



PROGRAMME  
**Périnatalité**



CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE asbl

# Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2014



OBSERVATOIRE  
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL  
BRUXELLES



OBSERVATORIUM VOOR  
GEZONDHEID EN WELZIJN  
BRUSSEL





# Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2014

Auteurs

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



OBSERVATOIRE  
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL  
BRUXELLES



OBSERVATORIUM VOOR  
GEZONDHEID EN WELZIJN  
BRUSSEL

Les données traitées dans le présent rapport proviennent des bulletins statistiques de naissance et de décès qui sont complétés pour chaque naissance et décès d'enfant de moins d'un an sur le territoire bruxellois conformément aux Arrêtés royaux du 14 et du 17 juin 1999 et transmis au CEpiP par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale au nom de la Commission Communautaire Commune.

La récolte, le traitement, l'analyse et la publication des données par l'ASBL CEpiP ont été réalisés avec le soutien de la Commission communautaire commune et de l'Observatoire de la Santé et du Social. Cette publication a été approuvée par les membres du Conseil scientifique du CEpiP.

**Veillez citer cette publication de la façon suivante :**

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

# COLOPHON

## **Auteurs**

Virginie Van Leeuw  
Charlotte Leroy  
Wei-Hong Zhang  
Yvon Englert

## **Lay-out**

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

## **Secrétariat**

Fatima Bercha  
Khadija El Morabit

## **Avec nos remerciements tout particuliers**

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

## **Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document**

L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale  
Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP

## **Pour plus d'informations**

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

# ABSTRACT

## INTRODUCTION

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

## METHODOLOGY

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

## RESULTS

A stabilization in the number of births has been observed since 2010 with a maximum number for 2010 (25,095 births). Since 2009, we have been observing an important increase in diabetes rate amongst pregnant women. A slow increase in the rate of cesarean section has been observed from 2009 (18.0 %) to 2013 (20.7 %), mainly concerning elective cesarean. The induction rate increase since 2009, while being close to the rate in Wallonia (31.5 %) – the highest of Europe. Analysis of obstetric practices (induction, caesarean, episiotomy) shows wide disparities between maternities.

## DISCUSSION - CONCLUSION

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

# TABLE DES MATIÈRES

COLOPHON .....	3
ABSTRACT .....	4
TABLE DES MATIÈRES .....	5
ASBL CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP .....	8
ORGANIGRAMME .....	9
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	11
1.2 MÉTHODOLOGIE .....	11
1.2.1 Description du flux des données .....	11
1.2.2 Données .....	12
1.2.3 Méthode et analyses .....	13
<b>2 DÉFINITIONS .....</b>	<b>15</b>
<b>3 TABLEAUX SYNOPTIQUES .....</b>	<b>16</b>
3.1 CARACTÉRISTIQUES DES ACCOUCHEMENTS .....	16
3.2 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES .....	17
<b>4 ACCOUCHEMENTS EN RÉGION BRUXELLOISE .....</b>	<b>18</b>
4.1 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES .....	18
4.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT .....	18
4.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE .....	19
4.3.1 Âge maternel .....	19
4.3.2 Nationalités de la mère .....	21
4.3.3 Lieu de résidence de la mère .....	21
4.3.4 Niveau d'instruction de la mère .....	22
4.3.5 État d'union de la mère .....	23
4.3.6 Situation professionnelle de la mère .....	23
4.4 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE .....	24
4.4.1 Parité .....	24
4.4.2 Séropositivité VIH .....	24
4.4.3 Poids et taille de la mère .....	25
4.4.4 Conception de la grossesse .....	26
4.4.5 Hypertension artérielle .....	27
4.4.6 Diabète .....	27

4.5	CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT .....	28
4.5.1	Durée de la grossesse .....	28
4.5.2	Type de début de travail .....	29
4.5.3	Induction de l'accouchement .....	31
4.5.4	Péridurale obstétricale .....	31
4.5.5	Accouchement par césarienne .....	32
4.5.6	Accouchement avec instrumentation .....	37
4.5.7	Épisiotomie .....	37
4.5.8	Pratiques obstétricales et maternités .....	38
4.6	ALLAITEMENT MATERNEL .....	39
<b>5</b>	<b>NAISSANCES EN RÉGION BRUXELLOISE .....</b>	<b>40</b>
5.1	NAISSANCES EN CHIFFRES .....	40
5.2	CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES .....	41
5.2.1	Présentation de l'enfant à la naissance .....	41
5.2.2	Poids à la naissance .....	41
5.2.3	Apgar .....	43
5.2.4	Ventilation du nouveau-né .....	44
5.2.5	Admission dans un centre néonatal .....	44
5.2.6	Sexe de l'enfant à la naissance .....	45
5.2.7	Malformations congénitales .....	45
5.3	MORTINATALITÉ .....	46
5.3.1	Mortinatalité en chiffres .....	46
5.3.2	Causes de mortalité fœtale .....	47
<b>6</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>ANNEXE .....</b>	<b>54</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Détail des accouchements .....	18
Tableau 2 :	Distribution des accouchements selon l'âge de la mère .....	20
Tableau 3 :	Distribution des accouchements selon les nationalités de la mère .....	21
Tableau 4 :	Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère .....	22
Tableau 5 :	Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère .....	22
Tableau 6 :	Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère .....	23
Tableau 7 :	Distribution des accouchements selon la situation professionnelle de la mère .....	23
Tableau 8 :	Distribution des accouchements selon le statut VIH de la mère à l'accouchement .....	24
Tableau 9 :	Distribution des accouchements selon l'IMC de la mère en début de grossesse .....	25
Tableau 10 :	Distribution des accouchements selon le type de conception et le statut de la grossesse .....	26

Tableau 11 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement . . . . .	28
Tableau 12 : Association entre la césarienne et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (singletons vivants) . . . . .	33
Tableau 13 : Association entre la césarienne et les caractéristiques biomédicales de la mère (singletons vivants) . . . . .	34
Tableau 14 : Classification des césariennes selon les catégories de Robson . . . . .	36
Tableau 15 : Distribution des accouchements selon l'instrumentation . . . . .	37
Tableau 16 : Détail des naissances . . . . .	40
Tableau 17 : Répartition du poids à la naissance . . . . .	41
Tableau 18 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (singletons vivants) . . . . .	42
Tableau 19 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques biomédicales de la mère (singletons vivants) . . . . .	43
Tableau 20 : Distribution des naissances vivantes selon la ventilation . . . . .	44
Tableau 21 : Distribution des naissances vivantes selon l'admission dans un centre néonatal . . . . .	44
Tableau 22 : Distribution des naissances selon le sexe de l'enfant . . . . .	45
Tableau 23 : Malformations les plus enregistrées . . . . .	45
Tableau 24 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel . . . . .	47
Tableau 25 : Causes de mortalité foetale selon le certificat de naissance . . . . .	47

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution des accouchements par maternité . . . . .	19
Figure 2 : Évolution de l'âge moyen selon la parité . . . . .	20
Figure 3 : Évolution de la parité . . . . .	24
Figure 4 : Évolution des proportions de surpoids et d'obésité . . . . .	26
Figure 5 : Évolution de la proportion de diabète . . . . .	28
Figure 6 : Répartition du type de début de travail selon les jours de la semaine . . . . .	30
Figure 7 : Évolution du type de début de travail . . . . .	30
Figure 8 : Évolution de la proportion d'induction . . . . .	31
Figure 9 : Évolution de la proportion de césarienne parmi l'ensemble des grossesses, les grossesses uniques et les grossesses multiples . . . . .	32
Figure 10 : Évolution du type de césarienne . . . . .	33
Figure 11 : Évolution de la proportion de césarienne pour les singletons vivants en siège selon la parité . . . . .	34
Figure 12 : Évolution de la proportion de césarienne selon la parité et l'antécédent de césarienne . . . . .	35
Figure 13 : Évolution de la proportion d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse . . . . .	37
Figure 14 : Évolution de la proportion d'induction par maternité . . . . .	38
Figure 15 : Évolution de la proportion de césarienne par maternité . . . . .	38
Figure 16 : Évolution de la proportion d'épisiotomie par maternité pour les accouchements par voie basse . . . . .	39
Figure 17 : Évolution du nombre de naissances . . . . .	40
Figure 18 : Proportion de petit et très petit poids à la naissance . . . . .	41
Figure 19 : Distribution des naissances vivantes selon le score d'apgar à 1 et 5 minute(s) . . . . .	43
Figure 20 : Évolution de la proportion d'admission en centre néonatal N* et NIC . . . . .	44
Figure 21 : Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion . . . . .	46

# ASBL CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP

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

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

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

# ORGANIGRAMME

## Conseil d'administration

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

## Programme périnatalité Comité de gestion

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

### Observateurs bailleurs de fonds

Dr M. Deguerry – OBSS\*

## Programme périnatalité Conseil scientifique

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

## Centre d'analyse

### Équipe scientifique

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

### Secrétariat-encodage

Mme F. Bercha  
Mme K. El Morabit

## Collaboration externe

### Graphisme

Mme N. da Costa Maya

### Informatique

M. Ph. Révelard

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

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

\*\* Observatoire wallon de la santé



# 1. INTRODUCTION

## 1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2014 en Région bruxelloise. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de la santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance.

Les analyses sont faites selon le lieu de naissance. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise, indépendamment du lieu de résidence de la mère. Ce rapport reflète l'activité globale périnatale bruxelloise, avec des figures reprenant de façon anonyme certaines activités périnatales par maternité.

## 1.2 MÉTHODOLOGIE

### 1.2.1 DESCRIPTION DU FLUX DES DONNÉES

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

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

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

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

## 1.2.2 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du volet CEpiP et des volets B, C et D du bulletin statistique de naissance ou de décès. Pour 4 maternités et 2 communes bruxelloises, les données proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques e-Birth. 43,6 % des naissances vivantes de 2014 ont été déclarées via cette application.

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

Lors de la création de la plate-forme e-Birth et des formulaires de données socio-démographiques et médicales, le modèle de la déclaration d'un enfant né vivant (Modèle I) pour les données sociodémographiques ainsi que le modèle du volet CEpiP/SPE<sup>1</sup> pour les données médicales furent en grande partie suivis. Malgré cela, quelques différences apparaissent.

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

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

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

### 1.2.3 MÉTHODE ET ANALYSES

Ce rapport décrit les données périnatales pour les naissances survenues dans les maternités bruxelloises ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire de la Région bruxelloise, au cours de l'année 2014. Un nombre important de maternités bruxelloises ont un caractère universitaire ce qui peut avoir une incidence sur les données périnatales.

Pour chaque variable étudiée, différentes mesures de fréquence ont été calculées (par naissance ou par accouchement) afin de répondre aux recommandations internationales tout en permettant de comparer les résultats aux autres publications belges, à savoir celles de la Wallonie de 2014 (1). Elles peuvent être également comparées avec les données publiées par le SPE pour 2014 (2). À ceci près que le SPE prend en compte dans son rapport toutes les naissances survenues en Flandre mais également à l'UZ-VUB de Jette (une des 11 maternités bruxelloises recensées dans le rapport de données périnatales en Région bruxelloise). Il est également important de préciser que le SPE ne prend pas en compte les naissances d'enfants vivants et mort-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 500 g (quel que soit l'âge gestationnel).

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

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

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

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

- **Belgique**
- **UE15 sans Belgique** : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède
- **UE28 sans UE15** : Bulgarie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie
- **Russie et Europe de l'Est non UE28** : Albanie, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Ex-Yougoslavie, Kosovo, Macédoine, Moldavie, Monténégro, Russie/URSS, Serbie, Ukraine
- **Autres Europe** : Andorre, Gibraltar, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Saint-Siège, Suisse
- **Maghreb et Egypte** : Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Tunisie
- **Afrique subsaharienne** : Afars et Issas, Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, CapVert, Comores, Côte d'Ivoire, Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République Centrafricaine, République du Congo, République démocratique du Congo, Réunion, Rwanda, Sahara occidental, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe

- **Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient :** Afghanistan, Arabie Saoudite, Arménie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Emirats arabes-unis, Géorgie, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Kazakhstan, Kirghistan, Koweït, Liban, Oman, Ouzbékistan, Pakistan, Palestine, Qatar, Syrie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Yémen
- **Asie du Sud-Est :** Bangladesh, Bhoutan, Brunei, Cambodge, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Inde, Indonésie, Japon, Laos, Macao, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar, Népal, Philippines, Singapour, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Timor-Leste, Vietnam
- **Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes :** Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Antilles américaines, Antilles britanniques, Antilles néerlandaises, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Caïmanes, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, El Salvador, Equateur, Falkland, Grenade, Guadeloupe, Guatémala, Guyane, Guyane française, Guyane hollandaise, Haïti, Honduras, Ile de Dominica, Iles Turks et Caïcos, Iles Vierges, Jamaïque, Kitts and Nevis, Martinique, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Ile de Porto-Rico, République de Sainte Lucie, République dominicaine, République dominique, Saint-Vincent, Suriname, Trinidad et Tobago, Uruguay, Vénézuéla
- **Amérique du Nord :** Canada, États-Unis, Groenland, Saint-Pierre-et-Miquelon
- **Océanie :** Australie, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Heard et Mac Donald, Iles mineures éloignées des États-Unis, Iles Samoa, Kiribati, Mariannes du Nord, Marshall, Micronésie, Nauru, Niué, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle Guinée, Pitcairn, Polynésie française, Salomon, Samoa, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna

## 2. DÉFINITIONS

### NAISSANCE VIVANTE

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

### ENFANT MORT-NÉ

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

### PARITÉ

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

### INDICE DE MASSE CORPORELLE

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en prenant le poids avant la grossesse (kg) divisé par le carré de la taille (mètre), exprimé en  $\text{kg}/\text{m}^2$ . L'IMC est analysé selon 4 catégories : sous-poids, corpulence normale, surpoids et obésité.

### CONCEPTION DE LA GROSSESSE

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

FIV (fécondation in vitro).

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

### HYPERTENSION ARTÉRIELLE

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

### DIABÈTE

Tout diabète gestationnel ou préexistant

### SÉROPOSITIVITÉ VIH

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

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

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

### INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

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

### MODE D'ACCOUCHEMENT

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

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

### N\*

Service de néonatalogie non-intensive

### NIC

Neonatal Intensive Care /Service de néonatalogie intensive

## 3. TABLEAUX SYNOPTIQUES

### 3.1 CARACTÉRISTIQUES DES ACCOUCHEMENTS

		Nombre	%
<b>Accouchement</b>	Total	24 340	
	Unique	23 815	97,8
	Gémellaire	511	2,1
	Triplé	14	0,1
<b>Parité</b>	Primipare	10 067	41,4
	Multipare	14 253	58,6
	<i>Manquant</i>	20	
<b>Corpulence de la mère</b>	Surpoids	7 564	35,2
	<i>Manquant</i>	2 861	
<b>Conception de la grossesse</b>	Assistée	1 266	5,5
	<i>Manquant</i>	1 232	
<b>Hypertension artérielle</b>		1 045	4,3
	<i>Manquant</i>	50	
<b>Diabète</b>		2 261	9,3
	<i>Manquant</i>	95	
<b>Durée de la grossesse</b>	<28 semaines	189	0,8
	28-31 semaines	221	0,9
	32-36 semaines	1 476	6,1
	≥ 37 semaines	22 437	92,2
	<i>Manquant</i>	17	
<b>Induction</b>		7 118	29,3
	<i>Manquant</i>	1	
<b>Analgésie péridurale</b>		18 167	74,7
	<i>Manquant</i>	4	
<b>Mode d'accouchement</b>	Spontané sommet	16 950	69,7
	Siège vaginal	143	0,6
	Acc instrumental	2 262	9,3
	Césarienne	4 968	20,4
	<i>Manquant</i>	17	
<b>Épisiotomie</b>		6 189	25,4
	<i>Manquant</i>	13	

## 3.2 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

		<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<b>Naissance</b>	Total	24 879	
	Unique	23 815	95,7
	Gémellaire	1 022	4,1
	Triplé	42	0,2
<b>Présentation de l'enfant</b>	Céphalique	23 415	94,3
	Siège	1 253	5,0
	Transverse	175	0,7
	<i>Manquant</i>	36	
<b>Poids à la naissance</b>	< 500 g	32	0,1
	500-1 499 g	429	1,7
	1 500-2 499 g	1 471	5,9
	≥ 2 500 g	22 887	92,2
	<i>Manquant</i>	60	
<b>Sexe de l'enfant</b>	Masculin	12 708	51,1
	Féminin	12 170	48,9
	<i>Manquant</i>	1	
<b>Transfert en néonatalogie</b>	N*	1 180	4,8
	NIC	1 499	6,0
	<i>Manquant</i>	15	
<b>Mort-né</b>		220	0,9

# 4. ACCOUCHEMENTS EN RÉGION BRUXELLOISE

## 4.1 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

23 815 accouchements de singletons et 525 accouchements multiples ont été enregistrés en 2014 sur le territoire de la Région bruxelloise. Parmi les accouchements multiples, on observe 511 grossesses de jumeaux et 14 grossesses de triplés (2,2 % des grossesses).

Tableau 1 : Détail des accouchements, Région bruxelloise, 2014	
<b>Singletons : 23 815 accouchements</b>	
	23 612 accouchements de singletons vivants
	203 accouchements de singletons mort-nés
<b>Grossesses gémellaires : 511 accouchements</b>	
	502 grossesses gémellaires de 2 enfants vivants
	4 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 mort-né
	5 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
<b>Grossesses triples : 14 accouchements</b>	
	11 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	3 accouchements d'une grossesse triple avec 2 enfants nés vivants et 1 mort-né
<b>Total : 24 340 accouchements</b>	

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

## 4.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT

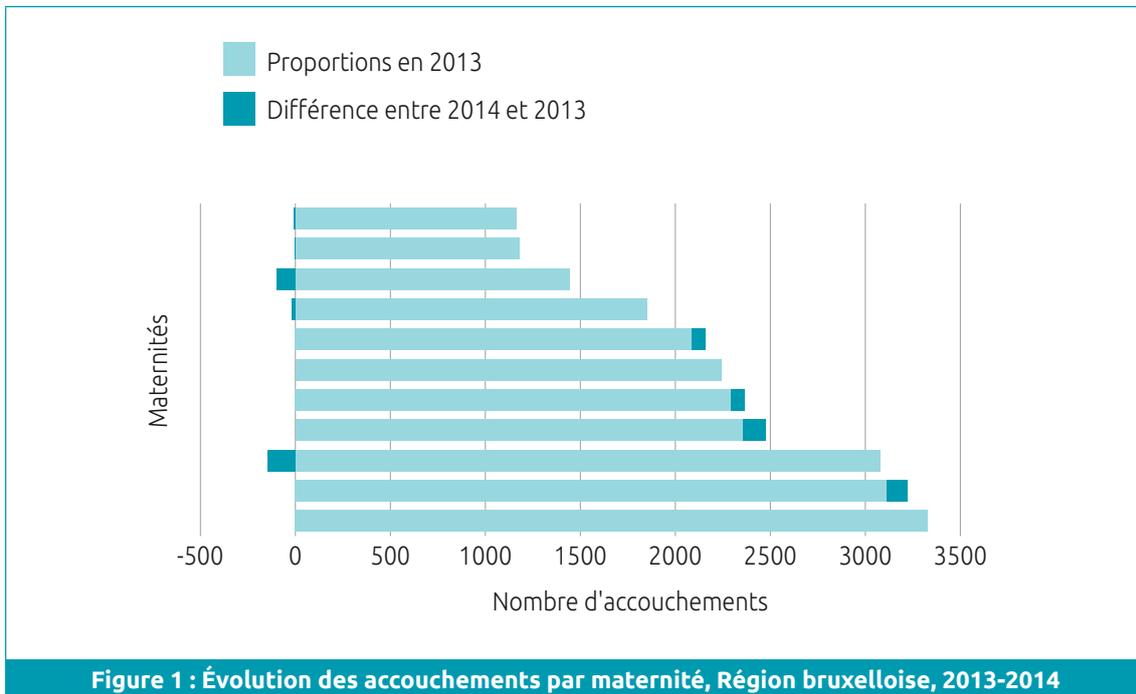
Nous avons comptabilisé 24 228 accouchements à l'hôpital et 112 accouchements en extra-hospitaliers (0,5 %).

Le parc hospitalier bruxellois compte 11 maternités dont 3 universitaires. Plus d'une femme sur quatre a accouché dans une maternité universitaire (26,6 %) en 2014. Le nombre d'accouchements enregistré par maternité s'étend de 1 159 à 3 328 et est comparable à 2013 (figure 1), ce qui est à mettre en parallèle avec la stabilisation du nombre d'accouchements enregistrés à Bruxelles sur ces deux années.

Parmi les 112 accouchements extra-hospitaliers, on comptabilise 72 accouchements à domicile programmés en présence d'un professionnel et 30 accouchements inopinés. Le type d'accouchement extra-hospitalier<sup>2</sup> est inconnu pour 10 accouchements (8,9 %) et le

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

volet médical de déclaration n'est pas complété dans ces cas<sup>3</sup>. Il est donc relativement difficile d'évaluer l'évolution des accouchements hors maternités programmées d'une part et inopinés d'autre part. Seule l'évolution de la proportion des accouchements extra-hospitaliers dans son ensemble peut être analysée. Celle-ci reste stable entre 2009 et 2014 (0,5 %).



## 4.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

### 4.3.1 ÂGE MATERNEL

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 31,4 ans (déviations standard : 5,4 ans) (minimum : 13,6 ans – maximum : 55,3 ans). L'âge moyen chez la primipare est de 29,7 ans ce qui est plus élevé qu'en Flandre (28,7 ans) (2) et en Wallonie (27,9 ans) (1). Pour les multipares, l'âge moyen est de 32,6 ans, légèrement plus élevé qu'en Wallonie (31,3 ans) (1) et en Flandre (31,5 ans) (2).

Si l'on s'intéresse aux catégories d'âges extrêmes, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de 1,5 %. Cette proportion se situe entre celle de la Flandre (1,3 %) (2) et celle de la Wallonie (3,0 %) (1). Parmi ces jeunes mères, on note 98 accouchements en-dessous de l'âge de 18 ans (0,4 % des accouchements) et 5 accouchements en-dessous de l'âge de 15 ans (0,02 % des accouchements).

À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 26,3 %. Ce résultat est plus important qu'en Wallonie (16,8 %) (1) et en Flandre (16,0 %) (2). Parmi ces mères de 35 ans et plus, 27,0 % sont primipares et 18,1 % sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus). La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est, elle, de 0,3 %.

<sup>3</sup> Cette proportion importante de données inconnues concernant les accouchements en extra-hospitalier s'explique par le fait qu'il est très difficile de retrouver le prestataire de soins qui était présent au moment de la naissance ou qui a complété la déclaration de naissance de ces enfants nés hors maternités.

Tableau 2 : Distribution des accouchements selon l'âge de la mère (N=24 339), Région bruxelloise, 2014		
Âge	Nombre	%
< 20 ans	362	1,5
20-24 ans	2 723	11,2
25-29 ans	6 616	27,2
30-34 ans	8 238	33,8
35-39 ans	5 019	20,6
≥ 40 ans	1 381	5,7

La date de naissance de la mère est inconnue pour 1 mère (0,0 %).

L'âge moyen des femmes qui accouchent à Bruxelles continue à augmenter passant de 30,7 à 31,4 ans de 2009 à 2014. Cet âge moyen augmente aussi bien chez les primipares que chez les multipares. À Bruxelles, la problématique de l'âge concerne principalement les mères d'un âge avancé et non les jeunes mères. Durant la période 2009-2014, la proportion de mères âgées de 40 ans et plus a augmenté passant de 4,5 % à 5,7 % en 2014 ce qui est plus élevé qu'en Wallonie (3,2 %) (1). L'augmentation de l'âge à l'accouchement s'observe également dans les deux autres régions du pays ainsi que dans la majorité des pays européens.

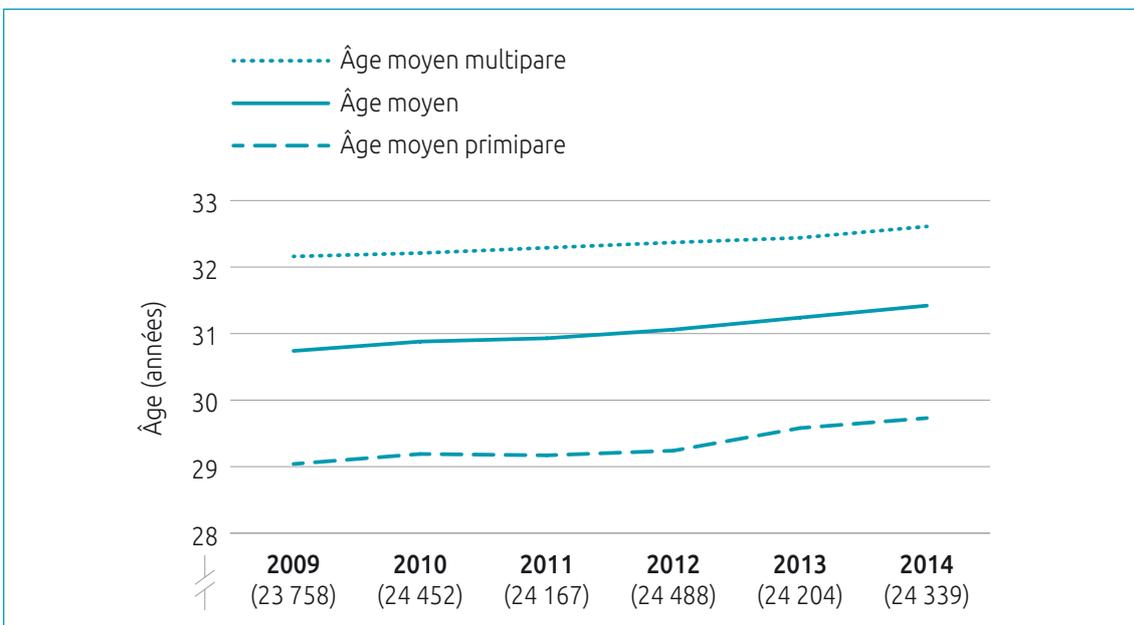


Figure 2 : Évolution de l'âge moyen selon la parité (N=145 408), Région bruxelloise, 2009-2014

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

### 4.3.2 NATIONALITÉS DE LA MÈRE

44,8 % des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**. En outre, 71,9 % des mères sont de nationalité non belge **à l'origine**<sup>4</sup>. Les nationalités d'origine les plus représentées sont marocaine (21,4 %), française (4,6 %), suivies des nationalités roumaine et congolaise avec respectivement 4,4 et 4,2 %.

Les proportions de mères de nationalité d'origine belge et de nationalité belge à l'accouchement diminuent sur la période 2009 à 2014 et passent respectivement de 33,5 % à 28,1 % et de 57,6 % à 55,2 %.

**Tableau 3 : Distribution des accouchements selon les nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2014**

Nationalité	Nationalité d'origine (N=24 222)		Nationalité actuelle (N=23 608)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	6 800	28,1	13 025	55,2
UE15 sans Belgique	3 194	13,2	2 978	12,6
UE28 sans UE15	2 368	9,8	2 227	9,4
Russie et Europe de l'Est non UE28	855	3,5	427	1,8
Autres Europe	27	0,1	24	0,1
Maghreb et Egypte	5 688	23,5	2 076	8,8
Afrique subsaharienne	2 584	10,7	1 412	6,0
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	1 530	6,3	644	2,7
Asie du Sud-Est	475	2,0	314	1,3
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	552	2,3	352	1,5
Amérique du Nord	82	0,3	71	0,3
Océanie	12	0,1	8	0,0
Autres	55	0,2	50	0,2

La nationalité d'origine est inconnue pour 118 mères (0,5 %) et la nationalité actuelle pour 732 mères (3,0 %).

Avec 162 nationalités représentées, Bruxelles affiche une multiculturalité liée à la fois à la présence d'institutions européenne et internationale sur la Région mais également à l'immigration. L'évolution des types de nationalités est d'ailleurs en lien avec les vagues successives d'immigration bruxelloise. Cette multiculturalité est à prendre en compte dans les analyses. Le statut d'immigration des femmes influence à la fois les facteurs de risque périnataux d'ordre médical et socio-économique (10-11), le recours aux pratiques obstétricales (12-13-14-15) et l'issue de la grossesse (16). Le CEpiP a notamment montré l'influence de la nationalité sur l'issue de l'accouchement (12), et a régulièrement montré dans ses précédents rapports un lien entre la nationalité d'origine et certains risques tel que le diabète, l'hypertension et l'indice de masse corporelle (6-7).

### 4.3.3 LIEU DE RÉSIDENCE DE LA MÈRE

Une femme sur quatre qui accouche en Région bruxelloise n'y réside pas (24,5 %) et provient principalement du Brabant flamand (14,9 %) et du Brabant wallon (4,2 %). Il serait intéressant de s'intéresser au profil de ces mères non résidentes bruxelloises qui viennent accoucher à Bruxelles dans une analyse distincte. En effet, lorsque l'on s'intéresse aux indicateurs périnataux en données de droit, on constate que certains indicateurs sont plus favorables que lorsqu'on les étudie en données de fait comme la prématurité ou la mortinatalité (17). Ces résultats montrent

<sup>4</sup> La nationalité d'origine de la mère est définie comme la nationalité que la mère avait à sa propre naissance.

bien que Bruxelles, regroupant des centres de référence universitaire, draine une population plus à risque. Les données du présent rapport (en données de fait) ne peuvent être comparées à d'autres régions sans prendre en compte cette spécificité.

**Tableau 4 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère (N=24 316), Région bruxelloise, 2014**

Lieu de résidence <sup>5</sup>	Nombre	%
<b>Bruxelles</b>	<b>18 353</b>	<b>75,5</b>
<b>Total Flandre</b>	<b>4 065</b>	<b>16,7</b>
Flandre orientale	302	1,2
Flandre occidentale	21	0,1
Limbourg	18	0,1
Anvers	112	0,5
Brabant flamand	3 612	14,9
<b>Total Wallonie</b>	<b>1 692</b>	<b>7,0</b>
Hainaut	455	1,9
Liège	85	0,4
Luxembourg	23	0,1
Namur	98	0,4
Brabant wallon	1 031	4,2
<b>Pays étrangers</b>	<b>206</b>	<b>0,9</b>

Le lieu de résidence de la mère est inconnu pour 24 mères (0,1 %).

#### 4.3.4 NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MÈRE

68,7 % des mères ont au moins obtenu leur diplôme de secondaire supérieur et 37,2 % un diplôme d'étude supérieure universitaire ou non. Cet indicateur maintient une proportion de données manquantes importante. Cette problématique trouve probablement son origine dans la sensibilité de la question et dans la difficulté d'estimer l'équivalence de certains diplômes des parents qui ont étudié à l'étranger.

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

**Tableau 5 : Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère (N=21 667), Région bruxelloise, 2014**

Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	380	1,8
Primaire	1 366	6,3
Secondaire inférieur	4 998	23,1
Secondaire supérieur	6 826	31,5
Supérieur non universitaire	2 835	13,1
Supérieur universitaire	5 215	24,1
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger)	47	0,2

Le niveau d'instruction de la mère est inconnu pour 2 673 mères (11,0 %).

<sup>5</sup> L'enregistrement administratif des personnes sans domicile fixe est variable d'une commune à l'autre ce qui rend l'identification de ces personnes impossible.

### 4.3.5 ÉTAT D'UNION DE LA MÈRE

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule au moment de leur accouchement est de 16,9 % en 2014. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2009 où il était de 15,2 %. Cette proportion pourrait être surestimée du fait que l'Officier d'État Civil de la commune qui complète cette question avec les parents représente l'autorité et fait craindre un certain contrôle. Dans certaines situations en effet, la déclaration de vie en couple ou de façon isolée peut avoir des conséquences en matière de droit aux allocations sociales.

**Tableau 6 : Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère (N=24 095), Région bruxelloise, 2014**

État d'union	Nombre	%
Vit seule	4 079	16,9
Vit en union	20 016	83,1

L'état d'union de la mère est inconnu pour 245 mères (1,0 %).

### 4.3.6 SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA MÈRE

Un peu plus d'une mère sur deux est active. Cette proportion reste stable sur la période 2009-2014.

**Tableau 7 : Distribution des accouchements selon la situation professionnelle de la mère (N=23 661), Région bruxelloise, 2014**

	Nombre	%
Active	12 668	53,5
Chômeuse	2 356	10,0
Sans profession (CPAS / mutuelle / invalidité / incapacité / sans profession / ...)	8 121	34,3
Pensionnée	8	0,0
Étudiante	508	2,2

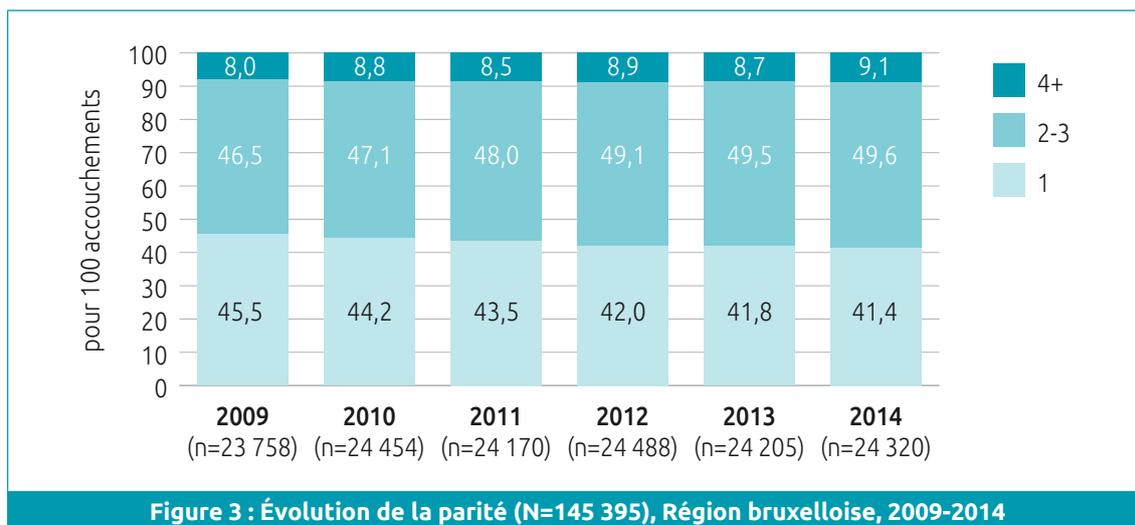
La situation professionnelle de la mère est inconnue pour 679 mères (2,8 %).

## 4.4 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

### 4.4.1 PARITÉ

La proportion de primipares est de 41,4 %. Cette proportion est plus faible qu'en Flandre (44,2 %) (2) et qu'en Wallonie (42,9 %) (1). Le nombre de grandes multipares (4e accouchement et plus) est de 2 203 (9,1 %). Parmi les multipares, 201 mères ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (1,4 % des accouchements).

La proportion de primipares diminue chaque année depuis 2009, passant de 45,5 % à 41,4 % en 2014 (figure 3).



### 4.4.2 SÉROPOSITIVITÉ VIH

Des 114 accouchements concernés par un statut VIH positif, 118 enfants sont nés (vivants). De 2009 à 2014, aucune évolution de la proportion de mères avec un statut VIH positif n'a été observée.

Parmi les mères dont le statut VIH est positif, la proportion de conception assistée est de 5,3 %. Cette proportion est un peu plus élevée que pour les mères dont le statut VIH est négatif (4,6 %).

Statut VIH	Nombre	%
Positif	114	0,5
Négatif	21 496	99,0
Non testé	108	0,5

Le statut VIH de la mère est inconnu pour 2 622 mères (10,8 %) <sup>6</sup>

<sup>6</sup> La proportion élevée de données inconnues s'explique par le fait qu'une maternité bruxelloise ne collecte pas cette donnée.

### 4.4.3 POIDS ET TAILLE DE LA MÈRE

Le poids médian des mères avant la grossesse est de 63 kg (p25 : 57 kg ; p75 : 72 kg) et la taille moyenne de 165 cm (déviation standard : 6,5 cm). L'indice de masse corporelle (IMC) médian, calculé à partir du poids avant la grossesse et de la taille de la mère est de 23,3 kg/m<sup>2</sup> pour l'ensemble des mères, avec 23,3 kg/m<sup>2</sup> pour les mères de 18 ans et plus et 21,8 kg/m<sup>2</sup> pour les mères de moins de 18 ans.

Durant la grossesse, les femmes prennent en moyenne 12,4 kg (déviation standard : 5,7 kg). Une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et l'IMC de la mère. La prise de poids moyenne diminue lorsque l'IMC de la mère augmente, avec une prise de poids moyenne de 13,6 kg pour les femmes en sous-poids et de 8,9 kg pour les femmes souffrant d'obésité, ces résultats correspondant pratiquement aux guidelines de prise de poids par catégories d'IMC<sup>7</sup>. Cette prise de poids ne montre pas d'évolution de 2009 à 2014.

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

Catégories d'IMC <sup>9</sup>	Nombre	%
Sous-poids	1 045	4,9
Corpulence normale	12 870	59,9
Surpoids	5 055	23,5
Obésité	2 509	11,7

L'IMC est inconnu pour 2 861 mères (11,8 %).

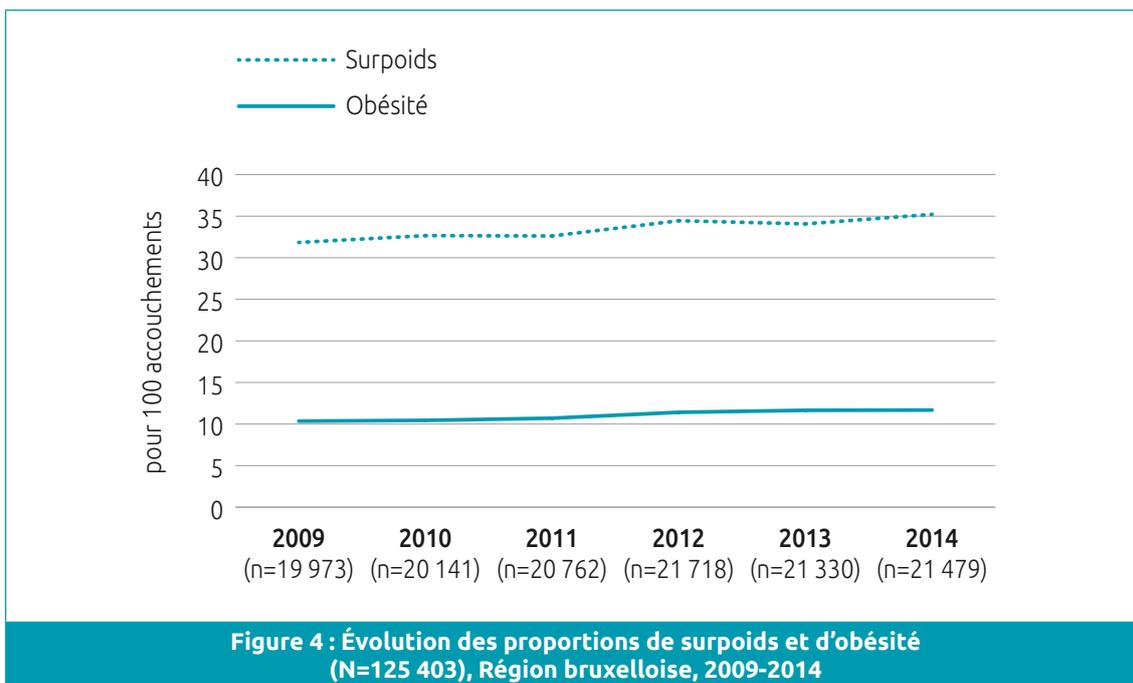
Les mères de 40 ans et plus et les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne présentent le plus de problème de surpoids et obésité avec respectivement 45,3 % et 53,4 % (suivie de près par les mères d'origine maghrébine avec 50,3 %).

Les proportions de mères en surpoids et obèses ont augmenté entre 2009 et 2012 avant de se stabiliser (figure 4). Cette évolution pourrait trouver son origine en partie dans une augmentation réelle de la prévalence du surpoids et de l'obésité mais également dans l'amélioration de la collecte de cet indicateur (les proportions de données manquantes passant de 19,2 % entre 2009 et 2011 à 13,3 % de 2012 à 2014).

En Europe, les pays et régions affichent une variabilité importante des proportions de surpoids et d'obésité, mais la majorité des pays qui récolte cet indicateur affiche une proportion d'obésité supérieure à 10 % (8). Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreux facteurs de risque, tels que le diabète, l'hypertension, la macrosomie. Par ailleurs, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivent plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (21).

7 Les recommandations de prise de poids durant la grossesse, publiées dans le rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" en 2009 (18), sont de 12,7 à 18,1 kg pour les mères dont l'IMC est < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, de 11,3 à 15,9 kg pour les mères avec un IMC de 18,5 à 24,9 kg/m<sup>2</sup>, de 6,8 à 11,3 kg pour les mères avec un IMC de 25 à 29,9 kg/m<sup>2</sup> et de 5,0 à 9,1 kg pour les mères avec un IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>.

8 Pour les femmes âgées de 18 ans et plus, les catégories utilisées sont celles recommandées par l'OMS, à savoir : IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup> = sous-poids – IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m<sup>2</sup> = poids normal – IMC entre 25 à 29,9 kg/m<sup>2</sup> = surpoids – IMC entre ≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup> = obésité (19). Pour les femmes âgées de moins de 18 ans, les seuils sont basés sur les références de l'OMS : > +2SD = obésité, > +1SD = surpoids et < -2SD = insuffisance pondérale (20).



#### 4.4.4 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

5,5 % des grossesses font suite à un traitement de conception assistée. Parmi les grossesses multiples, 41,0 % sont des grossesses de conception assistée. Parmi les grossesses triples, 7 ont été conçues par FIV ou ICSI, 2 faisaient suite à un traitement hormonal et 4 étaient spontanées. 16,7 % des grossesses de conception assistée concernent des accouchements multiples. La proportion d'enfants mort-nés en fonction du type de conception est légèrement plus élevée parmi les grossesses de conception assistée avec une proportion de 1,4 % contre 0,8 % pour les grossesses spontanées.

La proportion de conception assistée augmente avec l'âge de la mère, passant de 2,8 % chez les mères de 20 à 29 ans à 17,3 % chez les mères de 40 ans et plus. Cette proportion est également plus élevée parmi les mères de nationalité d'origine belge avec 6,9 %, contre 4,9 % parmi les mères des autres nationalités.

**Tableau 10 : Distribution des accouchements selon le type de conception et le statut de la grossesse, Région bruxelloise, 2014**

Type de conception	Grossesse unique (N=22 593)		Grossesse multiple (N=515)		Total (N=23 108)
	Nombre	%	Nombre	%	%
Spontanée	21 538	95,3	304	59,0	94,5
Traitement hormonal	195	0,9	20	3,9	0,9
FIV ou ICSI	860	3,8	191	37,1	4,6

Le type de conception est inconnu ou non demandé pour 1 232 mères (5,1 %).

Au cours des années 2009 à 2014, la proportion de grossesse ayant fait suite à un traitement d'ICSI ou de FIV passe de 3,6 à 4,6 %. La proportion de grossesse sous traitement hormonal est stable, mais probablement sous-rapportée.

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

#### 4.4.5 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

4,3 % de mères souffrent d'hypertension, qu'elle soit préexistante ou gravidique. Cette proportion d'hypertension est légèrement inférieure à celles de 4,6 % observées en Wallonie et en Flandre (1-2).

L'analyse selon la parité présente des résultats différents avec une proportion d'hypertension artérielle plus élevée parmi les primipares (5,5 % contre 3,5 %). Une tendance est observée entre l'hypertension artérielle et l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant une proportion de 3,6 % contre 7,8 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Une association est également constatée entre l'hypertension et l'indice de masse corporelle avec 2,5 % d'hypertension pour les mères en insuffisance pondérale contre 10,9 % pour les femmes souffrant d'obésité.

La proportion de femmes souffrant d'hypertension diminue légèrement de 2009 à 2011, suivi d'une stabilisation.

#### 4.4.6 DIABÈTE

9,3 % de mères présentent un diabète, qu'il soit gestationnel ou préexistant. Cette proportion est supérieure à celle de la Wallonie (7,8 %) (1) et beaucoup plus élevée que celle observée en Région flamande (3,6 %) (2). Cette différence importante avec les données de la Flandre pourrait en partie s'expliquer par le fait que la Flandre n'a pas adopté les nouvelles recommandations pour le dépistage du diabète gestationnel durant la grossesse (22).

L'analyse selon la parité présente des résultats différents avec une proportion de diabète plus élevée parmi les multipares (10,1 % contre 8,2 %). Une tendance est observée entre le diabète et l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant une proportion de diabète de 4,8 % contre 17,6 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. De plus, les femmes en insuffisance pondérale présentent une proportion de diabète plus faible (4,1 %) que les femmes souffrant d'obésité (22,3 %).

On constate une augmentation constante de la proportion de diabète depuis 2009, passant de 5,1 % à 9,3 % (figure 5). Cette augmentation est probablement multifactorielle et peut être liée à la nouvelle politique de dépistage du diabète dans le cadre de la grossesse (diminution du seuil glycémique pour le dépistage du diabète gestationnel), mais également à une augmentation réelle de la prévalence en lien notamment avec l'épidémie d'obésité dans la population générale et le recul de l'âge de la grossesse. La grossesse est une période « clé » pour le dépistage du diabète. Améliorer le dépistage des mères diabétiques permet de limiter les risques associés qui ne sont pas insignifiants. En effet, l'étude HAPO "Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study" (étude prospective) a conduit à abaisser le seuil du diagnostic du diabète gestationnel. Les auteurs ont démontré une meilleure association entre ce seuil abaissé et un poids à la naissance supérieur au centile 90, un accouchement par césarienne, une hypoglycémie néonatale et un hyperinsulinisme foetale. L'étude a également démontré une meilleure association entre les nouvelles normes de glycémies maternelles

anormales et cinq complications fœto-maternelles : l'accouchement prématuré, le risque de prééclampsie, la dystocie de l'épaule, l'hyperbilirubinémie et les soins intensifs néonataux (23). Le dépistage du diabète et la prise en charge des mères diabétiques et de leur(s) enfant(s) sont très importants afin de limiter les complications.

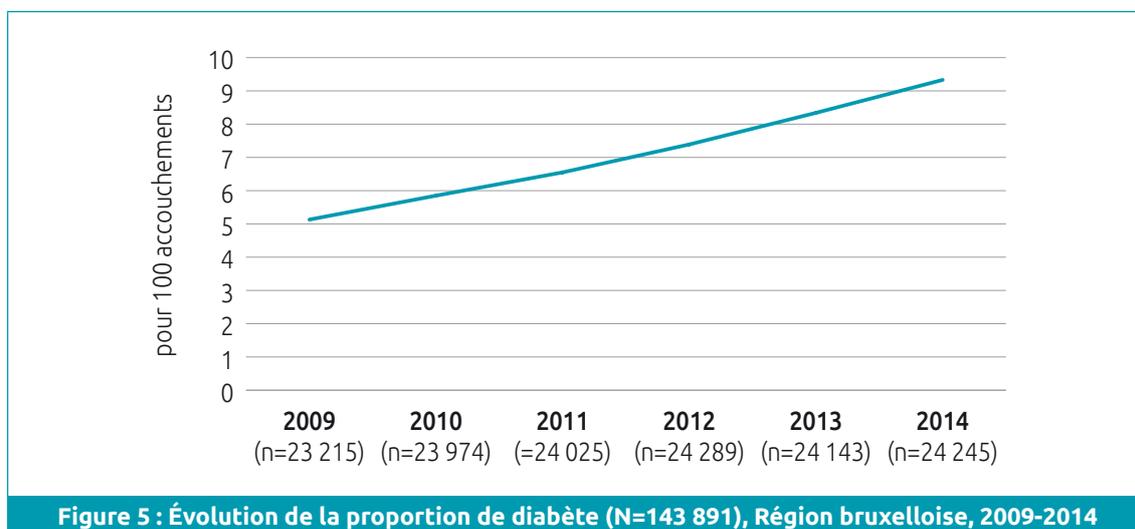


Figure 5 : Évolution de la proportion de diabète (N=143 891), Région bruxelloise, 2009-2014

## 4.5 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOCHEMENT

### 4.5.1 DURÉE DE LA GROSSESSE

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

Tableau 11 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=24 323), Région bruxelloise, 2014

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n=23 798)		Multiples (n=525)	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23	44	0,2	5	1,0
24	22	0,1	1	0,2
25	30	0,1	4	0,8
26-27	69	0,3	14	2,7
28-31	173	0,7	48	9,1
32-36	1 260	5,3	216	41,1
≥ 37	22 200	93,3	237	45,1

L'âge gestationnel est inconnu pour 17 accouchements (0,1 %).

7,8 % des accouchements ont eu lieu avant 37 semaines (1 886/24 323), 6,7 % pour les singletons et 54,9 % pour les accouchements multiples avec 13,8 % qui n'atteignent pas les 32 semaines de grossesse. Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'accouchements avant 37 semaines atteint 9,2 %, contre 5,0 % dans les autres maternités.

La proportion de prématurité à Bruxelles se situe entre celle de la Flandre (7,4 %) (2) et celle de la Wallonie (8,5 %) (1). Les proportions d'accouchements prématurés ne diffèrent pas durant la période 2009-2014, quelque soit le statut de la grossesse (unique ou multiple).

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

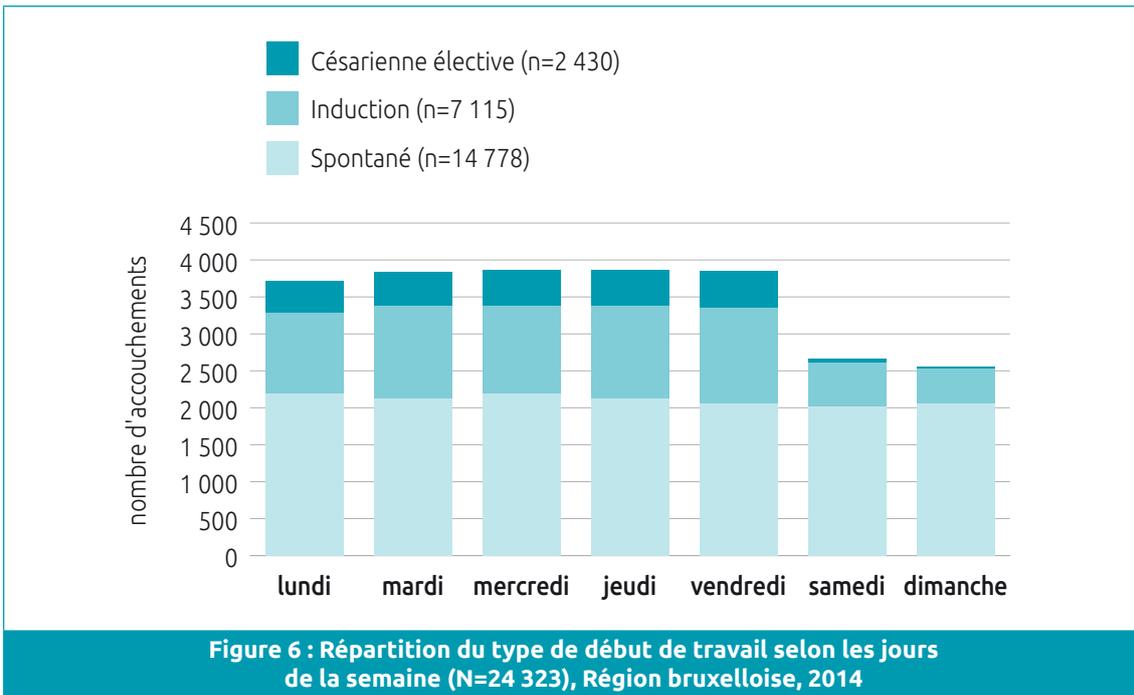
La plupart des données disponibles en Europe ne concernent que le nombre de naissances vivantes prématurées sur le total des naissances vivantes. Avec ce calcul, on obtient une proportion de 8,1 %. Des variations d'attitude face à des situations obstétricales difficiles à des âges gestationnels précoces, peuvent entraîner des différences importantes dans les taux retrouvés. En effet, certaines naissances «vivantes» sont des naissances d'enfants «destinés à mourir», du fait de leur prématurité extrême (< 24 semaines) ou d'une pathologie non compatible avec la vie.

Au niveau mondial, on estime que 14,9 millions de nouveau-nés sont nés prématurément en 2010, ce qui correspond à 11,1 % des naissances vivantes, allant d'environ 5 % dans les pays européens à 18 % dans les pays africains (24). Les principaux facteurs de causalité de la prématurité sont les conditions médicales de la mère et/ou du fœtus, les influences génétiques, l'exposition environnementale, les traitements de l'infertilité, les facteurs comportementaux et socio-économiques et la prématurité iatrogène (25).

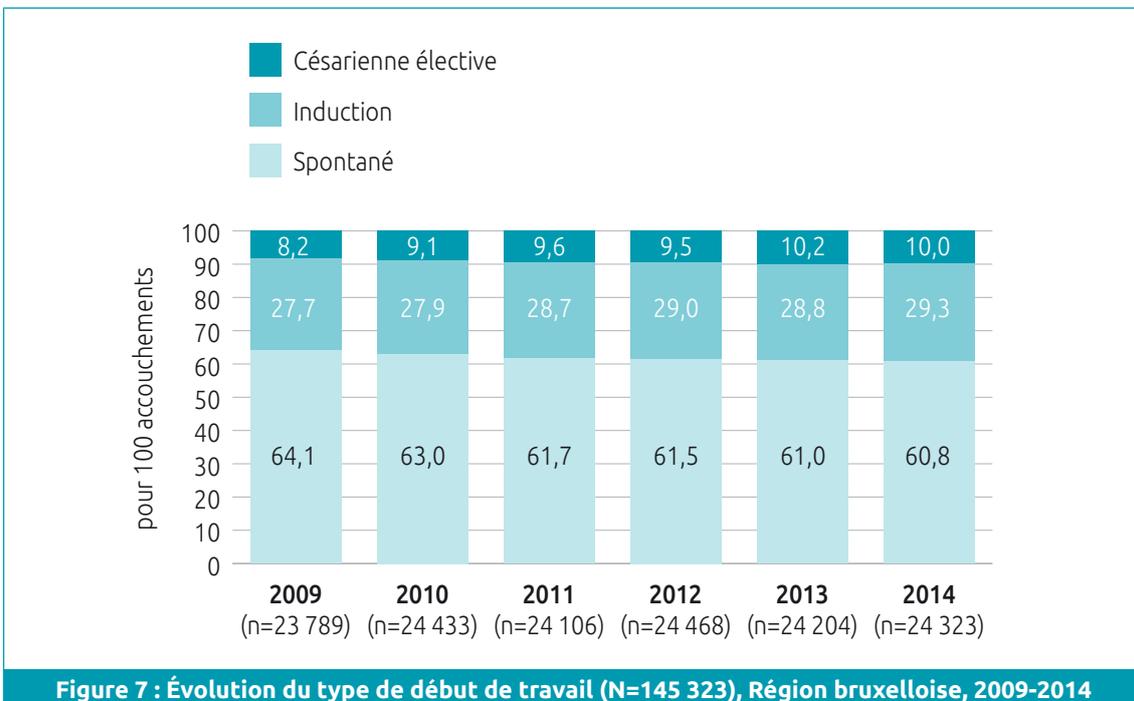
Si l'on s'intéresse uniquement aux singletons vivants, ce sont les mères âgées de moins de 20 ans et de 35 ans et plus qui présentent le plus de risque d'accoucher prématurément avec respectivement 8,2 % et 6,6 % contre 5,8 % chez les mères de 20 à 34 ans. Les mères souffrant d'hypertension ont davantage de risque de prématurité (20,9 % contre 5,4 %). Les grossesses de conception assistée présentent également un risque de prématurité plus important (11,1 % contre 5,8 %).

#### 4.5.2 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

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



Sur la période 2009 à 2014, une évolution progressive du type de début de travail est constatée, marquant une diminution constante du travail spontané au profit de l'induction et de la césarienne électorive. Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux accouchements multiples, la répartition du type de début de travail est différente avec 37,9 % de travail spontané, 26,1 % d'induction et 36,0 % de césarienne électorive, en 2014 et une évolution importante de la proportion de césarienne électorive entre 2013 et 2014, passant de 30,9 à 36,0 %.



La proportion de travail non spontané tend à augmenter au fil des années, quatre femmes sur dix ayant un travail induit ou une césarienne électorive en 2014. Ces deux indicateurs sont développés dans la suite de ce rapport.

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

### 4.5.3 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

On constate que 29,3 % des accouchements ont été induits, ou :

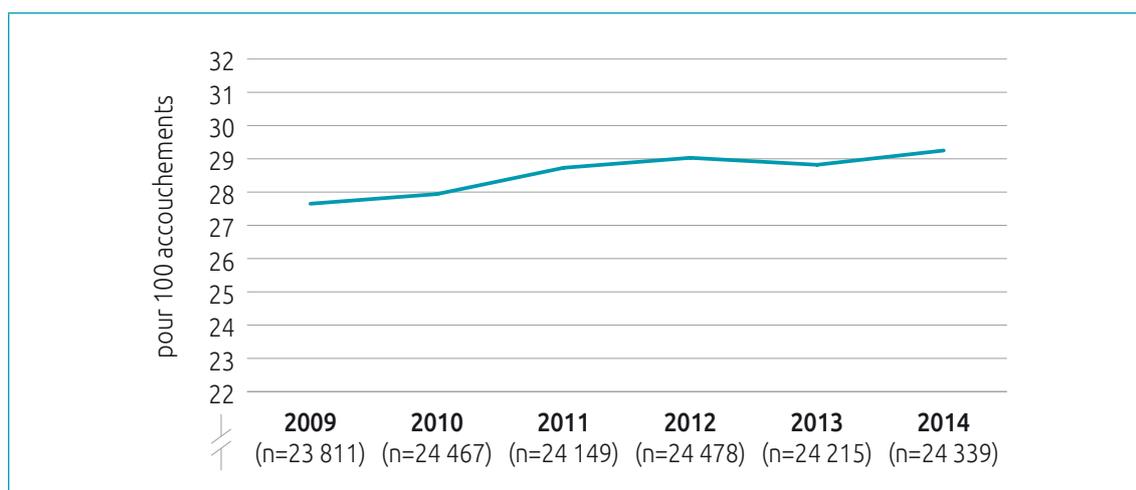
- 29,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 30,5 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 34,2 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 28,0 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare
- 32,5 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées

La notification de l'induction est manquante pour 1 accouchement (0,0 %).

*Le projet Euro-Peristat (8) recommande de présenter la proportion d'induction sur le nombre total de naissances. De cette manière, on obtient 29,2 % de naissances induites.*

La proportion d'induction en Région bruxelloise est plus élevée que la proportion en Région flamande (23,4 %) (2) et se rapproche de celle de la Wallonie (31,8 %) (1), qui est la proportion la plus élevée d'Europe (8).

La proportion d'induction tend à augmenter depuis 2009 passant de 27,7 % à 29,3 %.



**Figure 8 : Évolution de la proportion d'induction (N=145 459), Région bruxelloise, 2008-2014**

### 4.5.4 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

On constate que 74,7 % des accouchements ont bénéficié d'une péridurale, ou :

- 72,2 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées
- 82,6 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées chez la primipare
- 64,6 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées chez la multipare
- 69,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse

L'information est manquante pour 4 accouchements (0,0 %).

La proportion de péridurale à Bruxelles se situe entre celle de la Flandre (69,6 %) (2) et celle de la Wallonie (80,6 %) (1).

La proportion de péridurale augmente légèrement entre 2009 et 2014 (71,0 % à 74,7 %).

#### 4.5.5 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

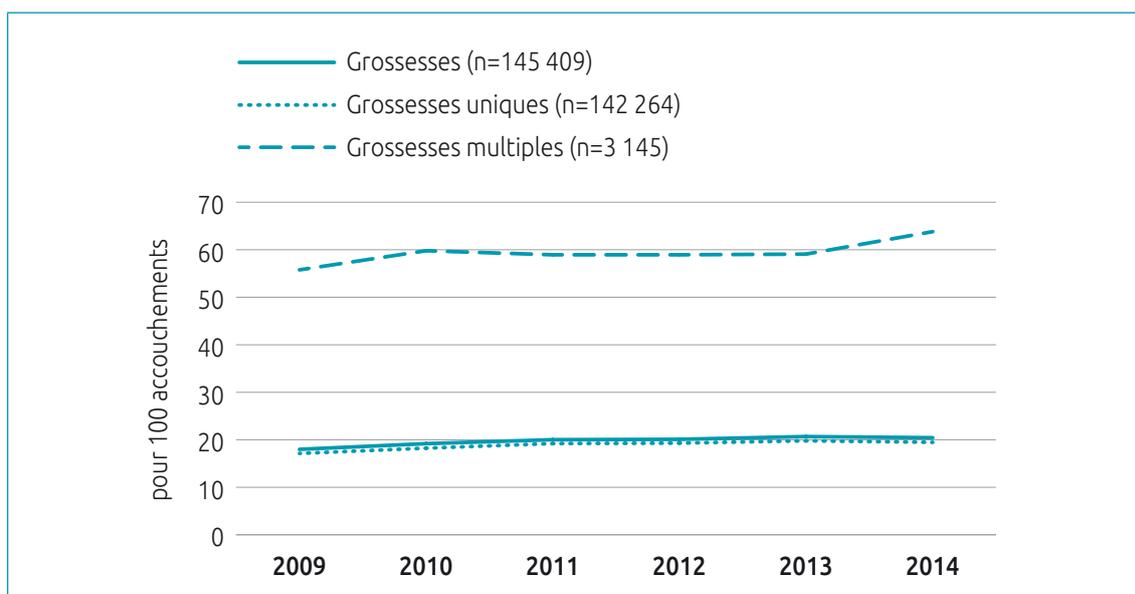
La proportion de césarienne est de 20,4 %, ou

- 19,5 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements uniques
- 63,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements multiples
- 10,0 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes électives
- 10,4 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes non programmées
- 12,7 % si l'on ne s'intéresse qu'aux premières césariennes
- 7,7 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes répétées

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 17 accouchements (0,1 %).

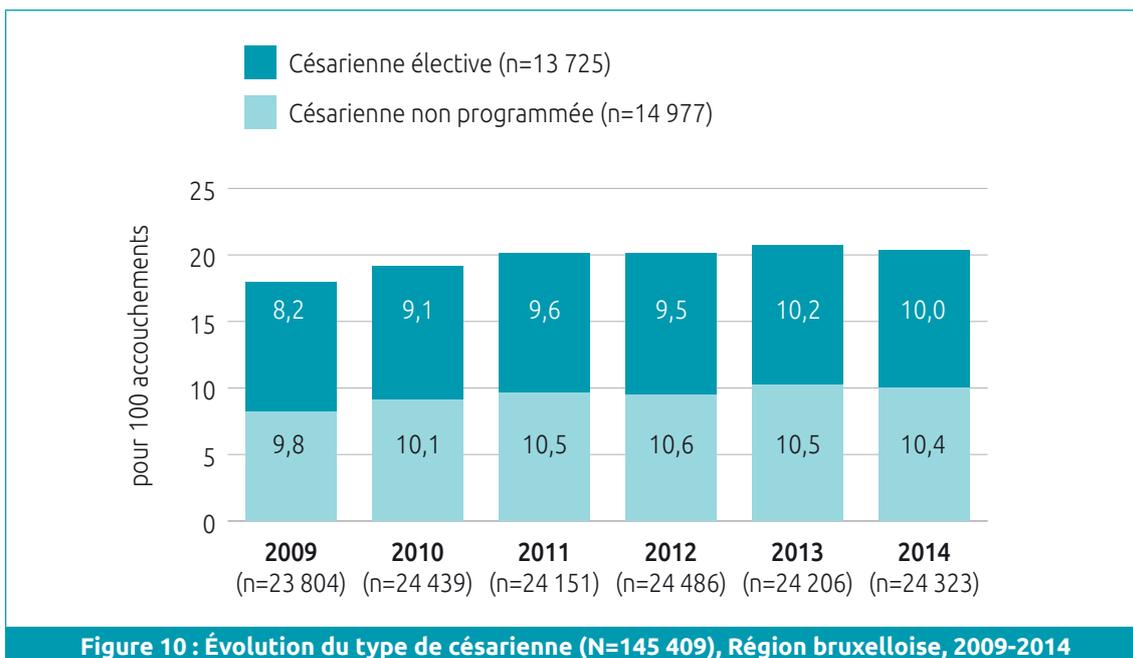
*Euro-Peristat (8) recommande de calculer la proportion de césarienne sur le nombre total de naissances. On obtient donc 21,5 césariennes pour 100 naissances.*

La proportion de césarienne en Région bruxelloise est légèrement plus faible qu'en Flandre (20,6 %) (2) et en Wallonie (22,1 %) (1). Au niveau européen, la proportion de césarienne oscille entre 14,8 % (Islande) et 52,2 % (Chypre). La Région bruxelloise fait partie de la majorité des régions qui présente une proportion de césarienne inférieure à 30,0 % (8), néanmoins en augmentation entre 2009 et 2013 passant de 18,0 à 20,7 %, stable en 2014. Une augmentation plus prononcée de la proportion parmi les grossesses multiples est constatée, passant de 55,8 % en 2009 à 63,8 % en 2014.



**Figure 9 : Évolution de la proportion de césarienne parmi l'ensemble des grossesses, les grossesses uniques et les grossesses multiples, Région bruxelloise, 2009-2014**

L'évolution de la proportion de césarienne sur les années 2009 à 2014 concerne principalement les césariennes électives, la part de ces césariennes sur la proportion de césarienne passant de 45,8 à 48,9 %.



#### 4.5.5.1 CÉSARIENNE ET FACTEURS DE RISQUE

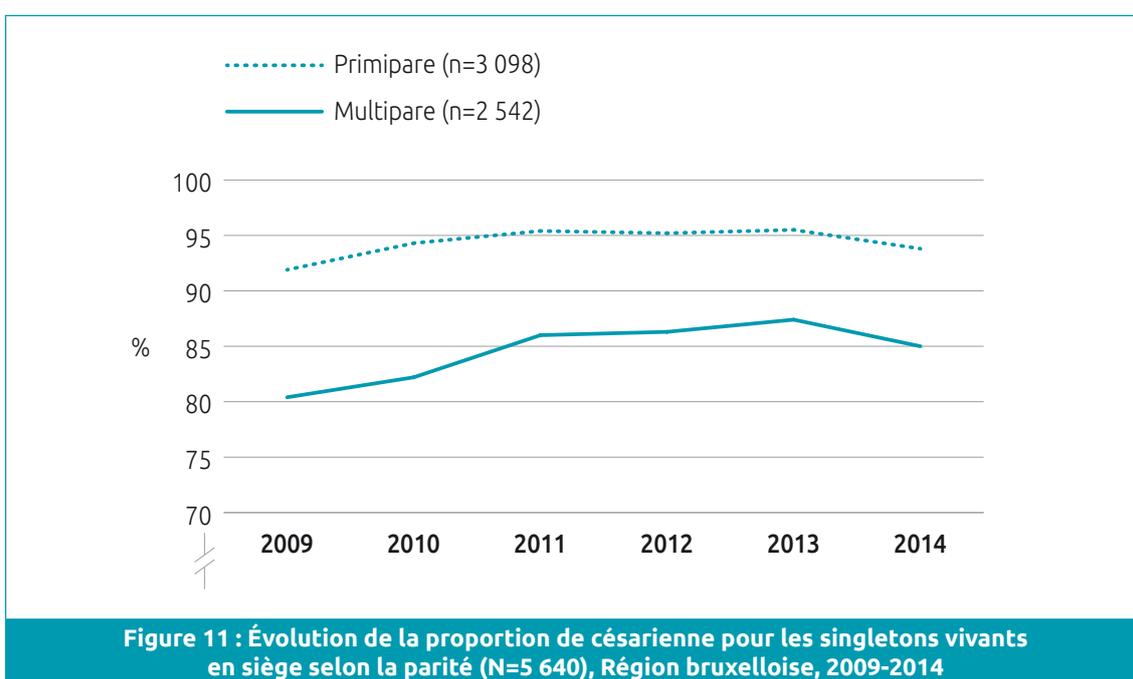
Tableau 12 : Association entre la césarienne et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (singletons vivants), Région bruxelloise, 2014			
		N	Césarienne (%) RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques sociodémographiques de la mère</b>			
<b>Âge de la mère</b>	< 20 ans	354	11,3 1
	20-34 ans	17 104	17,6 1,55 (1,16-2,08)
	≥ 35 ans	6 137	25,6 2,27 (1,69-3,04)
<b>Nationalité d'origine</b>	Belgique	6 620	18,5 1
	UE28 moins Belgique	5 397	19,1 1,03 (0,96-1,11)
	Maghreb et Egypte	5 564	16,8 0,91 (0,84-0,98)
	Afrique subsaharienne	2 490	28,5 1,54 (1,42-1,66)
<b>Niveau d'instruction</b>	Pas d'études supérieures	13 276	19,3 1,01 (0,95-1,07)
	Études supérieures	7 868	19,2 1

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

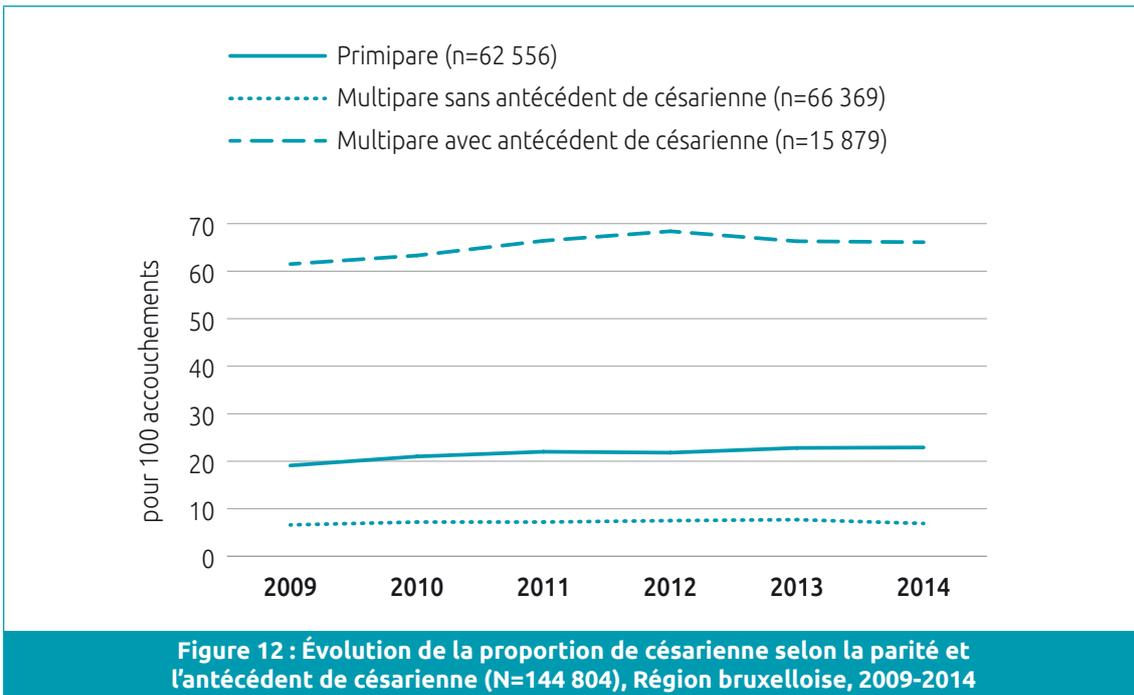
Tableau 13 : Association entre la césarienne et les caractéristiques biomédicales de la mère (singletons vivants), Région bruxelloise, 2014				
		N	Césarienne (%)	RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques biomédicales de la mère</b>				
<b>Parité</b>	Primipare	9 713	21,8	1,21 (1,15-1,28)
	Multipare	13 874	18,0	1
<b>IMC</b>	Sous-poids	1 020	15,9	1
	Corpulence normale	12 547	16,7	1,05 (0,91-1,21)
	Surpoids/obésité	7 352	23,8	1,50 (1,30-1,74)
<b>Hypertension</b>	Oui	971	36,6	1,94 (1,78-2,12)
	Non	22 590	18,8	1
<b>Diabète</b>	Oui	2 184	24,9	1,31 (1,21-1,41)
	Non	21 335	19,0	1
<b>Type de conception</b>	Assistée	1 039	31,1	1,64 (1,49-1,80)
	Spontanée	21 360	19,0	1

Les mères souffrant d'hypertension ou de diabète, les mères en surpoids ainsi que celles ayant eu recours à un traitement de conception assistée ont davantage de risque d'être césariées.

La proportion de césarienne est également plus élevée parmi les mères avec un singleton vivant en siège avec 89,9 %, contre 16,4 % pour les singletons vivants en sommet. La proportion de césarienne pour les singletons vivants en siège chez la primipare a augmenté de 2009 à 2013, passant de 91,9 % à 95,5 % avant de diminuer à 93,8 % en 2014 (figure 11). Le même constat est à faire pour les multipares avec une proportion de 85,0 % en 2014.



19,9 % des multipares ont au moins un antécédent de césarienne et parmi celles-ci, 66,1 % ont accouché par césarienne, cette proportion diminuant néanmoins depuis 2012. Parmi les multipares sans antécédent de césarienne, seul 6,9 % ont accouché par césarienne. Entre 2009 et 2014, on constate également une augmentation de la proportion de césarienne chez les primipares, passant de 19,1 à 22,9 % (figure 12).



#### 4.5.5.2 INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Si l'on s'intéresse aux indications de césarienne reprises sur le volet CEpiP pour les singletons vivants, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel a été signalé comme l'indication de la césarienne dans plus de 1 césarienne sur 4, suivie de près par la souffrance fœtale aigüe. Pour les premières césariennes, la première indication de césarienne est la souffrance fœtale aigüe (33,3 %) suivie de l'anomalie de présentation (21,9 %). Pratiquement deux tiers des césariennes répétées ont comme indication, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel (63,9 %).

Les systèmes de classification qui suivent ce type d'indications sont très hétérogènes et les comparaisons régionales, nationales et internationales rendues difficiles. Dans sa dernière note (26), l'OMS recommande d'utiliser le système de classification de Robson<sup>9</sup> (27), reposant sur les caractéristiques des femmes, à savoir le statut de la grossesse, les antécédents obstétricaux, le mode de travail et d'accouchement et l'âge gestationnel.

<sup>9</sup> Le système de catégorisations de Robson est un système simple et facile à implémenter. Les catégories se basent sur des critères pertinents, mutuellement exclusifs et totalement inclusifs.

**Tableau 14 : Classification des césariennes selon les catégories de Robson (N=24 290), Région bruxelloise, 2014**

Groupes Robson		Nombre de césariennes sur le total des mères de chaque groupe	Taille relative des groupes (%)	Proportion de césariennes dans chaque groupe (%)	Contribution de chaque groupe dans la proportion globale de césarienne (%)
1	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	504/5 408	22,3	9,3	2,1
2	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	939/3 174	13,1	29,6	3,9
3	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	121/7 062	29,1	1,7	0,5
4	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	251/3 320	13,7	7,6	1,0
5	Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines	1 486/2 382	9,8	62,4	6,1
6	Toutes les primipares, singleton en siège	469/523	2,2	89,7	1,9
7	Toutes les multipares, singleton en siège	349/433	1,8	80,6	1,4
8	Toutes les grossesses multiples	335/525	2,2	63,8	1,4
9	Toutes les grossesses, singleton en transverse	87/88	0,4	98,9	0,4
10	Toutes les grossesses, singleton sommet, < 37 semaines	410/1 375	5,7	29,8	1,7
<b>TOTAL</b>		<b>4 951/24 290</b>	<b>100,0</b>		<b>20,4</b>

50 femmes n'ont pas pu être catégorisées (0,2 %), parmi celles-ci 17 ont été césarisées.

Selon la nomenclature de Robson, 51,4 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 22,3 % de primipares et 29,1 % de multipares. Si l'on regarde la contribution de ces deux groupes dans la proportion globale de césarienne, on se rend compte qu'elle est faible (2,1 % pour la catégorie 1 et 0,5 pour la catégorie 3), ce constat est relativement positif. Les proportions de césarienne les plus élevées se retrouvent dans les catégories 9 (transverse) et 6 (primipare en siège). Néanmoins, la taille de ces groupes étant très petite, leur contribution dans la proportion de césarienne est relativement faible. Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 20,4 % de césarienne sont les «Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective», avec 3,9 % et les «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines», avec 6,1 %.

Ce constat ainsi que l'augmentation de la proportion de césarienne élective et la proportion élevée d'induction semblent marquer la tendance actuelle vers une «obstétrique programmée», qui dépassent nos frontières et dont les raisons sont multiples. Préoccupation médico-légale, changements dans la pratique clinique (diminution des essais de travail spontané après un antécédent de césarienne, des accouchements en siège vaginal et des extractions instrumentales), attentes parentales (augmentation des inductions et des césariennes sur demande maternelle), manque d'expérience des accouchements physiologiques chez les jeunes prestataires, préservation de la qualité de vie des praticiens et les questions financières sont une partie des réponses à cette programmation (28-29-30-31-32).

Néanmoins, il est important de souligner que l'induction du travail et la césarienne ne sont pas sans risque et que leurs indications doivent être posées au cas par cas pour éviter les effets iatrogènes. Par ailleurs, éviter à tout prix la première césarienne et tenter la voie basse après un antécédent de césarienne devraient être les deux pistes à suivre pour diminuer la proportion de césarienne, au regard de l'analyse selon Robson.

#### 4.5.6 ACCOUCHEMENT AVEC INSTRUMENTATION

La proportion d'utilisation de la ventouse (7,9 %) est pratiquement six fois plus élevée que l'utilisation du forceps (1,4 %).

Tableau 15 : Distribution des accouchements selon l'instrumentation (N=24 323), Région bruxelloise, 2014		
	Nombre	%
Ventouse	1 931	7,9
Forceps	331	1,4
<b>Total</b>	<b>2 262</b>	<b>9,3</b>

*Euro-Peristat (8) recommande de calculer la proportion d'instrumentation sur le nombre total de naissances. On obtient donc 9,2 naissances avec instrumentation pour 100 naissances.*

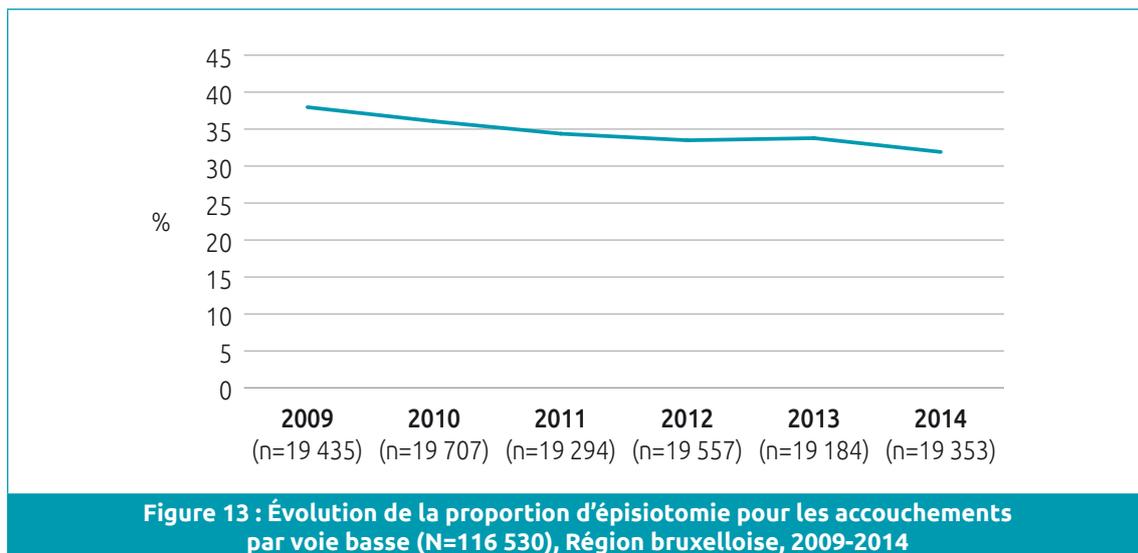
La proportion d'accouchements avec instrumentation est plus élevée qu'en Wallonie (7,5 %) (1). Elle augmente également légèrement depuis 2009, passant de 8,6 % à 9,3 %.

#### 4.5.7 ÉPISIOTOMIE

On constate que 25,4 % des accouchements ont eu une épisiotomie, ou :

- 31,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse
  - 50,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la primipare
  - 19,3 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la multipare
- Cette information est manquante pour 13 accouchements (0,05 %).

La Région bruxelloise présente une proportion d'épisiotomie nettement plus faible qu'en Wallonie (30,8 %) (1) et qu'en Flandre (50,5 %) (2). Par ailleurs, une diminution de la proportion d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse s'observe entre 2009 et 2014 passant de 38,0 % à 31,9 %.



## 4.5.8 PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS

### 4.5.8.1 INDUCTION ET MATERNITÉS

La proportion d'induction varie fortement d'une maternité à l'autre, allant de 25,2 % à 37,9 % selon la maternité. Si l'on s'intéresse à l'évolution de la proportion d'induction par maternité, on constate que cinq maternités ont augmenté leur proportion d'induction, cinq maternités l'ont diminué (figure 14).

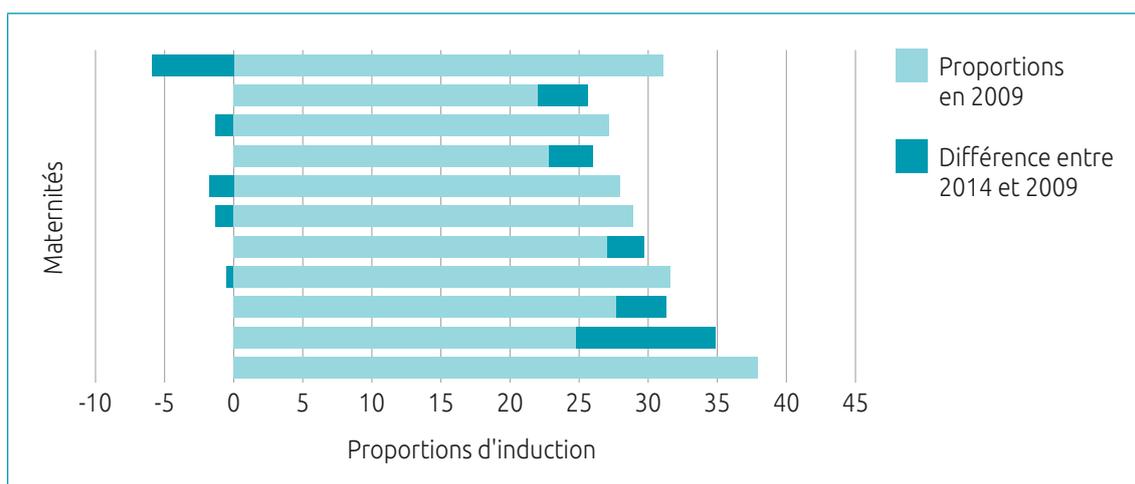


Figure 14 : Évolution de la proportion d'induction par maternité, Région bruxelloise, 2009-2014

### 4.5.8.2 CÉSARIENNE ET MATERNITÉS

La proportion de césarienne globale varie fortement d'une maternité à l'autre (16,2 % à 26,2 %). Entre 2009 et 2014, toutes les maternités, sauf deux, ont augmenté leur proportion de césarienne (figure 15). En 2009, trois maternités sur onze présentaient une proportion inférieure au seuil de 15,0 % recommandé par l'OMS (26), ce qui n'est plus le cas 6 années plus tard.

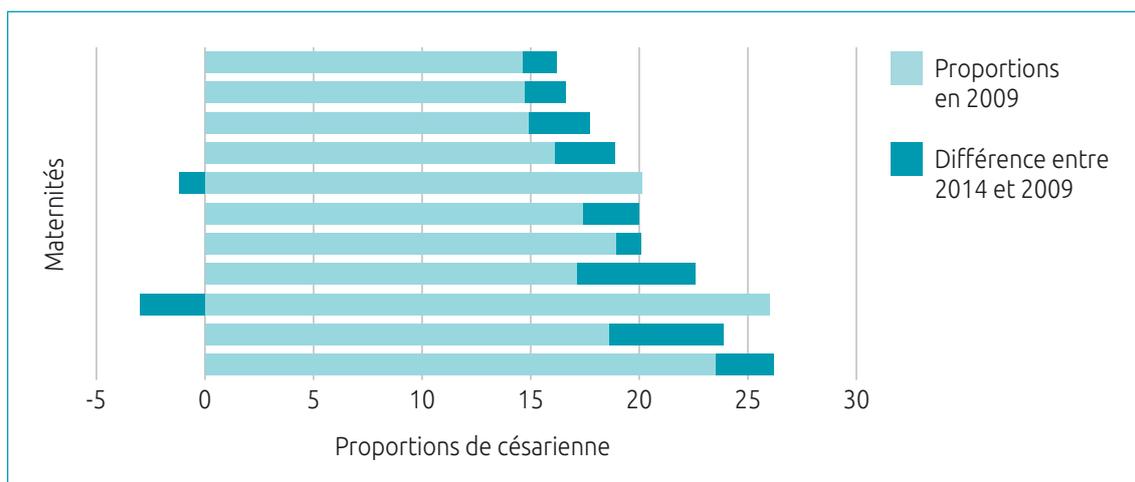


Figure 15 : Évolution de la proportion de césarienne par maternité, Région bruxelloise, 2009-2014

### 4.5.8.3 ÉPISIOTOMIE ET MATERNITÉS

Toutes les maternités, sauf une, ont diminué leur proportion d'épisiotomie entre 2009 et 2014 (figure 16). On constate également sur ce graphe la très grande variation dans les proportions d'épisiotomie d'une maternité à l'autre, la proportion d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse en 2014 variant de 14,8 % à 53,7 %. Ce constat est probablement lié au fait que cette pratique est moins standardisée que celle de la césarienne ou de l'induction et que contrairement à ces deux dernières pratiques, l'épisiotomie fait très rarement l'objet de discussion au sein des équipes.

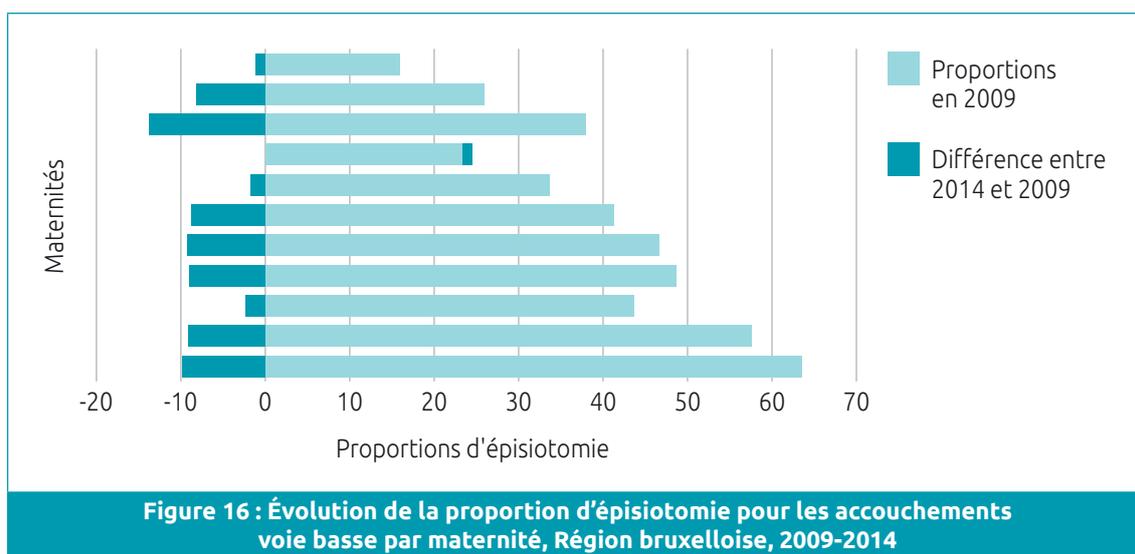


Figure 16 : Évolution de la proportion d'épisiotomie pour les accouchements voie basse par maternité, Région bruxelloise, 2009-2014

## 4.6 ALLAITEMENT MATERNEL

94,8 % des mères qui ont accouché dans une maternité utilisant eBirth<sup>10</sup> ont notifié leur intention d'allaiter leur(s) enfant(s) au moment de l'accouchement. La proportion est de 94,8 % parmi les grossesses uniques et de 92,0 % parmi les grossesses multiples. Une légère différence dans les proportions s'observe lorsque l'on s'intéresse à l'âge gestationnel où 95,2 % des mères ayant accouché à partir de 37 semaines ont signifié leur intention d'allaiter, contre 90,0 % des mères ayant accouché prématurément.

Cette proportion, bien que ne donnant aucune information sur la poursuite de l'allaitement dans la durée, est très proche du taux d'initiation relevé lors de l'enquête de couverture vaccinale où la proportion était de 93,0 % à Bruxelles (33).

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

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

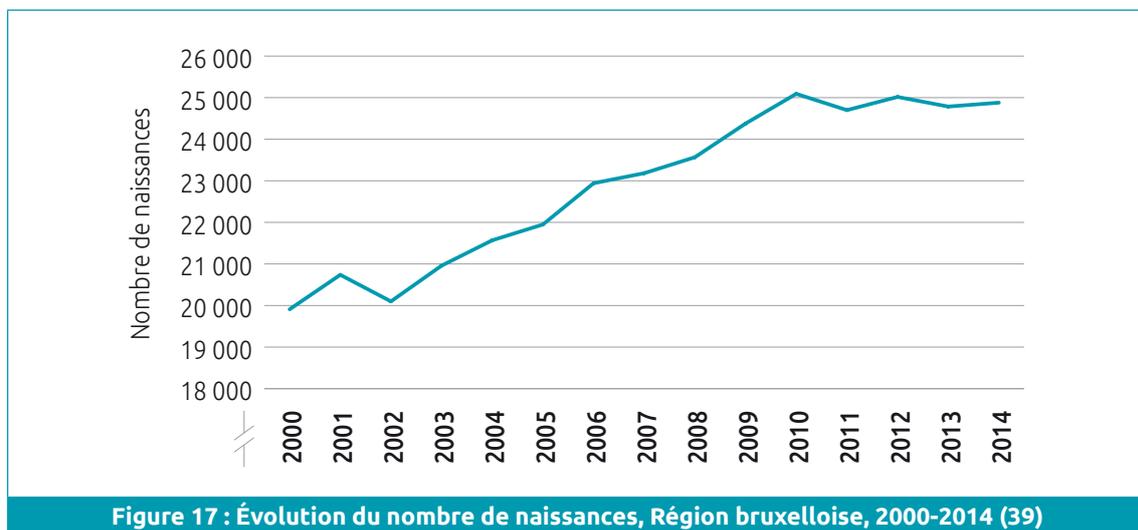
# 5. NAISSANCES EN RÉGION BRUXELLOISE

## 5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

24 879 naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise ont été enregistrées en 2014, avec 23 815 naissances uniques et 1 064 naissances multiples.

Tableau 16 : Détail des naissances, Région bruxelloise, 2014	
<b>Naissances vivantes : 24 659</b>	
23 612	singletons
1 047	multiplés
<b>Mort-nés : 220</b>	
203	singletons
17	multiplés
<b>Total : 24 879 naissances</b>	

Une augmentation constante du nombre de naissances est observée en Région bruxelloise entre 2000 et 2010, suivie d'une stabilisation depuis maintenant 5 années (figure 17).



## 5.2 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

### 5.2.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Pour les singletons vivants,

- 95,8 % se présentent en sommet
- 3,8 % se présentent en siège
- 0,4 % se présentent en transverse

La présentation est inconnue pour 27 singletons vivants (0,1 %).

### 5.2.2 POIDS À LA NAISSANCE

Pour les enfants nés vivants, le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 289 g (minimum : 350 g – maximum : 5 790 g).

Celui-ci est de 3 272 g si l'on prend en compte tous les enfants (mort-nés et nés vivants) (minimum : 225 g – maximum : 5 790 g).

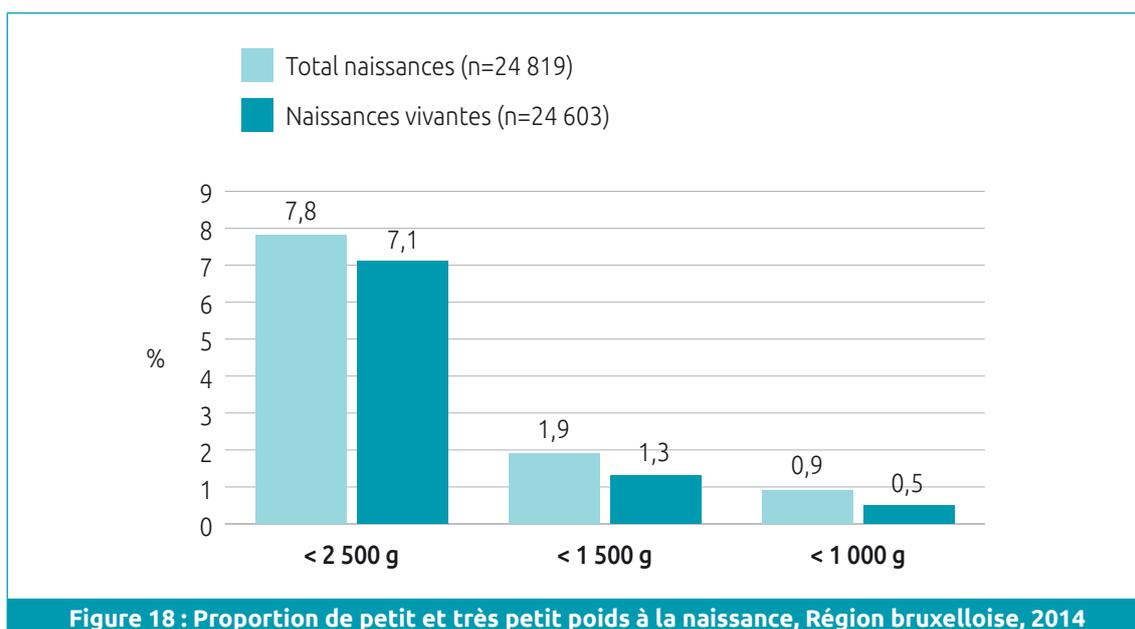
Le poids moyen de l'enfant à la naissance n'évolue pas sur la période 2009-2014.

**Tableau 17 : Répartition du poids à la naissance (N=24 819), Région bruxelloise, 2014**

Poids (g)	Naissances vivantes (n=24 603)				Mort-nés (n=216)			
	Singletons (n=23 563)		Multiples (n=1 040)		Singletons (n=200)		Multiples (n=16)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
< 500	3	0,0	3	0,3	19	9,5	7	43,8
500-1 499	195	0,8	129	12,4	100	50,0	5	31,3
1 500-2 499	957	4,1	470	45,2	42	21,0	2	12,5
≥ 2 500	22 408	95,1	438	42,1	39	19,5	2	12,5

Le poids à la naissance est inconnu pour 60 naissances (0,2 %).

Des tendances sont observées entre la multiplicité de la grossesse et le poids à la naissance de l'enfant que ce soit pour les enfants nés vivants ou mort-nés.



**Figure 18 : Proportion de petit et très petit poids à la naissance, Région bruxelloise, 2014**

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g est de 1 932 pour 24 819 naissances (7,8 %) au total, et de 1 757 pour 24 603 naissances vivantes (7,1 %). Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 9,6 %, contre 4,4 % dans les autres maternités.

La proportion de petit poids à la naissance (< 2 500 g) à Bruxelles se situe entre celle de la Flandre (6,8 %) (2) et celle de la Wallonie (8,6 %) (1). Cependant, la proportion de très petit poids à la naissance (< 1 500 g) est plus importante qu'en Flandre (1,2 %) (2) et en Wallonie (1,3 %) (1).

Les proportions de petit poids à la naissance (moins de 2 500 g) et de très petit poids à la naissance (moins de 1 500 g et de 1 000 g) ne montrent pas d'évolution au cours des années 2009 à 2014.

*Les recommandations européennes (8) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines. On obtient alors une proportion de 2,3 pour 100 naissances vivantes (510/22 624) de 37 semaines et plus, et de 12,5 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (3/24). La proportion d'enfant de petit poids à la naissance à terme n'évolue pas au cours des années 2009 à 2014.*

### 5.2.2.1 FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE ET FACTEURS DE RISQUE

Le petit poids à la naissance peut être la conséquence d'une courte durée de gestation ou d'un retard de croissance intra-utérin ou de la combinaison des deux (34). C'est l'un des plus importants facteurs de risque de la mortalité néonatale et également un déterminant de la morbidité et mortalité infantile (35).

Les principaux déterminants du retard de croissance du fœtus sont l'alcool, le tabac, la drogue, un faible indice de masse corporel, l'âge de la mère, sa petite taille, la primiparité, l'hypertension gravidique, les anomalies congénitales et génétiques (36), et les facteurs socio-économiques (37).

Tableau 18 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (singletons vivants), Région bruxelloise, 2014				
		N	Petit poids à la naissance (< 2 500 g) (%)	RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques sociodémographiques de la mère</b>				
<b>Âge</b>	< 20 ans	353	8,8	1,90 (1,35-2,68)
	20-34 ans	17 080	4,6	1
	≥ 35 ans	6 130	5,5	1,19 (1,05-1,35)
<b>Nationalité d'origine</b>	Belgique	6 617	5,6	1
	UE28 moins Belgique	5 390	4,5	0,80 (0,68-0,93)
	Maghreb et Egypte	5 554	3,6	0,63 (0,53-0,75)
	Afrique subsaharienne	2 483	6,7	1,19 (1,00-1,42)
<b>Niveau d'instruction</b>	Pas d'études supérieures	13 252	4,9	1,26 (1,10-1,44)
	Études supérieures	7 859	3,9	1

Le risque de petit poids à la naissance est plus important parmi les mères âgées de moins de 20 ans et de 35 ans et plus comparées aux mères de 20-34 ans. Les mères d'origine belge et d'Afrique subsaharienne et celles n'ayant pas un niveau d'études supérieures présentent également un risque de petit poids à la naissance plus important.

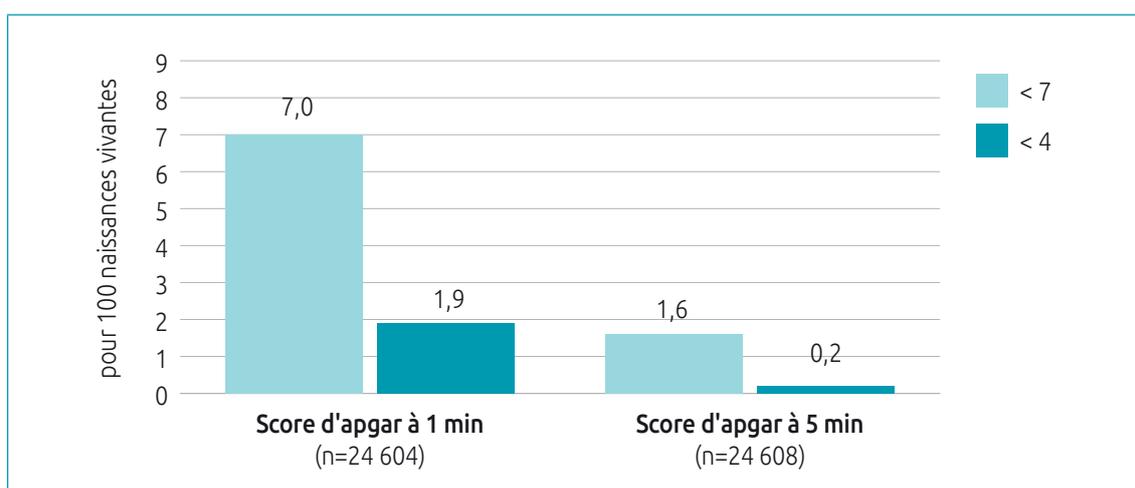
**Tableau 19 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques biomédicales de la mère (singletons vivants), Région bruxelloise, 2014**

		N	Petit poids à la naissance (< 2 500 g) (%)	RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques biomédicales de la mère</b>				
<b>Parité</b>	Primipare	9 694	6,3	1,63 (1,46-1,82)
	Multipare	13 862	3,9	1
<b>IMC</b>	Sous-poids	1 019	8,3	1,96 (1,57-2,44)
	Corpulence normale	12 533	4,3	1
	Surpoids/Obésité	7 343	4,5	1,06 (0,93-1,22)
<b>Hypertension</b>	Oui	969	19,7	4,61 (4,00-5,31)
	Non	22 559	4,3	1
<b>Diabète</b>	Oui	2 179	5,6	1,15 (0,96-1,38)
	Non	21 307	4,8	1
<b>Type de conception</b>	Assistée	1 039	9,9	2,09 (1,73-2,54)
	Spontanée	21 329	4,7	1

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

### 5.2.3 APGAR

Parmi les naissances vivantes, 7,0 % présentent un score d'apgar inférieur à 7 et 1,9 % inférieur à 4 après une minute. A 5 minutes, seul 1,6 % ont un score inférieur à 7 et 0,2 % inférieur à 4.



**Figure 19 : Distribution des naissances vivantes selon le score d'apgar à 1 et 5 minute(s), Région bruxelloise, 2014**

Le score d'apgar à 1 minute est inconnu pour 55 naissances vivantes (0,2 %).

Le score d'apgar à 5 minutes est inconnu pour 51 naissances vivantes (0,2 %).

Les proportions de score d'apgar inférieur à 7 et inférieur à 4 à 5 minutes ne montrent pas d'évolution entre 2009 et 2014.

## 5.2.4 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

7,0 % des naissances vivantes sont ventilées dont 90,0 % au ballon et masque.

Tableau 20 : Distribution des naissances vivantes selon la ventilation (N=24 643), Région bruxelloise, 2014			
		Nombre	%
<b>Ventilation</b>		<b>1 715</b>	<b>7,0</b>
Dont :	Intubation	171	10,0
	Ballon et masque	1 544	90,0

La ventilation du nouveau-né est inconnue pour 16 naissances vivantes (0,1 %).

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

## 5.2.5 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 10,9 % des naissances vivantes.

Tableau 21 : Distribution des naissances vivantes selon l'admission dans un centre néonatal (N=24 644), Région bruxelloise, 2014			
		Nombre	%
<b>Transfert</b>		<b>2 679</b>	<b>10,9</b>
Dont :	N*	1 180	44,1
	NIC	1 499	55,9

L'admission du nouveau-né dans un centre néonatal est inconnue pour 15 naissances vivantes (0,1 %).

La proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie diminue de 2009 à 2014, passant de 12,7 à 10,9 %, avec une proportion d'enfants transférés en service N\* qui passe de 7,5 à 4,8 %. La proportion d'enfants transférés en service NIC est, elle, stable depuis 2012. Cette diminution de transfert pourrait en partie s'expliquer par la mise en place de la politique Initiative Hôpital Ami des Bébé<sup>11</sup> dans plusieurs maternités bruxelloises.

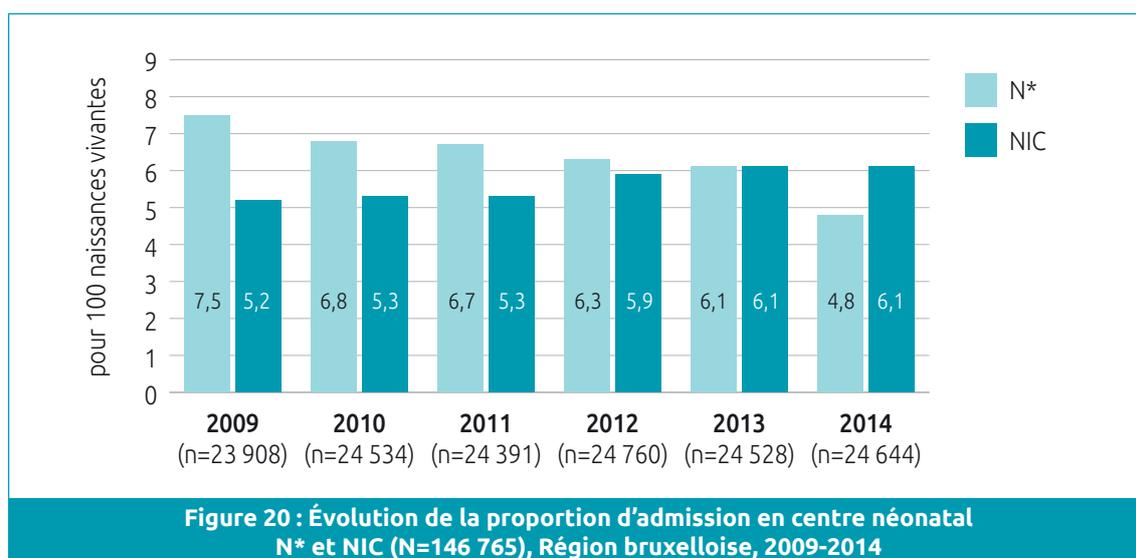


Figure 20 : Évolution de la proportion d'admission en centre néonatal N\* et NIC (N=146 765), Région bruxelloise, 2009-2014

<sup>11</sup> Politique «Initiative hôpital ami des bébés», initié par l'OMS pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. 10 conditions doivent être remplies pour obtenir le label dont la n°7 : laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour (38).

## 5.2.6 SEXE DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

La proportion de filles (48,9 %) est légèrement inférieure à celle des garçons (51,1 %).

Tableau 22 : Distribution des naissances selon le sexe de l'enfant (n=24 878), Région bruxelloise, 2014		
Sexe	Nombre	%
Masculin	12 708	51,1
Féminin	12 170	48,9

Le sexe de l'enfant est indéterminé pour 1 enfant (mort-né).

## 5.2.7 MALFORMATIONS CONGÉNITALES

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

Tableau 23 : Malformations les plus enregistrées, Région bruxelloise, 2014	
Nombre	Malformations
33	Fente labiale/palatine
32	Communication interventriculaire
24	Transposition des gros vaisseaux
21	Hypospade
20	Trisomie 21
12	Hernie diaphragmatique
11	Tétralogie de Fallot
10	Atrésie de l'œsophage

## 5.3 MORTINATALITÉ

### 5.3.1 MORTINATALITÉ EN CHIFFRES

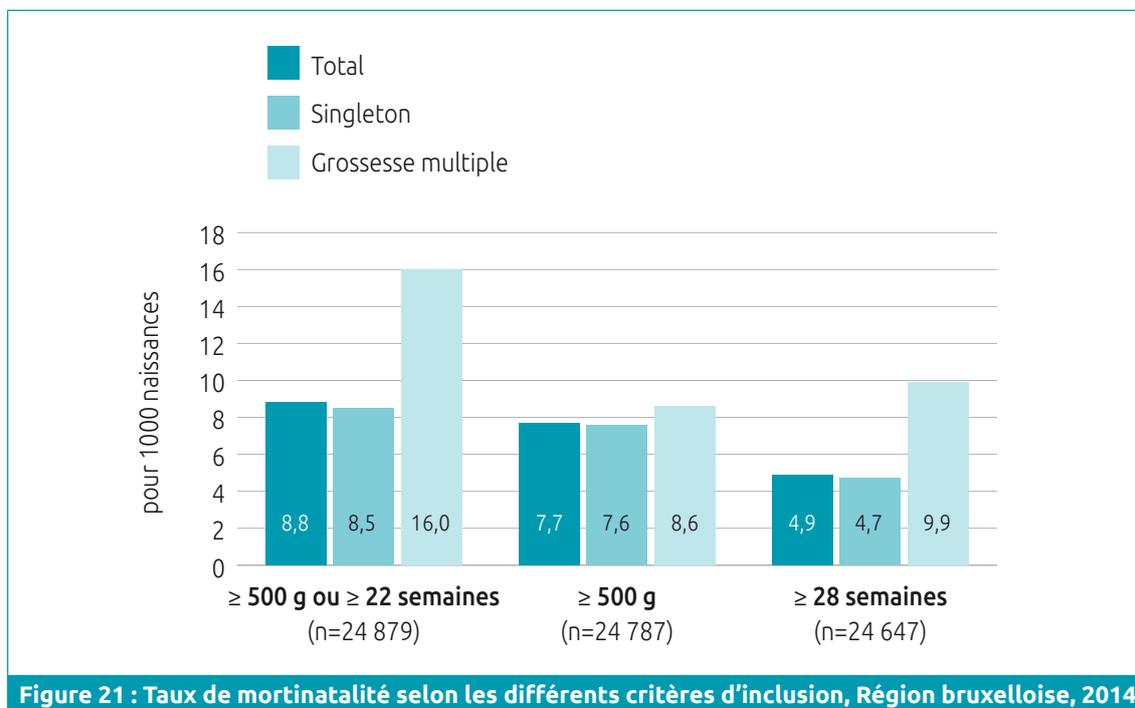


Figure 21 : Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion, Région bruxelloise, 2014

*Euro-Peristat (8) définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. 220 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (8,8 ‰ naissances) ont été enregistrés sur le territoire bruxellois en 2014, dont 17 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mortinatalité est de 8,5 et 16,0 pour 1 000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.*

Le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 7,7 ‰. Ce taux peut paraître élevé, mais il faut bien rappeler que ce rapport analyse les données de fait et que de nombreuses maternités bruxelloises ont un caractère universitaire, ce qui peut avoir une incidence sur le type de patientes qui y est référé. Par ailleurs, ce taux prend également en compte certaines interruptions médicales de grossesse. En Belgique, aucune distinction n'est faite de manière systématique entre les décès spontanés et provoqués. Si l'on ne considère que les enfants nés vivants et les mort-nés à partir de 28 semaines d'âge gestationnel, comme le recommande l'OMS afin de pouvoir comparer les pays et les régions, on obtient un taux de 4,9 ‰ (4,7 ‰ pour les singletons et 9,9 ‰ pour les grossesses multiples). Ce taux ne montre pas d'évolution entre 2009 et 2014.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des morts-nés (figure 21) montre bien que l'interprétation et les comparaisons des analyses sont délicates, ce qui a également été démontré par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles dans sa note sur l'évolution de la mortalité fœto-infantile de 2000 à 2010 (39).

Le taux de mort-nés singletons décroît lorsque l'âge gestationnel augmente avec un minimum de 0,1 ‰ parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines et un maximum de 72,7 ‰ parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 23 semaines.

**Tableau 24 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel (N=24 862), Région bruxelloise, 2014**

Âge gestationnel (semaines)	Mort-nés singletons (n=203)		Mort-nés multiples (n=17)	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=55)	40	72,7	7	12,7
24 (n=24)	13	54,2	0	0,0
25 (n=38)	13	34,2	0	0,0
26-27 (n=98)	27	27,6	0	0,0
28-31 (n=276)	38	13,8	6	2,2
32-36 (n=1 697)	50	2,9	2	0,1
≥ 37 (n=22 674)	22	0,1	2	0,0

### 5.3.2 CAUSES DE MORTALITÉ FŒTALE

**Tableau 25 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=220), Région bruxelloise, 2014**

	Nombre
<b>Causes fœtales</b>	<b>107</b>
Malformations congénitales	85
Infections périnatales	12
Autres	10
<b>Causes maternelles et obstétricales</b>	<b>34</b>
Causes placentaires	12
Pathologies maternelles	15
Anoxie pendant le travail et complication mécanique	7
<b>Causes inexplicées</b>	<b>51</b>
En dehors de la prématurité	36
Dans un contexte de prématurité extrême	15
<b>Causes non transmises</b>	<b>28</b>

## 6. CONCLUSION

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

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

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

### CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

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

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

En 2014, plus d'une femme sur trois souffre de surpoids et plus d'une femme sur dix d'obésité. Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreux facteurs de risque, comme le diabète, l'hypertension artérielle et la macrosomie. D'autre part, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivaient plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (21).

Pour ce qui est du diabète, une augmentation constante de la proportion est observée passant de 5,1 % à 9,3 %. Si l'augmentation de cette proportion est en partie le résultat d'un changement de définition, elle reflète une réelle augmentation de la proportion de diabète que l'on peut rapprocher de l'obésité maternelle et du recul de l'âge de la grossesse. Lutter contre l'obésité et améliorer le dépistage des mères diabétiques permettent de limiter les risques associés tels qu'un poids de naissance élevé, un accouchement compliqué ou par césarienne, une hypoglycémie néonatale due à l'hyperinsulinisme foetal et est donc une priorité en santé publique.

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

La proportion de prématurité ne diffère pas durant la période 2009-2014, que ce soit pour les grossesses uniques ou multiples.

La proportion de travail non spontané tend à augmenter au fil des années, quatre femmes sur dix ayant un travail induit ou une césarienne électorive en 2014. La proportion d'induction augmente depuis 2009 et atteint 29,3 % en 2014. Cette proportion est plus élevée que celle de la Région flamande (23,4 %) (2) et se rapproche de celle de la Wallonie (31,8 %) (1), qui est la proportion la plus élevée d'Europe.

La Région bruxelloise fait partie de la majorité des pays qui présente une proportion de césarienne inférieure à 30,0 % (8), néanmoins en augmentation entre 2009 et 2013 passant de 18,0 à 20,7 %, stable en 2014. Cette augmentation concerne principalement les césariennes électorives (8,2 % en 2009 à 10,0 % en 2014).

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

L'analyse des pratiques de l'accouchement montre également de grandes disparités entre les maternités. Les proportions varient fortement d'une maternité à l'autre pour l'induction (25,2 % à 37,9 %), la césarienne (16,2 % à 26,2 %) et l'épisiotomie (14,8 % à 53,7 % pour les accouchements par voie basse).

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

7,8 % des enfants nés en 2014 affichent un petit poids à la naissance. Cette proportion ne montre pas d'évolution au cours des années 2009 à 2014. La proportion d'enfant de petit poids à la naissance mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines n'évolue pas non plus au cours des années 2009 à 2014.

Le risque de petit poids à la naissance, pour les singletons vivants, est plus important parmi les mères âgées de moins de 20 ans et de 35 ans et plus ainsi que parmi les mères d'origine belge et d'Afrique subsaharienne. Les mères primipares, souffrant d'hypertension ainsi que les mères en sous-poids ont davantage de risque d'avoir un enfant de petit poids à la naissance. Les grossesses de conception assistée présentent également un risque de petit poids à la naissance plus important.

On n'observe pas de modification dans les proportions d'enfants naissant avec un apgar inférieur à 7 ou inférieur à 4 à 5 minutes de vie, ni qui doivent être ventilés à la naissance. Seule, une diminution de la proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie est observée depuis 2009 et peut, peut-être, s'expliquer en partie par la mise en place de la politique IHAB dans de nombreuses maternités du pays (38).

## MORTINATALITÉ

En Région bruxelloise, le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 7,7 ‰ en 2014. La recommandation de l'OMS est de comparer les naissances d'au moins 28 semaines, le taux de mortinatalité est alors de 4,9 ‰. Ce taux ne montre pas d'évolution sur la période 2009-2014.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des mort-nés montre bien que l'interprétation et les comparaisons des analyses sont délicates, ce qui a également été démontré par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles dans sa note sur l'évolution de la mortalité fœto-infantile de 2000 à 2010 (39).

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

Nous remercions vivement le personnel des maternités, les sages-femmes indépendantes et le personnel des services d'état civil, qui contribuent quotidiennement à remplir les certificats ainsi que l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capital sans qui ce rapport ne pourrait être publié.

## 7. RÉFÉRENCES

- (1) Leroy Ch, Van Leeuw V, Zhang WH, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2014. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2016.
- (2) Devlieger R, Martens E, Martens G, Van Mol C, Cammu H. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2014. Studiecentrum voor perinatale Epidemiologie 2015.
- (3) Minsart AF, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelare M, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (4) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- (5) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.
- (6) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Années 2008 à 2012. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2014
- (7) Van Leeuw V, Leroy Ch, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2013. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2015.
- (8) EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013.
- (9) Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, et al. (2013) Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort. PLoS ONE 8(2): e56583. doi:10.1371/journal.pone.0056583
- (10) Gissler M, Alexander S, Macfarlane A, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 2009;88:134-48.
- (11) Reeske A, Kutschmann M, Razum O, Spallek J. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC pregnancy and childbirth* 2011;11:63.
- (12) Minsart A-F, De Spiegelare M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92:204-209.
- (13) Essen B, Hanson BS, Ostergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica* 2000;79:737-43.
- (14) Beeckman K, Louckx F, Putman K. Content and timing of antenatal care: predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of antenatal care trajectories. *European journal of public health* 2012.
- (15) Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *American journal of preventive medicine* 2001;21:52-9.

- (16) Racape J, De Spiegelaere M, Alexander S, Dramaix M, Buekens P, Haelterman E. High perinatal mortality rate among immigrants in Brussels. *The European Journal of Public Health*, 2010; 16: 1-7
- (17) Hercot D, Mazina D, Verduyck P, Deguerry M. Naître Bruxellois(e)- Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(es) 2000-2012. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale; 2015.
- (18) IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.
- (19) Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. Aide-mémoire N°311. Janvier 2015. Site : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- (20) World Health Organization. BMI-for-age Girls. 5 to 19 years (z-scores). 2007. Site: [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/#](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/#)
- (21) Minsart et al.: Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013 13:36.
- (22) Benhalima, C., Devlieger, R., 2012. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap (swens), en zwangerschapsdiabetes: consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012. *Vlaams Tijdschr. Voor Diabetol.*
- (23) HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008; 358: 1991-2002.
- (24) Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Vera Garcia C, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012 Jun 9;379(9832):2162-72.
- (25) Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008;371:75-84. PMID:18177778 doi:10.1016/S0140-6736(08)60074-4
- (26) World Health Organization. Who statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02)
- (27) Robson, M.S., Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 2001. 12: p. 2339
- (28) Absil G, Van Parys AS, Bednarek S, Bekaert A, Lecart Cl, Vandoorne C, Martens G, Temmerman M, Foidart JM. Determinants of high, median and low rates of caesarean deliveries in Belgium. A report of the college mother and new born. 2011
- (29) Porter M, Bhattacharya S. Preventing unnecessary caesarean sections: marginal benefit of a second opinion. *Lancet* 2004; 363:1921.
- (30) Ecker JL, Frigoletto FD Jr. Caesarean delivery and the risk-benefit calculus. *N Engl J Med* 2007; 356:885.
- (31) Localio AR, Lawthers AG, Bengtson JM, et al. Relationship between malpractice claims and caesarean delivery. *JAMA* 1993; 269:366.
- (32) Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association between rising professional liability insurance premiums and primary caesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1264.

- (33) Robert, E., & Swennen, B. (2013, October 01). Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61, 288
- (34) Kramer M.S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis *Bulletin of the World Health Organization*, 65 (5):663-737 (1987)
- (35) McCormick M. C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *New England journal of medicine*, 312: 82-90 (1985).
- (36) Valero de Bernabe J et al. Risk factors for low birth weight: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 116 (2004) 3-15.
- (37) Kramer MS, Seguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatric and perinatal epidemiology* 2000; 14:194-210.
- (38) Organisation mondiale de la santé. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Genève : OMS; 1999.
- (39) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Évolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013

# 8. ANNEXE

## Variabes e-Birth

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

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

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

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

#### State at birth

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

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

#### Hospital & Medical Practitioner

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

### e-Birth - Socio-economic form

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

#### TRACKING & STATUS INFORMATION

##### Version

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

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

##### City of Birth

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

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

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

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

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

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

Information related to the Mother			
Mother Previous Nationality	Previous nationality of the mother. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.	
Mother Education Level	Highest education level achieved or highest education diploma for the mother.	1	Pas d'instruction ou primaire non achevé
		2	Enseignement primaire
		3	Enseignement secondaire inférieur
		4	Enseignement secondaire supérieur
		5	Enseignement supérieur non universitaire
		6	Enseignement universitaire
		8	Autre
		9	Inconnu
		Mother Professional Situation	Current professional situation of the mother.
2	Femme/Homme au foyer		
3	Étudiant(e)		
4	Chômeur(se)		
5	Pensionné(e)		
6	Incapacité de travail		
7	Autre, précisez		
9	Inconnu ou non déclarée		
Mother Other Professional Situation	If option other is chosen for the current professional situation, a description must be provided.		

Mother Social State	Social state in the mother's current profession or for retired or unemployed worker in the last profession.	1	Indépendant(e)
		2	Employé(e)
		3	Ouvrier(ère)
		4	Aidant(e)
		5	Sans statut
		6	Autre, précisez
		9	Inconnu ou non déclarée
Mother Other Social State	If option other is chosen for the social state in the current profession, a description must be provided.		
Mother Current profession	Current profession of the mother.	Note : if the web application is used, a profession is proposed based on the initial characters entered by the user.	
Mother Usual Place Of Living - Municipality code	Usual place of living of the mother. NIS-code of the municipality (only if country is Belgium, without district code).	List if NIS code for Belgian cities available in annex.	
Mother Usual Place Of Living - Country	Usual place of living of the mother. Country / nationality code.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.	
Mother Usual Place Of Living - Description	Usual place of living of the mother. Free text description.		
Mother Civil Status	Civil status of the mother.	1	Célibataire
		2	Mariée
		3	Veuve
		4	Divorcée
		5	Légalement séparée de corps
		9	Inconnu
Mother Cohabitation	Does the mother live with her partner?	1	Oui, cohabitation légale
		2	Oui, en union (mariage)
		3	Oui, cohabitation de fait
		4	Non
Mother Cohabitation Date	Date of the current wedding or of the (cohabitation légale/ wettelijke samenwoning) with her partner.		

#### Information related to the Father

Father Previous Nationality	Previous nationality of the father. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.	
Father Education Level	Highest education level achieved or highest education diploma for the father.	1	Pas d'instruction ou primaire non achevé
		2	Enseignement primaire
		3	Enseignement secondaire inférieur
		4	Enseignement secondaire supérieur
		5	Enseignement supérieur non universitaire
		6	Enseignement universitaire
		8	Autre
		9	Inconnu
Father Professional Situation	Current professional situation of the father.	1	Actif/Active
		2	Femme/Homme au foyer
		3	Étudiant(e)
		4	Chômeur(se)
		5	Pensionné(e)
		6	Incapacité de travail
		7	Autre, précisez
		9	Inconnu ou non déclarée
Father Other Professional Situation	If option other is chosen for the current professional situation, a description must be provided.		
Father Social State	Social state in the father's current profession or for retired or unemployed worker in the last profession.	1	Indépendant(e)
		2	Employé(e)
		3	Ouvrier(ère)
		4	Aidant(e)
		5	Sans statut
		6	Autre, précisez
		9	Inconnu ou non déclarée
Father Other Social State	If option other is chosen for the social state in the current profession, a description must be provided.		
Father Current profession	Current profession of the father.	Note : if the web application is used, a profession is proposed based on the initial characters entered by the user.	





