuis de nombreuses années sur la situation d'emploi de la mère restent inchangées, avec une augmentation toujours constante des femmes qui occupent un emploi et une diminution du nombre de femmes au foyer.

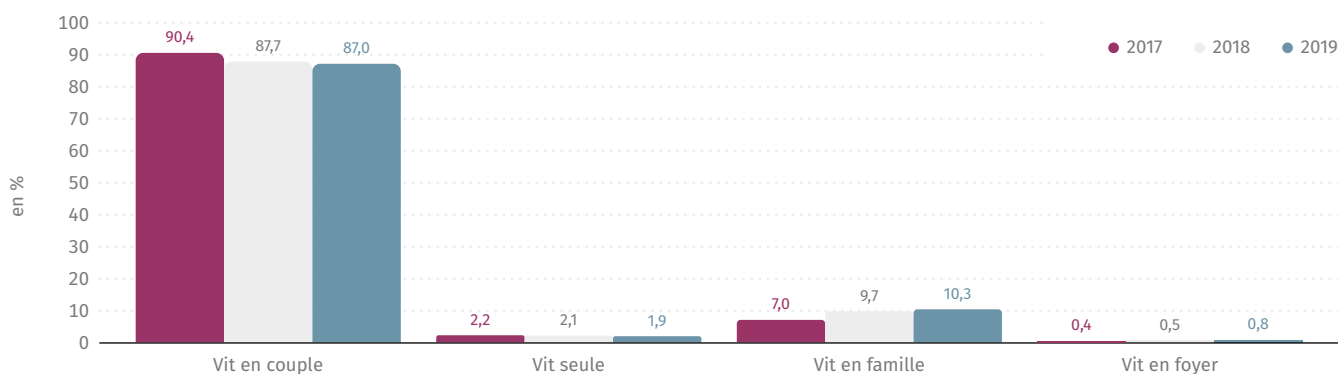
Figure 10 : Distribution de la situation d'emploi de la mère, 2017–2019



6. Situation familiale de la mère

La majorité des femmes est en couple mais une légère augmentation des femmes vivant en famille, c'est-à-dire avec les parents, frères ou sœurs, est constatée.

Figure 11 : Distribution de la situation familiale de la mère, 2017–2019



Habitudes de vie

1. Consommation de tabac pendant la grossesse

Il est bien connu que le tabagisme influence de manière considérable la santé reproductive. Outre les effets nocifs sur la fécondité et la fertilité, le tabac est associé à des troubles du développement du fœtus tels que retard de croissance in utéro, faible poids de naissance, prématurité, mortalité fœtale et anomalies congénitales ainsi qu'à des problèmes de santé de l'enfant sur le long terme. 07 13 14

Il est également reconnu que l'arrêt du tabac au cours de la grossesse est bénéfique. 13

De nombreuses campagnes de santé publique existent afin de réduire la consommation de tabac pendant la grossesse.

Le suivi de la grossesse et plus particulièrement le suivi de la consommation de tabac par des professionnels de santé est également un élément clé dans l'arrêt du tabac au cours de la grossesse.

L'OMS, dans ses recommandations sur les soins prénatals, indique : **les prestataires de soins doivent interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac (passée et actuelle) et leur éventuelle exposition passive à la fumée de tabac, à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals.**

Au Luxembourg, la tendance à la diminution de la consommation de tabac au-cours de la grossesse constatée dans le précédent rapport semble se confirmer pour les années

2017-2019. En effet, au premier trimestre de la grossesse, 10,7% des femmes déclarent consommer du tabac, que ce soit de manière quotidienne ou occasionnelle contre 13,4% en 2014-2016. Au troisième trimestre, elles ne sont plus que 7,9% à déclarer consommer du tabac. Au total, c'est plus d'un quart (26,3%) des fumeuses qui arrêtent leur consommation au cours de la grossesse. NB : Les femmes qui déclarent fumer la cigarette électronique ou utiliser des patches de nicotine à au moins un des trimestres de la grossesse ont été exclues des chiffres présentés du fait des trop petits nombres (<5).

Par comparaison avec les pays voisins, le Luxembourg se situe dans la moyenne basse des taux de consommation de tabac : en France, on estime la consommation de tabac des femmes à 29,8% avant la grossesse, contre 16,3% au troisième trimestre de la grossesse. En Allemagne, la consommation au 3^{ème} trimestre est de 9,0%.

Sur la totalité des bébés nés-vivants hypotrophes (<2500g), 16,6% ont subi les effets du tabagisme maternel. Sur la totalité des femmes ayant consommé du tabac au cours de la grossesse, 9,8% mettent au monde un bébé hypotrophe contre 5,9% chez les femmes non fumeuses.

Il y a donc une supprimer potentielle association statistiquement significative entre la consommation de tabac pendant la grossesse et le petit poids de naissance (Khidoux, $p < 0,0001$).

Figure 12 : Distribution de la consommation de tabac pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse, 2017-2019

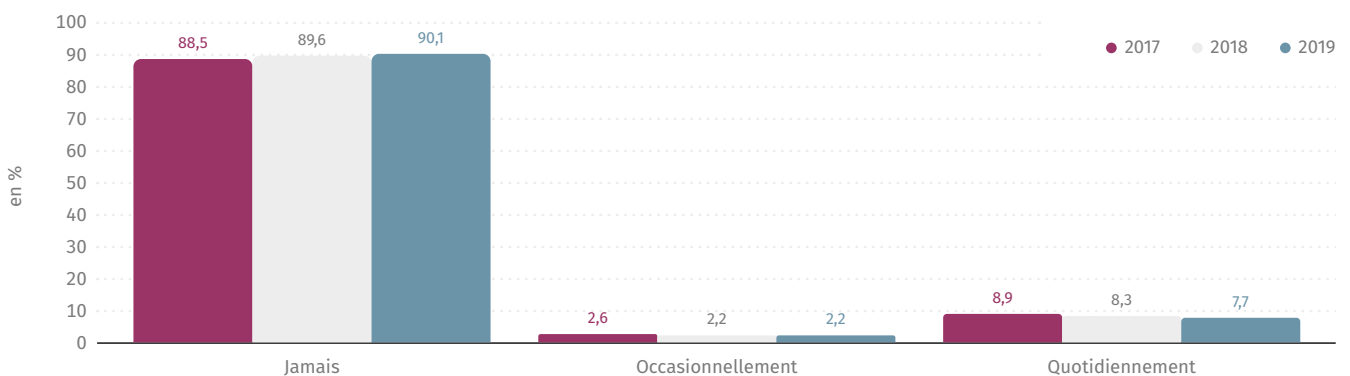


Figure 13 : Distribution de la consommation de tabac pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse, 2017–2019

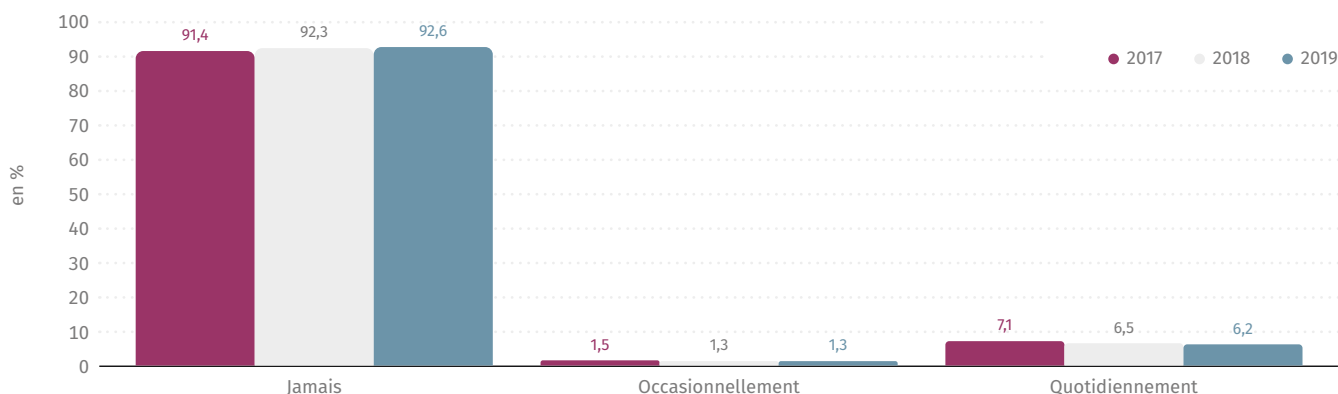


Tableau 13 : Distribution du poids de naissance des nouveau-nés vivants en fonction de la consommation de tabac au cours de la grossesse, 2017–2019

Consommation de tabac		Consommation quotidienne ou occasionnelle	Aucune consommation	TOTAL
< 2 500 g	N	230	1130	1360
	%	16,9	83,1	100,0
≥ 2 500 g	N	2043	17795	19838
	%	10,3	89,7	100,0
Total	N	2273	18925	21198
	%	10,7	89,3	100,0

2. Tabagisme passif

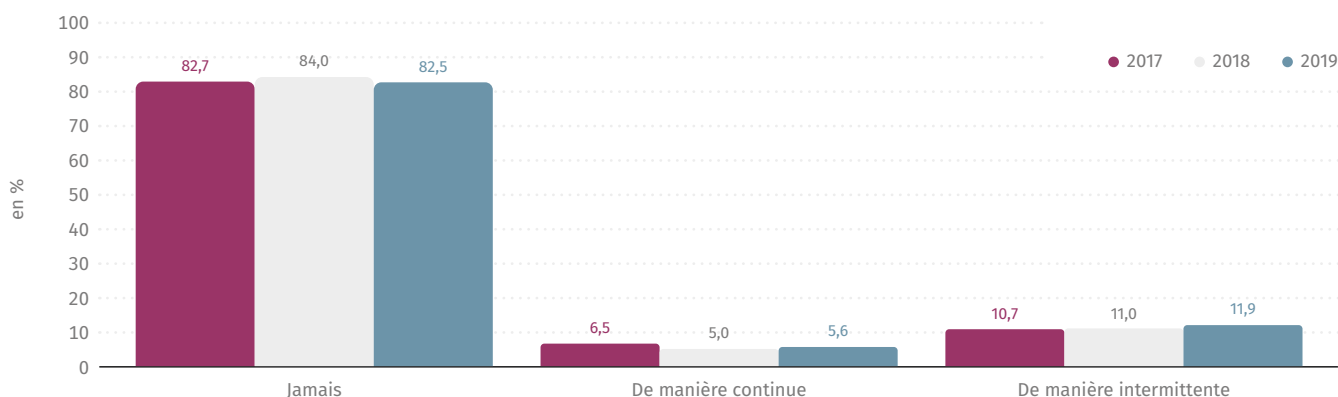
La figure 14 nous indique qu'outre le tabagisme direct, 11,2% des femmes enceintes sont confrontées au tabagisme passif de manière intermittente au cours de la grossesse et 5,7% de manière continue.

Il est actuellement connu que le tabagisme passif est également associé à des facteurs de risques en santé périnatale : troubles de la fertilité, avortement spontané,

faible poids de naissance, retard de croissance intra-utérin ; mais aussi à des pathologies de la petite enfance. ¹⁵

Afin de lutter contre le tabagisme passif, des campagnes d'informations devraient être mises en place, notamment en période pré-conceptionnelle.

Figure 14 : Évolution du tabagisme passif, 2017–2019



3. Consommation d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives au cours de la grossesse

Très peu de femmes déclarent consommer de l'alcool ou d'autres substances psychoactives pendant la grossesse.

Malgré ces chiffres encourageants, rappelons que la vigilance doit rester de mise. L'OMS, dans ses recommandations sur les soins prénatals, indique que : **les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et d'autres substances (passée et actuelle), à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals.**

Sur les 60 femmes ayant déclaré consommer une drogue sur les 3 années étudiées, plus de la moitié (53,6 %) ont consommé du cannabis ou un dérivé, viennent ensuite la méthadone (16,1 %) et la cocaïne (8,9 %). Les 21,4 % restant ont consommé des médicaments, de l'héroïne ou d'autres substances.

Tableau 14 : Distribution de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Consommation quotidienne	15	0,2	15	0,2	15	0,2	45	0,2
Consommation occasionnelle	183	2,7	175	2,5	110	1,6	468	2,2
Aucune consommation	6664	97,1	6838	97,3	6912	98,2	20414	97,5
Total	6862	100,0	7028	100,0	7037	100,0	20927	100,0
Inconnu	35		48		71		154	
Total	6897		7076		7108		21081	

Tableau 15 : Distribution de la consommation de drogues et autres substances au cours de la grossesse, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Consommation quotidienne	11	0,2	10	0,1	12	0,2	33	0,2
Consommation occasionnelle	4	0,1	9	0,1	14	0,2	27	0,1
Aucune consommation	6777	99,8	6942	99,7	6878	99,6	20597	99,7
Total	6792	100,0	6961	100,0	6904	100,0	20657	100,0
Inconnu	105		115		204		424	
Total	6897		7076		7108		21081	

Traitement de fertilité

1. Nombre de traitement de fertilité

Au Luxembourg, l'unique laboratoire de Procréation Médicalement Assistée se trouve au Centre Hospitalier de Luxembourg mais la Clinique Bohler suit également des patientes ayant bénéficié d'une PMA. Les traitements de fertilité sans activité de laboratoire comme les inductions de l'ovulation sont effectués dans les 4 maternités du pays.

La tendance à l'augmentation du nombre de naissances issues de procréation médicalement assistée constatée dans les précédents rapports se confirme sur les données 2017-2019.

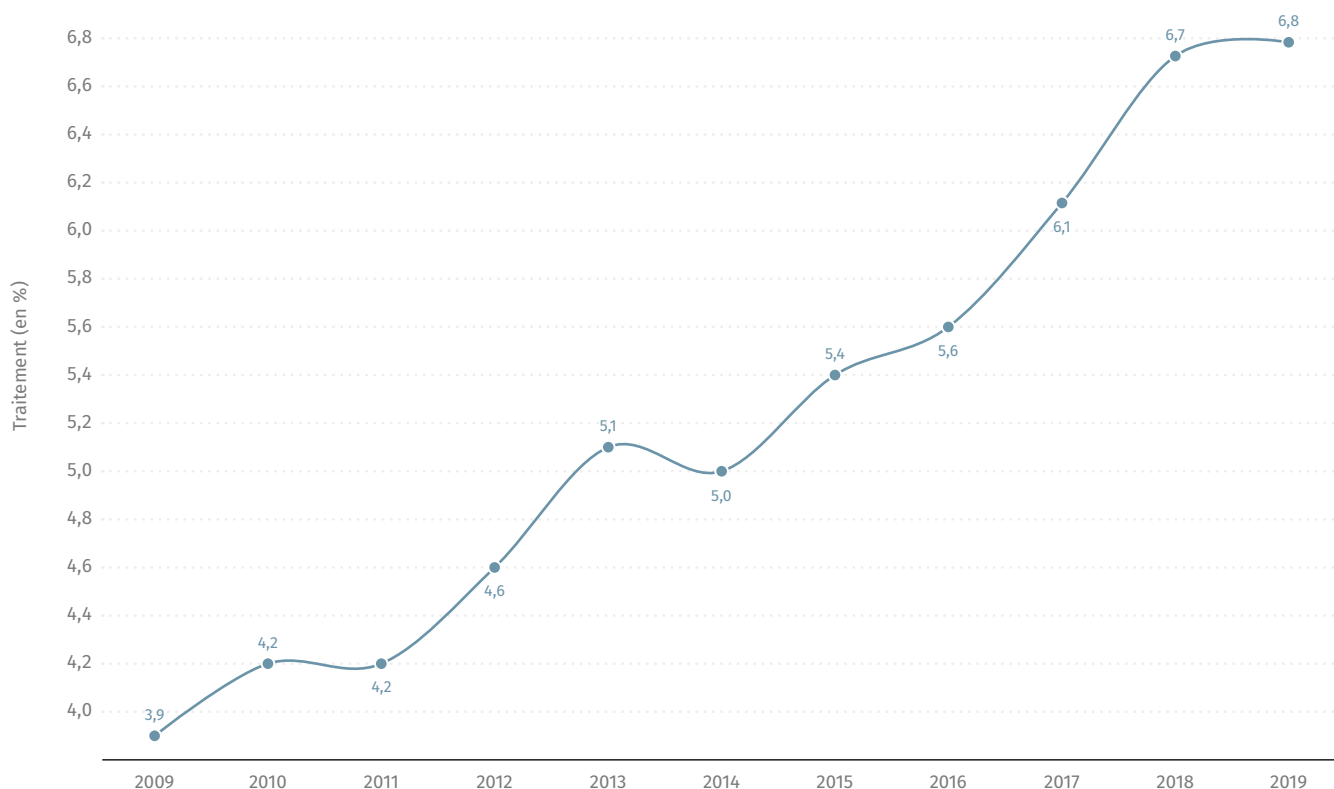
Sur les 3 années, 6,5% des grossesses sont issues de la PMA, que le traitement de fertilité se soit déroulé au Luxembourg ou dans une institution étrangère et tout traitement confondu.

Les traitements incluent les fécondations in vitro (FIV et FIV/ICSI), les inséminations artificielles (IA) et les inductions de l'ovulation.

Tableau 16 : Distribution du nombre de naissances suite à un traitement de fertilité, 2017-2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Pas de traitement de fertilité	6448	93,9	6573	93,3	6596	93,2	19617	93,5
Traitement de fertilité	420	6,1	474	6,7	480	6,8	1374	6,5
Total	6868	100,0	7047	100,0	7076	100,0	20991	100,0
Inconnu/Manquant	29		29		32		90	
Total	6897		7076		7108		21081	

Figure 15 : Proportion des accouchements suite à un traitement de fertilité, évolution de 2009 à 2019



2. Type de traitement de fertilité

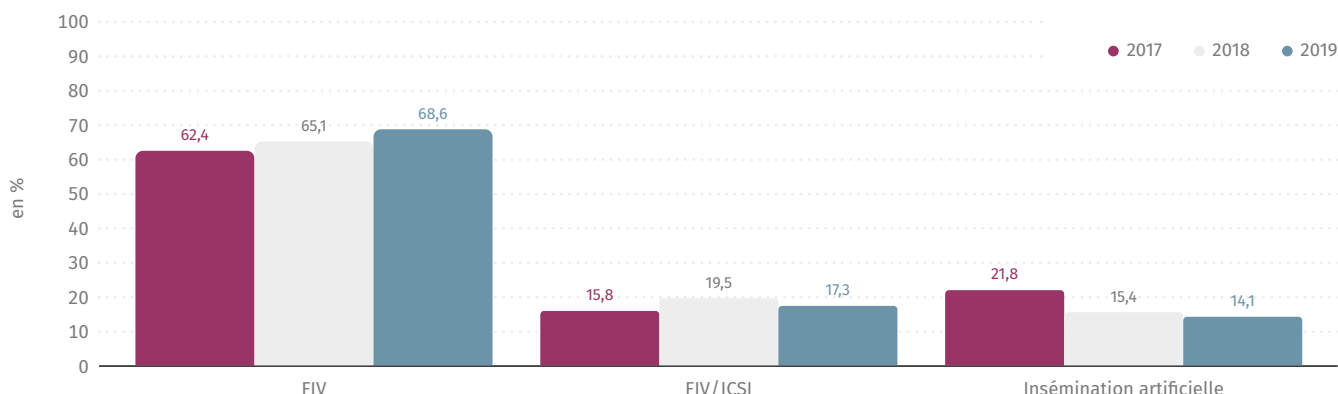
Il faut distinguer les traitements de fertilité avec activité de laboratoire de ceux sans activité de laboratoire. En effet, les grossesses issues de traitement par PMA avec des manipulations de laboratoire sont plus à risque notamment de prématurité, de petit poids de naissance, d'admission dans un service de néonatalogie mais aussi de naître par césarienne. ^{16 17} Au Luxembourg, si on ne prend en compte que les grossesses issues de traitements

avec activité de laboratoire (FIV, FIV/ICSI et IA), cela représente 1154 grossesses, soit 5,5% des accouchements sur les 3 années étudiées.

Les FIV et FIV/ICSI restent le principal traitement de fertilité utilisé.

Au total sur les 3 années, 111 grossesses sont issues d'un don de sperme et 103 d'un don d'ovocyte.

Figure 16 : Distribution du type de traitement de fertilité, activités de laboratoire (FIV, ICSI, IA), 2017–2019

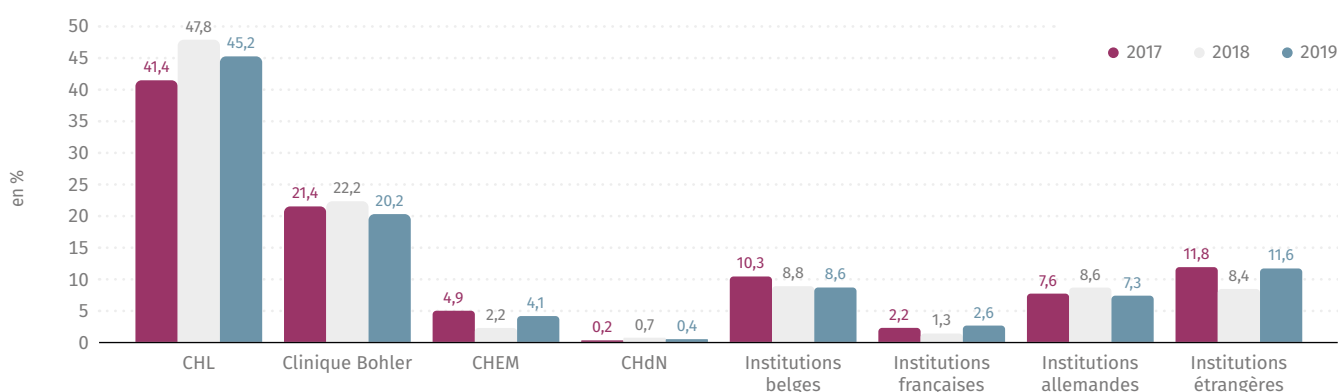


3. Lieu du traitement de fertilité

Le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) reste le premier centre de traitement de fertilité du pays en terme de nombre de PMA effectuées, devant la Clinique Bohler.

Un tiers des traitements sont effectués à l'étranger (29,7%) : 7,8% sont effectués en Allemagne, 9,2% en Belgique, 2,0% en France et 10,6% dans des institutions d'autres pays.

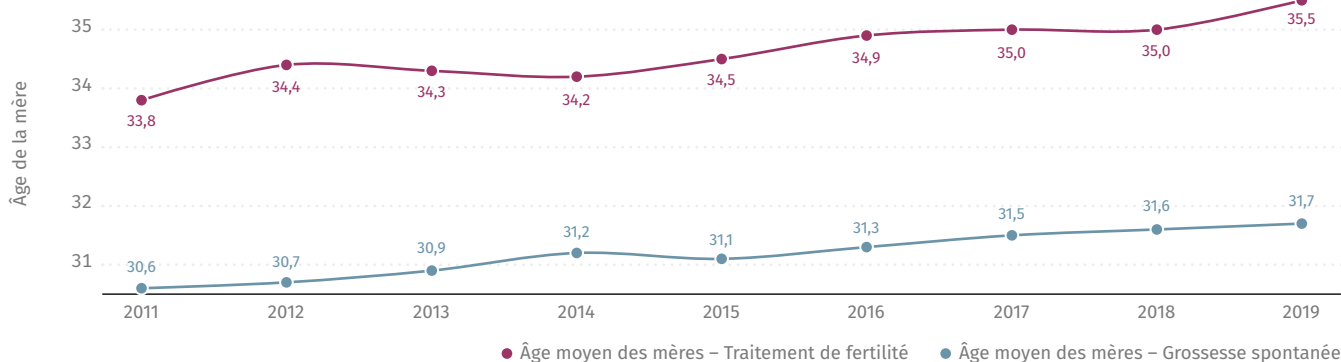
Figure 17 : Distribution du lieu des traitements de fertilité, 2017–2019



4. Age des mères ayant reçu un traitement de fertilité

L'âge médian des mères ayant recours à un traitement de fertilité est de 35 ans, soit 3 ans plus élevé par rapport aux mères ayant eu une grossesse spontanée.

Figure 18 : Distribution de l'âge des mères ayant reçu un traitement de fertilité, évolution de 2011 à 2019



5. Type de naissance et traitement de fertilité

Sur la totalité des grossesses induites par un traitement de PMA, 12,7% sont des grossesses multiples. Sur les 1374 grossesses issues de PMA sur les 3 années, 0,1% sont des grossesses de triplés.

Le nombre de grossesses multiples est statistiquement plus élevé chez les mères ayant eu recours à une PMA que chez les mères ayant eu une grossesse naturelle (χ^2 , p.value < 0.001).

Sur la totalité des grossesses multiples, **44,1%** sont issues de PMA.

Tableau 17 : Type de naissance en fonction du traitement de fertilité, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Accouchement simple	360	85,7	415	87,6	424	88,3	1199	87,3
Accouchement multiple	60	14,3	59	12,4	56	11,7	175	12,7
Total	420	100,0	474	100,0	480	100,0	1374	100,0

6. Risques périnataux et traitement de fertilité

Cela fait maintenant plus de 40 ans que la Procréation Médicalement Assistée existe et il est actuellement reconnu que les naissances issues de traitement de fertilité (FIV, FIV/ICSI et IA) sont plus à risque de prématurité, de faible poids de naissance et de transfert dans un service de néonatalogie. A ces risques s'ajoutent ceux liés à l'accouchement lui-même.

Une analyse des grossesses issues de traitement de fertilité a été effectuée sur les 3 années étudiées (2017–2019) afin de connaître les risques potentiels au Luxembourg.

La première conclusion est que les bébés nés à la suite d'un traitement de fertilité ont 2,4 fois plus de risque de naître avant 32 semaines de gestation et 2,3 fois plus de risque de naître avant 37 semaines de gestation.

Les bébés issus de PMA ont également 3,3 fois plus de risque d'avoir un poids de naissance inférieur à 1500g et 3,2 fois plus de risque d'avoir un poids de naissance inférieur à 2500g.

Ils ont également 2,5 fois plus de risque d'être transférés dans un service de néonatalogie.

Ces risques sont liés aux grossesses multiples, dont l'incidence est beaucoup plus élevée dans les grossesses issues de PMA. En ce qui concerne l'accouchement, la PMA entraîne un risque 1,5 fois plus grand d'avoir une césarienne.

Suivi prénatal

1. Soins prénatals pendant la grossesse

Pour que la grossesse soit une expérience positive, l'Organisation Mondiale de la Santé émet pour les soins prénatals les recommandations suivantes :

- Des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.
- Il est recommandé que chaque femme enceinte conserve avec elle les notes qui ont été prises lors des consultations pour améliorer la continuité et la qualité des soins ainsi que le vécu de sa grossesse.

On le voit, le suivi prénatal revêt une importance toute particulière en santé périnatale.

Au Luxembourg, la couverture de suivi de grossesse est excellente depuis de nombreuses décennies grâce notamment à la politique de promotion de la santé mise en place par le Ministère de la Famille qui prévoit que pour pouvoir bénéficier des allocations de naissance, il faut répondre à une série de critères et notamment avoir réalisé sa première consultation prénatale dans les 3 premiers mois de la grossesse et avoir effectué 5 examens médicaux auprès d'un gynécologue-obstétricien.

99,6% des femmes sont suivies par un professionnel de la santé au cours de la grossesse et la majorité (92,6%) d'entre elles consultent dès le premier trimestre de la grossesse.

En effet, le moment de la première visite prénatale est également important car l'identification de facteurs de risque et des éventuelles pathologies doit être faite dès le début de la grossesse afin de pouvoir instaurer le plus tôt possible une prise en charge adaptée.

C'est également dès le début de la grossesse que peuvent être mises en place les actions de prévention et de promotion de la santé contre le tabac, l'alcool,

la malnutrition ou d'autres comportements inadaptés au bon déroulement d'une grossesse. ⁴⁶

C'est notamment dans cet objectif que le comité de pilotage du registre Perinat a réuni les expertises nationales nécessaires à la révision du carnet de maternité luxembourgeois, tant dans sa forme que dans son contenu.

À l'instar des carnets de grossesse d'usage dans les pays voisins, le nouveau carnet de grossesse est doté d'une partie présentant des recommandations, des conseils en promotion de la santé pour la grossesse et le suivi de celle-ci.

L'idée de ce carnet de grossesse est que les futures mamans se l'approprient un maximum afin notamment qu'il puisse assurer un rôle de relais entre les différents professionnels de santé et que la continuité et la qualité des soins soient assurées. Il offre également des informations relatives aux démarches administratives spécifiques à la grossesse.

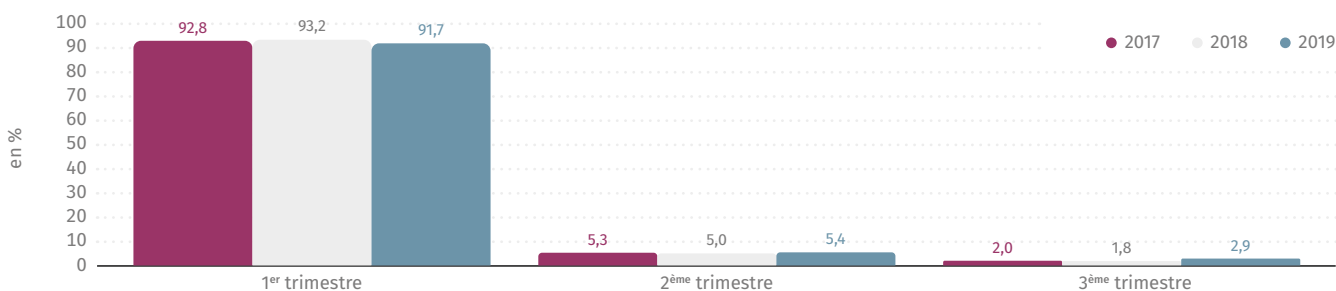
Une importance particulière a été mise sur la facilité de remplissage du carnet pour optimiser son utilisation par les professionnels de la santé.

C'est pour cette raison que le nouveau carnet de grossesse est le fruit d'un groupe de travail multidisciplinaire composé de représentants de chaque profession de la santé périnatale.

Ce carnet de grossesse a été élaboré/constitué au cours de la rédaction du présent rapport. Il a été présenté et distribué en juin 2022.

La majorité des femmes consulte entre 6 et 10 fois au cours de la grossesse et un peu plus d'un quart consulte entre 11 et 15 fois. Une diminution du nombre de femmes qui ont entre 11 et 15 consultations est toutefois constatée en 2019 (diminution relative de -13,8%).

Figure 19 : Trimestre de la première visite prénatale, 2017-2019



2. Prise d'acide folique

Les recommandations internationales préconisent une supplémentation en acide folique en période pré-conceptionnelle à raison de 400 microgrammes par jour dans le cadre de la prévention contre les anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural.

À défaut de supplémentation en période pré-conceptionnelle, il est recommandé de débiter la prise de complément en acide folique dès le début de la grossesse. [18](#) [19](#) [20](#)

Selon les recommandations de l'OMS sur les soins prénatals, **une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire et**

400 µg (0,4 mg) d'acide folique est recommandée pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, les petits poids de naissance et les naissances avant terme.

Le tableau 18 montre que 79,6% des femmes reçoivent de l'acide folique au cours de la grossesse et que 30% débutent cette supplémentation avant la conception.

À noter que cette supplémentation peut se faire par la prise de comprimés d'acide folique seul ou dans un complexe vitaminé spécifique à la grossesse et qui contient les doses journalières recommandées.

Tableau 18 : Prise d'acide folique, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Acide folique	5263	79,2	5635	81,7	5314	77,9	16212	79,6
Pas d'acide folique	1379	20,8	1258	18,3	1507	22,1	4144	20,4
Total	6642	100,0	6893	100,0	6821	100,0	20356	100,0
Manquante	0		2		0		2	
Inconnue	255		181		287		723	
Total	6897		7076		7108		21081	

3. Diabète gestationnel

Selon la définition de l'OMS, le diabète gestationnel se caractérise par « une hyperglycémie de gravité variable diagnostiquée au cours de la grossesse (sans antécédents connus de diabète) et disparaissant en général (mais pas toujours) dans les 6 semaines suivant l'accouchement ». [22](#)

Le diabète gestationnel est un facteur de risque pour la grossesse. Il est associé à des malformations congénitales, une augmentation du poids de naissance des nouveau-nés et à une hausse du risque de mortalité périnatale. [21](#) [22](#) Il est également associé à un risque de pré-éclampsie et de césarienne chez la mère. [26](#)

Dans ses recommandations sur les soins prénatals, l'OMS recommande :

Une hyperglycémie détectée pour la première fois à un moment quelconque de la grossesse devra être classée comme un diabète gestationnel (DG) ou un diabète pendant la grossesse, en fonction des critères de l'OMS.

La plupart des « guidelines » internationaux incluant celles de l'American Diabetes Association (ADA) recommandent un dépistage à toutes les femmes enceintes mais d'autres organisations comme la National Institute for Health and

Care Excellence (NICE) recommandent un dépistage ciblé uniquement chez les femmes présentant un risque (IMC >25, âge ≥35 ans, antécédent de diabète ou facteur de risque de diabète familial). [24](#) [25](#)

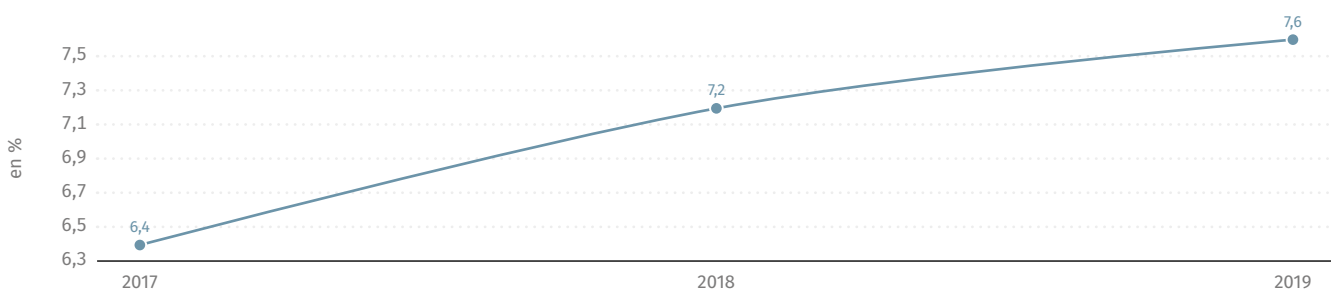
Au Luxembourg, une épreuve d'Hyperglycémie Provoquée par voie Orale (HGPO) est réalisée au deuxième trimestre de la grossesse chez toutes les femmes présentant un risque.

Pour la première fois, il est possible d'exploiter la variable diabète gestationnel présente dans le système de surveillance de la santé périnatale.

Il est difficile d'évaluer la prévalence du diabète gestationnel car elle dépend du type de dépistage. En France, la proportion de femmes présentant un diabète gestationnel est estimée à 11,6%, en Belgique à 5,0%, et au Pays-Bas à 27,2%. On le voit, les disparités sont très grandes d'un pays à l'autre. [27](#)

Au Luxembourg en 2017, 2018 et 2019, la prévalence du diabète gestationnel est estimée à 7,1%.

Figure 20 : Diabète gestationnel pendant la grossesse, 2017–2019



4. IMC en début de grossesse

Le projet européen Euro-Peristat recommande d’analyser l’Indice de Masse Corporelle (IMC) avant la grossesse, en début de grossesse, ou lors de la première consultation prénatale.

La définition retenue est « la distribution de l’Indice de Masse Corporelle (IMC) pour toutes les femmes qui donnent naissance à un enfant vivant ou mort-né avant la grossesse ou lors de la première consultation prénatale. L’IMC, étant le poids en kg avant grossesse divisé par la taille exprimée en cm au carré, est classé comme suit : 28

- Insuffisance pondérale : inférieur à 18,5 ;
- Poids normal : entre 18,5 et 24,99 ;
- Surpoids : entre 25 et 29,99 ;
- Obésité : supérieur ou égal à 30.

Le surpoids et l’obésité maternelle en début de grossesse sont associés à un risque de diabète gestationnel, de pré-éclampsie, d’hypertension, de complications lors de l’accouchement et à un risque d’obésité chez l’enfant. 29

La variable IMC en début de grossesse a été ajoutée dans le système de surveillance en 2016. Elle est exploitable depuis 2017.

Au Luxembourg, les femmes ont un IMC médian en début de grossesse de 22,9.

Un peu plus de 5% des femmes sont en insuffisance pondérale au début de la grossesse, un cinquième est en surpoids et 12,5% sont en obésité modérée, sévère ou morbide.

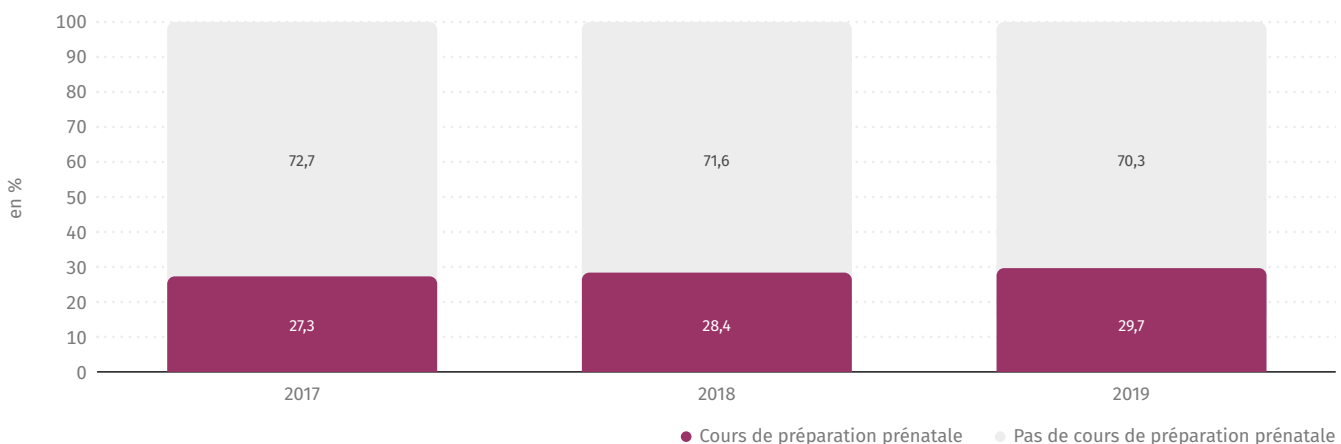
5. Participation aux cours de préparation à la naissance

La figure 21 nous montre que 28,5% des femmes bénéficient de cours de préparation à la naissance.

Chaque maternité propose un programme de cours gratuits. A l’heure actuelle, aucun programme national standardisé n’est mis en place. Le groupe Périnatal, dans le cadre de l’itinéraire clinique de la femme enceinte, souhaite

développer du contenu définissant et standardisant les cours de préparation à la naissance. A côté des cours gratuits proposés dans les établissements hospitaliers, il existe des cours privés, payants, au sein des maternités mais également dans des structures privées.

Figure 21 : Participation aux cours de préparation à la naissance, 2017–2019



L'OMS recommande : des soins prénatals de groupe, dispensés par des professionnels de santé qualifiés, peuvent être proposés en tant qu'alternative aux soins prénatals individuels aux femmes enceintes dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse, en fonction

des préférences de la femme et sous réserve que les infrastructures et les ressources nécessaires à la délivrance de soins prénatals de groupe soient disponibles.

Dans ses objectifs de développement durable, les Nations Unies ont mis en place 2 cibles dans les objectifs de bonne santé et bien-être :

D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

Les 2 indicateurs pour calculer cette cible sont :

- 3.7.1 Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale ;
- 3.7.2 Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1000 adolescentes du même groupe d'âge.

Il n'est à ce jour pas possible de calculer le premier indicateur au Luxembourg. En ce qui concerne le taux de natalité chez les adolescentes, le taux est bas (0,04 naissances pour 1000 adolescentes de 10-14 ans et 4,62 naissances pour 1000 adolescentes de 15-19 ans).

Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finaux des conférences d'examen qui ont suivi.

Les 2 indicateurs pour calculer cette cible sont :

- 5.6.1 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative ;
- 5.6.2 Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine.

Les chiffres disponibles au pays ne permettent pas de calculer le premier indicateur.

En ce qui concerne le second, le Luxembourg a mis en place une campagne de prévention intitulée « Let's talk about sex » à destination des jeunes.

Ces 2 objectifs nous rappellent l'importance du suivi et de l'éducation des jeunes femmes en âge de procréer. Rappelons aussi que ces objectifs sont un challenge d'autant plus grand pour un pays multiculturel comme le Luxembourg.

Antécédents obstétricaux

1. Parité

Depuis des années, la proportion de primipares et de multipares reste stable. Comme dans les autres pays européens, un peu moins de la moitié des femmes qui accouchent au Luxembourg sont des primipares. ⁷

Que ce soit chez les primipares ou les multipares, la majorité des femmes sont âgées de 30 à 34 ans. Chez les femmes âgées entre 35 et 39 ans, 68,2% sont multipares et sur la tranche d'âge 40-44 ans, 70,9% sont multipares.

Les données sur la parité ont une importance toute particulière en santé publique. En effet, la prise en charge et l'importance du suivi et des recommandations sont d'autant plus grandes chez les femmes qui vont mettre au monde leur premier enfant.

La proportion de multipares ayant un antécédent de césarienne est importante : 27,5% des femmes multipares ont eu une césarienne lors d'un précédent accouchement.

Sur les 3 années 2017-2019, 36,6% des femmes ont mis au monde leur deuxième enfant, 11,9% leur troisième enfant, 3,3% leur quatrième enfant et 1,5% ont eu 5 enfants ou plus.

Figure 22 : Distribution de la parité, évolution de 2009 à 2019

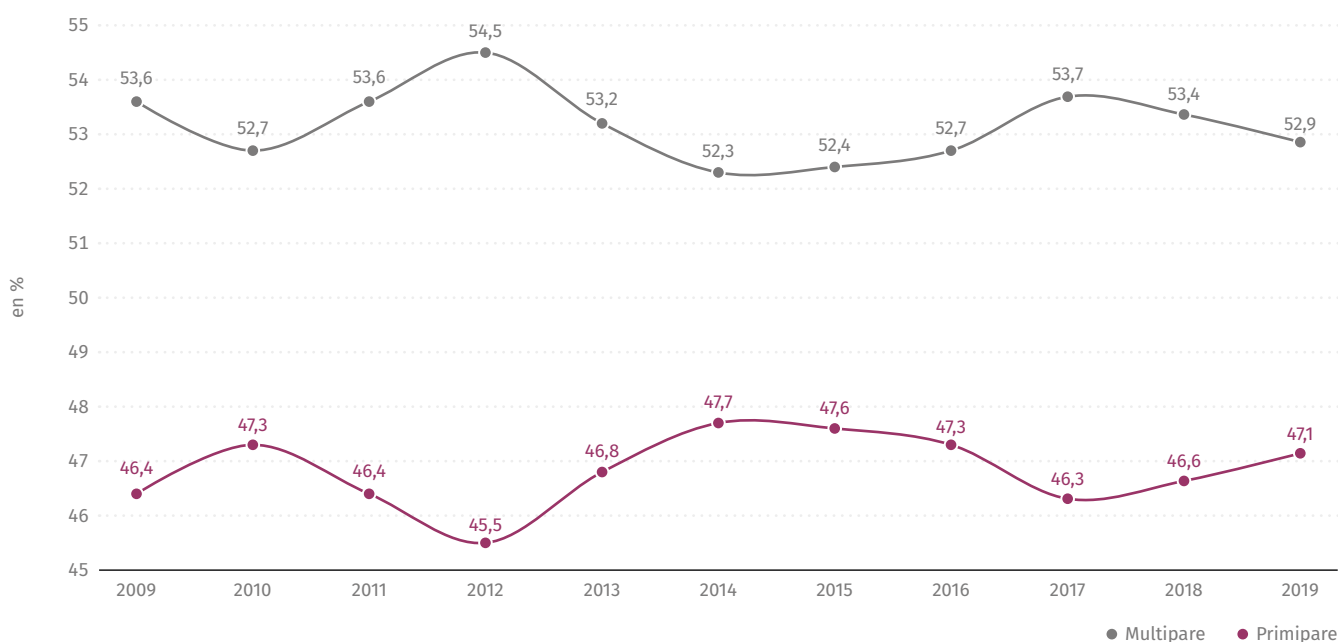


Tableau 19 : Distribution de la parité en fonction de l'âge de la mère, 2017-2019

		< 15 ans	15 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	≥ 45 ans	Total
Primipare	N	2	204	1034	2896	3694	1626	348	37	9841
	%	0,0	2,1	10,5	29,4	37,5	16,5	3,5	0,4	100,0
Multipare	N	0	20	450	1966	4402	3486	849	56	11229
	%	0,0	0,2	4,0	17,5	39,2	31,0	7,6	0,5	100,0
Total	N	2	224	1484	4862	8096	5112	1197	93	21070
	%	0,0	1,1	7,0	23,1	38,4	24,3	5,7	0,4	100,0

Accouchement

1. Accouchements simples et multiples

Les grossesses multiples représentent 1,9% des grossesses sur les 3 années étudiées. Contrairement à ce qui était constaté depuis de nombreuses années et contrairement à la tendance observée dans de nombreux pays, le taux de grossesses multiples est en légère diminution (2,1% sur les données 2014–2016).

L'incidence des grossesses multiples naturelles varie en fonction de l'âge maternel et de l'origine ethnique notamment. L'augmentation de l'âge maternel et des techniques de procréation médicalement assistée sont des facteurs responsables de l'augmentation du taux de naissances multiples. ³⁰

Sur la totalité des grossesses multiples, 44,1% sont issues de PMA.

Au niveau international, le Luxembourg se situe dans la moyenne avec un taux de grossesses multiples de 18,3‰. Par comparaison, en 2015, cette proportion était de 17,6‰ en Belgique, 17,4‰ en France et 19,2‰ en Allemagne. ⁰⁷

Tableau 20 : Distribution des accouchements simples et multiples, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Accouchement simple	6759	98,0	6955	98,3	6969	98,0	20683	98,1
Accouchement multiple	138	2,0	121	1,7	139	2,0	398	1,9
Total	6897	100	7076	100	7108	100	21081	100

2. Type de début de travail

Les types de début de travail sont relativement stables, avec toutefois une légère augmentation des débuts de travail spontanés. Un quart des accouchements sont induits.

Figure 23 : Distribution des types de début de travail, 2017–2019

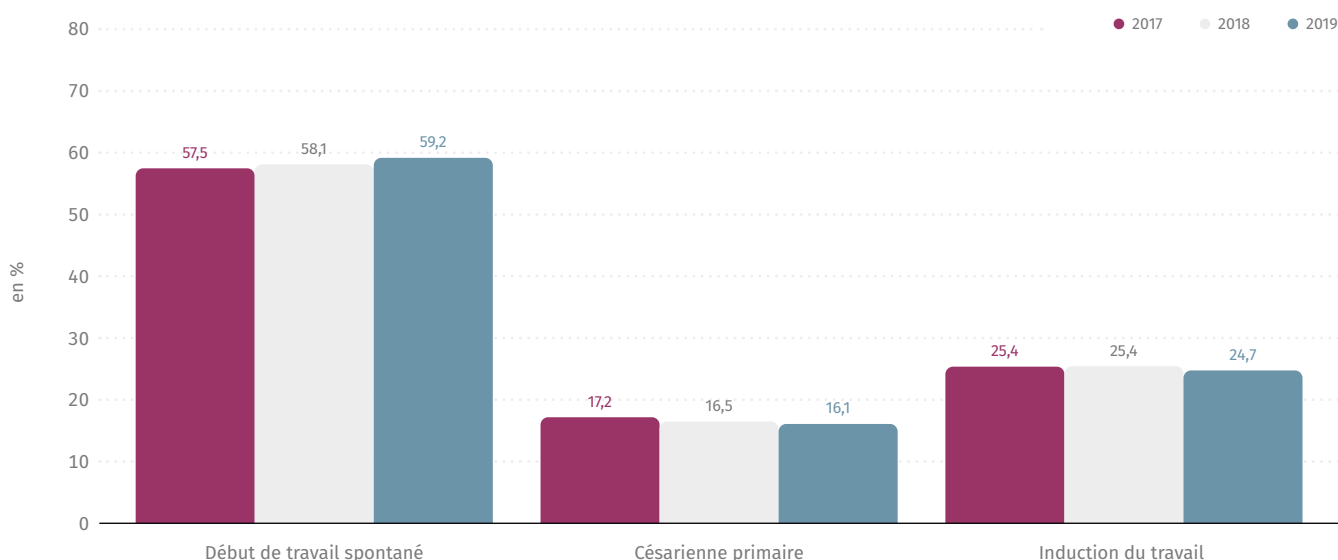


Tableau 21 : Distribution des motifs d'induction, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Pathologie maternelle	220	12,6	264	14,7	256	14,6	740	13,9
Grossesse prolongée	635	36,3	661	36,7	589	33,5	1885	35,5
Souffrance fœtale	3	0,2	14	0,8	19	1,1	36	0,7
Rupture prém. membranes	159	9,1	198	11,0	218	12,4	575	10,8
Programmé/convenance	238	13,6	190	10,6	197	11,2	625	11,8
Macrosomie	153	8,7	152	8,4	173	9,8	478	9,0
RCIU	37	2,1	59	3,3	62	3,5	158	3,0
Oligoamnios	62	3,5	88	4,9	93	5,3	243	4,6
Mort fœtale in utéro	21	1,2	22	1,2	25	1,4	68	1,3
CTG pathologique	56	3,2	47	2,6	32	1,8	135	2,5
Grossesse multiple	6	0,3	13	0,7	14	0,8	33	0,6
Autre	159	9,1	91	5,1	81	4,6	331	6,2
Total	1749	100,0	1799	100,0	1759	100,0	5307	100,0

Pour la première fois depuis la mise en place du système de surveillance de la santé périnatale, il est possible d'étudier les données sur le motif d'induction. En effet, une amélioration a été effectuée pour la récolte des données, il ne s'agit plus d'un choix multiple comme auparavant et la variable est à présent exploitable.

Comme nous pouvons le constater dans le tableau 21, le premier motif pour déclencher un accouchement est la grossesse prolongée. Viennent ensuite les pathologies maternelles, les accouchements programmés par convenance, la rupture prématurée des membranes et la macrosomie.

3. Mode d'accouchement

Au Luxembourg, le taux d'accouchement dits « médicalisés », c'est-à-dire avec instrumentalisation ou par césarienne est élevé depuis de nombreuses années. Dans le dernier rapport portant sur les données 2014–2016, le taux moyen de césarienne était de 32% et le taux d'accouchement par voie basse instrumentalisé de 11,4%.

Sur les données étudiées dans le présent rapport, le taux moyen de césarienne, en diminution, est de 30,5%

et celui des accouchements par voie basse instrumentalisés reste stable à 11,6%.

Il semble que les césariennes secondaires soient en diminution par rapport aux années précédentes : sur la totalité des accouchements, nous constatons 14,0% de césariennes secondaires contre 15,1% dans le précédent rapport. Les césariennes primaires restent stables, elles représentent 16,6% des accouchements contre 16,9% en 2014–2016.

En 2019, pour la première fois depuis de nombreuses années, le taux de césarienne national était sous le seuil des 30%.

Sur les 30,5% de césariennes observées sur les années 2017–2019, 54,3% sont des césariennes primaires et 45,7% des césariennes secondaires.

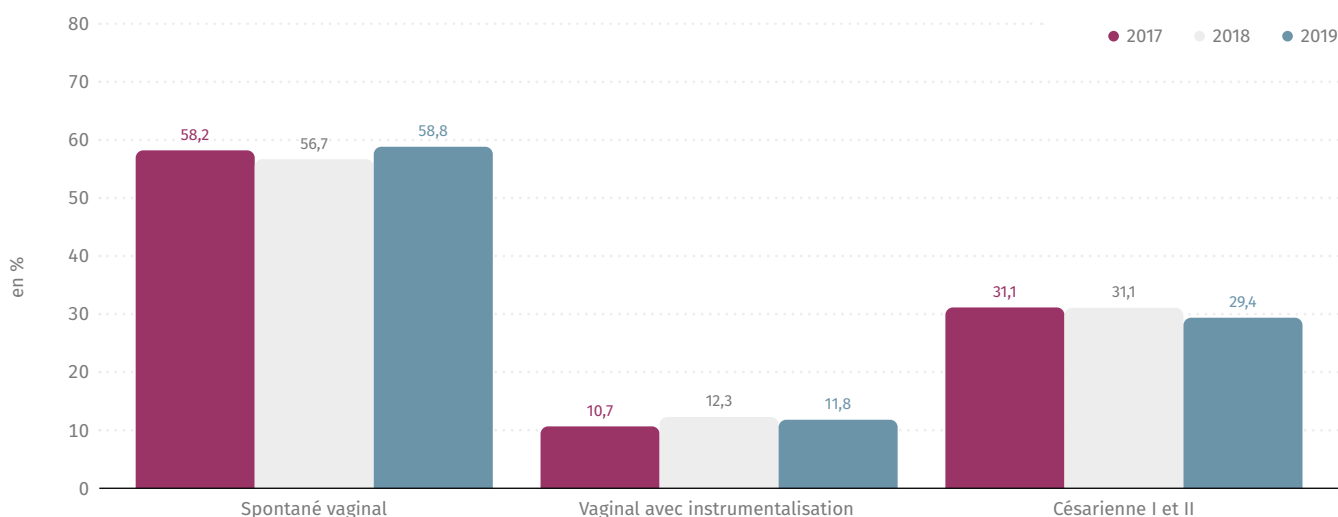
Par comparaison avec les pays voisins, dans son dernier rapport sur la santé périnatale, Euro-Peristat indique que 12 pays européens, dont le Luxembourg, avaient un taux de césarienne supérieur à 30% en 2015¹. En Belgique, le taux était de 21,3 %, en France de 20,2 % et en Allemagne de 32,2%. 07

Déjà en 2011, suite au taux élevé de césarienne dans le pays, des groupes de travail réunissant des représentants des professionnels de la santé (gynécologues-obstétriciens, pédiatres-néonatalogues et sages-femmes) avaient initié une réflexion pour identifier des mesures pouvant contribuer à la diminution de ce taux de césarienne. Ces travaux avaient abouti à la mise à disposition d'une brochure informative sur les césarienne destinée aux futurs parents et de recommandations nationales sur les césariennes programmées à terme. L'impact potentiel

des recommandations nationales, validées et publiées par le Conseil scientifique du domaine de la santé en juillet 2014, a été évalué et analysé en janvier 2020 par la Direction de la santé. Il ressort de cette évaluation que « les recommandations du Conseil scientifique émises en juillet 2014, et les efforts déployés pour cette action en santé publique ont porté leurs fruits » mais qu'« il reste encore une marge d'amélioration concernant les césariennes réalisées chez des femmes multipares ayant déjà eu une seule césarienne ».

Les chiffres publiés dans le présent rapport nous indiquent également que les actions de santé publique menées depuis de nombreuses années semblent avoir un impact positif sur le recours aux césariennes non justifiées.

Figure 24 : Distribution du mode d'accouchement, 2017-2019



Dans les recommandations émises par le Conseil scientifique du domaine de la santé, il était spécifié que l'utérus cicatriciel n'était pas une recommandation de césarienne programmée. Nous constatons cependant que la césarienne itérative reste la première indication de césarienne, indépendamment de l'âge gestationnel. Sur la totalité des césariennes, 27,4% ont comme indication l'utérus cicatriciel.

Au total, sur toutes les femmes ayant un antécédent de césarienne, 75,4% ont à nouveau eu une césarienne ; 59,0% de césarienne primaire et 16,4% de césarienne secondaire.

La deuxième indication de césarienne est l'arrêt de progression du travail (16,0%), viennent ensuite la souffrance fœtale (13,1%), la présentation en siège (12,6%) et la dystocie fœto-maternelle (6,7%).

Le siège, qui n'est pourtant pas une indication de césarienne, est la quatrième indication de césarienne. Sur 984 bébés nés vivants en siège avec une grossesse simple, il y a eu 701 naissances par césarienne primaire (71,2%), 219 par césarienne secondaire (22,3%) et 64 par voie basse (6,5%).

En 2009, le taux de césarienne était de 28,8%. Dans les années qui ont suivi, il n'a cessé de croître pour atteindre 32,2% en 2014 et 2016. Dès 2017, une tendance à la diminution du taux de césarienne est apparue.

1 Pays européens ayant en 2015 un taux de césarienne supérieur à 30% : Allemagne (32,2%), Italie (35,4%), Hongrie (39%), Pologne (42,2%), Roumanie (46,9%), Slovaquie (31,1%), Suisse (34,2%), Malte (32%), Chypre (56,9%), Irlande (31,3%), Bulgarie (43%).
Source : European perinatal health report ; Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015.

Figure 25 : Distribution du mode d'accouchement, évolution depuis 2009

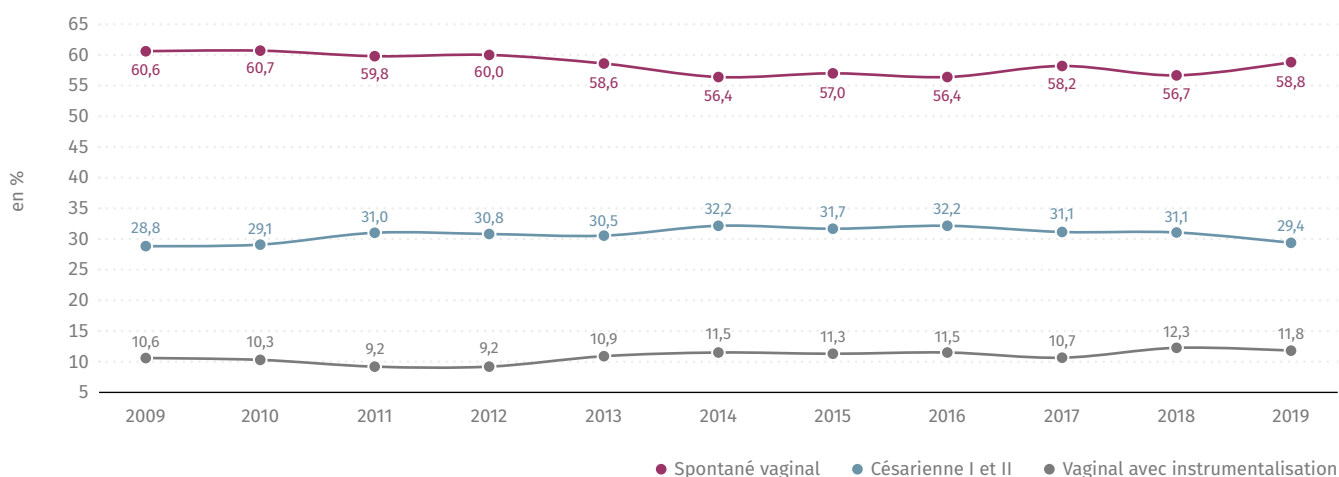


Tableau 22 : Tableau récapitulatif des césariennes, 2017-2019

		Pourcentage
Nombre total de césariennes (N = 6434)	dont Césariennes primaires	54,3 %
	Césariennes secondaires	45,7 %
Selon l'âge gestationnel	Césariennes AVANT 38 semaines	23,1 %
	Césariennes A 38 semaines OU PLUS	76,9 %
Césariennes itératives	Femmes qui ont déjà eu une césarienne	36,3 %

On constate que sur la totalité des femmes ayant eu une césarienne entre 2017 et 2019, 36,3% d'entre elles avaient déjà eu une césarienne au préalable.

Sur les 3 années, 424 accouchements se sont déroulés dans l'eau, ce qui représente 2,0% des accouchements.

4. Classification de Robson

Dans de nombreux pays autres que le Luxembourg, l'augmentation du taux de césarienne est un sujet de santé publique majeur en santé périnatale. Afin de comprendre les facteurs conduisant à cette augmentation du recours à la césarienne et de proposer des mesures visant à réduire son taux, il est indispensable d'avoir des outils permettant de comparer les taux de césarienne en fonction d'une série de critères comparables.

L'OMS propose d'adopter le système de classification de Robson comme référence internationale pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne entre établissements de soins et au cours du temps.

La classification de Robson répartit l'ensemble des femmes en 10 catégories principales mutuellement exclusives en fonction de leurs caractéristiques obstétricales : la parité, le début du travail, l'âge gestationnel, la présentation du fœtus et le nombre de fœtus. ^{40 41 42}

Avec cette classification, l'OMS a pour objectif d'aider les établissements hospitaliers à :

- « Optimiser l'utilisation de la césarienne en contribuant à identifier, analyser et mettre l'accent sur les interventions portant sur des groupes spécifiques particulièrement pertinents pour chacun d'eux ;
- Évaluer l'efficacité des stratégies ou interventions visant à optimiser l'utilisation de la césarienne ;
- Évaluer la qualité des soins, les stratégies de prise en charge clinique et les résultats par groupe ;
- Évaluer la qualité des données collectées et sensibiliser le personnel à l'importance des données et de leur utilisation ». ³⁹

1	Nullipares, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, début travail spontané	5A	Toutes les multipares avec un antécédent de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines
2A	Nullipares, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, ayant eu un début de travail induit	5B	Toutes les multipares avec 2 ou plus d'antécédents de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines
2B	Nullipares, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, ayant eu une césarienne avant début de travail	6	Toutes les nullipares, grossesses simples, présentation en siège
3	Multipares, sans antécédent de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, début de travail spontané	7	Toutes les multipares, grossesses simples, présentation en siège, incluant les femmes avec un antécédent de césarienne
4A	Multipares, sans antécédent de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, ayant eu un début de travail induit	8	Toutes les femmes avec une grossesse multiple, incluant les femmes avec un antécédent de césarienne
4B	Multipares, sans antécédent de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, ayant eu une césarienne avant début de travail	9	Toutes les femmes avec une grossesse simple, présentation transverse ou oblique, incluant les femmes avec un antécédent de césarienne
		10	Toutes les femmes avec une présentation céphalique, <37 semaines, incluant les femmes avec un antécédent de césarienne

Tableau 23 : Classification de Robson, 2017–2019

Classification de ROBSON					
	N	% valide	% Césarienne primaire	% Césarienne secondaire	% Voie basse
1	5331	25,4	0,0	28,2	30,8
2A	2635	12,5	0,0	29,5	12,1
2B	481	2,3	13,9	0,0	0,0
3	4972	23,6	0,0	6,1	32,8
4A	2213	10,5	0,0	5,0	14,1
4B	183	0,9	5,3	0,0	0,0
5A	2232	10,6	33,8	12,3	4,8
5B	485	2,3	12,1	1,9	0,1
6	614	2,9	13,2	4,5	0,2
7	369	1,8	6,9	3,0	0,3
8	398	1,9	6,2	3,6	0,5
9	77	0,4	1,6	0,7	0,0
10	1034	4,9	7,0	5,2	4,4
Total	21024	100,0	100,0	100,0	100,0
Manquante	57				
Total	21081				

5. Indication des césariennes par classes d'âge gestationnel

Lorsque ce n'est pas indiqué pour une raison médicale, il est recommandé de ne pas réaliser de césarienne avant 38 semaines de gestation afin d'éviter les risques de détresse respiratoire chez les nouveau-nés ⁴³ ⁴⁴. Malgré cela, on constate que 47,4% des bébés en-dessous de 38 semaines de gestation naissent par césarienne.

62,5% des césariennes sont réalisées entre 37 et 39 semaines.

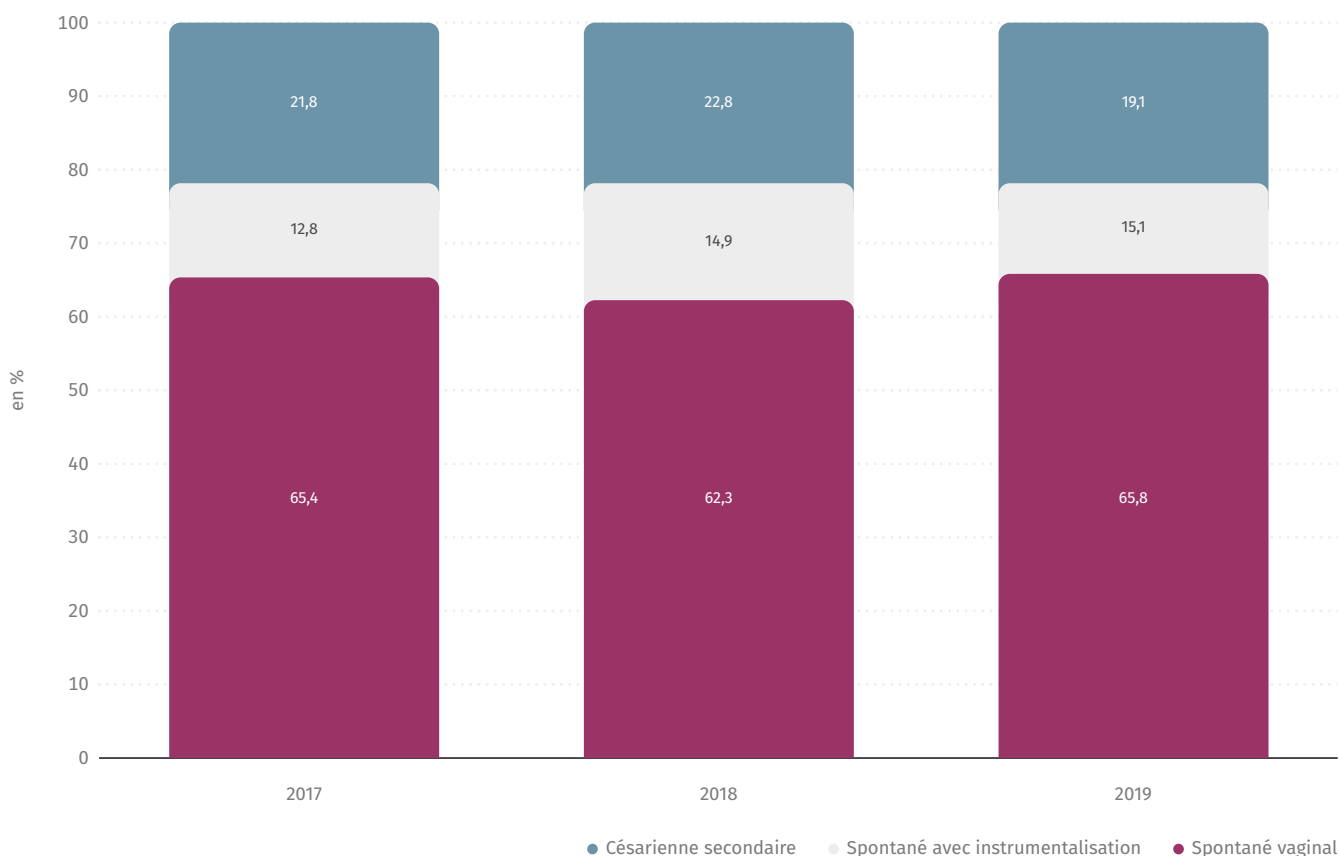
Tableau 24 : Taux de césarienne avant et après 38 semaines de gestation, 2017–2019

		Effectifs	% valide
Inférieur à 38 semaines	Césarienne	1485	47,4
	Voie basse	1646	52,6
	Total	3131	100,0
38 semaines ou +	Césarienne	4949	27,6
	Voie basse	12994	72,4
	Total	17943	100,0

6. Mode d'accouchement des débuts de travail induits

Comme nous pouvons le constater dans la figure 26, plus d'un tiers des débuts de travail induits se terminent par un accouchement qualifié de « médicalisé », c'est-à-dire par césarienne ou par voie basse avec instrumentalisation.

Figure 26 : Mode d'accouchement des inductions, 2017–2019



7. Type d'anesthésie

Dans le précédent rapport sur les données 2014–2016, nous avons constaté une augmentation du nombre d'accouchement par voie basse sous péridurale.

Dans le présent rapport, les chiffres restent stables, sans que soit constatée une nouvelle augmentation.

Un peu plus d'un quart des femmes accouchent par voie basse sans avoir recours à une anesthésie.

Parmi les accouchements par voie basse, 19 femmes ont eu recours à une délivrance artificielle qui s'est déroulée sous anesthésie générale.

Pour les accouchements par césarienne, la rachianesthésie reste la principale méthode utilisée.

Figure 27 : Distribution des types d'anesthésie, accouchements par voie basse, 2017–2019

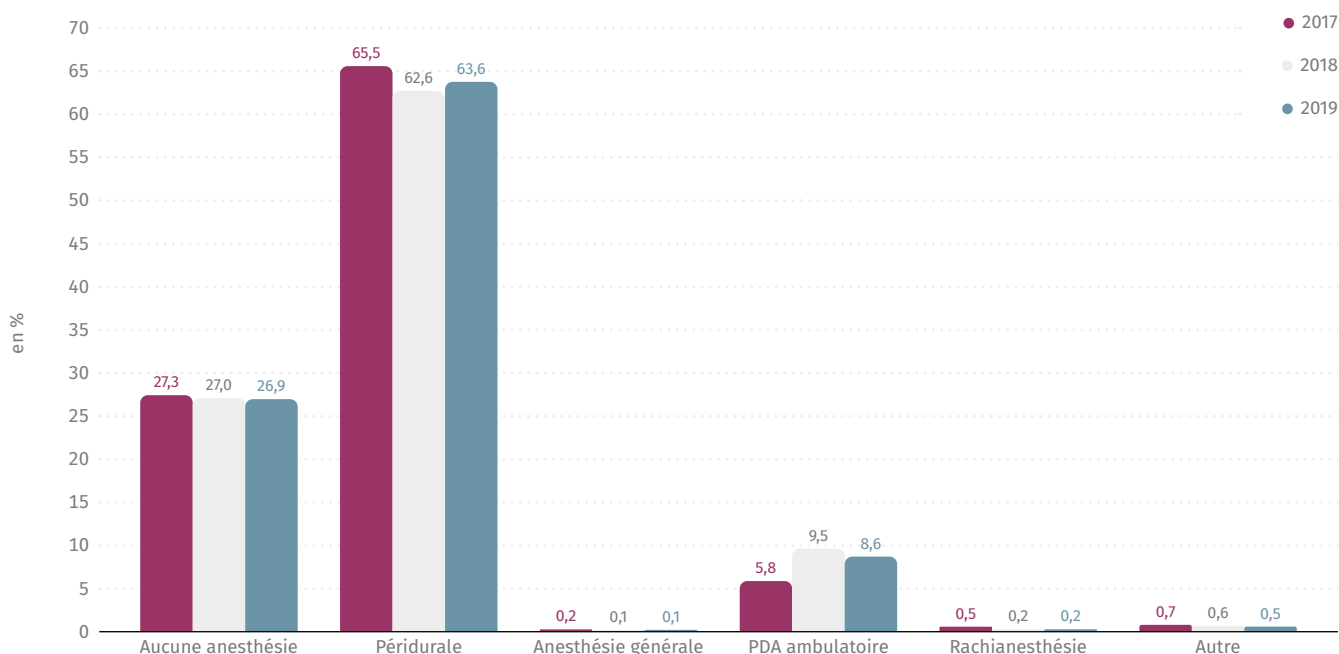
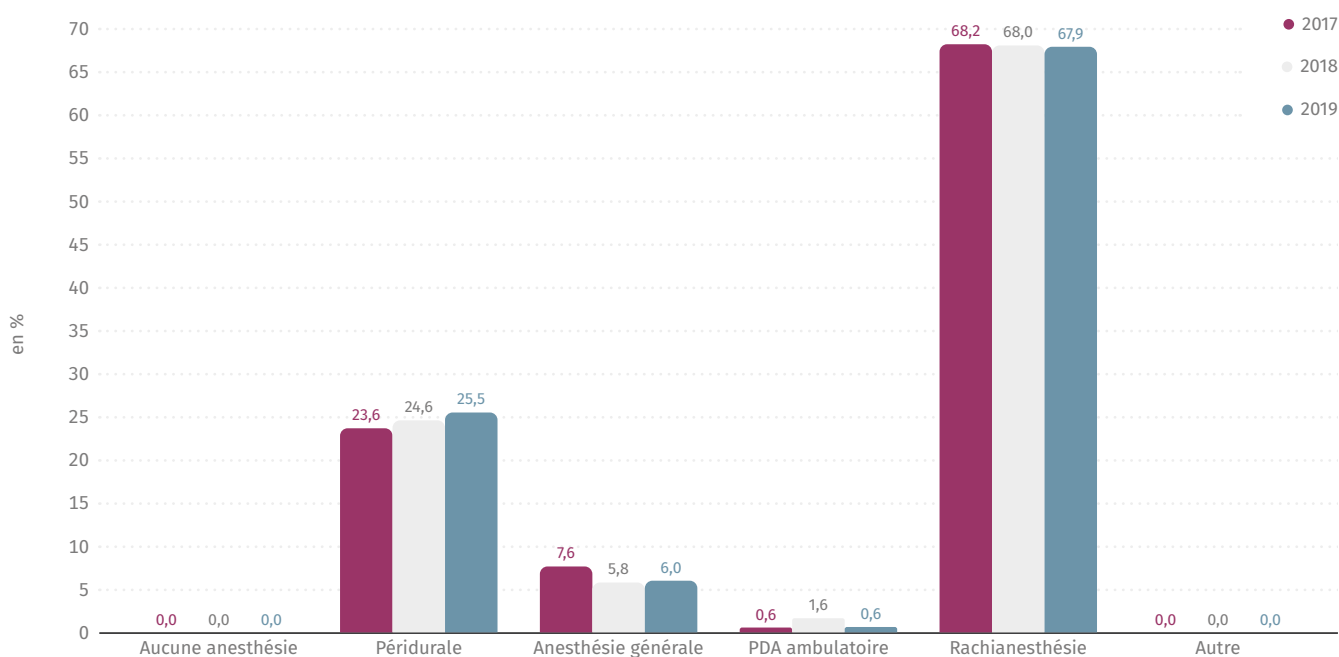


Figure 28 : Distribution des types d'anesthésie, césariennes, 2017–2019



8. Épisiotomie, état du périnée

Dans la figure 29, les taux d'épisiotomie présentés se rapportent aux épisiotomies seules ainsi qu'aux épisiotomies avec déchirure. En considérant uniquement les épisiotomies pratiquées seules, les taux sont alors de 18,2% en 2017, 14,9% en 2018 et 10,8% en 2019.

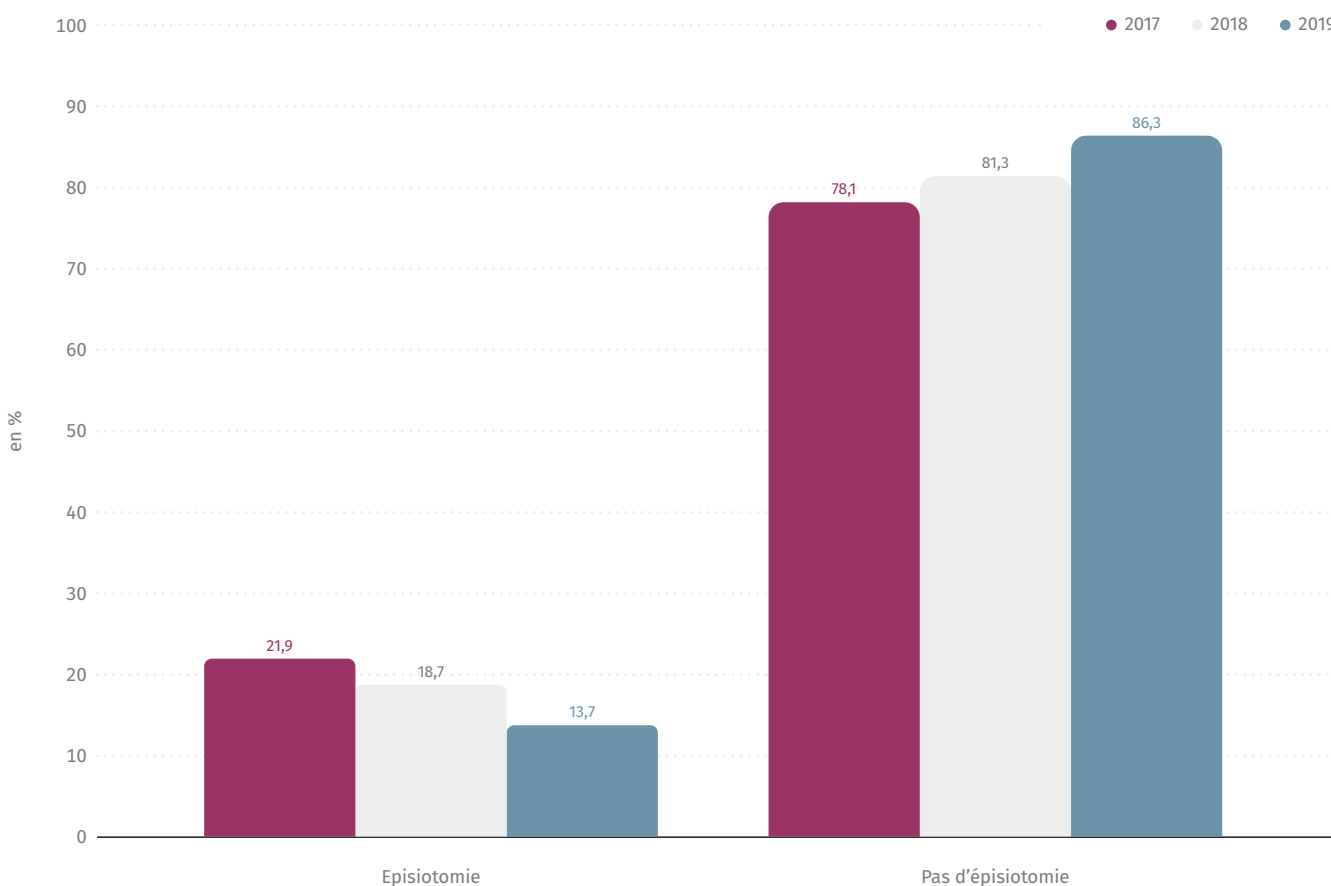
Concernant la pratique de l'épisiotomie, la Haute Autorité de Santé Française recommande de : « Ne pas réaliser d'épisiotomie systématique, y compris chez la primipare et en cas d'antécédent de déchirure périnéale sévère ». ³⁴

Ces recommandations suivent celles du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et du NICE. ^{31 32}

Dans ses recommandations sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement, l'OMS indique : l'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés pour les femmes qui accouchent spontanément par voie basse ». ^{34 35}

Au Luxembourg, comme nous le montre la figure 29, on constate une diminution importante de la pratique de l'épisiotomie. En 2019, seuls 13,7% des accouchements par voie basse se sont déroulés en pratiquant une épisiotomie et ce taux descend à 10,8% si on ne prend que les épisiotomies seules, en excluant les déchirures associées.

Figure 29 : Episiotomie, accouchements par voie basse, 2017–2019



Le taux d'épisiotomie ne cesse de diminuer au fil des ans. En 2007, il avait atteint 38,1% pour descendre à 13,7% en 2019.

À noter qu'en 2005, le CNGOF avait publié des recommandations pour la pratique clinique sur l'épisiotomie. Le groupe estimait que le taux global national devrait se situer en dessous de 30%. ³³

Parmi les femmes qui ont accouché par césarienne, 9 ont eu une épisiotomie.

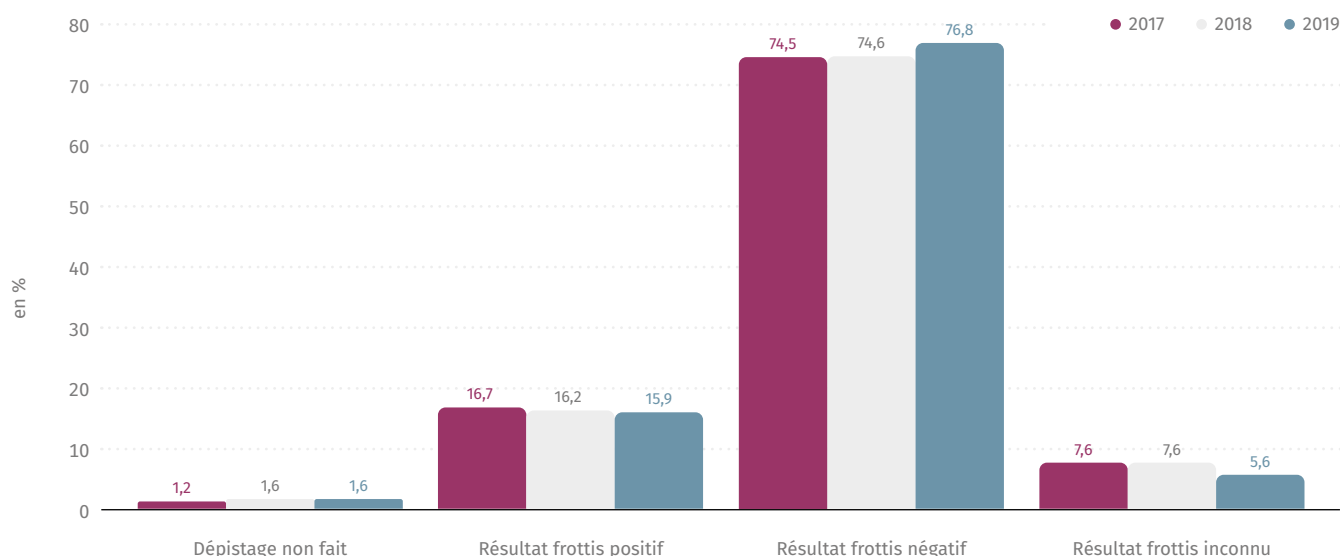
9. Streptocoque du groupe B

Le streptocoque du groupe B est reconnu comme le principal responsable des infections materno-fœtales précoces. Il est la première cause d'infections bactériennes chez les nouveau-nés en période néonatale (septicémie, méningite, détresse respiratoire). Il est recommandé de réaliser un dépistage systématique du portage du streptocoque du groupe B, au troisième trimestre de la grossesse, idéalement entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée. ^{36 37}

Au Luxembourg, la majorité des femmes est dépistée (98,5%). Sur les 3 années, 16,3% d'entre elles ont été dépistées positives au streptocoque B.

En France, la prévalence du streptocoque du groupe B est de 10% sur 75 000 femmes enceintes. ³⁷

Figure 30 : Distribution des résultats du test strepto B, 2017-2019



10. Taux de morbidité maternelle – hémorragie

L'hémorragie du post-partum est définie comme : une perte de sang de 500 ml ou plus dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, quel que soit le mode d'accouchement. ³⁸

Dans les pays à revenus élevés elle est reconnue comme la première cause de morbidité maternelle sévère et de mortalité maternelle la plus évitable. Dans la littérature, on retrouve des taux d'incidence à 5%. ³⁹

Au Luxembourg, le taux est stable et se situe dans la moyenne basse ces dernières années, avec une moyenne du taux d'hémorragie à 3,1%. L'augmentation constatée entre les années s'explique par un meilleur encodage de la variable et non par une réelle augmentation du nombre d'hémorragie.

Tableau 25 : Morbidité maternelle grave, 2017-2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Hémorragie	191	2,8	216	3,1	247	3,5	654	3,1
Pas d'hémorragie	6700	97,2	6851	96,9	6860	96,5	20411	96,9
Total	6891	100,0	7067	100,0	7107	100,0	21065	100,0
Inconnu	6		9		1		16	
Total	6897		7076		7108		21081	

Etat de santé de l'enfant

1. Poids de naissance

Comme déjà constaté dans les précédents rapports, le poids de naissance moyen des bébés est stable. La majorité des bébés naissent avec un poids situé entre 3 000 et 3 499 g. Le poids minimal enregistré était de 150 g chez un bébé mort-né et le poids maximal de 6 190 g.

6,5% des bébés nés vivants sont nés hypotrophes, avec un poids de naissance inférieur à 2 500 g.

Les nouveau-nés pour lesquels le poids de naissance est inconnu sont les bébés qui ont été transférés rapidement après la naissance. Le poids de ces bébés sont récupérés au niveau de la néonatalogie, lors de leur admission dans le service (seuls 11 poids de bébés mort-nés sont restés manquants au cours des 3 années).

Tableau 26 : Distribution du poids de naissance des nouveau-nés vivants, par classes, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
< 500 g	4	0,1	1	0,0	3	0,0	8	0,0
500–999 g	18	0,3	17	0,2	25	0,3	60	0,3
1000–1499 g	39	0,6	38	0,5	35	0,5	112	0,5
1500–1999 g	93	1,3	82	1,1	90	1,3	265	1,2
2000–2499 g	311	4,4	308	4,3	324	4,5	943	4,4
2500–2999 g	1313	18,8	1379	19,3	1357	18,9	4049	19,0
3000–3499 g	2876	41,1	2877	40,2	2878	40,1	8631	40,5
3500–3999 g	1877	26,8	1987	27,8	1968	27,4	5832	27,3
4000–4499 g	426	6,1	423	5,9	450	6,3	1299	6,1
≥ 4500 g	39	0,6	42	0,6	52	0,7	133	0,6
Total	6996	100,0	7154	100,0	7182	100,0	21332	100,0
Manquante	0		0		0		0	
Total	6996		7154		7182		21332	

2. Sexe du nouveau-né

Alors que les bébés garçons étaient toujours un peu plus nombreux que les filles, pour la toute première fois en 2019, ce sont les filles qui sont très légèrement plus nombreuses (50,1% en 2019).

Si on prend le taux global sur les 3 années étudiées, ce sont toujours les garçons qui sont un peu plus nombreux (50,8%).

3. Apgar à 5 minutes de vie

Sur les bébés avec un score d'Apgar égal à 0 à « 5 minutes », 3 ont été transférés, 4 sont décédés dans les minutes suivant la naissance et 1 avait un score d'Apgar inconnu.

Tableau 27 : Distribution du score d'Apgar à 5 minutes de vie, bébés vivants, par année, 2017-2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Score de 0	5	0,1	1	0,0	2	0,0	8	0,0
Score de 1 à 4	22	0,3	24	0,3	27	0,4	73	0,3
Score de 5 à 7	150	2,1	174	2,4	164	2,3	488	2,3
Score de 8 à 10	6812	97,5	6943	97,2	6976	97,3	20731	97,3
Total	6989	100,0	7142	100,0	7169	100,0	21300	100,0
Manquant	7		12		13		32	
Total	6996		7154		7182		21332	

4. Age gestationnel

La distribution de l'âge gestationnel est stable. Sur les 3 années, le taux de prématuré < 37 semaines est de 7,8% et le taux de grand prématuré < 32 semaines est de 1,4%.

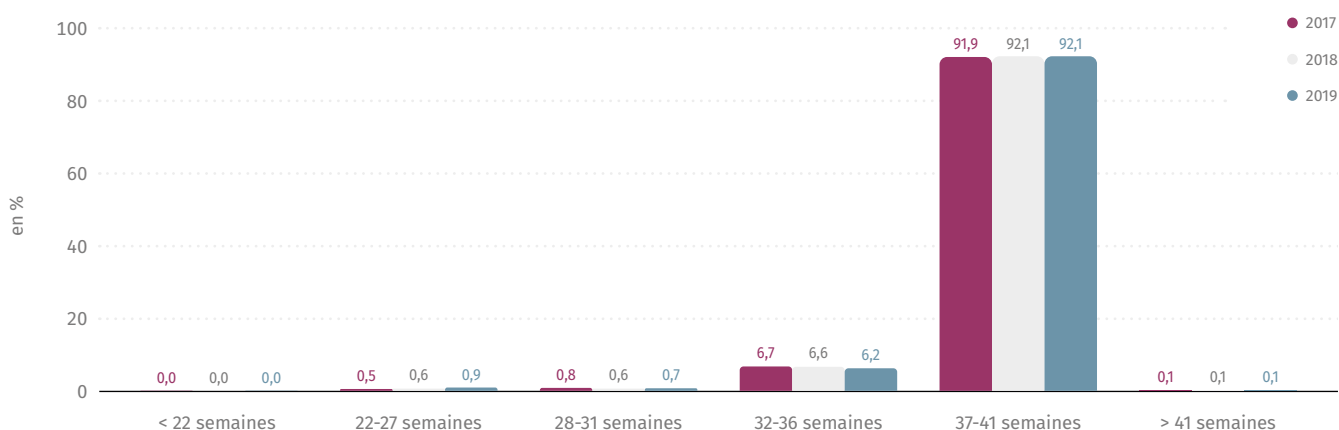
Le Luxembourg se situe dans la moyenne par rapport à ses pays voisins : en 2015, la Belgique avait un taux de prématurité < 37 semaines de 8,1% et la France de 7,1%.

Par comparaison, dans le précédent rapport sur les données 2014-2016, le taux de prématuré < 37 semaines était de 8,5% et celui des grands prématurés < 32 semaines de 1,4%.

La distribution de l'âge gestationnel et les taux de prématurité demeurent stables depuis 10 ans.

Figure 31 : Distribution de l'âge gestationnel, naissances totales, 2017-2019

Les grossesses multiples sont un facteur de risque impor- Ce même constat est établi chez les naissances des grands



tant de la prématurité (< 37 semaines) : le tableau 28 nous démontre en effet que 54,8% des naissances multiples se terminent par la naissance d'un nouveau-né en-dessous de 37 semaines de gestation, contre 5,5% pour une naissance simple.

prématurés (< 32 semaines) : 9,6% des naissances de grands prématurés proviennent de grossesses multiples contre 0,6% pour une grossesse simple.

Tableau 28 : Distribution de l'âge gestationnel en fonction de la pluralité, naissances vivantes, 2017-2019

		Naissance simple	Naissance de jumeaux	Naissance de triplés	Total
< 22 semaines	Effectif	3	0	0	3
	% valide	0,0	0,0	0,0	0,0
22-27 semaines	Effectif	38	22	3	63
	% valide	0,2	2,8	50,0	0,3
28-31 semaines	Effectif	85	50	0	135
	% valide	0,4	6,5	0,0	0,6
32-36 semaines	Effectif	1007	350	3	1360
	% valide	4,9	45,2	50,0	6,4
37-41 semaines	Effectif	19386	353	0	19739
	% valide	94,4	45,5	0,0	92,6
> 41 semaines	Effectif	26	0	0	26
	% valide	0,1	0,0	0,0	0,1
Total	Effectif	20545	775	6	21326
	% valide	100,0	100,0	100,0	100,0

5. Prévalence des anomalies congénitales

Dans les figures 32 et 33, seules les malformations avérées ou fortement suspectées pendant le séjour à la maternité sont documentées dans le système de surveillance et l'information sur le diagnostic final n'est pas toujours connue. Les données sur la prévalence des malformations congénitales sont à interpréter avec précaution.

Toutefois, on constate que le taux de malformations congénitales détectées est beaucoup plus élevé dans la population des bébés mort-nés (42,4% contre 1,0% dans la population de bébés vivants).

Aucun lien significatif n'a été trouvé entre la présence de malformations congénitales et les facteurs de risque suivants :

- Traitement de fertilité ;
- Consommation de tabac pendant la grossesse ;
- Consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- Âge maternel >40 ans ;
- Âge paternel >40 ans.

Figure 32 : Prévalence des anomalies congénitales, mort-nés, 2017-2019

Pathologies congénitales, mort-nés, 2017-2019 (n=118)

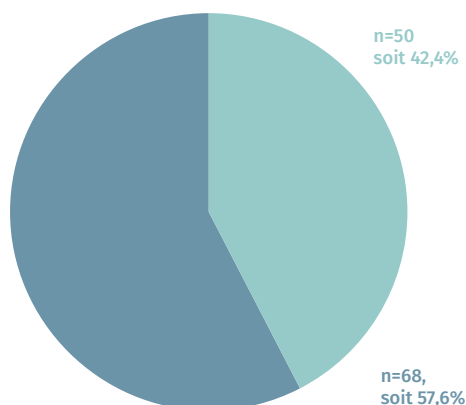
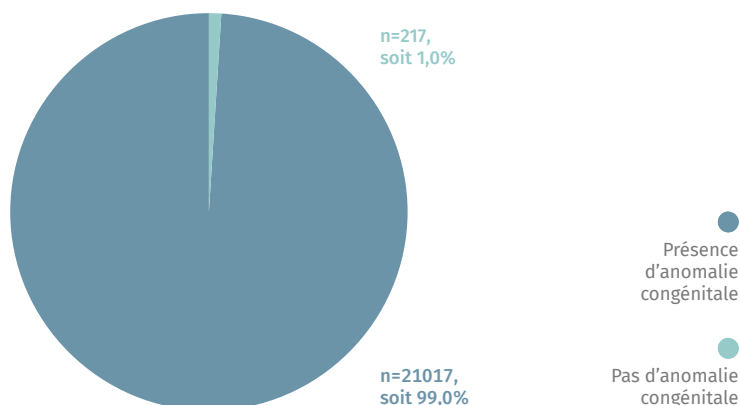


Figure 33 : Prévalence des anomalies congénitales, nouveau-nés vivants, 2017-2019

Pathologies congénitales, bébés vivants, 2017-2019 (n=21234)



6. Moment de la première mise au sein

L'OMS recommande que « **tous les nouveau-nés, y compris les enfants à faible poids de naissance (FPN) qui sont capables d'être allaités, devraient être mis au sein le plus rapidement possible après la naissance dès qu'ils sont cliniquement stables, et que la mère et l'enfant sont prêts** ».

La figure 34 montre qu'au Luxembourg, la grande majorité des enfants est mise au sein dans les 2 premières heures après la naissance et que cette recommandation est donc déjà largement suivie. En moyenne, seuls 6,9% des nouveau-nés reçoivent du lait artificiel à la naissance.

Une différence existe naturellement entre les bébés nés par voie basse et ceux nés par césarienne pour lesquels on observe qu'un nombre un peu plus important est mis au sein plus tardivement, à savoir au cours de la première journée. Sur la totalité des bébés qui ne sont pas allaités à la naissance, 17,8% ont reçu un don de colostrum.

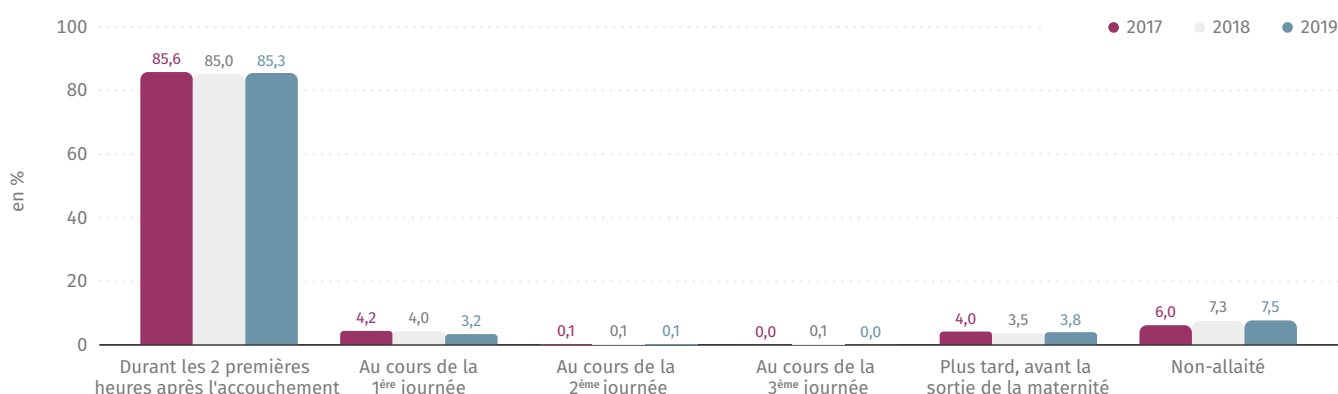
Au Luxembourg, la proportion de bébés qui sont allaités a toujours été très élevée. Une politique nationale

de santé publique prônant l'allaitement maternel avait été mise en place depuis de nombreuses années. De plus, la législation en vigueur au pays incitait les femmes à allaiter en octroyant 4 semaines de congés supplémentaires consécutives au congé de maternité pour les femmes allaitantes. Cette législation a été changée en 2018, l'octroi des 4 semaines ayant été ajouté à toutes les femmes sans tenir compte de l'allaitement. Ce changement n'a eu pour l'instant aucun impact sur les chiffres de l'allaitement à la naissance.

Si on prend en compte les bébés non transférés, non réanimés et avec un âge gestationnel >37 semaines, ce sont 90,6% des bébés qui sont allaités au cours des 2 premières heures après la naissance sur les trois années (92,2% pour les accouchements par voie basse et 86,3% pour les césariennes).

Lorsqu'on regarde l'évolution du moment de la première mise au sein depuis 2009, on constate une certaine stabilité de la mise au sein précoce : 80,5% des bébés étaient allaités dans les 2 premières heures en 2009 et 85,3% en 2019.

Figure 34 : Distribution du moment de la première mise au sein, nouveau-nés vivants, 2017-2019

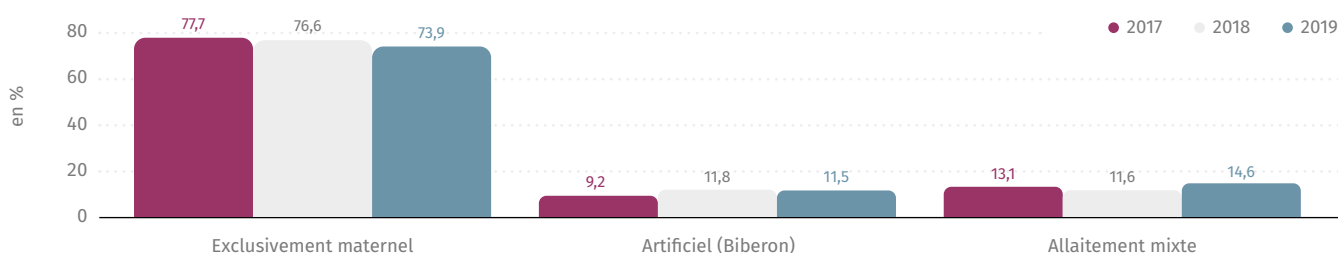


7. Type d'allaitement à la sortie de la maternité

Le taux d'allaitement à la sortie de la maternité est également très élevé, même si une légère diminution est à constater depuis plusieurs années.

En 2009, le taux de bébés allaités exclusivement au lait maternel à la sortie de la maternité était de 84,1% et il a diminué au fil des ans pour atteindre 73,9% en 2019.

Figure 35 : Distribution du type d'allaitement à la sortie de la maternité, nouveau-nés vivants, 2017-2019



Prise en charge aiguë à la naissance

1. Transfert après la naissance

Le nombre de nouveau-nés transférés après la naissance reste relativement stable, comme cela a toujours été le cas les dix dernières années, avec un taux stable de bébés transférés aux alentours de 6,5%.

Tableau 29 : Transfert après la naissance, naissances vivantes, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Transfert	481	6,9	462	6,5	471	6,6	1414	6,6
Pas de transfert	6515	93,1	6692	93,5	6711	93,4	19918	93,4
Total	6996	100,0	7154	100,0	7182	100,0	21332	100,0

Le premier motif de transfert est la prématurité, près de la moitié des bébés transférés sont nés avant terme :

- 3,8% ont entre 22 et 27 semaines de gestation
- 9,6% ont entre 28 et 31 semaines de gestation
- 44,6% ont entre 32 et 36 semaines de gestation

Les bébés entre 37 et 41 semaines représentent 42% des transferts.

La répartition du score d'Apgar à cinq minutes de vie des bébés transférés est la suivante :

- 77,5% ont un score entre 8 et 10
- 18,9% ont un score entre 5 et 7
- 3,4% ont un score entre 1 et 4
- 0,2% ont un score égal à 0

En outre, 4,4% (N=931) des nouveau-nés ont été réanimés directement en salle d'accouchement sur les 3 années.

Tableau 30 : Motif d'admission dans le service de néonatalogie, 2017–2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
Convulsion ou état neurologique anormal	5	1,0	5	1,1	2	0,4	12	0,8
Détresse respiratoire	116	24,1	94	20,3	118	25,1	328	23,2
Hypoglycémie symptomatique	23	4,8	43	9,3	34	7,2	100	7,1
Hypotrophie	17	3,5	15	3,2	22	4,7	54	3,8
Ictère sévère	4	0,8	4	0,9	8	1,7	16	1,1
Malformations congénitales	8	1,7	9	1,9	10	2,1	27	1,9
Naissance sous X	3	0,6	3	0,6	1	0,2	7	0,5
Placement pouponnière	4	0,8	6	1,3	5	1,1	15	1,1
Prématurité	234	48,6	216	46,8	201	42,7	651	46,0
Suspicion d'infection	20	4,2	18	3,9	28	5,9	66	4,7
Souffrance périnatale	13	2,7	13	2,8	13	2,8	39	2,8
Syndrome de sevrage	5	1,0	3	0,6	1	0,2	9	0,6
Autre	29	6,0	33	7,1	28	5,9	90	6,4
Total	481	100,0	462	100,0	471	100,0	1414	100,0

2. Maternité avec ou sans service de soins intensifs néonataux

Une des grandes recommandations en santé périnatale est que tous les bébés grands-prématurés naissent dans un établissement hospitalier avec un service de soins intensifs néonataux.

Le tableau 31 nous indique que ce n'est pas toujours le cas et qu'un cinquième d'entre eux naissent dans un établissement hospitalier sans soins intensifs néonataux.

Ces chiffres sont toutefois en diminution par rapport au précédent rapport dans lequel nous constatons qu'ils étaient 25,9%.

Le tableau 32 nous indique que sur les 10 dernières années, un peu plus de 70% des grands-prématurés du pays sont nés dans une maternité avec soins intensifs néonataux.

Tableau 31 : Grands prématurés selon la disponibilité d'un service de soins intensifs néonataux, 2017–2019

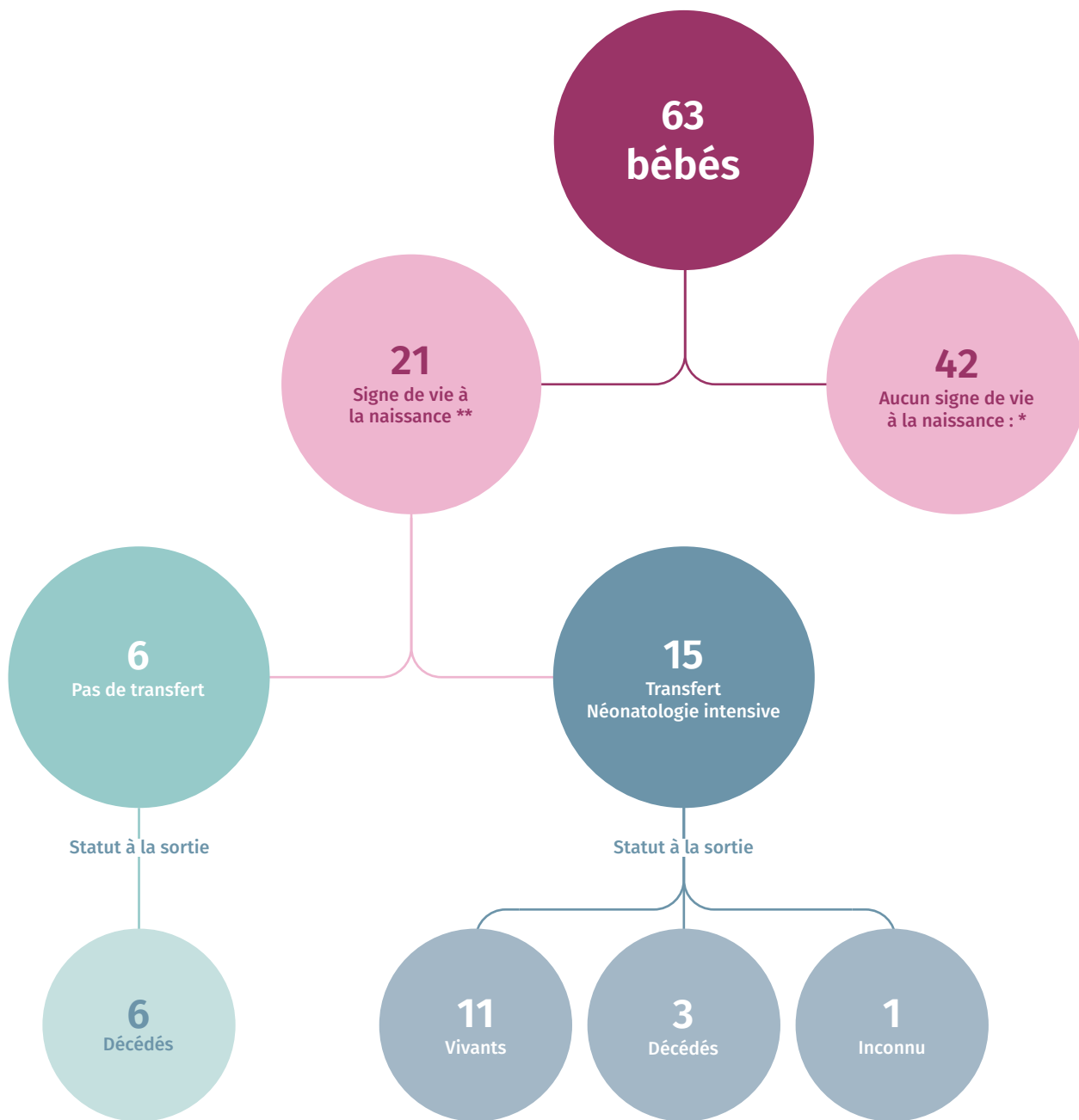
		< 22 semaines	22–27 semaines	28–31 semaines	Total
Maternité avec soins intensifs néonataux	N	1	98	130	229
	% valide	33,3	69,5	87,8	78,4
Maternité sans soins intensifs néonataux	N	2	43	18	63
	% valide	66,7	30,5	12,2	21,6
Total	N	3	141	148	292
	% valide	100,0	100,0	100,0	100,0

Un bébé entre 22 et 27 semaines est né à domicile. Il n'est pas comptabilisé dans les chiffres ci-dessus.

Tableau 32 : Grands prématurés selon la disponibilité d'un service de soins intensifs néonataux, 2009 à 2019

		< 22 semaines	22–27 semaines	28–31 semaines	Total
Maternité avec soins intensifs néonataux	N	1	303	419	723
	% valide	20,0	62,7	80,7	71,8
Maternité sans soins intensifs néonataux	N	4	180	100	284
	% valide	80,0	37,3	19,3	28,2
Total	N	5	483	519	1007
	% valide	100,0	100,0	100,0	100,0

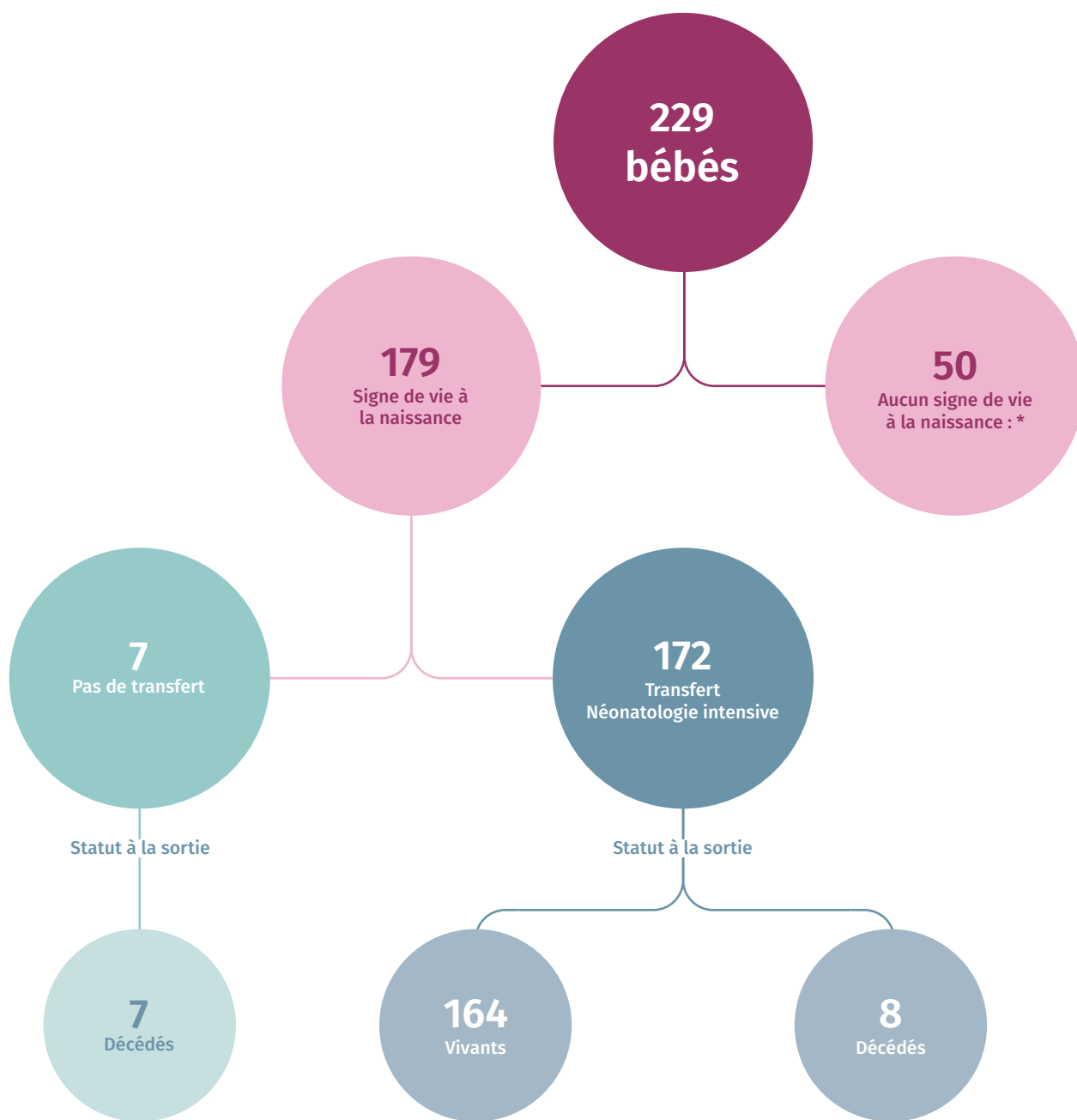
Figure 36 : Devenir des 63 bébés de grande ou très grande prématurité nés dans une maternité SANS soins intensifs néonataux, 2017–2019



*Dont 26 avortements thérapeutiques

**Dont 1 avortement thérapeutique (décédé à la sortie)

Figure 37 : Devenir des 229 bébés de grande ou très grande prématurité nés dans une maternité AVEC soins intensifs néonataux, 2017-2019



*Dont 23 avortements thérapeutiques

Résultats EuroNeoNet

Le projet EuroNeoNet était un projet européen dont l'objectif était de disposer d'indicateurs nationaux comparables en néonatalogie.

Les données récoltées concernaient les grands prématurés avec un âge gestationnel inférieur à 32 semaines ou avec un poids inférieur à 1501g.

Au Luxembourg, les variables permettant de répondre aux indicateurs EuroNeoNet ont été implémentées dans le logiciel Diane dès l'année 2009 dans les 2 établissements hospitaliers disposant d'un service de néonatalogie (CHL et HRS) et la décision avait été prise d'encoder tous les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie après la naissance, indépendamment de l'âge gestationnel et du poids de naissance.

Le projet européen EuroNeoNet n'existe plus aujourd'hui mais la collecte des données se poursuit au Luxembourg.

Afin de pouvoir se comparer au niveau international, il a été décidé d'intégrer dans le futur le projet e-Newborn, qui remplace EuroNeoNet.

En parallèle, de nouvelles variables vont être intégrées pour les bébés qui n'entrent pas dans la catégorie des grands-prématurés afin de développer des indicateurs plus adaptés.

Dans le présent rapport, la distinction est faite pour chaque indicateur entre les nouveau-nés grands-prématurés et ceux qui n'entrent pas dans cette catégorie, les problèmes de santé étant différents.

1. Admission en néonatalogie

La majorité des naissances de nouveau-nés nécessitant une prise en charge médicale à la naissance se fait dans un établissement hospitalier avec un service de néonatalogie. 83,6% arrivent donc en néonatalogie par transport interne. Le transport par SAMU néonatal national représente 14,1% des admissions. Seuls 1,4% arrivent d'un service de néonatalogie intensif de l'étranger, 0,4% sont transportés par hélicoptère et 0,5% par un autre moyen.

Le service de néonatalogie intensive du pays (CHL) accueille la majorité des nouveau-nés nécessitant une hospitalisation après la naissance (72,4%).

Le nombre de bébés admis en néonatalogie après la naissance ne cesse de croître, notamment au CHL où plus de 1075 nouveau-nés ont été admis sur les 3 années étudiées contre 721 sur les années 2014 à 2016.

Aux HRS, les chiffres sont plus stables avec 410 nouveau-nés sur les 3 années du présent rapport contre 429 sur les 3 années du précédent rapport.

En septembre 2015, le CHL a ouvert une unité Kangourou, composée de 3 lits pouvant accueillir des nouveau-nés requérant une surveillance particulière selon des critères d'inclusion précis mais ne nécessitant pas une hospitalisation en néonatalogie, l'idée étant de décharger le service de néonatalogie. Les 3 chambres Kangourou sont équipées du matériel et des appareillages de monitoring nécessaires à la prise en charge de ces nouveau-nés.

Pour les années étudiées dans le présent rapport, les hospitalisations en unité Kangourou représentent :

- 153 nouveau-nés en 2017
- 142 nouveau-nés en 2018
- 153 nouveau-nés en 2019

Le tableau 33 nous montre que la majorité (96,1%) des grands-prématurés sont admis dans le service national, comme le veulent les recommandations.

Figure 38 : Distribution des bébés admis en néonatalogie selon les services de néonatalogie du pays, 2017-2019

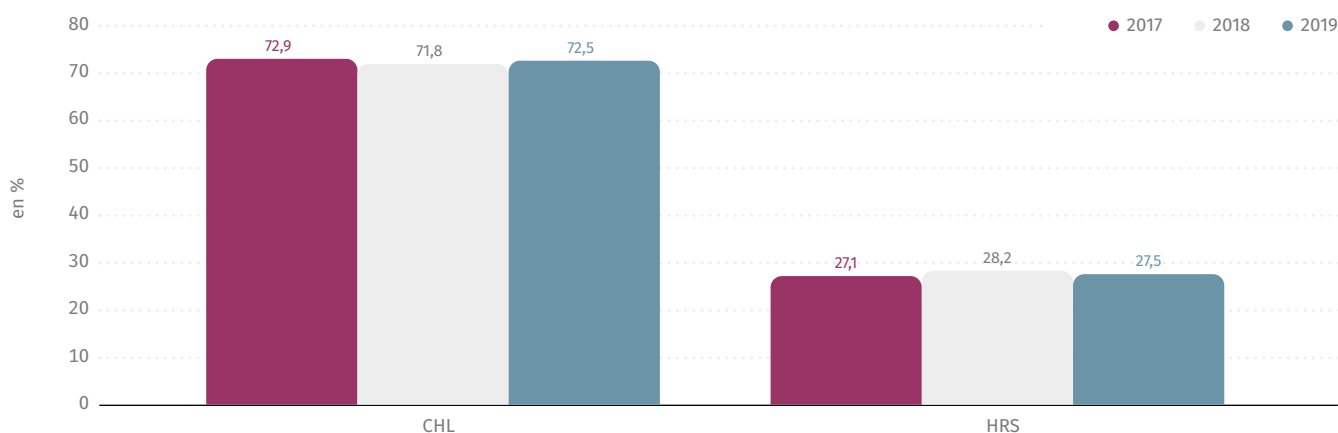


Tableau 33 : Distribution des bébés <32 semaines ou ≤1500 g admis en néonatalogie selon les services de néonatalogie du pays, 2017-2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
CHL	73	97,3	72	96,0	76	95,0	221	96,1
HRS	2	2,7	3	4,0	4	5,0	9	3,9
Total	75	100,0	75	100,0	80	100,0	230	100,0

Tableau 34 : Distribution des bébés ≥32 semaines ou >1500 g admis en néonatalogie selon les services de néonatalogie du pays, 2017-2019

	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	% valide	N	% valide	N	% valide	N	% valide
CHL	300	68,6	274	67,3	280	68,1	854	68,0
HRS	137	31,4	133	32,7	131	31,9	401	32,0
Total	437	100,0	407	100,0	411	100,0	1255	100,0

Figure 39 : Distribution de l'âge gestationnel des bébés <32 semaines ou ≤1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017-2019

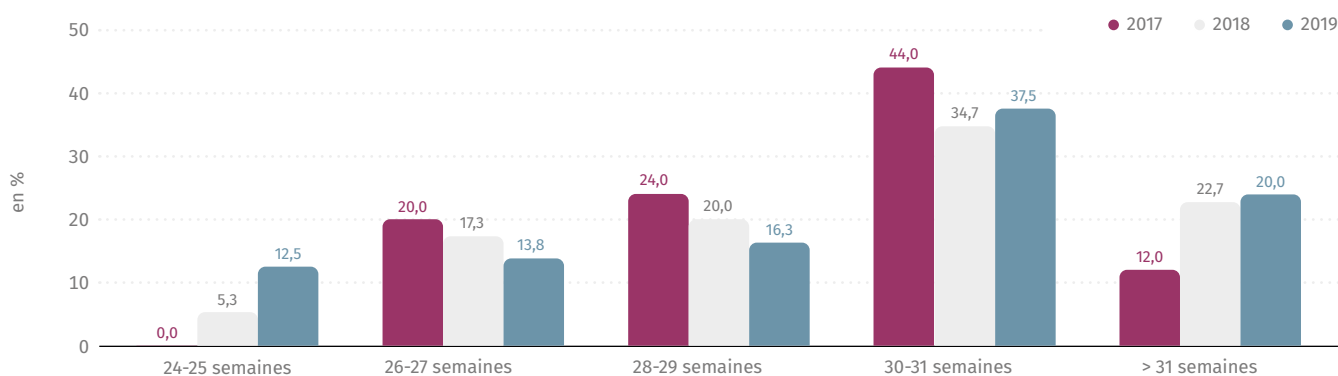
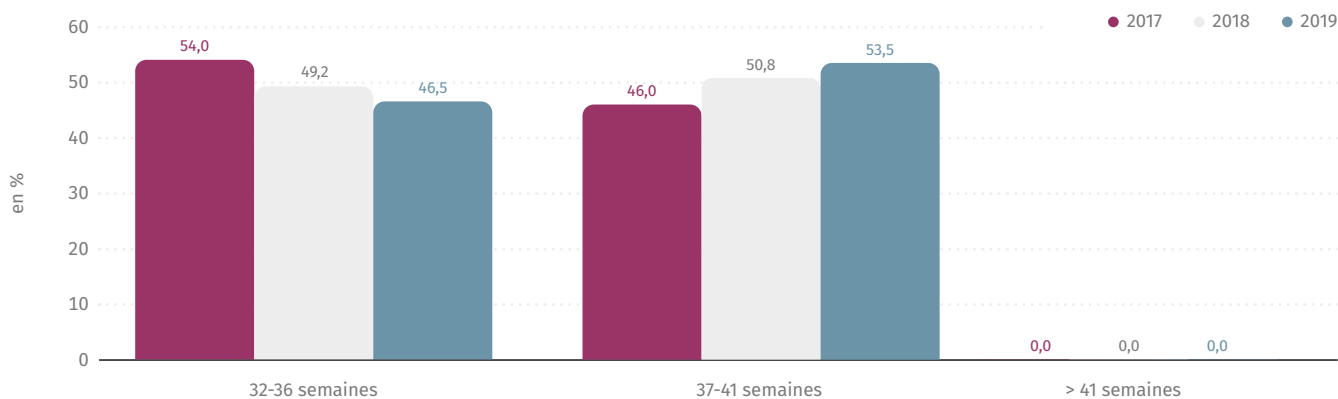


Figure 40 : Distribution de l'âge gestationnel des bébés ≥ 32 semaines ou > 1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019



2. Motif d'admission en néonatalogie

Figure 41 : Motifs d'admission des bébés < 32 semaines ou ≤ 1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019

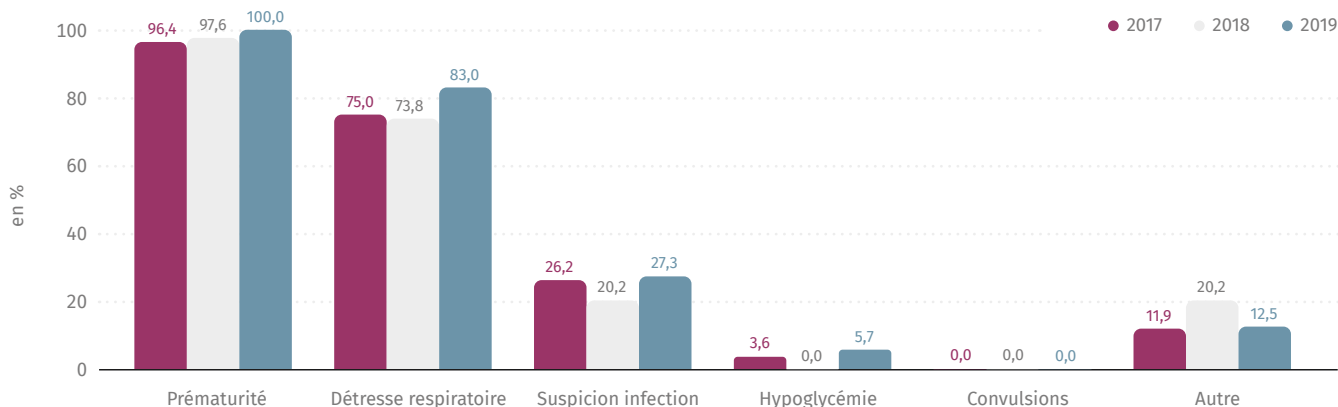
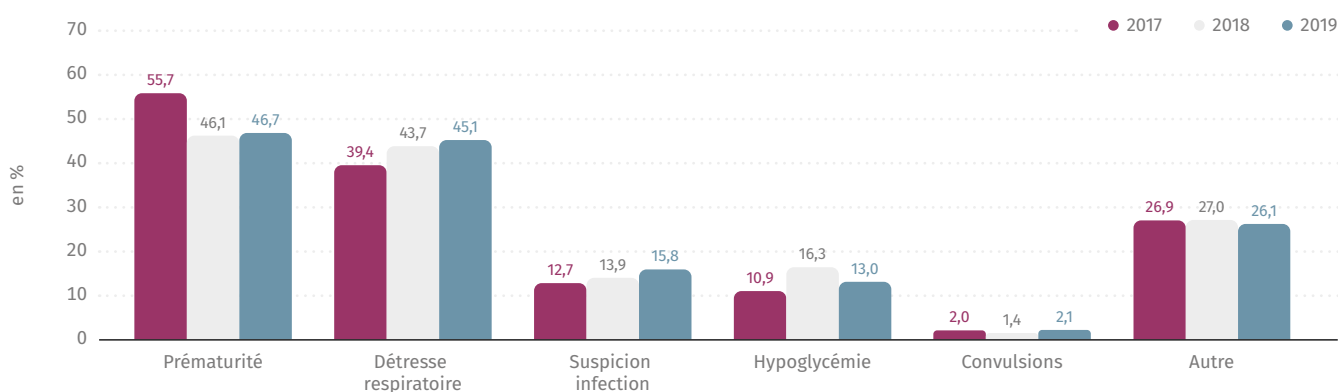


Figure 42 : Motifs d'admission des bébés ≥ 32 semaines ou > 1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019



Pour les bébés qui entrent dans la catégorie EuroNeoNet, les motifs d'admission sont liés aux problèmes de la grande prématurité : détresse respiratoire et suspicion d'infection.

Pour ceux qui n'entrent pas dans cette catégorie, la prématurité est également le principal motif d'admission. Notons qu'il s'agit d'une information à choix multiples.

3. Diagnostics

Le principal diagnostic des grands-prématurés est le syndrome de détresse respiratoire, dû à un déficit en surfactant.

Il faut noter que des variations ont été constatées dans les diagnostics entre l'année 2017 et les années 2018 et 2019. Ces variations s'expliquent par une compréhension différente de la définition entre les personnes qui encodent les informations.

En effet, le syndrome de détresse respiratoire, appelé aussi maladie des membranes hyalines, est une pathologie bien définie, reposant sur des critères cliniques, biologiques et radiologiques. L'information saisie était, jusqu'en 2018, confuse car la définition exacte de la pathologie n'était pas univoquement comprise et appliquée par tout le monde.

Figure 43 : Diagnostics des bébés < 32 semaines ou ≤ 1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019

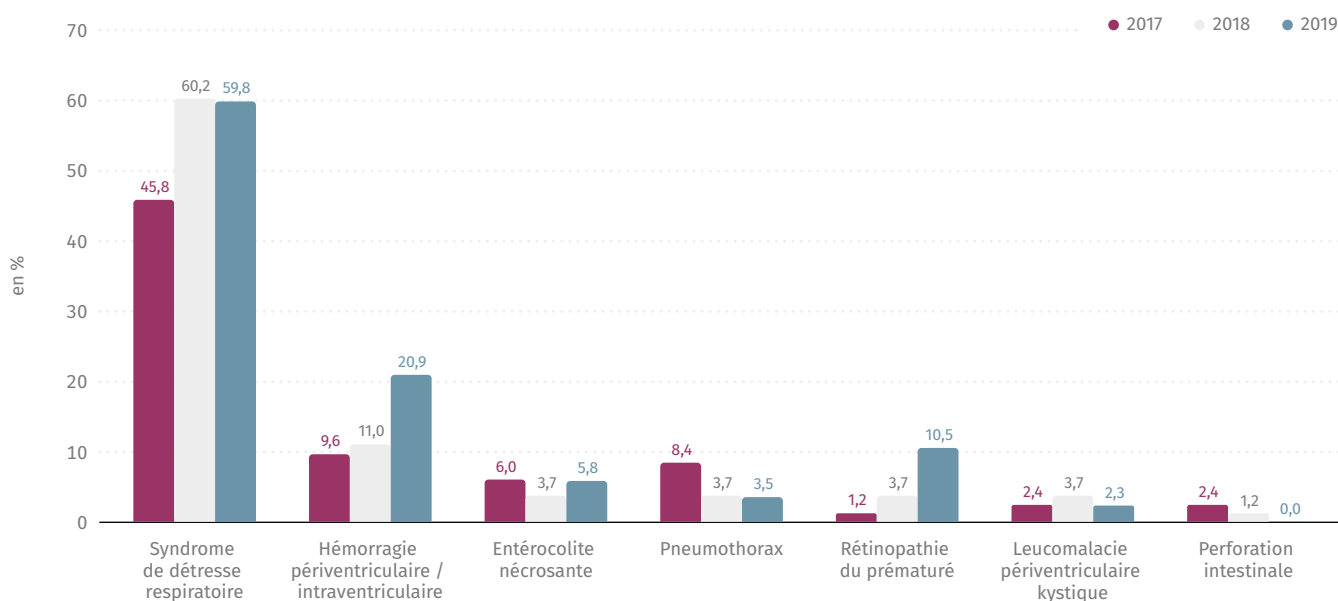
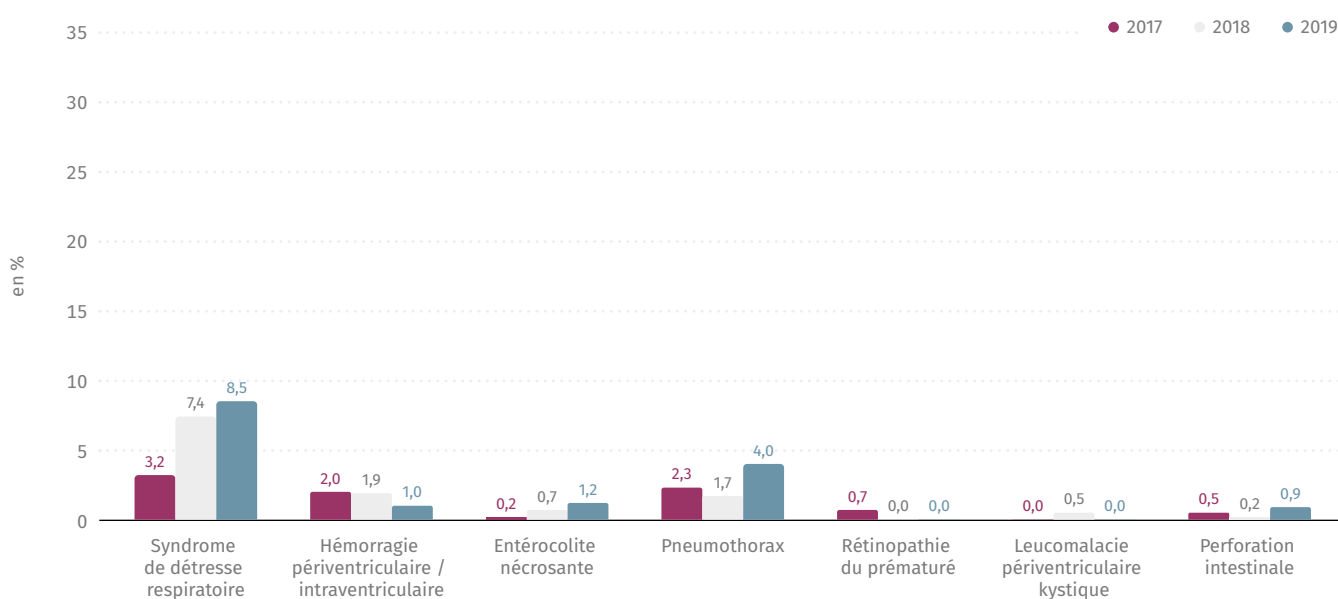


Figure 44 : Diagnostics des bébés ≥ 32 semaines ou > 1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019

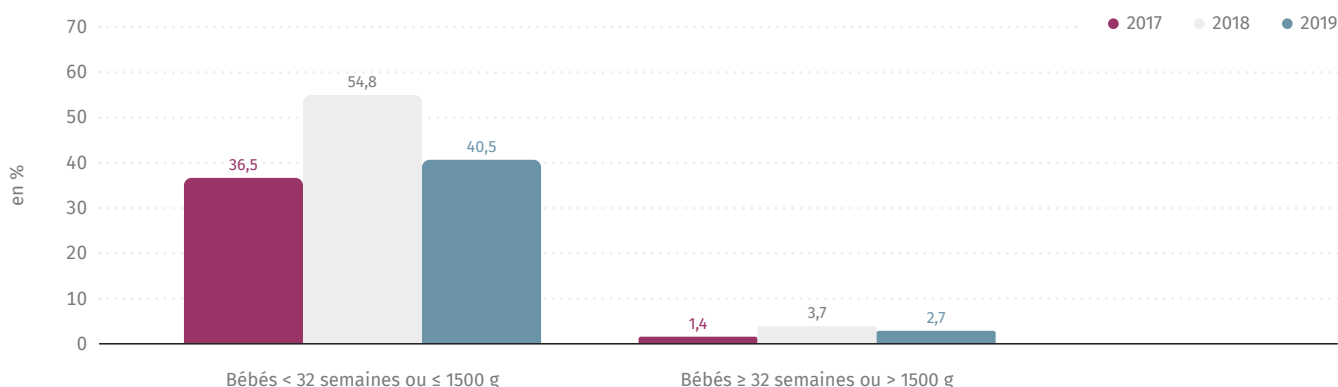


4. Médication

4.1. Détresse respiratoire

4.1.1. Administration de surfactant

Figure 45 : Administration de surfactant, bébés <32 semaines ou ≤1500 g / ≥32 semaines ou >1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019



La détresse respiratoire étant due à une immaturité pulmonaire avec défaut de production de surfactant, l'administration de surfactant exogène est un des piliers importants dans le traitement de cette pathologie.

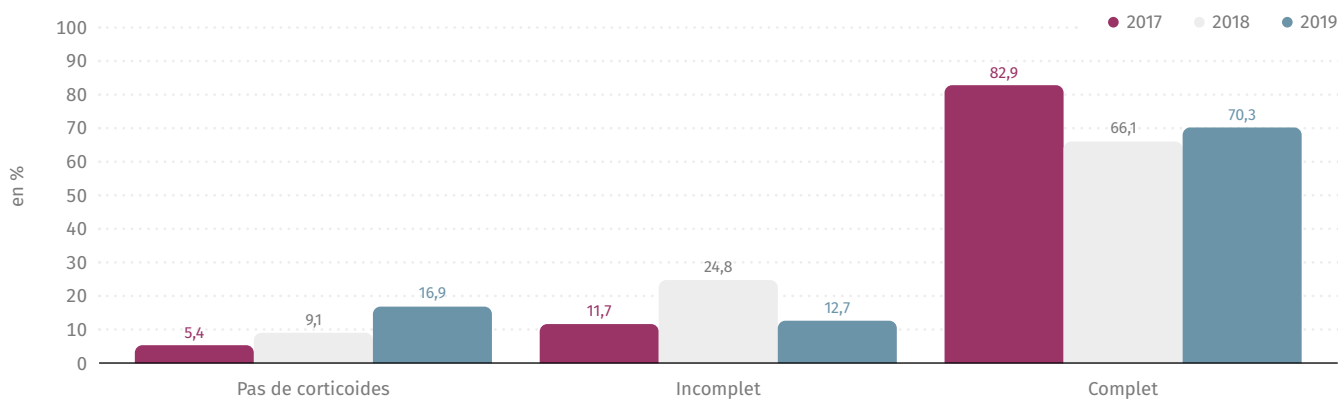
Sur les 3 années étudiées, 52,2% des bébés grands-prématurés ont reçu du surfactant.

4.1.2. Administration de corticoïdes

La figure 46 nous montre qu'une grande majorité de bébés nés en-dessous de 34 semaines ont reçu des corticoïdes pendant la grossesse. En effet, l'administration de corticothérapie anténatale est recommandée en cas de menace d'accouchement prématuré jusqu'à 34 semaines de gestation. En moyenne, plus de 70% des bébés prématurés <34 semaines ont reçu un traitement complet.

Pour rappel, le traitement par corticothérapie anténatale est complet si l'accouchement a lieu plus de 24h après l'administration des corticoïdes, quel que soit le nombre de doses reçues. Il est incomplet si l'accouchement a lieu moins de 24h après l'administration de la première dose de corticoïdes.

Figure 46 : Administration de corticoïdes pendant la grossesse, naissances prématurées (<34 semaines), 2017–2019

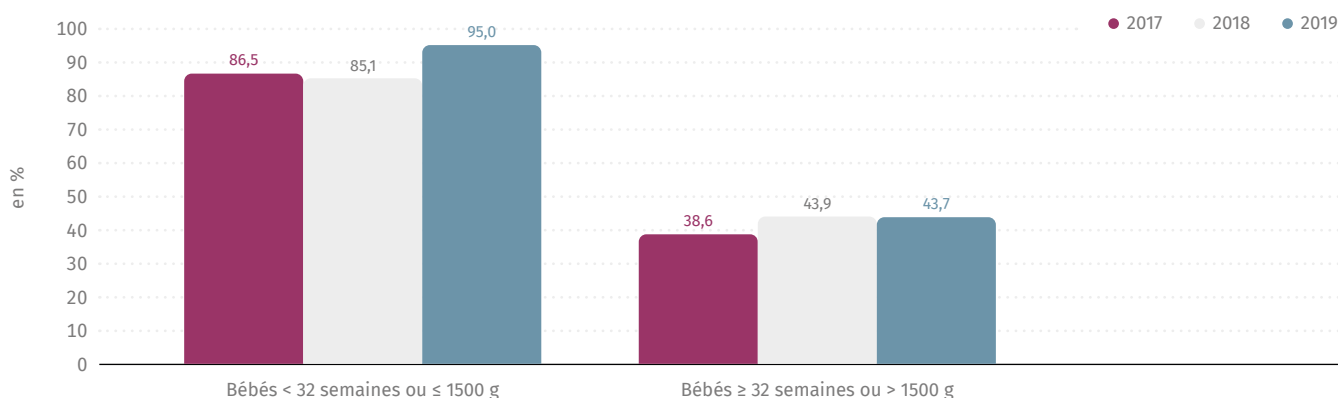


4.1.3. Assistance respiratoire

La figure 47 nous indique qu'une grande majorité des bébés grands-prématurés (EuroNeoNet) ont besoin d'une assistance respiratoire après la naissance et ils sont plus de 40% à également avoir besoin d'une assistance respiratoire dans la catégorie des bébés ≥ 32 semaines ou > 1500 g (non EuroNeoNet).

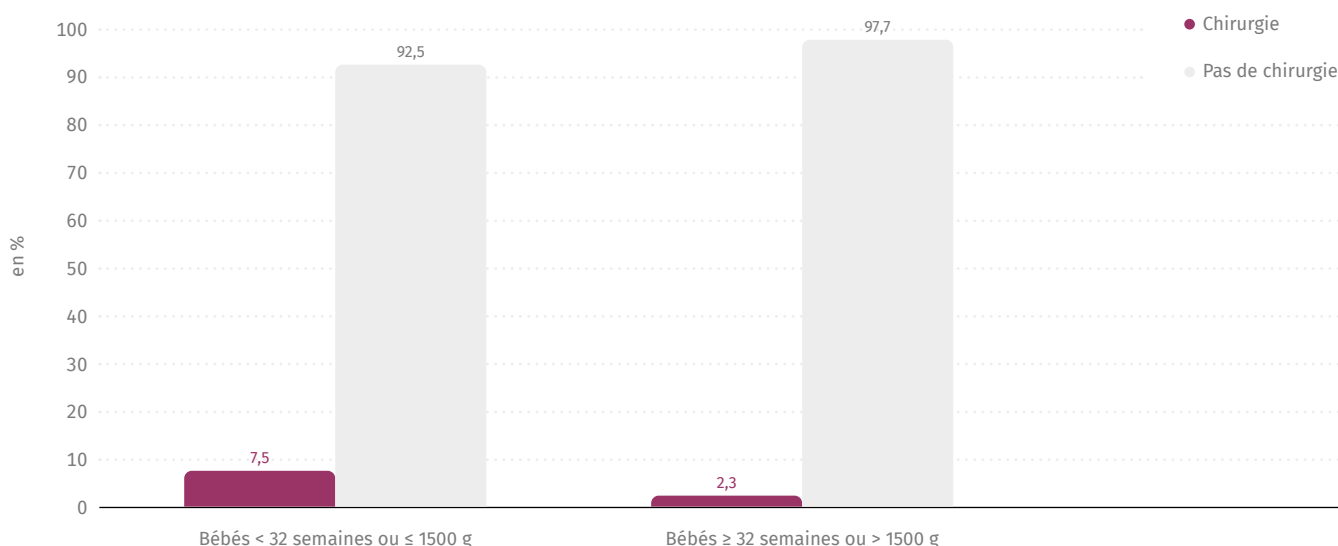
Les types d'assistance respiratoire utilisés sont principalement la Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) seule (67,8 %) et la CPAP associée à une ventilation assistée (41,7 %). Un très petit nombre d'entre eux reçoit une ventilation assistée ou de l'oxygène seul.

Figure 47 : Assistance respiratoire, bébés < 32 semaines ou ≤ 1500 g / ≥ 32 semaines ou > 1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017-2019



5. Chirurgie

Figure 48 : Chirurgie, bébés < 32 semaines ou ≤ 1500 g / ≥ 32 semaines ou > 1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017-2019



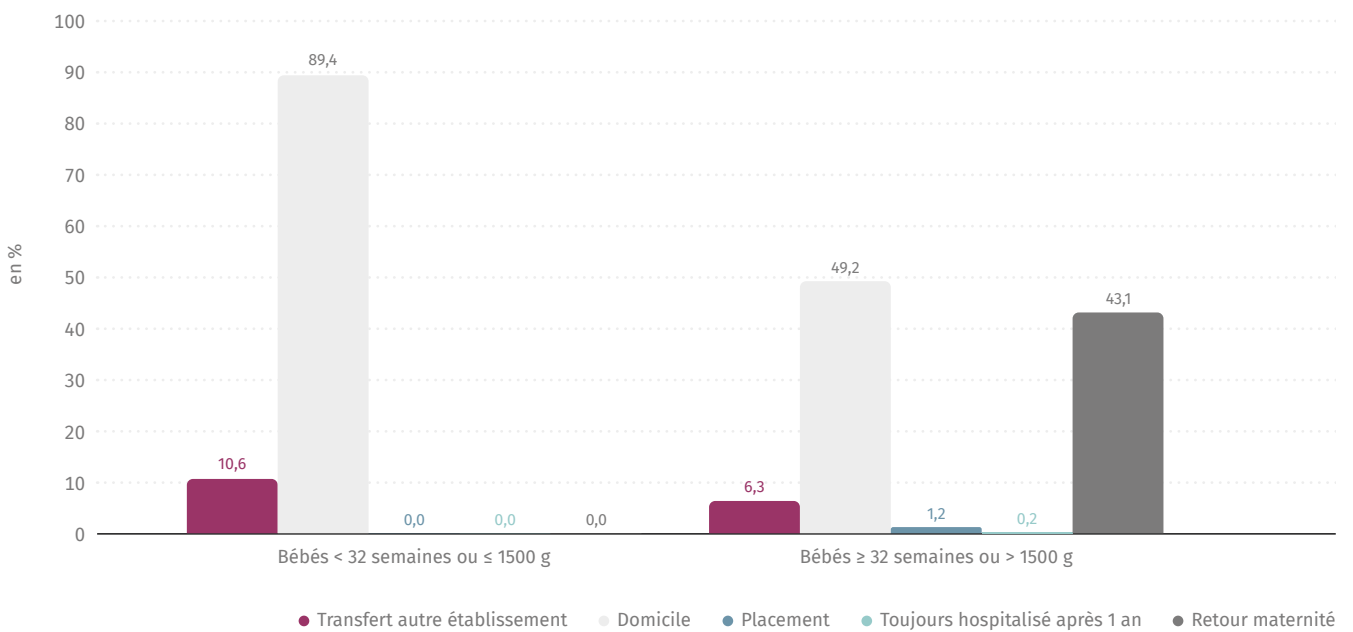
Peu de nouveau-nés hospitalisés dans un service de néonatalogie après la naissance subissent une chirurgie, que ce soit dans une catégorie ou l'autre (grands-prématurés EuroNeoNet ou non).

Les types de chirurgies effectués pour les bébés grands-prématurés sont la chirurgie pour ligature du canal artériel, la chirurgie pour rétinopathie, la chirurgie

pour entérocolite nécrosante ou des chirurgies « autres ». Les nouveau-nés qui n'entrent pas dans cette catégorie ont quant à eux, tous eu des chirurgies « autres », hormis un nouveau-né qui a été opéré pour une entérocolite nécrosante.

6. Mode de sortie

Figure 49 : Mode de sortie, bébés < 32 semaines ou ≤ 1500 g / ≥ 32 semaines ou > 1500 g admis dans les 2 services de néonatalogie du pays, 2017–2019



La grande majorité des bébés « EuroNeoNet » rentrent à domicile directement après le séjour, souvent long, dans le service de néonatalogie mais 10,6 % (N=23) d'entre eux nécessitent un transfert vers un autre établissement (national ou étranger).

Dans le groupe des bébés « Non EuroNeoNet », la moitié rentre directement à domicile, plus de 40 % retournent à la maternité et 6,3 % (N=76) ont besoin d'être transférés dans un autre établissement.

Recommandations

1. Recommandations orientées vers le registre PERINAT

Le registre PERINAT existe depuis de nombreuses années et a connu un grand nombre d'évolutions, que ce soit au niveau de sa forme, de son contenu ou de son utilisation. Il répond aux besoins de l'ensemble des indicateurs nationaux et internationaux, aux besoins des hôpitaux et des professionnels de santé et il est un outil essentiel à la prise de décision des décideurs politiques en matière de santé périnatale.

Il donne une vue d'ensemble de la santé périnatale pendant la grossesse, l'accouchement et des premiers jours après la naissance. Il permet également d'avoir une image de l'état de santé des nouveau-nés nécessitant une prise en charge après la naissance.

A ce système sont venues se greffer, en 2022, les données nécessaires au Plan National des Maladies Rares en matière de cardiopathie congénitale.

Les nombreuses discussions menées sur le sujet démontrent qu'il serait maintenant nécessaire de pouvoir enrichir le système avec le suivi de la petite enfance.

L'avancée des travaux sur le service de pseudonymisation national nous permettra dans le futur de reconsidérer cet aspect plus en détails.

2. Recommandations orientées vers le personnel de santé

Le registre a été revu dans sa globalité afin d'être adapté aux nouvelles exigences en matière de technologies informatiques et en terme de protection des données à caractère personnel afin d'être conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD/N° 2016/679).

Les établissements hospitaliers sont en perpétuel mouvement, engendrant des changements permanents tant dans le personnel soignant que dans le personnel médical. Pour permettre au système de surveillance de la santé périnatale de conserver le niveau de qualité acquis, il est essentiel de poursuivre les formations et l'encadrement des personnes impliquées dans la collecte des données.

La plus-value du registre PERINAT est la possibilité pour chaque établissement hospitalier de produire ses propres indicateurs validés, les rapports nationaux offrant des résultats nationaux et non comparatifs. Toutefois, les établissements hospitaliers et les professionnels de santé expriment des attentes de résultats plus spécifiques leur permettant d'évaluer leur propre prise

en charge. Les tableaux de bord mis à disposition des maternités doivent pouvoir être adaptés en fonction des besoins en constante évolution.

Le système actuel permet un niveau de qualité de la collecte des données élevé. Des travaux restent à effectuer au niveau de la collecte des données en néonatalogie :

- De nouveaux indicateurs spécifiques aux bébés qui n'entrent pas dans la catégorie des grands prématurés ont été définis : des variables relatives aux motifs d'admission, à la médication et aux diagnostics doivent être ajoutées.
- Afin de permettre un benchmarking au niveau international, il est nécessaire d'adapter le système afin de répondre aux indicateurs du projet eNewborn. Ce projet est également un souhait du service de néonatalogie intensive du CHL et il est indispensable de travailler étroitement avec les professionnels de santé.

3. Recommandations orientées vers les mères et les enfants

L'augmentation de l'âge maternel reste une préoccupation de santé publique. Une information éclairée devrait être proposée aux femmes pour les informer sur les risques liés à l'âge maternel avancé.

Le nombre croissant de femmes venant de pays et de cultures différentes est un challenge pour les professionnels de santé qui doivent constamment s'adapter. En parallèle, la maternité est une période de grands bouleversements pour les femmes et il est important de pouvoir considérer leurs croyances et leurs habitudes culturelles. Le suivi d'indicateurs par rapport à ces évolutions doit être une priorité pour les décideurs politiques afin de répondre tant aux besoins des professionnels de santé qu'aux besoins des femmes et de leurs nouveau-nés.

Bibliographie

- 01 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
- 02 Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 03 Recommandations de l'OMS sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement. Genève ; 2018. Numéro de référence : WHO/RHR/18.12
- 04 www.statec.lu
- 05 www.indexmundi.com
- 06 <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/accouchements-multiples/>
- 07 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.
- 08 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 09 <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00017/default/table?lang=fr>
- 10 A.Vincent-Rohfritsch*,C.LeRay,O.Anselem,D.Cabrol,F.Goffinet. Grossesse à 43 ans et plus: risques maternels et périnataux. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) 41, 468–475.
- 11 Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: results from the National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012; 41: 151–66
- 12 Cooke A, Mills TA, Lavender T. Advanced maternal age: Delayed childbearing is rarely a conscious choice. A qualitative study of women's views and experiences. Int J Nurs Stud 2012; 49:30–9
- 13 Sven Cnattingius. The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. Nicotine & Tobacco Research Volume 6, Supplement 2 (April 2004) S125–S140
- 14 Ting-Jung Ko a,b, Li-Yi Tsai ac, Li-Ching Chu d, Shu-Jen Yeh b and al. Parental Smoking During Pregnancy and Its Association with Low Birth Weight, Small for Gestational Age, and Preterm Birth Offspring: A Birth Cohort Study. Pediatrics and Neonatology (2014) 55, 20–27
- 15 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
- 16 T.Perri, R.Chen, R. Yoeli, P.Merlob, R.Orvieto, Y. Shalev, Z.Ben-Rafael and I. Bar-Hava. Clinical Assisted Reproduction: Are Singleton Assisted Reproductive Technology Pregnancies at Risk of Prematurity? Journal of Assisted Reproduction and Genetics volume 18, pages 245–249 (2001)
- 17 Frans M Helmerhorst, Denise A M Perquin, Diane Donker, Marc J N C Keirse. Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies. BMJ, 23 January 2004.
- 18 https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-16672_ACIDE:FOLIQUE_CCD_0,4mg_PIS_RI_Avis1
- 19 https://www.who.int/elena/titles/daily_iron_pregnancy/fr/
- 20 <https://www.nhs.uk/commen-health-questions/pregnancy/why-do-i-need-folic-acid-in-pregnancy/>
- 21 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/diabete_gestationnel_rap.pdf
- 22 https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/fr/index1.html
- 23 <https://www.diabete.fr/comprendre/diabete-gestationnel/pour-tout-comprendre-sur-le-diabete-gestationnel#>
- 24 American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2016, Diabetes care 2016; 39 (supplement 1): 18–20 and 86–93

- 25 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. NICE guideline 2015 N°3 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK293625>
- 26 Expert consensus on gestational diabetes mellitus. Diabetes and metabolism 2010; 36: 595–616
- 27 Guariguata L, Linnenkamp U, Beagley J, Whiting DR, Cho NH. Global estimates of the prevalence of hyperglycaemia in pregnancy. Diab Res Clin Pract 2013; 103:176–185.
- 28 <https://www.europeristat.com/index.php/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html#footer>
- 29 https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/presse/2017.20.01_cp_et_dossier_de_presse_-_contrepoids_maternite.pdf
- 30 Tiran Dias, MD and Amarnath Bhide, MD. Multiple pregnancy: Recent advances in management of multiple pregnancy. 2019. ISBN: 978–81–312–5037–2. E-book : ISBN : 978–81–312–5038–9.
- 31 National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London: NICE; 2014
- 32 Ducarme G, et al. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018), <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.032>
- 33 http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
- 34 Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf>
- 35 Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Décembre 2017.
- 36 C. Muris, M. Lemonnier, M. Herlicoviez, M. Dreyfus. Prévention des infections materno-fœtales à streptocoque B. Application des recommandations de l'Anaes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Volume 39, n°7, pages 554–559 (novembre 2010).
- 37 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce. Septembre 2001.
- 38 D. Subtil, A. Sommé, E. Ardiet, S. Depret-Mosser ; Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 (suppl. au n° 8) : 4S9–4S16.
- 39 C.Deneux-Tharaux, M-P.Bonnet , J. Tortd. Epidemiology of post-partum heamorrhage. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Volume 43, Issue 10, December 2014, Pages 936–950.
- 40 https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/robson-classification/en/
- 41 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15,02_fre.pdf?sequence=1
- 42 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/
- 43 Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. Acta Paediatr. 2004 May;93(5):643–7.
- 44 Anne Kirkeby Hansen, Kirsten Wisborg, Niels Uldbjerg and Tine Brink Henriksen. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. Acta Obstetrica et Gynecologica.2007; 86: 389–394.
- 45 <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/06/ANC-OverviewBriefer-A4-FR.pdf>

Pour plus d'information sur ce rapport

Luxembourg Institute of Health
(+352) 26 970 882

Direction de la Santé
(+352) 24 775 564

