CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Santé périnatale en Région bruxelloise

Année 2025



RAPPORT Santé périnatale en Région bruxelloise - 2025 **5**

DOSSIER SPÉCIAL Risque obstétrical et niveaux de soins : revue de la littérature et perspectives belges **81**

CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Santé périnatale en Région bruxelloise

Année 2025

RAPPORT Santé périnatale en Région bruxelloise - 2025 **5**

DOSSIER SPÉCIAL Risque obstétrical et niveaux de soins : revue de la littérature et perspectives belges **81**

RÉFÉRENCES **93**

ANNEXES **107**

Wallonie AViQ Agence pour une Vie de Qualité Familles Santé Handicap

vivalis .brussels

COLOPHON

Auteures
Virginie Van Leeuw, Charlotte Leroy, Sarah Michel

Auteures dossier spécial
Sarah Michel, Charlotte Leroy, Virginie Van Leeuw

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

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

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

Impression
AZ Print, imprimé sur papier certifié FSC.

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

Télécharger le rapport
www.cepip.be

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

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :
Van Leeuw V, Leroy Ch, Michel S. Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2025. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2026.

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands.

ORGANIGRAMME

Conseil d'administration

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

Assemblée générale

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

Équipe du programme périnatalité

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

(P) = Président

Conseil scientifique – section périnatalité

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

Abréviations

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

INTRODUCTION

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

Au cours des dernières décennies, des progrès significatifs ont été réalisés dans le domaine de la santé périnatale, entraînant une diminution notable des taux de mortalité périnatale dans les pays à hauts revenus (1–3). Toutefois, comme le souligne le dernier rapport européen sur la santé périnatale (1), cette période demeure marquée par une vulnérabilité accrue, tant pour la mère que pour l'enfant à naître. Dans cette perspective, l'identification rigoureuse des facteurs de risque représente un levier essentiel pour développer des stratégies de prévention ciblées et efficaces. Elle constitue ainsi un objectif central des politiques de santé publique en Europe. Une grossesse et un accouchement exempts de complications périnatales ont des répercussions positives à long terme sur la santé de l'enfant ainsi que celle de ses parents (1). Parmi les principaux facteurs de risque maternels associés à une morbidité et une mortalité maternelles accrues, on retrouve l'âge maternel avancé (4–7), le surpoids et l'obésité (8–10), et la primiparité (6,11–13). Concernant les risques associés à la mortalité fœtale, on peut citer le tabagisme actif, la surcharge pondérale, l'âge maternel avancé, l'hypertension artérielle chronique, le diabète préexistant, la primiparité, le retard de croissance intra-utérin et le décollement prématuré du placenta normalement inséré (14). Les inégalités socio-économiques jouent également un rôle déterminant dans les taux de mortalité fœtale en Europe. Par ailleurs, la prématurité, le retard de croissance intra-utérin, le sepsis et les anomalies congénitales demeurent les principales causes de mortalité et de morbidité périnatales. En outre, de nombreuses données empiriques récentes mettent en lumière les conséquences à long terme des complications périnatales sur la santé globale de l'enfant, contribuant ainsi à l'émergence et au maintien des inégalités sociales de santé tout au long de la vie (1,15). Ces disparités initiales peuvent favoriser la reproduction intergénérationnelle des inégalités sociales (16).

Dans ce contexte, la surveillance systématique et continue de la santé périnatale et plus particulièrement des déterminants associés à la mortalité et à la morbidité, demeure une priorité majeure en santé publique (1).

Ce rapport est structuré en deux parties. La première présente une **analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mortinaissances enregistrées en 2025 en Région bruxelloise.** Elle couvre l'ensemble des naissances survenues sur le territoire régional, indépendamment du lieu de résidence de la mère, et décrit les caractéristiques sociodémographiques et médicales des mères, ainsi que celles relatives à l'accouchement et à la naissance. L'évolution de ces caractéristiques au fil du temps est également examinée, avec une attention particulière portée à certaines disparités selon l'âge, la nationalité d'origine et d'autres facteurs de risque.

La seconde partie constitue le **dossier spécial** du rapport. Sous la forme d'une revue de la littérature, elle examine l'influence du niveau de risque obstétrical, du lieu d'accouchement et du niveau de soins sur les issues maternelles, obstétricales et néonatales. Ce dossier offre ainsi un éclairage complémentaire sur l'organisation et les pratiques des soins périnataux en Belgique, tout en ouvrant des perspectives de réflexion sur leur évolution.

Cette publication est réalisée en vue de **fournir aux acteurs de terrain (en priorité les maternités), au monde scientifique et aux décideurs politiques des données actualisées** permettant de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la mère et de l'enfant et à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé périnatale.

Les données de la Région wallonne sont présentées séparément (17). En parcourant ces deux rapports et celui du Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) (18), une vision du paysage périnatal belge est possible. Ces données permettent également de compléter les statistiques au niveau national (STATBEL) et européen (EUROSTAT et EURO-PERISTAT).

Santé périnatale en Région bruxelloise

Année 2025

Van Leeuw V, Leroy Ch, Michel S

RAPPORT Santé périnatale en Région bruxelloise - 2025 **5**

DOSSIER SPÉCIAL Risque obstétrical et niveaux de soins : revue de la littérature et perspectives belges **81**

RÉFÉRENCES **93**

ANNEXES **107**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **4**

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES **8**

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

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

3. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE **19**
3.1. Synoptique 19
3.2. Âge de la mère 20
3.3. Situation sociodémographique de la mère 21
3.4. Discussion 22

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

5. CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT **35**
5.1. Synoptique 35
5.2. Durée de la grossesse 36
5.3. Streptocoque B et antibioprophylaxie 36
5.4. Type de début de travail 38
5.5. Anesthésie loco-régionale 40
5.6. Mode d'accouchement 41
5.7. Épisiotomie 44
5.8. Accouchement sans intervention obstétricale 45
5.9. Caractéristiques de l'accouchement selon les caractéristiques de la mère 46
5.10. Discussion 48

6. PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS 51
6.1 Induction et maternités 51
6.2 Mode d'accouchement et maternités 52
6.3 Épisiotomie et maternités 53
6.4 Accouchement sans intervention obstétricale et maternités 54
6.5 Discussion 56

7. CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES 57
7.1 Synoptique 57
7.2 Présentation de l'enfant à la naissance 58
7.3 Âge gestationnel 58
7.4 Poids à la naissance 61
7.5 Poids à la naissance selon l'âge gestationnel 62
7.6 Sexe du nouveau-né 63
7.7 Malformations congénitales 64
7.8 Apgar 65
7.9 Ventilation du nouveau-né 65
7.10 Admission en néonatologie 66
7.11 Caractéristiques des naissances selon les caractéristiques de la mère 66
7.12 Discussion 68

8. ALLAITEMENT MATERNEL 71

9. MORTALITÉ PÉRINATALE 72
9.1 Synoptique 72
9.2 Chiffres généraux 73
9.3 Résidence de la mère 74
9.4 Âge gestationnel 75
9.5 Poids à la naissance 76
9.6 Discussion 77

10. CONCLUSION 78

DOSSIER SPÉCIAL : RISQUE OBSTÉTRICAL ET NIVEAUX DE SOINS : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET PERSPECTIVES BELGES 81
1. Introduction 82
2. Méthodologie 83
3. Résultats 84
4. Discussion 86
5. Conclusion 90

RÉFÉRENCES 93

ANNEXES 107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Distribution des accouchements 16
Tableau 2. Distribution des naissances. 16
Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques des mères 19
Tableau 4. Caractéristiques médicales des mères 24
Tableau 5. Distribution des accouchements selon le type de conception de la grossesse 25
Tableau 6. Caractéristiques des accouchements 35
Tableau 7. Distribution des accouchements à terme (hors césarienne programmée) selon le statut de colonisation au streptocoque B 36
Tableau 8. Classification des inductions selon les groupes de Nippita 39
Tableau 9. Distribution des naissances selon le mode d'accouchement 42
Tableau 10. Classification des césariennes selon les groupes de Robson 43
Tableau 11. Caractéristiques des accouchements de singletons selon les caractéristiques de la mère 47
Tableau 12. Caractéristiques des naissances 57
Tableau 13. Caractéristiques des naissances vivantes 58
Tableau 14. Distribution des naissances selon les catégories de prématurité 58
Tableau 15. Distribution des naissances selon l'âge gestationnel 59
Tableau 16. Distribution des naissances selon le poids à la naissance 61
Tableau 17. Distribution des naissances selon les percentiles de poids pour âge gestationnel 62
Tableau 18. Malformations congénitales majeures 64
Tableau 19. Caractéristiques des naissances de singletons vivants selon les caractéristiques de la mère 68
Tableau 20. Distribution des accouchements selon l'intention d'allaiter 71
Tableau 21. Distribution de la mortalité périnatale selon les caractéristiques de l'enfant 72

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Évolution du type d'enregistrement pour les naissances vivantes 11
Figure 2. Distribution des proportions de données manquantes par variable 12
Figure 3. Évolution du nombre de naissances et d'accouchements. 17
Figure 4. Nombre d'accouchements par maternité 17
Figure 5. Évolution de l'âge moyen des mères selon la parité. 20
Figure 6. Évolution des classes d'âge de la mère 21
Figure 7. Évolution des accouchements selon la résidence de la mère 21
Figure 8. Évolution de la parité 25
Figure 9. Évolution de la proportion de mères ayant eu recours à un traitement de FIV/ICSI 26
Figure 10. Évolution de la corpulence de la mère 26
Figure 11. Évolution du statut d'obésité de la mère âgée de 18 ans et plus 27
Figure 12. Prise de poids moyenne (et écart-type) selon la corpulence de la mère (singletons à terme) 28
Figure 13. Prise de poids en fonction de la recommandation selon la corpulence de la mère (singletons à terme) 28
Figure 14. Évolution de la proportion de mères avec hypertension artérielle 29

Figure 15. Évolution de la proportion de mères avec diabète 29
Figure 16. Distribution du traitement conceptionnel selon les caractéristiques de la mère 30
Figure 17. Distribution de l'obésité selon les caractéristiques de la mère 30
Figure 18. Distribution de l'hypertension artérielle selon les caractéristiques de la mère 31
Figure 19. Distribution du diabète selon les caractéristiques de la mère 31
Figure 20. Évolution des proportions d'accouchements prématurés 36
Figure 21. Distribution des accouchements à terme (hors césarienne programmée) selon le statut de colonisation au streptocoque B et l'antibioprophylaxie 37
Figure 22. Évolution de l'antibioprophylaxie pour le streptocoque B positif parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée) 37
Figure 23. Évolution du type de début de travail 38
Figure 24. Évolution des proportions d'accouchements avec anesthésie loco-régionale 40
Figure 25. Évolution du mode d'accouchement 41
Figure 26. Évolution du mode d'accouchement parmi les singletons vivants en siège 41
Figure 27. Évolution du mode d'accouchement parmi les mères avec antécédent de césarienne 42
Figure 28. Évolution des proportions d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse 44
Figure 29. Évolution des proportions d'accouchements sans intervention obstétricale 45
Figure 30. Distribution des facteurs de risque maternels selon la parité pour les singletons 46
Figure 31. Distribution et évolution de l'induction dans les maternités 51
Figure 32. Distribution et évolution du mode d'accouchement dans les maternités 52
Figure 33. Distribution et évolution de l'accouchement par voie basse après antécédent de césarienne dans les maternités 53
Figure 34. Distribution et évolution de l'épisiotomie pour les accouchements par voie basse dans les maternités 54
Figure 35. Distribution et évolution de l'accouchement sans intervention obstétricale dans les maternités 55
Figure 36. Distribution des naissances vivantes selon l'âge gestationnel et la multiplicité de la grossesse 59
Figure 37. Évolution des proportions de singletons vivants selon la prématurité 60
Figure 38. Évolution des proportions de singletons vivants prématurés et early term 60
Figure 39. Évolution des proportions de singletons vivants de faible poids à la naissance 61
Figure 40. Évolution des proportions de singletons vivants macrosomes 62
Figure 41. Évolution des proportions de singletons vivants selon les percentiles de poids pour âge gestationnel 63
Figure 42. Évolution du score d'Apgar à 5 minutes pour les naissances vivantes 65
Figure 43. Évolution de la ventilation du nouveau-né pour les naissances vivantes 65
Figure 44. Évolution de l'admission en centre néonatal pour les naissances vivantes 66
Figure 45 : Distribution des facteurs de risque maternels selon la parité pour les singletons vivants 67
Figure 46. Distribution de l'allaitement maternel selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse 71
Figure 47. Évolution de la mortalité périnatale 73
Figure 48. Taux de mortalité fœtale selon les différents critères d'inclusion 74
Figure 49. Évolution de la mortalité fœtale selon la résidence de la mère 74
Figure 50. Évolution de la mortalité périnatale selon l'âge gestationnel (en semaines) 75
Figure 51. Évolution de la mortalité périnatale selon le poids à la naissance (en grammes) 76

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 SOURCES ET FLUX DES DONNÉES

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

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

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

1.2 DONNÉES

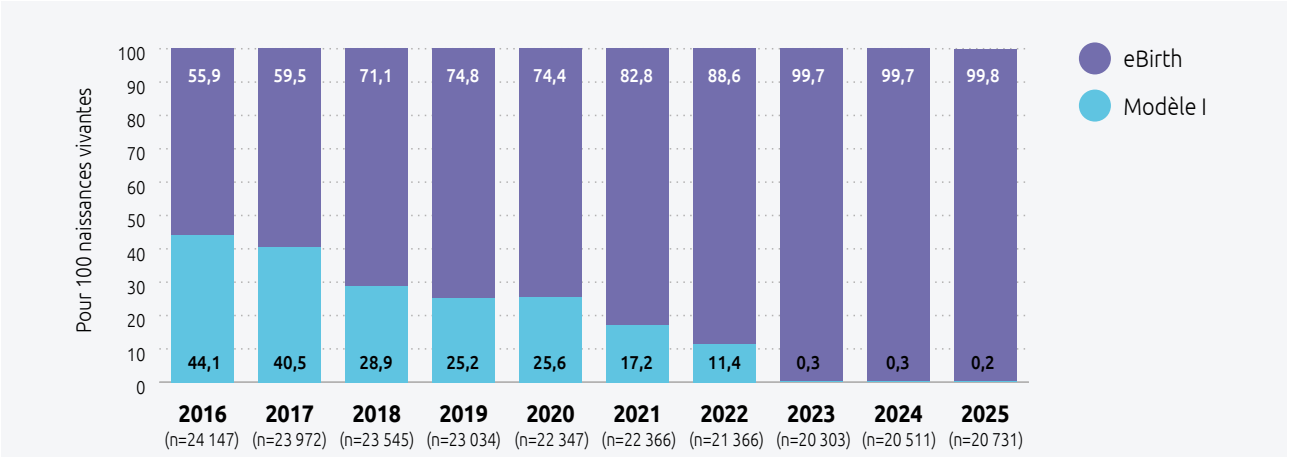
Les données utilisées sont celles du bulletin statistique de naissance (eBirth ou Modèle I) ou de décès (Modèle IIID). En 2010, un système d'enregistrement électronique des enfants nés vivants, appelé eBirth, a été créé. Les maternités et les communes ont peu à peu fait le choix de compléter le bulletin de naissance de ces enfants par voie électronique remplaçant ainsi le bulletin au format papier (Modèle I). Depuis 2023, les données de toutes les maternités et de 8 des 19 communes bruxelloises proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques eBirth. Seules les naissances extrahospitalières sont encore déclarées via le bulletin papier **(figure 1)**.

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

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

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

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



Calculé sur le nombre de naissances vivantes

Figure 1. Évolution du type d'enregistrement pour les naissances vivantes, 2016-2025, N=222 322

1.3 TRAITEMENT DES DONNÉES

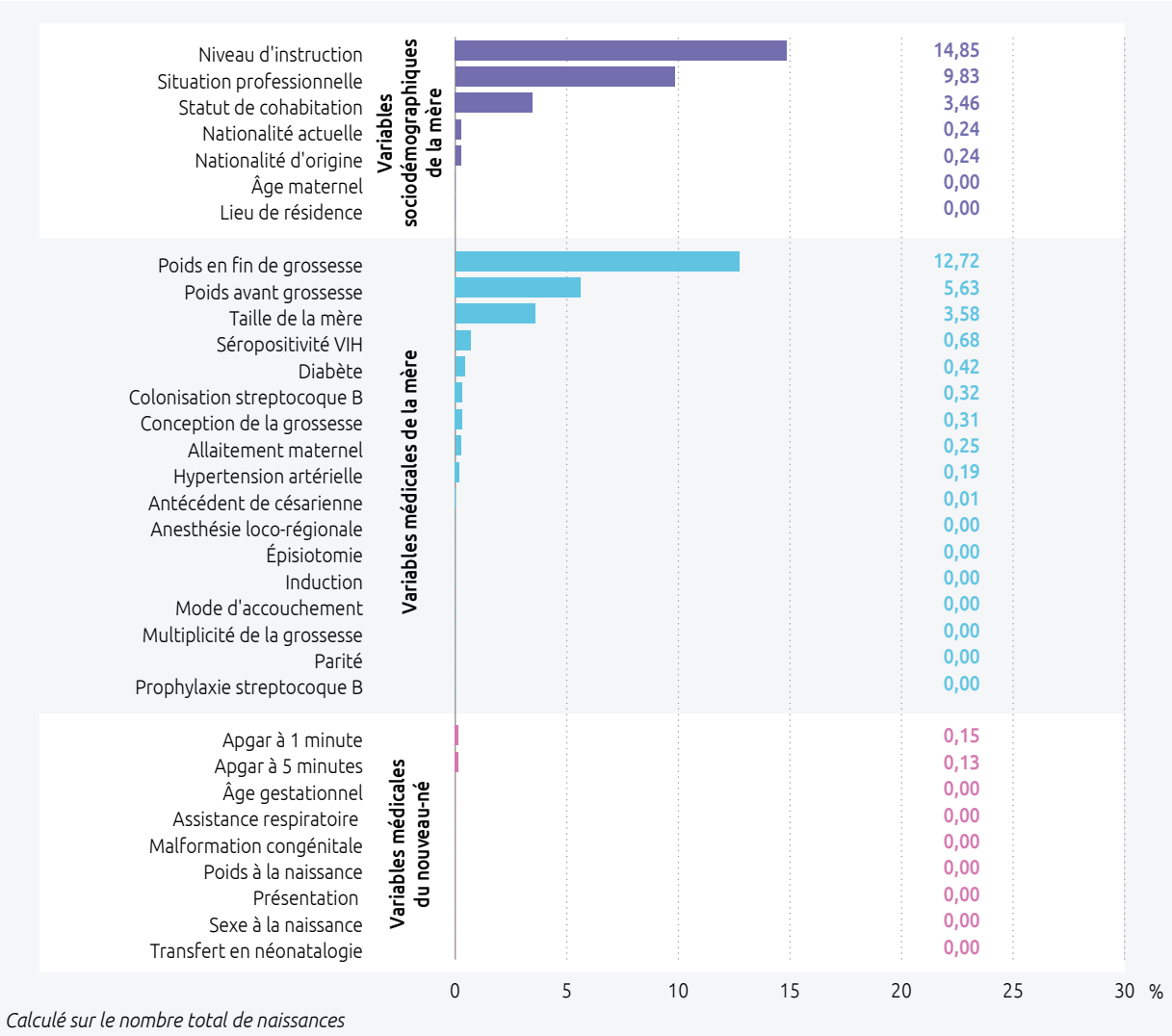
Le CEpiP assure la collecte, l'encodage, l'intégration et l'appariement des données issues des bulletins statistiques de naissance et de décès, puis les soumet à un processus rigoureux de validation et de contrôle qualité. Les données erronées, incomplètes, incohérentes ou douteuses sont identifiées, vérifiées et corrigées en collaboration avec les maternités et les communes. Ce travail s'accompagne d'un soutien continu aux acteurs impliqués dans le processus, afin d'améliorer la compréhension des variables, de prévenir la récurrence des erreurs et de garantir la fiabilité de ces données.

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

La **figure 2** présente, pour chacune des variables décrites dans le rapport, la proportion de valeurs manquantes (VM). Globalement, ces proportions demeurent très faibles, inférieures à 1,0 %. Quatre variables présentent toutefois des proportions plus élevées : le poids de la mère avant la grossesse, le poids de la mère en fin de grossesse, la situation professionnelle et le niveau d'instruction de la mère **(figure 2)**.

La proportion de valeurs manquantes pour le poids de la mère avant la grossesse atteint son niveau le plus bas depuis 2016. À l'inverse, la proportion de valeurs manquantes pour le poids en fin de grossesse est la plus élevée observée sur la période étudiée, malgré les actions de sensibilisation menées auprès des équipes. Néanmoins, les contrôles qualité réalisés indiquent que les données disponibles pour cette variable présentent une qualité suffisante pour permettre leur exploitation.

Pour les variables « niveau d'instruction » et « situation professionnelle », les proportions de valeurs manquantes fluctuent d'une année à l'autre, sans tendance temporelle clairement identifiable. Elles varient également fortement selon la commune. Par ailleurs, des problèmes de qualité de l'information persistent, y compris dans certaines communes où la proportion de valeurs manquantes reste supérieure à 5,0 %, malgré le travail d'accompagnement réalisé. Compte tenu de ces limites, ces deux variables ne sont pas analysées dans la suite du rapport.



Calculé sur le nombre total de naissances

Figure 2. Distribution des proportions de données manquantes par variable, 2025, N=20 984

1.4 ANALYSES

Ce rapport décrit les données périnatales pour les naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise au cours de l'année 2025. Plusieurs maternités bruxelloises ont un caractère universitaire ce qui peut avoir un impact sur ces données, notamment la mortinatalité et la prématurité.

Pour chaque variable, une description a été réalisée par accouchement ou par naissance afin de répondre aux recommandations internationales tout en permettant de comparer les résultats aux autres publications belges, à savoir celle de la Wallonie (17) et celle de la Flandre (18) de 2025. À ceci près que le SPE (qui publie les données de la Flandre) prend en compte dans son rapport toutes les naissances survenues en Flandre mais également à l'UZ Brussel (une des 11 maternités bruxelloises recensées dans ce rapport). Le dernier rapport d'Euro-Peristat permet de situer les données des Régions au sein de l'Europe (3).

Une analyse de l'évolution depuis 2016 (19–27) est présentée dans ce rapport.

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

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

L'analyse des pratiques obstétricales a été réalisée pour les 11 maternités bruxelloises. Les résultats obtenus ont été comparés à ceux observés 10 ans auparavant, en 2016. Les statistiques descriptives suivantes sont présentées pour l'ensemble des pratiques obstétricales : minimum, maximum, moyenne, écart-type, médiane et écart interquartile. L'écart interquartile (EIQ) est défini comme la différence entre le troisième quartile (75^{e} centile) et le premier quartile (25^{e} centile) d'une série de données. Cet indicateur mesure la dispersion de la moitié centrale (50 %) des valeurs et est peu influencé par les valeurs extrêmes.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 19.0, 2026.

1.5 DÉFINITIONS

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

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

L'âge maternel avancé (AMA) est défini comme un âge de 40 ans ou plus au moment de l'accouchement. Dans la littérature, la limite de 35 ans ou plus est souvent utilisée (28). Cependant, bien qu'il soit reconnu qu'un âge maternel plus élevé augmente les risques de complications à partir de 35 ans, le seuil de 40 ans est désormais adopté internationalement afin d'ajuster la surveillance et les pratiques cliniques à partir de cet âge et au-delà (29,30).

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

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids avant la grossesse (kg) par le carré de la taille (mètre) et exprimé en kg/m². Les catégories de corpulence utilisées sont celles recommandées par l'OMS (31), à savoir :

pour les femmes âgées de 18 ans et plus :	pour les femmes âgées de moins de 18 ans :
IMC <18,5 kg/m² = sous-poids	< -2SD = insuffisance pondérale
IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m² = poids normal	> +1SD = surpoids
IMC entre 25 à 29,9 kg/m² = surpoids	> +2SD = obésité
IMC ≥ 30,0 kg/m² = obésité	

Pour les mères âgées de 18 ans et plus, l'obésité est également analysée en 3 classes : obésité modérée (IMC entre 30,0 et 34,9 kg/m²), obésité sévère (IMC entre 35,0 et 39,9 kg/m²) et obésité morbide (IMC ≥ 40,0 kg/m²).
Dans certains cas, les catégories surpoids et obésité sont regroupées sous la dénomination surcharge pondérale.

La prise de poids durant la grossesse est analysée en 3 catégories – prise de poids inférieure, conforme ou supérieure à la recommandation – sur la base des recommandations publiées dans le rapport « Weight gain during pregnancy : reexamining the guidelines » (32) qui sont de :

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

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

Le diabète regroupe les notions de diabète gestationnel et préexistant.

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

L'induction du travail est définie comme toute induction par voie médicamenteuse ou par rupture artificielle des membranes. L'induction des contractions en cas de rupture prématurée des membranes chez une patiente qui n'a pas d'autre signe de travail est aussi classée dans les inductions. Les méthodes actuelles de classification des femmes ayant été induites sont très hétérogènes, elles reposent sur des indications médicales et comportent des limites significatives. Ces limites contribuent à la controverse et à l'incertitude liées à l'interprétation des résultats maternels et périnataux après une induction du travail. Nippita *et al.* (33) proposent un système de classification pour l'induction qui repose sur des critères simples et faciles à implémenter. Le système de classification de Nippita catégorise les mères en 10 groupes reposant sur les caractéristiques des femmes, à savoir le statut de la grossesse, les antécédents obstétricaux, la présentation de l'enfant et l'âge gestationnel. Les groupes se basent sur des critères mutuellement exclusifs. Ce système, utilisé dans ce rapport, facilite les comparaisons aux niveaux local, régional et international, et améliore la capacité à comparer des populations homogènes de femmes afin de comprendre les différences de résultats pour la santé des mères et de leurs bébés.

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

Pour **la césarienne**, une distinction est faite entre la césarienne programmée (ou primaire ou élective) et la césarienne non programmée (ou secondaire). La césarienne programmée est une césarienne chez une femme enceinte poche intacte et non en travail et la césarienne non programmée est une césarienne réalisée dans tous les autres cas, même si la césarienne était initialement programmée mais a été anticipée pour d'autres raisons d'urgence. Les systèmes utilisés pour classifier les césariennes sont très hétérogènes et les comparaisons régionales, nationales et internationales rendues difficiles. L'OMS recommande d'utiliser le système de classification de Robson, reposant sur les caractéristiques des femmes, à savoir le statut de la grossesse, les antécédents obstétricaux, le mode de travail et d'accouchement et l'âge gestationnel. Ce système, présenté dans ce rapport, catégorise les mères en 10 groupes en fonction des caractéristiques maternelles et fœtales de la grossesse. Les groupes se basent sur des critères pertinents, mutuellement exclusifs et totalement inclusifs (34).

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

La prématurité est définie comme tout accouchement ou toute naissance survenu(e) avant 37 semaines d'âge gestationnel.

Dans ce rapport, nous utilisons les catégories d'âge gestationnel suivantes, à savoir les « extremely preterm » qui regroupent les naissances avant 28 semaines, les « very preterm » qui sont définis comme les enfants nés entre 28 et 31 semaines, les « moderate preterm » qui regroupent les naissances entre 32 et 33 semaines gestationnelles, les « late preterm » les enfants nés entre 34 et 36 semaines gestationnelles, les « early term » les enfants nés à 37 ou 38 semaines gestationnelles, les « full-term » qui regroupent les naissances entre 39 et 41 semaines et les « post-term » les enfants à partir de 42 semaines (35).

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

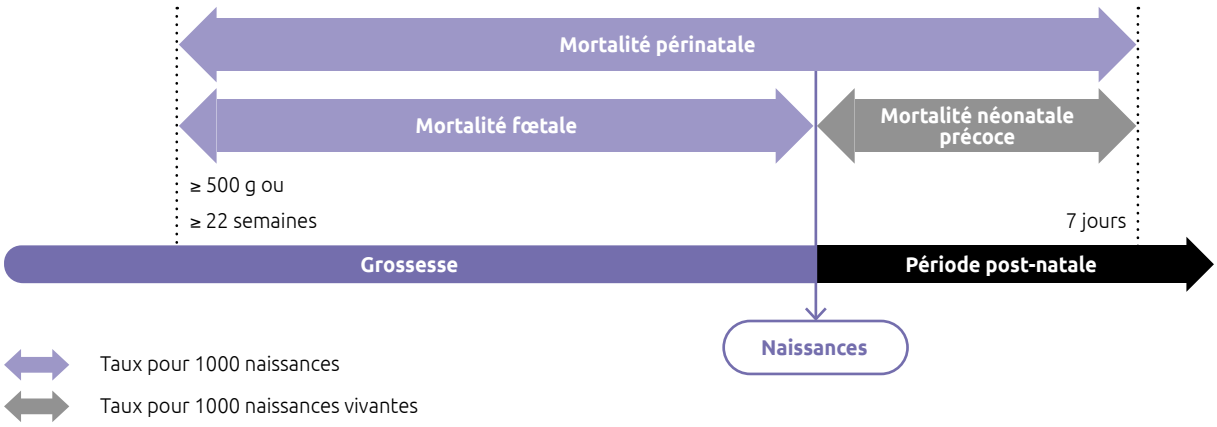
Le poids à la naissance étant fortement lié à l'âge gestationnel, un indicateur de **poids pour l'âge gestationnel** a été créé sur la base des courbes d'Intergrowth 21 (36). Ces courbes ont été construites sur la base des données de nouveau-nés sans complication majeure, nés de mères considérées en bonne santé et de diverses zones géographiques. Malgré la taille importante de l'échantillon utilisé pour réaliser les courbes de croissance, peu d'enfants nés à 33 semaines ou moins répondaient aux critères d'inclusion, ce qui n'est pas surprenant car à ces âges gestationnels, la plupart des grossesses présentent des facteurs de risque. Les nouveau-nés à 33 semaines ou moins, nés de mères avec certains facteurs de risque ont malgré tout été intégrés dans la population d'étude mais ces enfants ne présentaient ni malformations congénitales ni retard de croissance intra-utérin. Les courbes Intergrowth sont donc à utiliser avec précaution étant donné le faible effectif de grossesses « normales » à 33 semaines ou moins (36).

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

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

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

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



2. DESCRIPTION DE LA POPULATION

2.1 ACCOUCHEMENTS ET NAISSANCES

Principaux dénominateurs utilisés tout au long de ce rapport[2]	
Accouchements	**20 627**
Accouchements de singletons	**20 277**
Accouchements de multiplés	**350**
Naissances	**20 984**
Naissances vivantes	**20 731**
Naissances de singletons nés vivants	**20 033**
Naissances de mort-nés	**253**

Parmi les 1,7 % d'accouchements de multiplés, on observe 344 grossesses de jumeaux et 6 grossesses de triplés **(tableau 1)**.

Tableau 1. Distribution des accouchements, 2025, N=20 627

	Nombre	%	%
Singletons		**20 277**	**98,30**
	1 enfant vivant	20 033	
	1 enfant mort-né	244	
Grossesses gémellaires		**344**	**1,67**
	2 enfants vivants	339	
	1 enfant vivant et 1 mort-né	2	
	2 enfants mort-nés	3	
Grossesses triples		**6**	**0,03**
	3 enfants vivants	6	

Le nombre total de naissances est de 20 984, avec 20 277 naissances de singletons et 707 naissances de multiplés **(tableau 2)**.

Tableau 2. Distribution des naissances, 2025

	Total (N=20 984)		**Vivant (N=20 731)**		**Mort-né (N=253)**	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Singletons	20 277	96,6	20 033	96,6	244	96,4
Jumeaux	689*	3,3	680	3,3	9	3,6
Triplés	18	0,1	18	0,1	0	0,0

* Pour un accouchement de jumeaux, le premier enfant est né l'année précédente.

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

Une diminution du nombre de naissances de 15,5 % est observée entre 2016 et 2023, avec une légère remontée depuis 2024 **(figure 3)**.
La proportion de grossesses multiples (1,7 %) diminue très légèrement entre 2017 et 2025, passant de 2,1 % à 1,7 %.

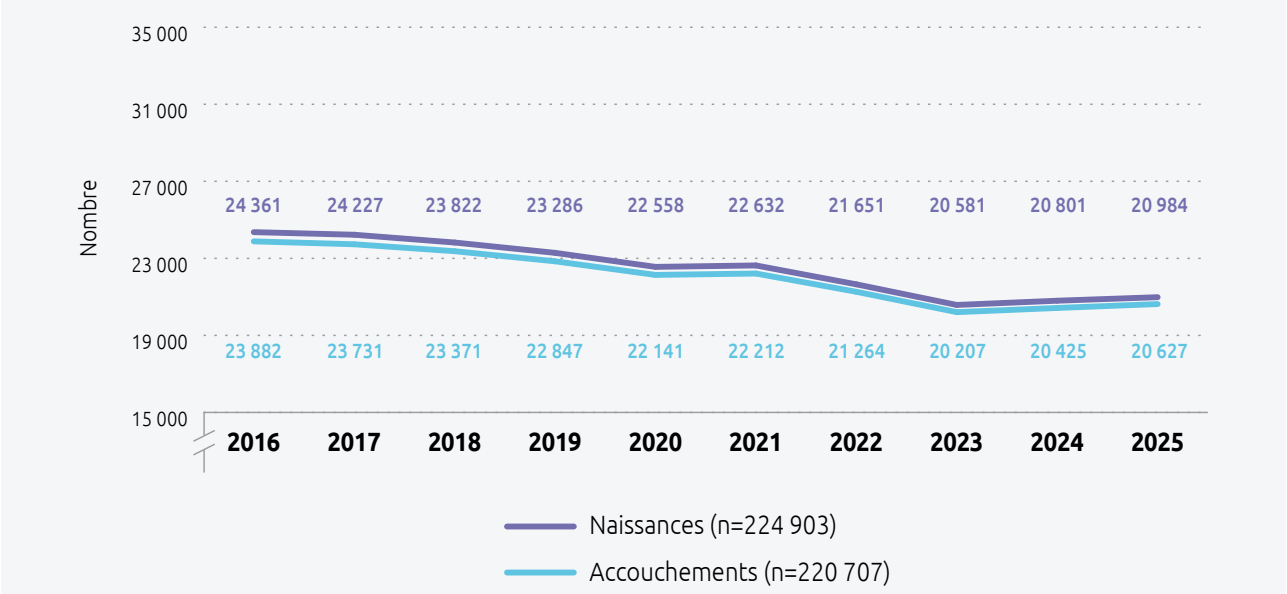


Figure 3. Évolution du nombre de naissances et d'accouchements, 2016-2025

2.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT

Nous avons comptabilisé 20 567 accouchements à l'hôpital et 60 accouchements en extrahospitalier (0,3 %).

Le parc hospitalier bruxellois compte 11 maternités dont 3 universitaires. Près d'une femme sur trois a accouché dans une maternité universitaire (29,0 %) en 2025. Le nombre d'accouchements enregistrés par maternité s'étend de 824 à 3 237 **(figure 4)**.

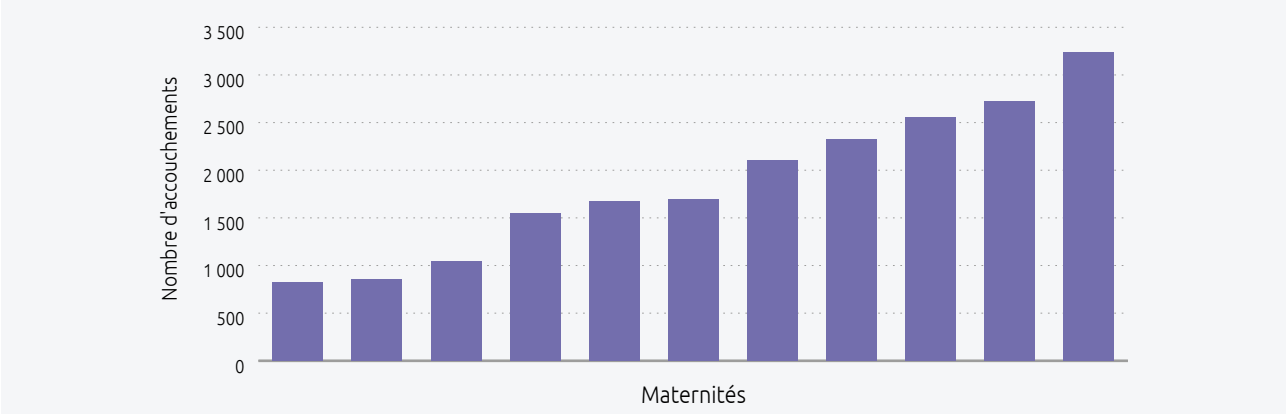


Figure 4. Nombre d'accouchements par maternité, 2025, N=20 567

Parmi les 60 accouchements extrahospitaliers, on comptabilise 13 accouchements à domicile programmés et 47 accouchements inopinés. La proportion d'accouchements extrahospitaliers est la plus faible depuis 2016.

2.3 DISCUSSION

En 2025, la Région bruxelloise a enregistré 20 627 accouchements, correspondant à 20 984 naissances, dont 20 731 naissances vivantes. Les accouchements concernent très majoritairement des singletons, les grossesses multiples représentant 1,7 % de l'ensemble, une proportion en légère diminution depuis 2017. La quasi-totalité des accouchements s'est déroulée en milieu hospitalier (99,7 %), au sein des 11 maternités bruxelloises, dont trois universitaires. Ces dernières ont accueilli près d'une femme sur trois. Les accouchements extrahospitaliers restent très rares (0,3 %) et surviennent le plus souvent de manière inopinée.

Après une baisse de 15,5 % du nombre de naissances à Bruxelles entre 2016 et 2023, une légère hausse est observée depuis 2024. Cette légère remontée doit être interprétée avec prudence car elle ne reflète probablement qu'une fluctuation conjoncturelle et non une inversion de la tendance démographique de fond.
Depuis plusieurs décennies, l'Europe est confrontée à une baisse structurelle et continue de la natalité. En 2024, le taux de fécondité total (TFR) moyen dans les 27 États membres a atteint 1,34 enfant par femme, contre 1,46 en 2022, soit un niveau nettement inférieur à celui observé au début des années 1960, estimé à environ 2,58 enfants par femme (37). Le nombre total de naissances dans l'UE s'est élevé à 3,55 millions en 2024, soit une diminution de 3,3 % par rapport à l'année 2023 (38).
Le paysage européen est marqué par des écarts importants, avec un taux de fécondité de 1,72 pour la Bulgarie et de 1,01 pour Malte. Avec un TFR de 1,44 en 2024, la Belgique se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne (1,34) (38), mais dans une dynamique de baisse continue depuis le début des années 2010 (37).

Le report de la maternité est un phénomène généralisé en Europe, avec un âge moyen à la première naissance dépassant désormais 31 ans. Ce recul réduit la durée de la période de fécondité, augmentant le risque d'infécondité involontaire (37). Cette tendance est confirmée par une étude menée en 2024 à l'échelle mondiale, couvrant 204 pays entre 1950 et 2021, qui montre un déclin généralisé de la fertilité (39). Le dernier rapport du Fonds des Nations Unies pour la population indique que la principale cause de la baisse de la natalité est l'insécurité financière, sociale et politique croissante (40). Le professeur et démographe Thierry Eggerickx confirme ces explications en soulignant que la procréation relève avant tout d'un choix personnel. Il rappelle toutefois que ce choix peut être favorisé par des politiques sociales et familiales ainsi que par une plus grande égalité entre les hommes et les femmes, montrant ainsi que la baisse de la fécondité n'est pas une fatalité (41).

Avec une proportion très faible en 2025, les accouchements extrahospitaliers sont rares en Région bruxelloise tout comme dans la majorité des pays européens où les accouchements se déroulent presque exclusivement à l'hôpital. Les naissances à domicile et en maison de naissance – structures extrahospitalières – demeurent très marginales, à l'exception des Pays-bas et du Royaume-Uni. Aux Pays-Bas, environ 14 % des naissances ont lieu à domicile et 14 % en maison de naissance (42). Au Royaume-Uni, la proportion de naissances à domicile est d'environ 2,2 %, tandis que 14 % des accouchements sont réalisés en maison de naissance intra ou extrahospitalière (43).

3. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

3.1 SYNOPTIQUE

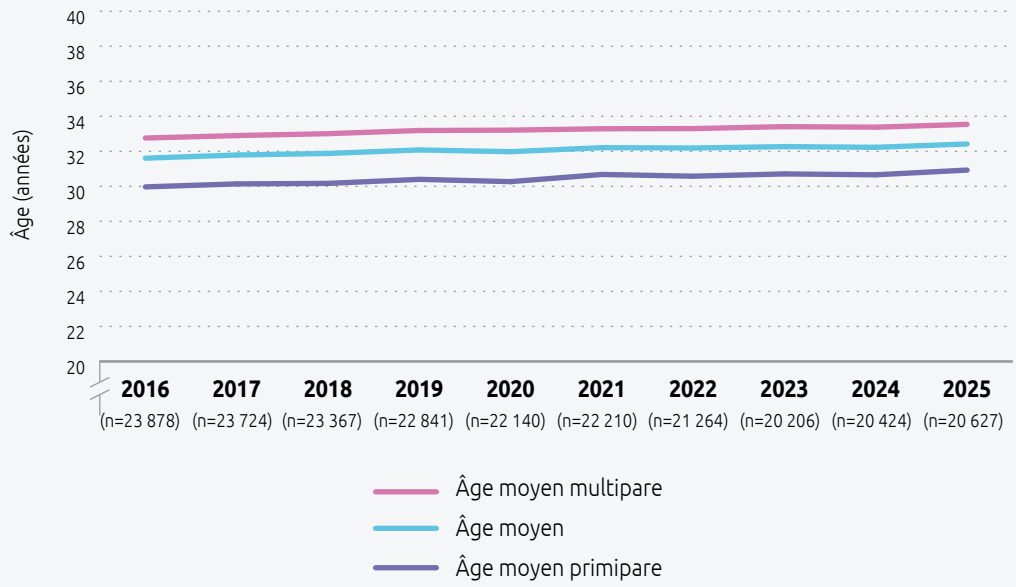
Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques des mères, 2025

Calculé sur le nombre total d'accouchements		Bruxelles (N=20 627)		Wallonie (N=30 346)
		N	%	%
Âge (années) (n=20 627)	< 20	244	1,2	1,9
	20-24	1 717	8,3	10,9
	25-29	4 653	22,5	28,4
	30-34	7 305	35,4	35,8
	35-39	5 088	24,7	18,7
	40-44	1 458	7,1	4,0
	≥ 45	162	0,8	0,3
	Manquant	*0*		
Nationalité d'origine (n=20 576)	Belgique	6 091	29,6	71,5
	Europe EEE	4 524	22,0	8,4
	Europe non EEE	1 751	8,5	3,5
	Afrique du Nord	3 342	16,2	5,1
	Afrique subsaharienne	2 531	12,3	7,9
	Autre	2 337	11,4	3,6
	Manquant	*51*		
Nationalité actuelle (n=20 576)	Belgique	10 766	52,3	79,9
	Europe EEE	4 306	20,9	7,3
	Europe non EEE	1 010	4,9	1,9
	Afrique du Nord	1 332	6,5	3,0
	Afrique subsaharienne	1 447	7,0	5,3
	Autre	1 715	8,3	2,7
	Manquant	*51*		
Lieu de résidence (n=20 627)	Bruxelles	13 833	67,1	0,4
	Flandre	5 073	24,6	1,3
	Wallonie	1 508	7,3	97,0
	Pays étranger	213	1,0	1,2
	Manquant	*0*		
Cohabitation (n=19 913)	Vit seule	3 277	16,5	14,8
	En union	16 636	83,5	85,2
	Manquant	*714*		

3.2 ÂGE DE LA MÈRE

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 32,4 ans (écart-type : 5,4 ans ; minimum : 13,0 ans ; maximum : 56,2 ans). Cet âge moyen est de 30,9 ans chez la primipare et de 33,5 ans chez la multipare.

L'âge moyen des femmes qui accouchent à Bruxelles augmente de 2016 à 2025 passant de 31,6 ans à 32,4 ans **(figure 5)**. Cet âge moyen augmente aussi bien chez la primipare que chez la multipare.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

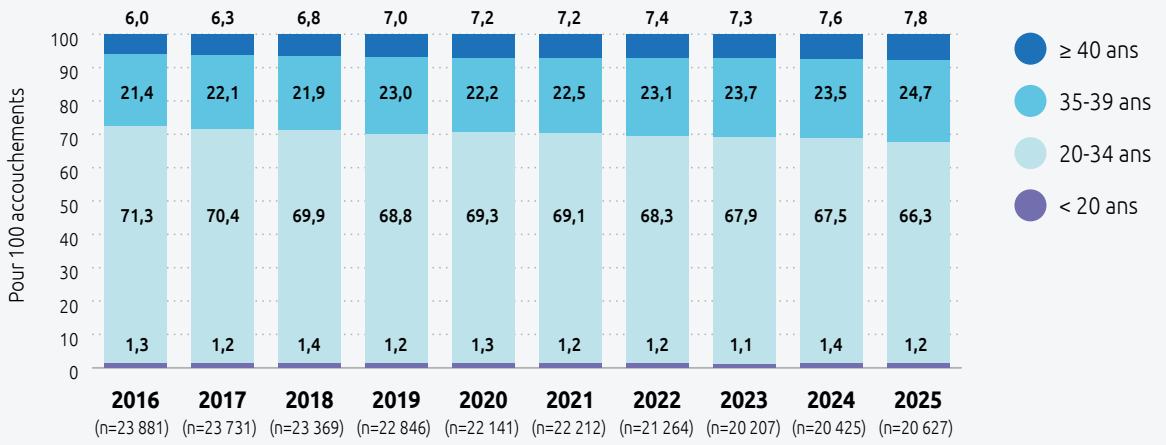
Figure 5. Évolution de l'âge moyen des mères selon la parité, 2016-2025, N=220 681 (VM=26)

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 1,2 % **(tableau 3)**.

La proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 32,5 % **(tableau 3)**. Cette proportion est de 22,7 % chez les primipares et 40,0 % chez les multipares.

La proportion de mères âgées de 40 ans et plus (AMA) est de 7,9 % **(tableau 3)**. Cette proportion est de 5,3 % chez les primipares et 9,8 % chez les multipares.

Durant la période 2016-2025, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus augmente, passant de 27,4 % à 32,5 % **(figure 6)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

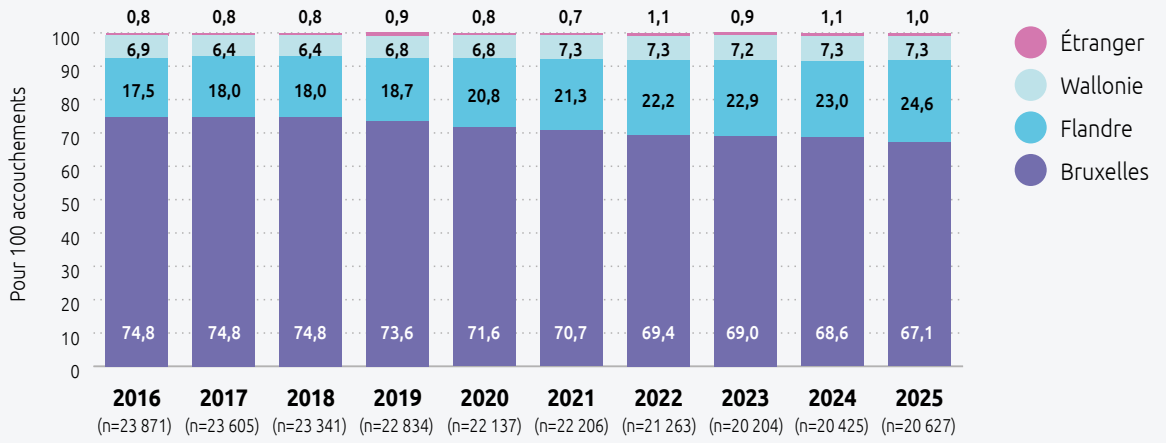
Figure 6. Évolution des classes d'âge de la mère, 2016-2025, N=220 703 (VM=4)

3.3 SITUATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA MÈRE

La proportion de mères de nationalité d'origine étrangère est de 70,4 %. La proportion de mères de nationalité étrangère au moment de l'accouchement est de 47,7 % **(tableau 3)**.

La proportion de mères qui accouchent en Région bruxelloise mais qui n'y résident pas est de 32,9 % **(tableau 3)**. Ces mères proviennent principalement du Brabant flamand (20,6 %) et du Brabant wallon (4,6 %). De 2016 à 2025, la proportion de mères provenant de Flandre augmente, passant de 17,5 % à 24,6 % **(figure 7)**.

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule est de 16,5 % **(tableau 3)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 7. Évolution des accouchements selon la résidence de la mère, 2016-2025, N=220 513 (VM=194)

3.4 DISCUSSION

En 2025, l'âge moyen des mères qui accouchent en Région bruxelloise est de 32,4 ans. Trois femmes sur dix (32,5 %) ont 35 ans ou plus, et 7,9 % ont atteint ou dépassé 40 ans. Parmi les primipares, 22,7 % ont 35 ans et plus, avec 5,3 % âgées d'au moins 40 ans. Chez les multipares, ces proportions s'élèvent respectivement à 40,0 % et 9,8 %.
Par ailleurs, la population des mères se caractérise par une forte diversité sociodémographique : sept femmes sur dix sont de nationalité d'origine étrangère, près d'un tiers (32,9 %) n'est pas résidente bruxelloise et 16,5 % vivent seules.

Dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), **l'âge moyen de la mère** à l'accouchement tourne autour de 30 ans ou plus (44). En Europe, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est supérieure à 20,0 % et celle de mères âgées de 40 ans et plus est supérieure à 4,0 %. Les pays présentant les pourcentages les plus faibles (18,6 % - 19,5 %) de mères âgées de 35 ans et plus sont la Slovaquie, la Lituanie, la Pologne et le Pays de Galles, tandis que les pourcentages les plus élevés (31,6 % à 40,0 %) ont été observés en Espagne, en Irlande, en Italie, au Portugal et au Luxembourg (3) .

En Région bruxelloise, entre 2016 et 2025, la part des mères de 35 ans et plus a connu une hausse, passant de 27,4 % à 32,5 %.
Le report de la maternité constitue une tendance de fond au sein des pays de l'OCDE. Entre 1970 et 2024, ou la dernière année disponible selon les pays, l'âge moyen des femmes à l'accouchement a augmenté dans la plupart des pays membres. Les données disponibles en 2019 faisaient déjà état d'une hausse généralement comprise entre 2 et 5 ans depuis 1970, et les données actualisées confirment la poursuite de cette évolution. En 2024, l'âge moyen des femmes à l'accouchement atteignait 31,1 ans dans l'ensemble de l'OCDE. Dans la majorité des pays, il s'établissait désormais à 30 ans ou plus, avec des niveaux supérieurs à 32 ans en Grèce, en Irlande, en Italie, au Japon, en Corée, au Luxembourg, en Espagne et en Suisse. À l'inverse, un âge moyen inférieur à 30 ans ne persistait que dans quelques pays, notamment en Colombie, au Mexique, au Costa Rica, en Slovaquie, en Turquie et aux États-Unis (44).
Les raisons de ce constat sont complexes. Depuis les années 1970, les transformations de la vie sociale ont eu un impact significatif sur la vie reproductive des femmes. L'âge plus tardif de la maternité s'explique en partie par la poursuite d'études plus longues, un meilleur accès au marché du travail, une entrée plus tardive dans la vie de couple, ainsi qu'un accès élargi et plus efficace aux méthodes de contraception (45). À cela s'ajoutent d'autres facteurs : de plus en plus de femmes travaillent dans des secteurs traditionnellement masculins, où la maternité est peu valorisée (46). De plus, l'instabilité des revenus, la précarité de l'emploi, une certaine incertitude économique, ainsi que les difficultés liées à la garde d'enfants constituent autant d'obstacles à une maternité précoce (46). Paradoxalement, le fait d'avoir un partenaire stable de longue date, un haut niveau d'éducation et des revenus élevés est souvent associé à une première naissance plus tardive (47). Or, les chances de concevoir naturellement diminuent après 35 ans (48), ce qui conduit un nombre croissant de femmes à recourir à l'assistance médicale à la procréation. Le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme et la mortinatalité (28,49–53).

Avec 157 **nationalités d'origine** représentées, Bruxelles affiche une multiculturalité liée à la fois à la présence d'institutions européennes et internationales sur la Région mais également à l'immigration. L'évolution des nationalités dans le temps est d'ailleurs en lien avec les vagues successives d'immigration bruxelloise. Cette multiculturalité est à prendre en compte dans les analyses. La nationalité des femmes influence à la fois les facteurs de risque périnataux d'ordre médical et socio-économique (54,55), le recours aux pratiques obstétricales (56,57) et l'issue de la grossesse (58,59).

Trois femmes sur dix qui accouchent en Région bruxelloise n'y résident pas. Cette proportion n'est pas négligeable et peut influencer certaines variables. En effet, lorsqu'on s'intéresse à la santé périnatales selon le **lieu de résidence de la mère**, on constate par exemple que la prématurité et la mortinatalité sont plus favorables quand on prend en compte les résidentes bruxelloises plutôt que l'ensemble des femmes qui accouchent à Bruxelles (60). Ces résultats montrent que Bruxelles, notamment en raison de la présence de centres de référence universitaires, accueille une population aux profils périnataux plus spécifiques.

La maternité en Région bruxelloise se caractérise par un vieillissement progressif de l'âge maternel, en ligne avec la tendance observée dans la plupart des pays de l'OCDE, mais aussi par une forte diversité sociodémographique liée à la multiculturalité, aux flux migratoires et à l'attractivité des centres de référence. Si ce contexte contribue à la richesse et au dynamisme de Bruxelles, il complexifie également l'analyse de la santé périnatale, car les profils de risque médical, le recours aux pratiques obstétricales et les issues de grossesse varient selon l'âge, la nationalité, le niveau socio-économique et le lieu de résidence des mères. Ainsi, l'interprétation des données périnatales bruxelloises nécessite de tenir compte de cette double réalité : un profil maternel plus âgé et plus diversifié, associé à des enjeux spécifiques en matière de santé périnatale.

4. CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES DE LA MÈRE

4.1 SYNOPTIQUE

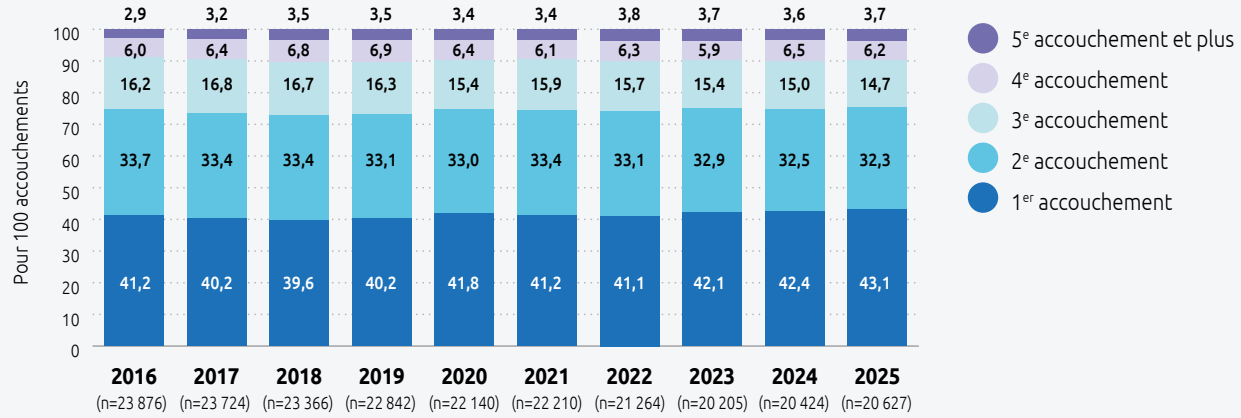
Tableau 4. Caractéristiques médicales des mères, 2024

Calculé sur le nombre total d'accouchements		Bruxelles (N=20 627)		Wallonie (N=30 346)
		N	%	%
Parité (n=20 627)	Primipare	8 882	43,1	44,0
	Multipare	11 745	56,9	56,0
	Manquant	*0*		
Conception de la grossesse (n=20 565)	Spontanée	19 234	93,5	95,6
	Traitement hormonal	193	1,0	0,6
	FIV/ICSI	1 138	5,5	3,8
	Manquant	*62*		
Corpulence (n=19 280)	Sous-poids	709	3,7	4,1
	Poids normal	9 811	50,9	46,8
	Surpoids	5 216	27,0	27,1
	Obésité	3 544	18,4	22,0
	Manquant	*1 347*		
Prise de poids durant la grossesse (n=17 568)	Inférieure à la recommandation	5 989	34,1	34,6
	Conforme à la recommandation	6 396	36,4	35,6
	Supérieure à la recommandation	5 183	29,5	29,8
	Manquant	*2 944*		
Hypertension artérielle (n=20 587)	Oui	1 036	5,0	5,8
	Non	19 551	95,0	94,2
	Manquant	*40*		
Diabète (n=20 540)	Oui	3 710	18,1	13,5
	Non	16 830	81,9	86,5
	Manquant	*87*		
Séropositivité VIH (n=20 465)	Positif	94	0,5	0,3
	Négatif	20 371	99,5	99,7
	Manquant	*137*		

4.2 PARITÉ

La proportion de femmes qui accouchent pour la première fois est de 43,1 % **(tableau 4)**.

Entre 2016 et 2025, la répartition des accouchements selon la parité évolue modérément. La part des premiers accouchements augmente de 41,2 % à 43,1 % (+1,9 point), tandis que les deuxièmes et troisièmes accouchements diminuent respectivement de 1,4 et 1,5 point. Les accouchements de rang élevé restent minoritaires et relativement stables : 6,2 % pour le quatrième rang et 3,7 % pour le cinquième rang ou plus en 2025 **(figure 8)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 8. Évolution de la parité, 2016-2025, N=220 678 (VM=29)

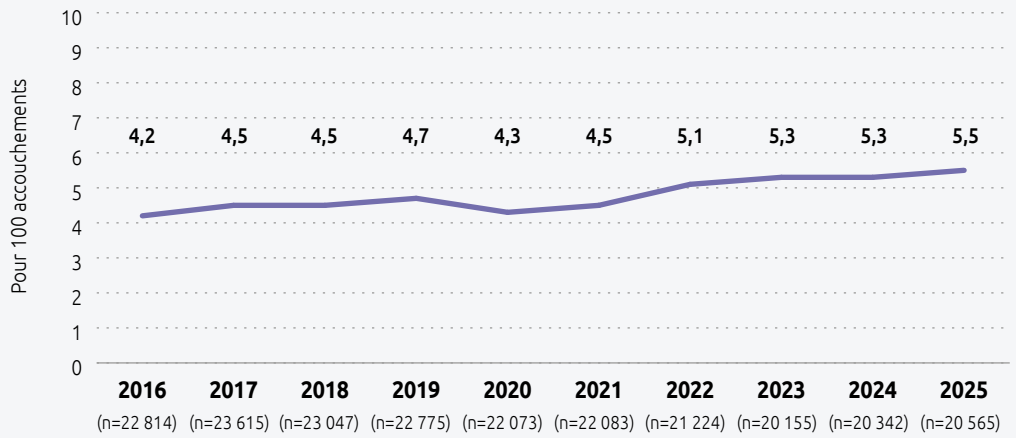
4.3 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

La proportion de mères ayant eu recours à un traitement conceptionnel est de 6,5 % **(tableau 4)**. Cette proportion est de 22,2 % parmi les grossesses multiples et de 6,2 % parmi les grossesses uniques **(tableau 5)**.

Tableau 5. Distribution des accouchements selon le type de conception de la grossesse, 2025

	Total (n=20 565)		Singletons (n=20 218)		Multiples (n=347)	
Type de conception	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Spontanée	19 234	93,5	18 964	93,8	270	77,8
Traitement hormonal	193	1,0	176	0,9	17	4,9
FIV/ICSI	1 138	5,5	1 078	5,3	60	17,3

La proportion de mères ayant eu recours à un traitement de FIV/ICSI augmente entre 2016 et 2025 passant de 4,2 % à 5,5 % **(figure 9)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

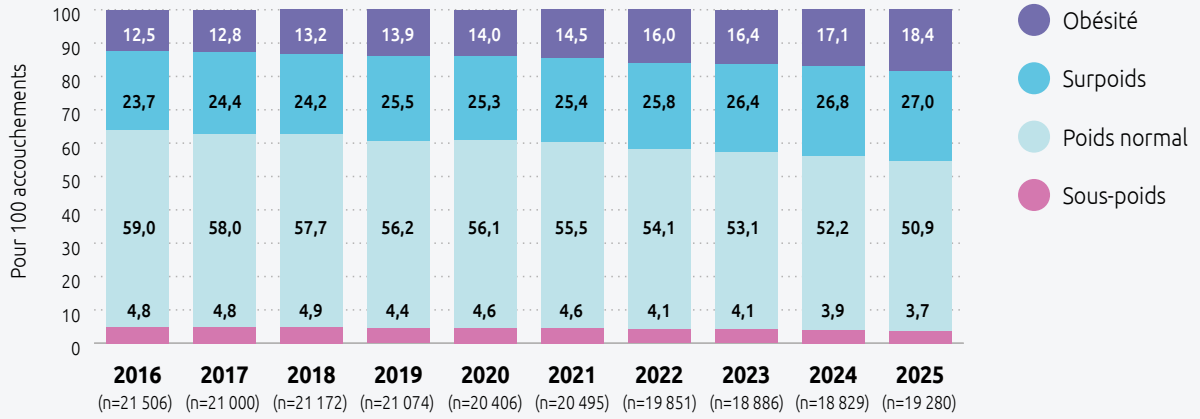
Figure 9. Évolution de la proportion de mères ayant eu recours à un traitement de FIV/ICSI, 2016-2025, N=218 693 (VM=2 014)

4.4 CORPULENCE

L'IMC moyen est de 25,5 kg/m² (écart-type : 5,3 kg/m²). L'IMC moyen augmente de 2016 à 2025, passant de 24,4 à 25,5 kg/m².

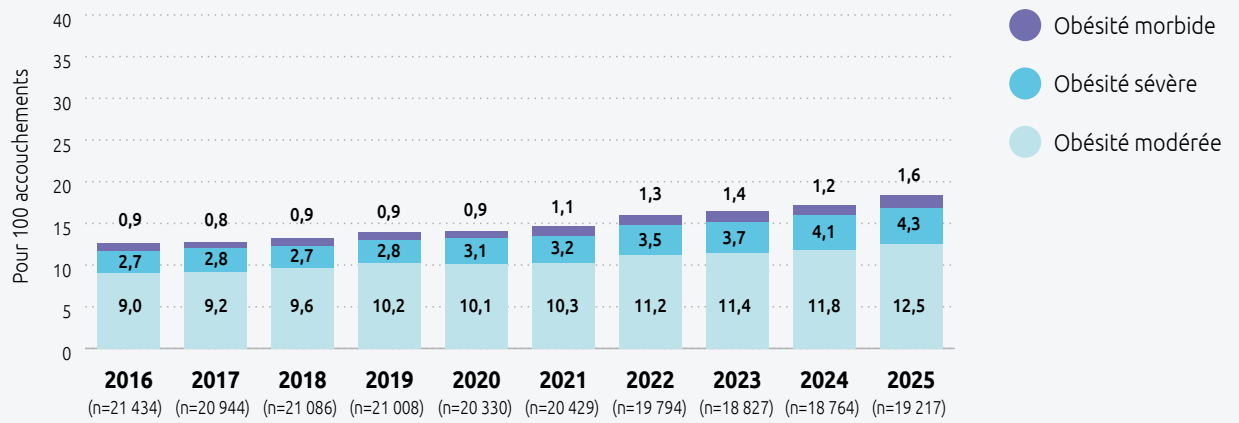
En début de grossesse, 45,4 % des mères sont en surcharge pondérale : 27,0 % des mères en surpoids et 18,4 % en situation d'obésité **(tableau 4)**.
Pour les femmes de 18 ans et plus en situation d'obésité, 12,5 % sont en obésité modérée, 4,3 % en obésité sévère et 1,6 % en obésité morbide **(figure 11)**.

La part de mères en surpoids ou obèses atteint 45,4 % en 2025 contre 36,2 % en 2016 (soit une augmentation de 9,2 points) **(figure 10)**. L'augmentation de la proportion des mères de 18 ans et plus en situation d'obésité s'observe au sein des 3 classes d'obésité, passant de 9,0 % à 12,5 % pour l'obésité modérée, de 2,7 % à 4,3 % pour l'obésité sévère et de 0,9 % à 1,6 % pour l'obésité morbide **(figure 11)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 10. Évolution de la corpulence de la mère, 2016-2025, N=202 499 (VM=18 207)



Calculé sur le nombre d'accouchements

Figure 11. Évolution du statut d'obésité de la mère âgée de 18 ans et plus, 2016-2025, N=201 833 (VM=18 113)

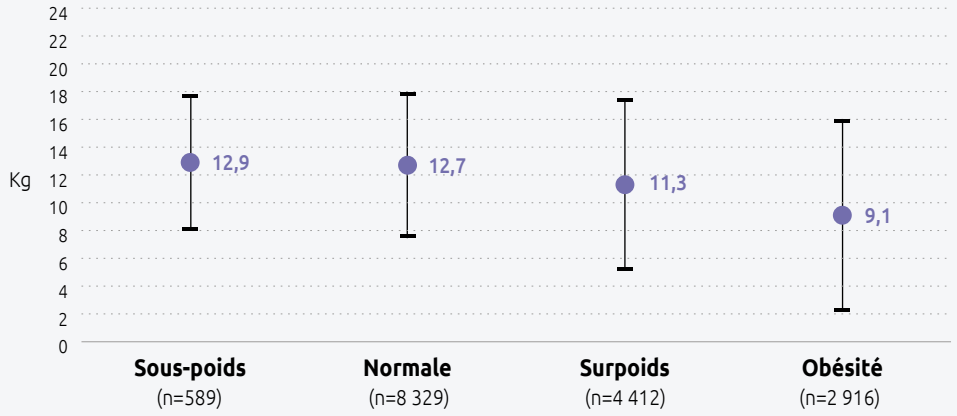
Parmi les mères ayant accouché d'un singleton à terme, 3,6 % des mères sont en sous-poids et 45,1 % en surcharge pondérale (27,1 % en surpoids et 18,0 % en obésité).

4.5 PRISE DE POIDS DURANT LA GROSSESSE

La proportion de mères dont la prise de poids durant la grossesse est conforme à la recommandation (32) est de 36,4 % **(tableau 4)**.

Parmi les mères ayant accouché d'un singleton à terme, la prise de poids moyenne au cours de la grossesse est de 11,7 kg (écart-type : 5,9 kg). Cette prise de poids moyenne diminue de 2017 à 2025, passant de 12,2 kg à 11,7 kg.
La proportion de mères d'un singleton à terme dont la prise de poids durant la grossesse est conforme à la recommandation est de 36,8 %.

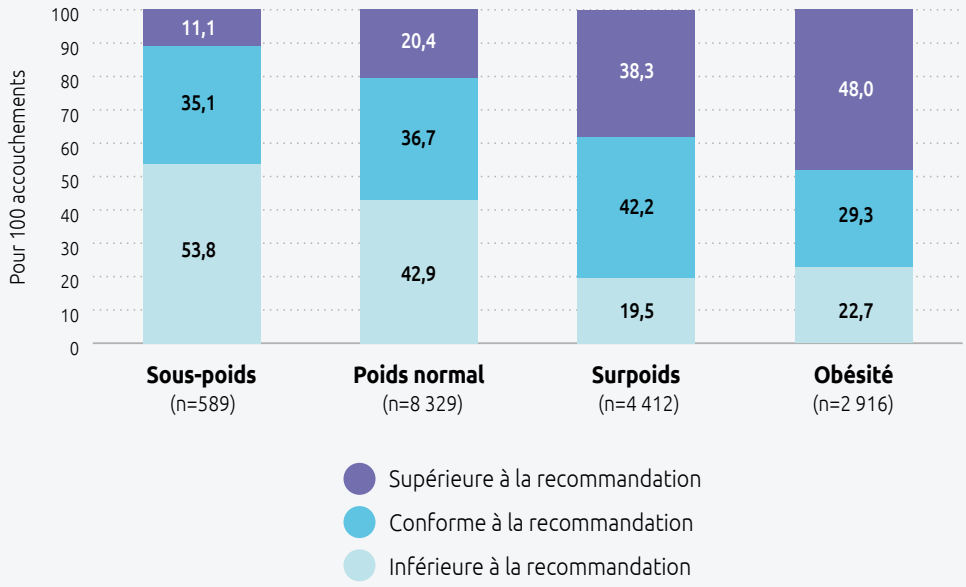
Parmi les mères ayant accouché d'un singleton à terme, une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et la corpulence de la mère en début de grossesse. La prise de poids moyenne diminue lorsque la corpulence de la mère augmente, avec une prise de poids moyenne de 12,9 kg pour les femmes en sous-poids et de 9,1 kg pour les femmes en situation d'obésité **(figure 12)**.



Calculé sur le nombre de singletons à terme

Figure 12. Prise de poids moyenne (et écart-type) selon la corpulence de la mère (singletons à terme), 2025, N=16 246 (VM=2 658)

Parmi les mères ayant accouché d'un singleton à terme, la proportion de mères dont la prise de poids est supérieure à la recommandation est plus importante parmi les mères en situation d'obésité (48,0 %). À l'inverse, la proportion de mères dont la prise de poids est inférieure à la recommandation est plus importante parmi les mères en sous-poids (53,8 %) **(figure 13)**.

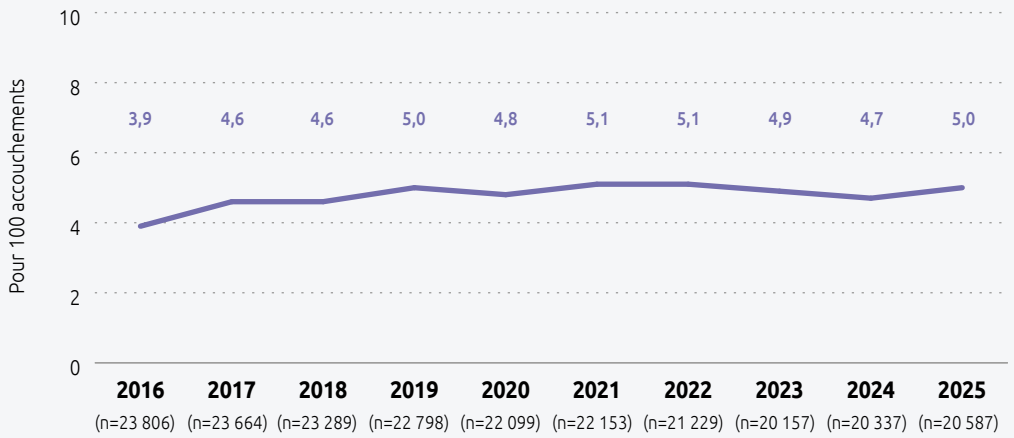


Calculé sur le nombre de singletons à terme

Figure 13. Prise de poids en fonction de la recommandation selon la corpulence de la mère (singletons à terme), 2025, N=16 246 (VM=2 658)

4.6 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La proportion de mères présentant une hypertension artérielle préexistante ou gravidique est de 5,0 % **(tableau 4)**.
Cette proportion est stable depuis 2019 **(figure 14)**.

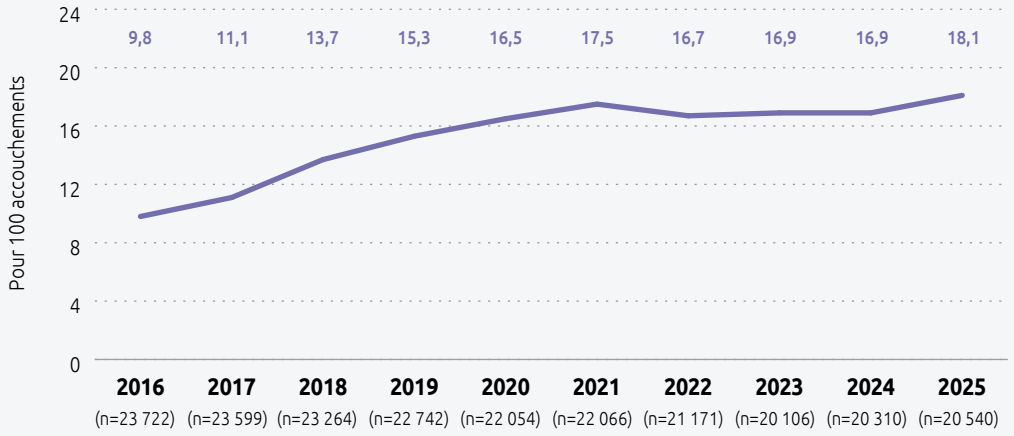


Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 14. Évolution de la proportion de mères avec hypertension artérielle, 2016-2025, N=220 119 (VM=588)

4.7 DIABÈTE

La proportion de mères présentant un diabète gestationnel ou préexistant est de 18,1 % **(tableau 4)**.
Cette proportion est stable depuis 2021 après avoir fortement augmentée **(figure 15)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

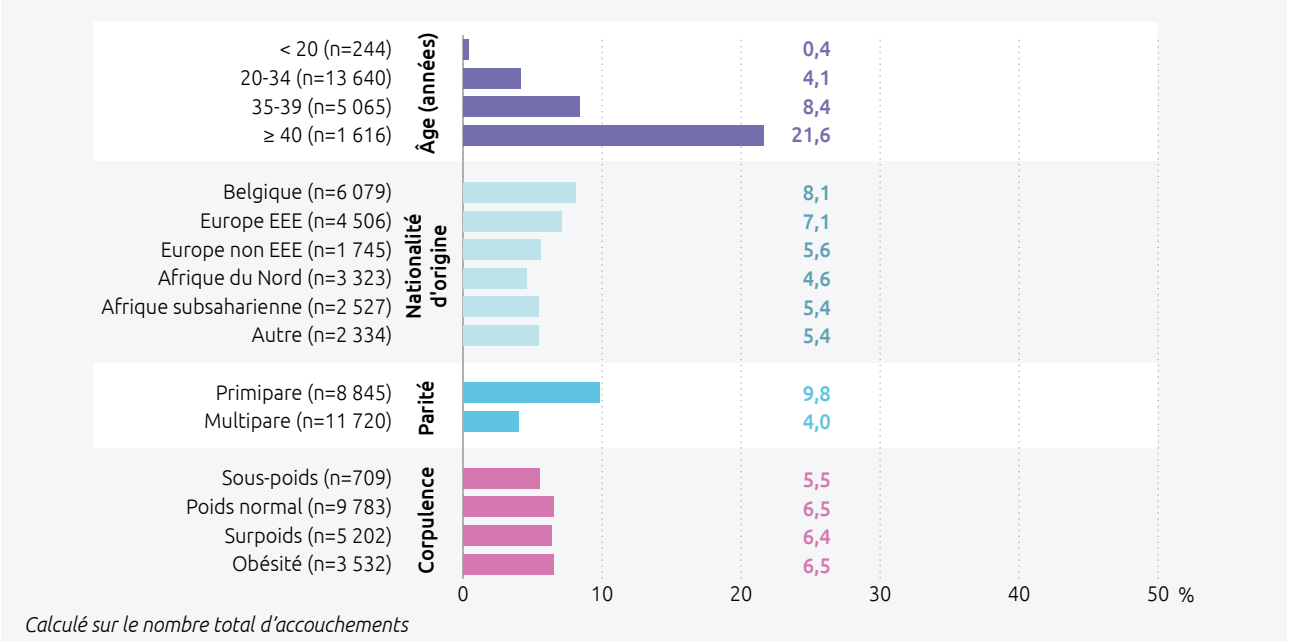
Figure 15. Évolution de la proportion de mères avec diabète, 2016-2025, N=219 574 (VM=1 133)

4.8 SÉROPOSITIVITÉ VIH

Nonante-quatre mères (0,5 %) présentent un statut VIH positif à l'accouchement **(tableau 4)**.
La proportion de mères avec un statut VIH positif est stable depuis 2016.

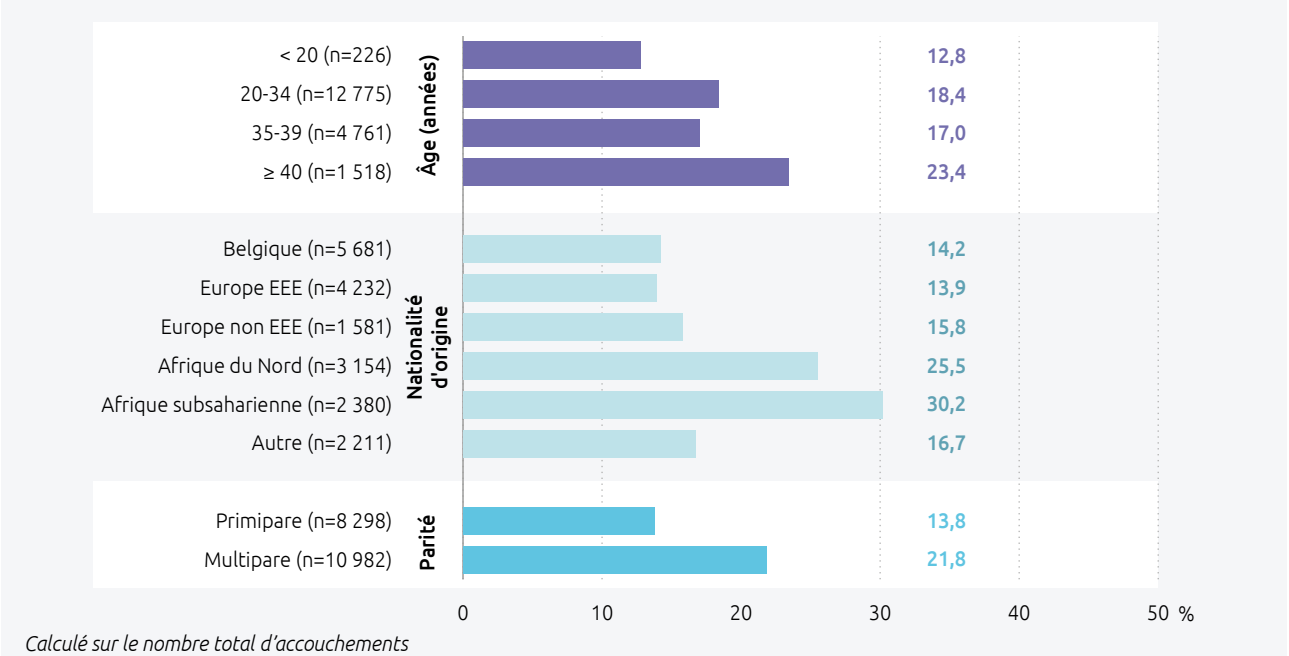
4.9 CROISEMENT DES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

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



Calculé sur le nombre total d'accouchements

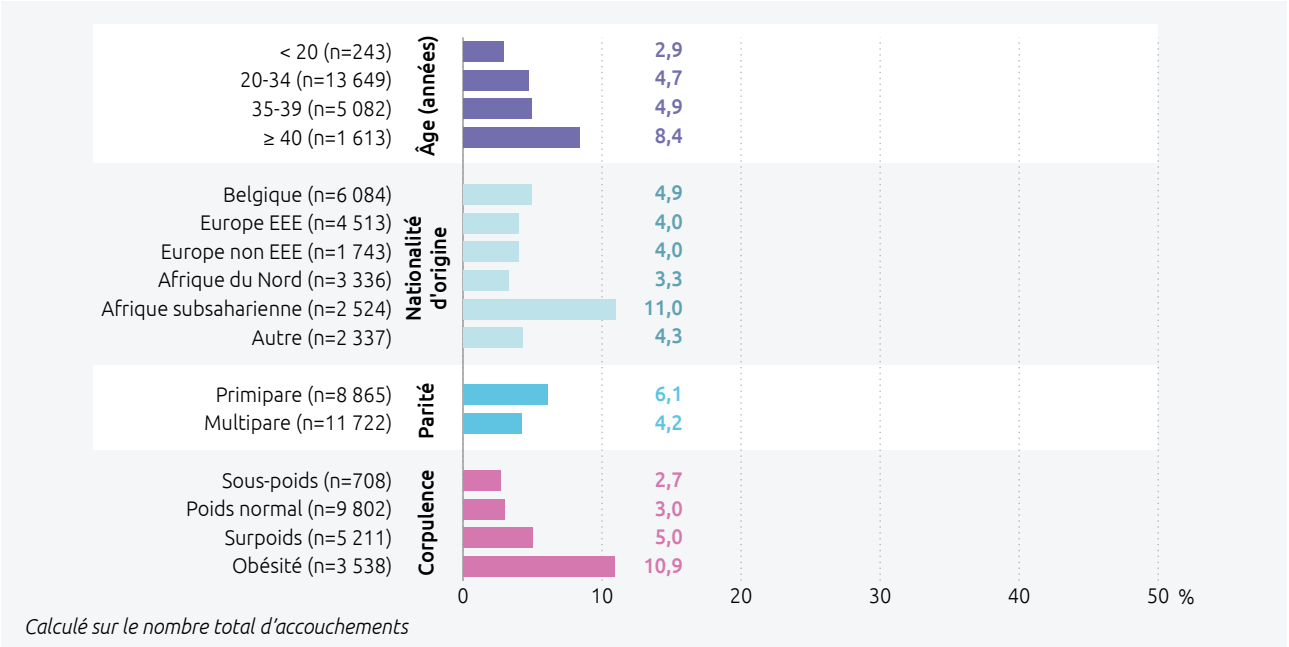
Figure 16. Distribution du traitement conceptionnel selon les caractéristiques de la mère, 2025



Calculé sur le nombre total d'accouchements

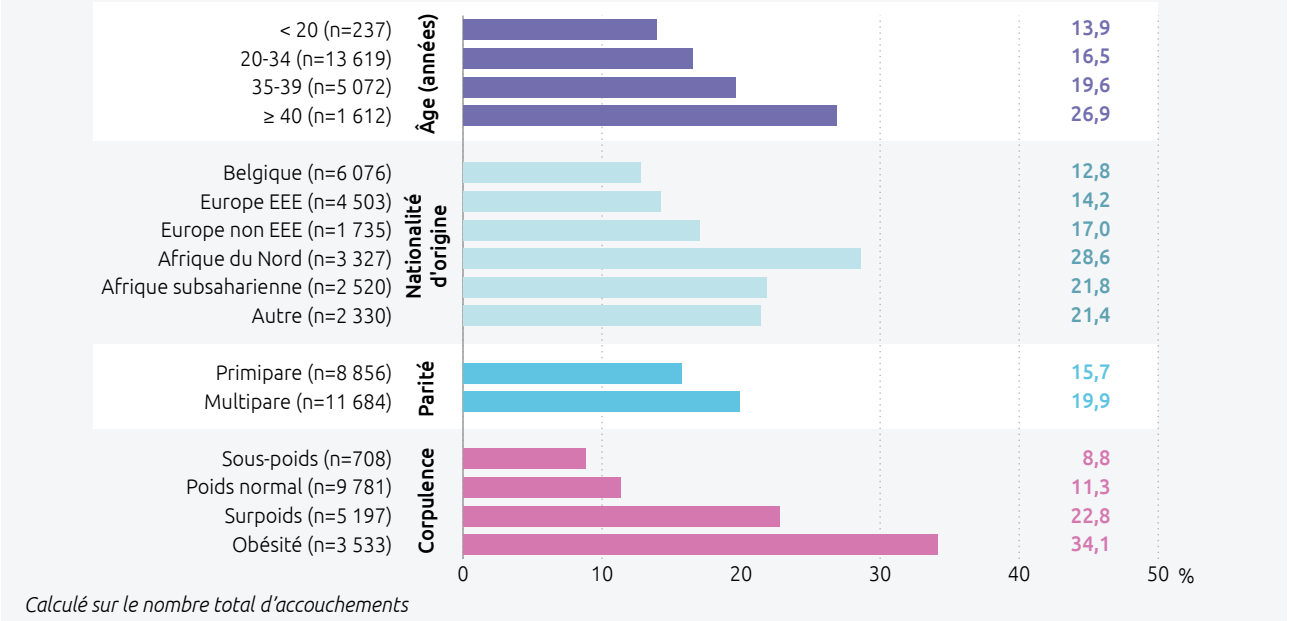
Figure 17. Distribution de l'obésité selon les caractéristiques de la mère, 2025

Les quatre distributions mettent en évidence plusieurs tendances liées aux caractéristiques maternelles. Avec l'âge, on observe une augmentation marquée du recours à la conception assistée, particulièrement à partir de 40 ans, ainsi qu'une prévalence accrue d'obésité, d'hypertension et de diabète. La parité joue également un rôle : la conception assistée est plus fréquente chez les primipares, tandis que l'obésité et le diabète concernent davantage les multipares. L'origine maternelle influence aussi ces variables : la conception assistée est plus fréquente chez les femmes belges ou issues de l'Union européenne, alors que l'obésité est plus présente chez les femmes originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne, et que l'hypertension est davantage observée chez celles d'Afrique subsaharienne. Enfin, le diabète est plus fréquent chez les femmes d'origine non européenne. En revanche, la corpulence n'exerce pas d'effet sur le recours à la conception assistée **(figures 16-19)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 18. Distribution de l'hypertension artérielle selon les caractéristiques de la mère, 2025



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 19. Distribution du diabète selon les caractéristiques de la mère, 2025

4.10 DISCUSSION

En 2025, le profil médical des mères ayant accouché en Région bruxelloise se caractérise par plusieurs déterminants susceptibles d'influencer le déroulement de la grossesse et les issues périnatales. La majorité des femmes sont multipares, et 6,5 % des grossesses résultent d'un traitement médical de la fertilité, principalement par FIV/ICSI. La surcharge pondérale avant la grossesse concerne près d'une femme sur deux, dont 18,4 % présentent une obésité. Par ailleurs, la prise de poids durant la grossesse s'écarte fréquemment des recommandations, qu'elle soit inférieure ou supérieure aux seuils attendus. Enfin, l'hypertension artérielle et le diabète sont observés respectivement chez 5,0 % et 18,1 % des femmes.

Sur la période 2016-2025, **la parité** évolue modérément. Cette évolution suggère une légère concentration vers les premiers accouchements, dans un contexte où le nombre total d'accouchements recule de 23 876 à 20 627, soit une baisse d'environ 13,6 % depuis 2016. La parité apparaît comme un facteur clé dans l'analyse des déterminants de la santé périnatale.
En Europe, la proportion de primipares variait en 2019 entre 31,3 % et 53,3 %, avec les taux les plus bas en Irlande du Nord, Estonie, Irlande et Lettonie, et les plus élevés à Malte, au Portugal et en Italie. Entre 2015 et 2019, cette répartition est restée globalement stable (3). Plusieurs études suggèrent que la primiparité est associée à un risque accru de complications obstétricales. Bai *et al.* (61) ont ainsi montré, en Australie, que les primipares présentaient davantage d'hypertension gravidique et d'hémorragies du postpartum que les multipares. En Chine, une cohorte rétrospective (6) a mis en évidence que la combinaison primiparité et âge maternel avancé augmentait le risque d'hypertension gravidique, de prééclampsie et de diabète gestationnel. De même, Lisonkova *et al.* (62) ont observé une élévation du risque de petit poids pour l'âge gestationnel. À l'inverse, Rademaker *et al.* (63) ont souligné que l'âge maternel avancé, indépendamment de la parité, constituait le déterminant principal des issues défavorables. Les analyses menées dans le présent rapport confirment que la parité interagit avec d'autres caractéristiques, telles que l'obésité, le diabète et l'âge maternel avancé, et que leur combinaison peut moduler le risque périnatal.

Le recours à **la procréation médicalement assistée** concerne 6,5 % des accouchements et augmente avec l'âge de la mère. Il est plus fréquent chez les primipares et chez les femmes de nationalité belge ou originaires de l'Espace économique européen, sans différence selon la corpulence. La littérature montre que les grossesses uniques issues d'une FIV ou d'une ICSI présentent un risque accru de naissance prématurée par rapport aux conceptions spontanées (64). Au niveau européen, environ 5 à 6 % des grossesses sont issues d'une assistance médicale à la procréation, mais ce chiffre est probablement sous-estimé, en particulier pour les traitements hormonaux, souvent mal documentés (65).
En Région bruxelloise, le recours à la procréation médicalement assistée de type FIV/ICSI a augmenté (4,2 à 5,5 %). Cette tendance suit l'évolution européenne, caractérisée par une croissance continue du recours à la FIV et à l'ICSI au cours des dernières années (66). En 2021, plus de 1,1 million de cycles de procréation médicalement assistée ont ainsi été réalisés en Europe, soit une augmentation d'environ 20 % par rapport à 2020 (67).

L'obésité maternelle constitue également un déterminant majeur. L'IMC moyen est passé de 24,4 à 25,5 kg/m² et la proportion de mères en surcharge pondérale de 36,2 % à 45,4 %, avec une augmentation marquée de l'obésité dans toutes ses classes. La distribution de l'IMC se déplace nettement vers les catégories élevées : le poids normal recule de 8,1 points, tandis que le surpoids et l'obésité progressent ensemble de 9,2 points. L'obésité constitue le principal moteur de cette hausse (+5,9 points, soit +47,2 % par rapport à 2016). En résumé, en 2025, près d'une femme sur deux présente une surcharge pondérale, avec près de deux femmes sur dix qui sont en situation d'obésité. La proportion d'obésité augmente avec l'âge, est plus élevée chez les multipares et chez les mères originaires d'Afrique du Nord ou d'Afrique subsaharienne.

Sur le plan international, une revue systématique publiée en 2024 met en évidence la progression continue du surpoids et de l'obésité pendant la grossesse. Selon cette revue, entre 2010 et 2019, près d'une femme enceinte sur deux présentait une surcharge pondérale et environ une sur six une obésité, avec une tendance en hausse constante : +0,34 % par an pour l'obésité et +0,64 % pour le surpoids et l'obésité combinés. Actuellement, la prévalence de l'obésité maternelle est estimée à 20,9 % et pourrait atteindre 23,3 % d'ici 2030 (68). En Europe, la proportion de femmes enceintes en surpoids varie de 19,0 % en Croatie et en Autriche à 29,8 % en Irlande du Nord, et celle en situation d'obésité de 8 % en Croatie à 26 % au Pays de Galles (65). L'obésité maternelle est associée à un risque accru de diabète gestationnel, d'hypertension artérielle, de thrombose veineuse et de macrosomie fœtale. Elle augmente également la probabilité de recours à la césarienne et de complications néonatales telles qu'un faible score d'Apgar ou une admission en néonatologie intensive (69–72).

La prise de poids moyenne au cours de la grossesse a légèrement diminué et la distribution des écarts par rapport aux recommandations (32) en fonction de la corpulence initiale de la mère s'est confirmée. La prise de poids gestationnelle joue un rôle déterminant et interagit avec l'IMC prégestationnel. Plus l'IMC initial est élevé, plus la prise de poids tend à diminuer. En moyenne, la prise de poids est de 12,9 kg chez les femmes en sous-poids, contre 9,1 kg chez celles en situation d'obésité. Pourtant, seule une minorité de femmes atteignent une prise de poids conforme aux recommandations, et cette proportion est particulièrement faible parmi celles en situation d'obésité. Une prise de poids insuffisante est associée à un risque accru d'accouchement prématuré et de petit poids pour l'âge gestationnel, tandis qu'une prise de poids excessive augmente la probabilité de macrosomie, de césarienne et de complications métaboliques comme l'hypertension gravidique, la prééclampsie ou le diabète gestationnel (9). Les recommandations sur la prise de poids durant la grossesse de l'Institute of Medicine (IOM), jugées trop permissives, ont été remises en cause. Les travaux du Pr Devlieger en Flandre (73) ont montré que des recommandations plus strictes s'accompagnent de meilleurs résultats périnataux, notamment une réduction du recours à la césarienne et de la macrosomie, sans effet indésirable sur la prématurité ou l'hypotrophie fœtale (74). Par ailleurs, certaines interactions entre les caractéristiques maternelles et la prise de poids gestationnelle méritent d'être soulignées. Une étude de Lin *et al.* a montré que les femmes multipares atteintes de diabète gestationnel présentaient une prise de poids significativement plus élevée que les primipares (75). Dans une autre étude, Santos *et al.* ont démontré que les femmes obèses présentant une prise de poids excessive étaient exposées à un risque accru de complications, telles que l'hypertension gravidique, la prééclampsie ou le diabète gestationnel, en comparaison aux autres groupes (9).

L'hypertension artérielle, pré-existante ou gravidique, concerne 5,0 % des mères et sa prévalence reste stable depuis 2019. Le risque d'hypertension augmente avec l'âge et la corpulence de la mère, et se révèle plus fréquent chez les primipares et encore plus chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Cette pathologie constitue un facteur de risque bien documenté de complications obstétricales, en particulier lorsqu'elle est associée à l'âge maternel avancé ou à l'obésité, comme l'ont montré plusieurs études. Les interactions entre ces différents facteurs contribuent à accroître la probabilité d'issues défavorables (6,54).

Le diabète maternel, préexistant ou gestationnel, concerne 18,1 % des mères à Bruxelles. Sa prévalence augmente avec l'âge et la corpulence de la mère et est plus élevée parmi les multipares et les femmes non-européennes. Après une hausse marquée, le diabète tend à se stabiliser en Région bruxelloise, mais sa fréquence reste préoccupante. En Europe, de grandes disparités existent : la Norvège rapporte une prévalence de 22,3 % contre seulement 1,8 % en Irlande (76). En Belgique, les taux varient entre 5,7 % et 23 % selon les régions et les hôpitaux (77). Ces écarts reflètent des différences de dépistage, de critères diagnostiques et de caractéristiques démographiques (78). Deux méta-analyses récentes ont démontré que le diabète gestationnel est associé à un risque accru de complications maternelles, notamment l'hypertension gravidique, la prééclampsie et la macrosomie fœtale (79,80). Le diabète gestationnel accroît également les risques de césarienne, d'hypoglycémie néonatale, de prématurité et d'admission en néonatologie intensive. La parité apparaît comme un facteur pouvant influencer le risque de diabète

gestationnel. Dans la méta-analyse de Ye *et al.*, la primiparité est identifiée comme un facteur de risque de développement du diabète gestationnel, en particulier chez les femmes jeunes (79). À l'inverse, la méta-analyse de Santos *et al.* (9) montre que chez les femmes obèses, la multiparité est associée à une probabilité plus élevée de développer un diabète gestationnel, ainsi qu'à d'autres complications métaboliques telles que la prééclampsie et l'hypertension gravidique.

Les quatre dernières figures illustrent également de manière claire l'influence de **l'âge maternel** sur plusieurs des facteurs décrits ci-dessus. Ces observations sont cohérentes avec les données de la littérature scientifique. En effet, un âge maternel avancé (AMA) est reconnu comme un facteur de risque pour diverses complications de la grossesse. Plusieurs études ont démontré une association entre l'AMA et une augmentation du risque de diabète gestationnel (5,30,81,82), d'hypertension gravidique (5), de surpoids (5) et de prééclampsie (83).

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

5. CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

5.1 SYNOPTIQUE

Tableau 6. Caractéristiques des accouchements, 2025

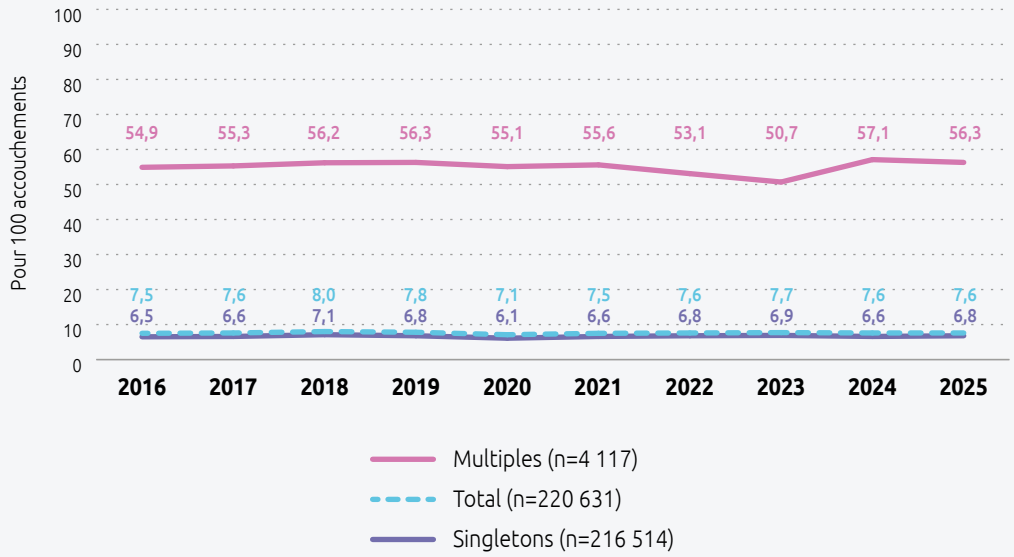
Calculé sur le nombre total d'accouchements		Bruxelles (N=20 627)		Wallonie (N=30 346)
		N	%	%
Durée de la grossesse (semaines) (n=20 626)	< 28	206	1,0	0,5
	28-31	177	0,9	0,7
	32-33	185	0,9	0,8
	34-36	1 001	4,8	5,8
	37-38	5 486	26,6	28,4
	39-41	13 534	65,6	63,7
	≥ 42	37	0,2	0,1
	Manquant	*1*		
Colonisation streptocoque B (n=20 562)	Positif	3 346	16,3	14,0
	Négatif	15 553	75,6	79,5
	Non testé	1 663	8,1	6,5
	Manquant	*65*		
Type de début de travail (n=20 627)	Travail spontané	11 269	54,6	55,8
	Induction	7 416	36,0	34,6
	Césarienne programmée	1 942	9,4	9,6
	Manquant	*0*		
Anesthésie loco-régionale (n=20 627)	Oui	16 034	77,7	79,7
	Non	4 593	22,3	20,3
	Manquant	*0*		
Mode d'accouchement (n=20 627)	Voie basse sans instrumentation	14 394	69,8	69,9
	Voie basse avec instrumentation	1 984	9,6	7,1
	Césarienne programmée	1 942	9,4	9,6
	Césarienne non programmée	2 307	11,2	13,4
	Manquant	*0*		
Épisiotomie (n=20 627)	Oui	1 440	7,0	10,3
	Non	19 187	93,0	89,7
	Manquant	*0*		
Accouchement sans intervention obstétricale (n=20 627)	Avec ou sans anesthésie loco-régionale	8 575	41,6	40,4
	Sans anesthésie loco-régionale	3 181	15,4	14,1
	Manquant	*0*		

5.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

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

La proportion d'accouchements ayant eu lieu avant 37 semaines est de 7,6 % **(tableau 6)**. Parmi les accouchements de singletons, 6,8 % surviennent de manière prématurée. En revanche, les accouchements multiples sont beaucoup plus souvent concernés : 56,3 % sont prématurés et 10,6 % n'atteignent pas 32 semaines de grossesse.

La proportion d'accouchements prématurés est stable entre 2016 et 2025, seule l'année 2020 a montré une proportion légèrement plus faible avec 7,1 %. La tendance est identique lorsque l'on s'intéresse aux grossesses uniques. Pour les grossesses multiples, la proportion d'accouchements prématurés est stable entre 2016 et 2025, avec une proportion plus faible en 2023 **(figure 20)**.



Calculé sur le nombre d'accouchements

Figure 20. Évolution des proportions d'accouchements prématurés, 2016-2025

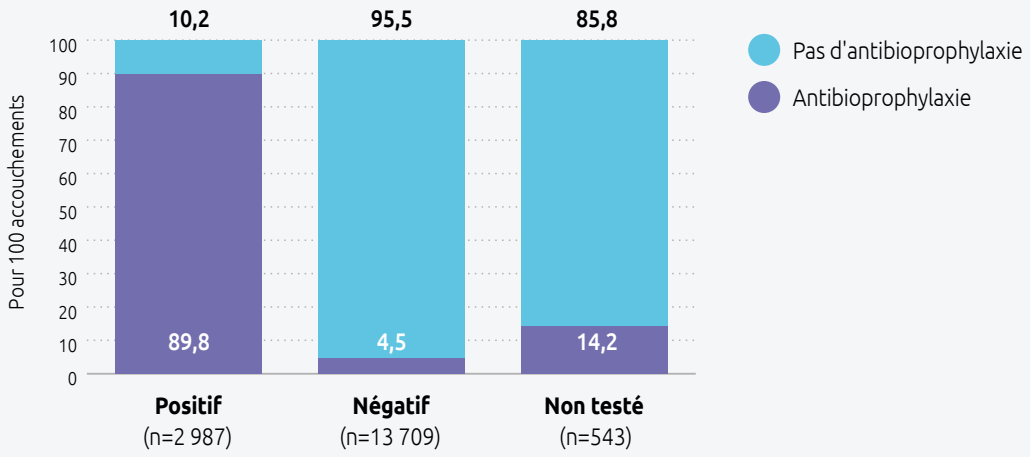
5.3 STREPTOCOQUE B ET ANTIBIOPROPHYLAXIE

La proportion de mères dépistées positives au streptocoque B est de 16,3 % **(tableau 6)**.
Parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), la proportion est de 17,3 % **(tableau 7)**.

Tableau 7. Distribution des accouchements à terme (hors césarienne programmée) selon le statut de colonisation au streptocoque B, 2025, N=17 239 (VM=32)

Statut streptocoque B	Nombre	%
Positif	2 987	17,3
Négatif	13 709	79,5
Non testé	543	3,2

Parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), 89,8 % des mères dépistées positives au streptocoque B ont reçu au moins une dose d'antibioprophylaxie **(figure 21)**.

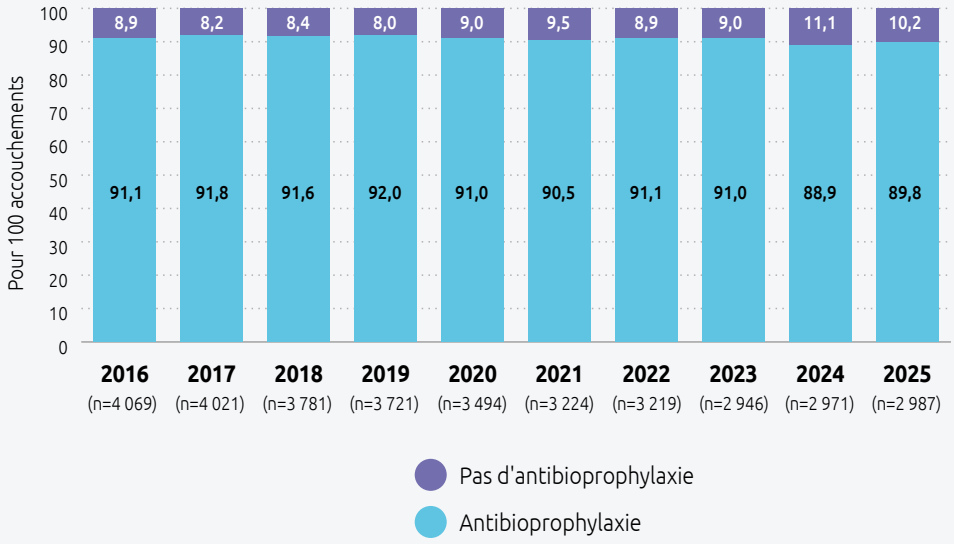


Calculé sur le nombre d'accouchements à terme (hors césarienne programmée)

Figure 21. Distribution des accouchements à terme (hors césarienne programmée) selon le statut de colonisation au streptocoque B et l'antibioprophylaxie, 2025, N=17 239 (VM=32)

Parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), la proportion de mères dépistées positives au streptocoque B diminue entre 2016 et 2025, passant de 20,3 % à 17,3 %. En parallèle, la proportion de mères non testées reste relativement stable sur la même période.

Parmi les mères dépistées positives, la proportion d'antibioprophylaxie est stable de 2016 à 2023, avant de diminuer légèrement à partir de 2024 **(figure 22)**.



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

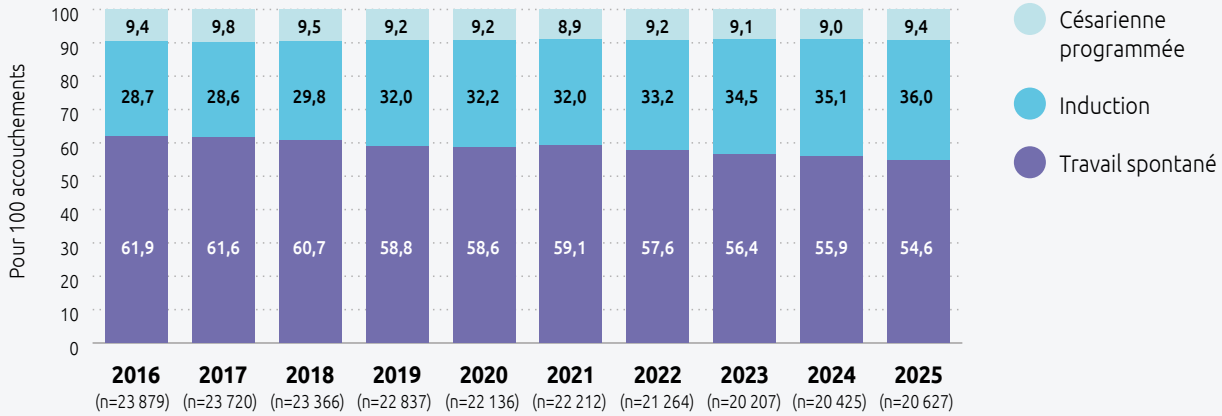
Figure 22. Évolution de l'antibioprophylaxie pour le streptocoque B positif parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), 2016-2025, N=34 433 (VM=1)

5.4 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

La proportion d'accouchements à la suite d'un travail spontané est de 54,6 %, à l'inverse, la proportion d'accouchements faisant suite à une intervention programmée est de 45,4 %, avec 36,0 % d'induction et 9,4 % de césarienne programmée **(tableau 6)**.

Parmi les accouchements de singletons, la répartition est sensiblement la même avec 54,9 % de travail spontané, 36,0 % d'induction et 9,1 % de césarienne programmée. Par contre, parmi les accouchements multiples, la part de travail ayant débuté spontanément est de 40,6 % pour 30,9 % d'induction et 28,6 % de césarienne programmée.

Entre 2016 et 2025, la proportion d'accouchements à la suite d'un travail spontané diminue passant de 61,9 % à 54,6 %. À l'inverse, la part des accouchements à la suite d'un travail induit augmente fortement passant de 28,7 % à 36,0 %. La proportion de césariennes programmées (hors travail) est stable sur la même période **(figure 23)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 23. Évolution du type de début de travail, 2016-2025, N=220 673 (VM=34)

5.4.1 Classification des inductions

Selon la nomenclature de Nippita (33), 47,4 % des femmes font partie des catégories 2 et 5 (singletons en sommet, 39-40 semaines), avec respectivement 22,4 % de primipares et 25,0 % de multipares sans antécédent de césarienne. Ces deux catégories de femmes contribuent le plus dans les 36,0 % d'induction avec 8,0 % pour la catégorie 2 et 7,4 % pour la catégorie 5. Suit ensuite la catégorie 4 (multipares sans antécédent de césarienne, singleton, sommet, 37-38 semaines) avec 4,9 % **(tableau 8)**.

Tableau 8. Classification des inductions selon les groupes de Nippita, 2025, N=20 624 (VM=3)

Calculé sur le nombre total d'accouchements **Groupes Nippita**		**Nombre de mères**	**Proportion de mères (%)**	**Nombre d'inductions**	**Proportion d'inductions (%)**	**Part de la proportion globale (%)**
1	Primipares, singleton, sommet, 37-38 semaines	1 785	8,7	766	42,9	3,7
2	Primipares, singleton, sommet, 39-40 semaines	4 627	22,4	1 655	35,8	8,0
3	Primipares, singleton, sommet, ≥ 41 semaines	1 262	6,1	836	66,2	4,1
4	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 37-38 semaines	2 301	11,2	1 014	44,1	4,9
5	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 39-40 semaines	5 152	25,0	1 530	29,7	7,4
6	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, ≥ 41 semaines	902	4,4	514	57,0	2,5
7	Toutes les grossesses, singleton, sommet, < 37 semaines	956	4,6	328	34,3	1,6
8	Multipares avec antécédent de césarienne, singleton, sommet	2 420	11,7	536	22,2	2,6
9	Toutes les grossesses, singleton, présentations transverse ou siège	869	4,2	129	14,8	0,6
10	Toutes les grossesses multiples	350	1,7	108	30,9	0,5
TOTAL		**20 624**	**100,0**	**7 416**		**36,0**

5.5 ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE

La proportion d'accouchements avec anesthésie loco-régionale est de 77,7 % **(tableau 6)**, 73,0 % pour les accouchements par voie basse et 95,9 % pour les césariennes (avec 173/4 249 césariennes sous anesthésie générale).

La proportion d'accouchements avec anesthésie loco-régionale augmente de 2017 à 2025, passant de 73,7 % à 77,7 %.
Parmi les accouchements par voie basse, on observe la même tendance quelle que soit la parité **(figure 24)**.

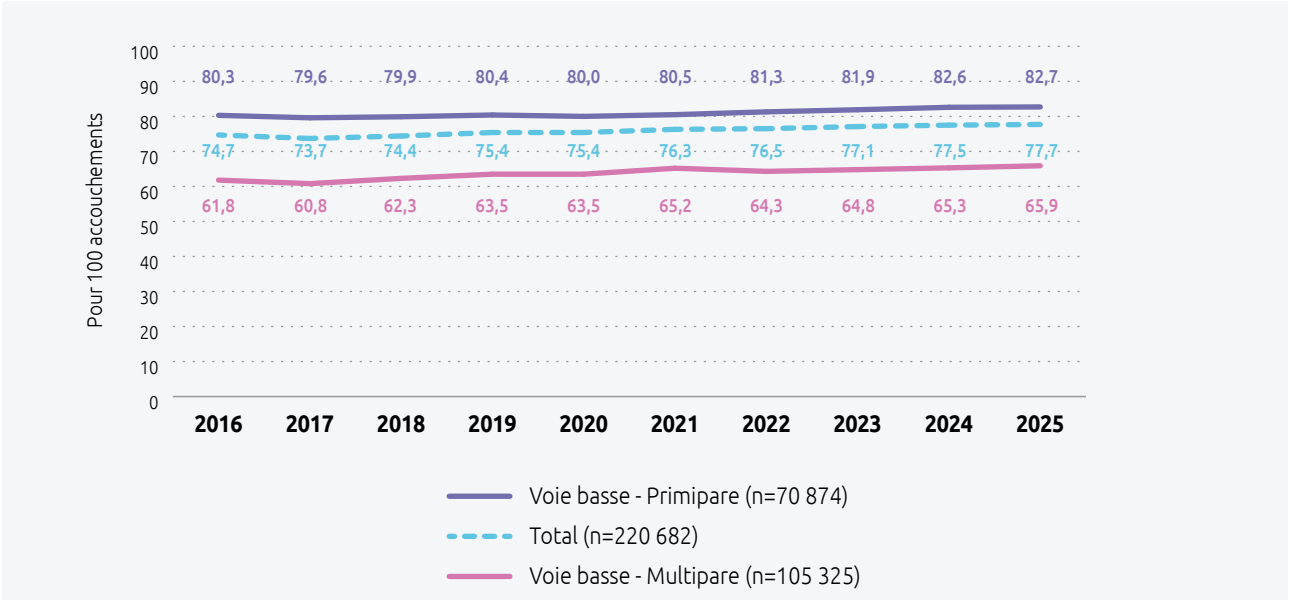


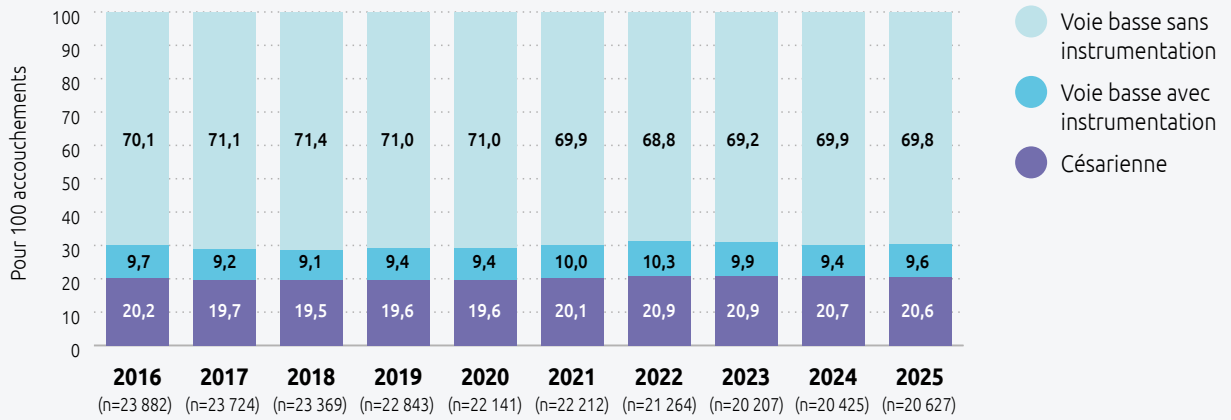
Figure 24. Évolution des proportions d'accouchements avec anesthésie loco-régionale, 2016-2025

5.6 MODE DE D'ACCOUCHEMENT

5.6.1 Par acccouchement

La proportion d'accouchements par césarienne est de 20,6 % et celle d'accouchements par voie basse avec instrumentation est de 9,6 % **(tableau 6)**.

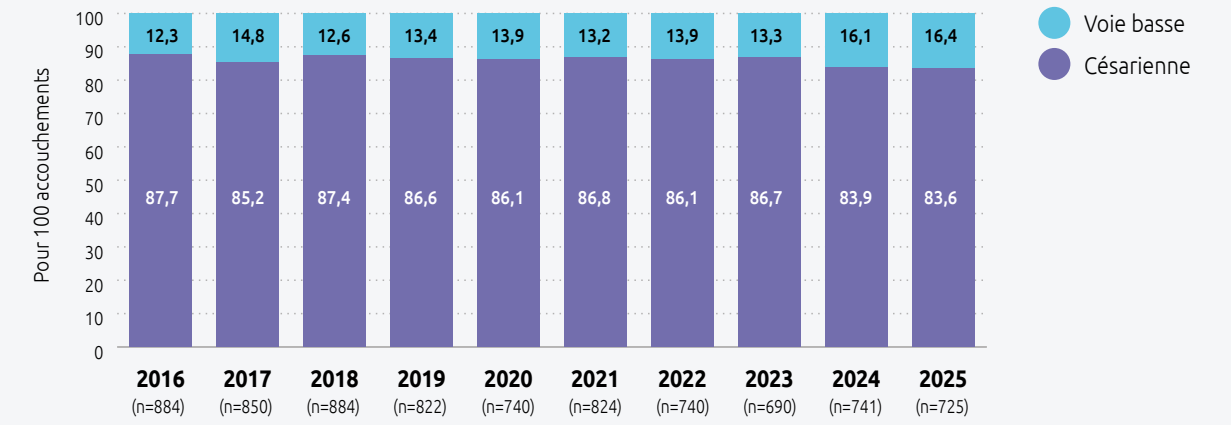
La proportion de césariennes est stable depuis 2021 après avoir légèrement augmenté. Celle des accouchements instrumentaux fluctue entre 2016 et 2025 sans afficher de tendance marquée **(figure 25)**.



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 25. Évolution du mode d'accouchement, 2016-2025, N=220 694 (VM=13)

Parmi les singletons vivants en siège, la proportion d'accouchements par voie basse est de 16,4 % en 2025 et affiche la proportion la plus élevée depuis 2016 **(figure 26)**.

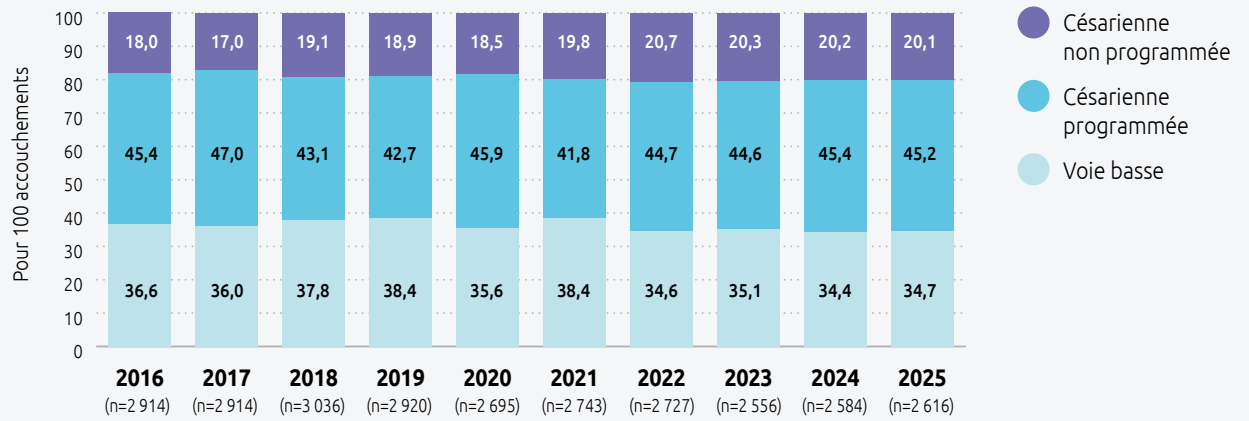


Calculé sur le nombre de singletons vivants en siège

Figure 26. Évolution du mode d'accouchement parmi les singletons vivants en siège, 2016-2025, N=7 900

Parmi les multipares, 22,3 % présentent un antécédent de césarienne. Cette proportion évolue légèrement entre 2016 et 2025 passant de 20,8 % à 22,3 %.

Parmi les mères avec un antécédent de césarienne, 65,3 % ont accouché par césarienne et 34,7 % par voie basse. La part des accouchements par voie basse est plus faible depuis 2022 **(figure 27)**.



Calculé sur le nombre d'accouchements avec antécédent de césarienne

Figure 27. Évolution du mode d'accouchement parmi les mères avec antécédent de césarienne, 2016-2025, N=27 705 (VM=1)

5.6.2 Par naissance[3]

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion de naissances par voie basse sans instrumentation est de 69,3 %, avec instrumentation de 9,5 % et par césariennes de 21,2 %. Par ailleurs, le mode d'accouchement diffère selon qu'il s'agisse d'une naissance unique ou multiple, avec 20,1 % de césariennes pour les singletons contre 54,1 % pour les multiples **(tableau 9)**.

Tableau 9. Distribution des naissances selon le mode d'accouchement, 2025

Calculé sur le nombre de naissances	**Total (n=20 984)**		**Singletons (n=20 277)**		**Multiples (n=707)**	
Mode d'accouchement	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Voie basse sans instrumentation	**14 537**	**69,3**	**14 242**	**70,2**	**295**	**41,7**
En sommet	14 275	68,0	14 053	69,3	222	31,4
En siège	262	1,3	189	0,9	73	10,3
Voie basse avec instrumentation	**2 001**	**9,5**	**1 971**	**9,7**	**30**	**4,2**
Ventouse	1 798	8,5	1 773	8,7	25	3,5
Forceps	203	1,0	198	1,0	5	0,7
Césarienne	**4 446**	**21,2**	**4 064**	**20,1**	**382**	**54,1**
Programmée	2 046	9,8	1 842	9,1	204	28,9
Non programmée	2 400	11,4	2 222	11,0	178	25,2

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

5.6.3 Classification des césariennes

Selon la nomenclature de Robson (34), 45,5 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 20,3 % de primipares et 25,2 % de multipares. La part de ces deux groupes dans la proportion de césariennes est faible (1,7 % pour la catégorie 1 et 0,5 % pour la catégorie 3). Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 20,6 % de césariennes sont les « Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit », avec 3,6 % et les « Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines », avec 6,9 % (tableau 10).

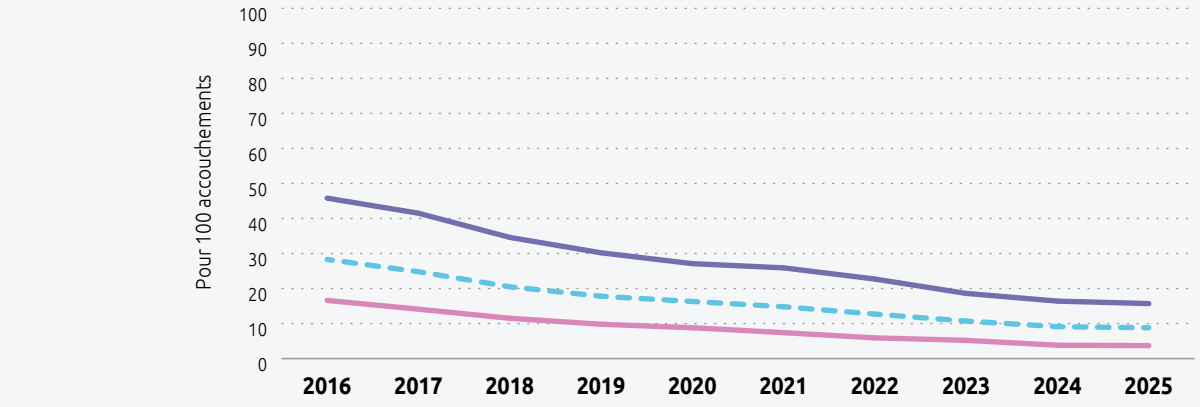
Tableau 10. Classification des césariennes selon les groupes de Robson, 2025, N=20 624 (VM=3)

Calculé sur le nombre total d'accouchements **Groupes Robson**		**Nombre de mères**	**Proportion de mères (%)**	**Nombre de césariennes**	**Proportion de césariennes (%)**	**Part de la proportion globale (%)**
1	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	4 194	20,3	354	8,4	1,7
2a	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit	3 257	15,8	743	22,8	3,6
2b	Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, césarienne programmée	223	1,1	223	100,0	1,1
3	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	5 203	25,2	93	1,8	0,5
4a	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit	3 058	14,8	134	4,4	0,7
4b	Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, césarienne programmée	94	0,5	94	100,0	0,5
5	Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines	2 240	10,9	1 428	63,8	6,9
6	Toutes les primipares, singleton en siège	474	2,3	380	80,2	1,8
7	Toutes les multipares, singleton en siège	326	1,6	229	70,3	1,1
8	Toutes les grossesses multiples	350	1,7	185	52,9	0,9
9	Toutes les grossesses, singleton en transverse	69	0,3	69	100,0	0,3
10	Toutes les grossesses, singleton sommet, < 37 semaines	1 136	5,5	317	27,9	1,5
TOTAL		**20 624**	**100,0**	**4 249**		**20,6**

5.7 ÉPISIOTOMIE

La proportion d'épisiotomies est de 7,0 % **(tableau 6)**. Si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse, la proportion d'épisiotomies est de 8,8 %, 15,7 % chez la primipare et 3,7 % chez la multipare **(figure 28)**.

Parmi les accouchements par voie basse, la proportion d'épisiotomies diminue fortement entre 2016 et 2025 passant de 28,3 % à 8,8 %. La même tendance s'observe parmi les primipares et les multipares **(figure 28)**.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Primipare (n=70 874)	45,8	41,5	34,6	30,2	27,1	25,9	22,7	18,6	16,4	15,7
Total (n=176 172)	28,3	24,8	20,5	17,8	16,3	14,8	12,7	10,7	9,1	8,8
Multipare (n=105 293)	16,6	14,1	11,5	9,8	8,8	7,4	5,9	5,2	3,8	3,7

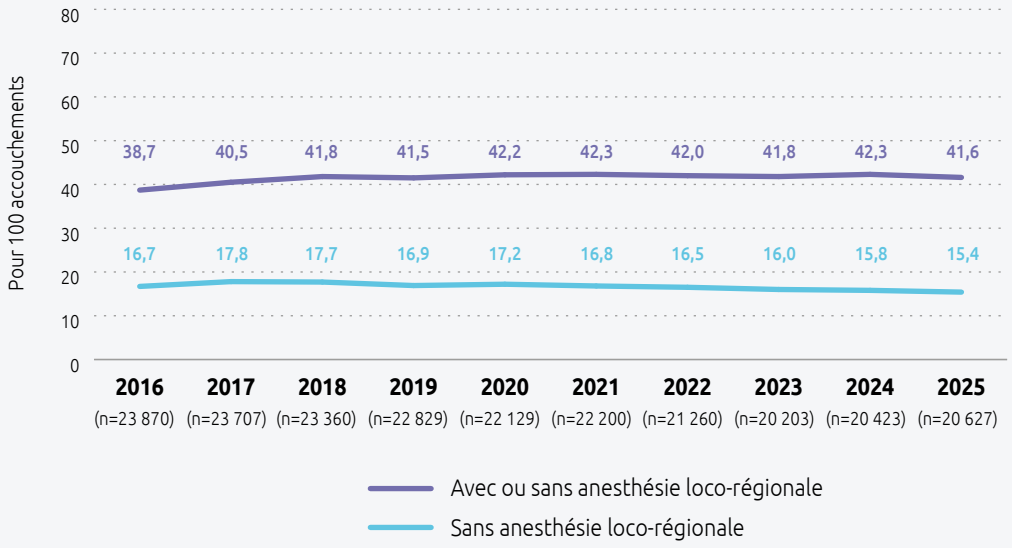
Calculé sur le nombre d'accouchements par voie basse

Figure 28. Évolution des proportions d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse, 2016-2025

5.8 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale (c'est-à-dire après un travail spontané, sans instrumentation, sans césarienne et sans épisiotomie) est de 41,6 % **(tableau 6)**. Celle des accouchements sans intervention et sans anesthésie loco-régionale est de 15,4 % **(tableau 6)**.

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale (avec ou sans anesthésie loco-régionale) est, après une légère augmentation, stable depuis 2018. La proportion d'accouchements sans intervention et sans anesthésie loco-régionale diminue légèrement entre 2017 et 2025 **(figure 29)**.



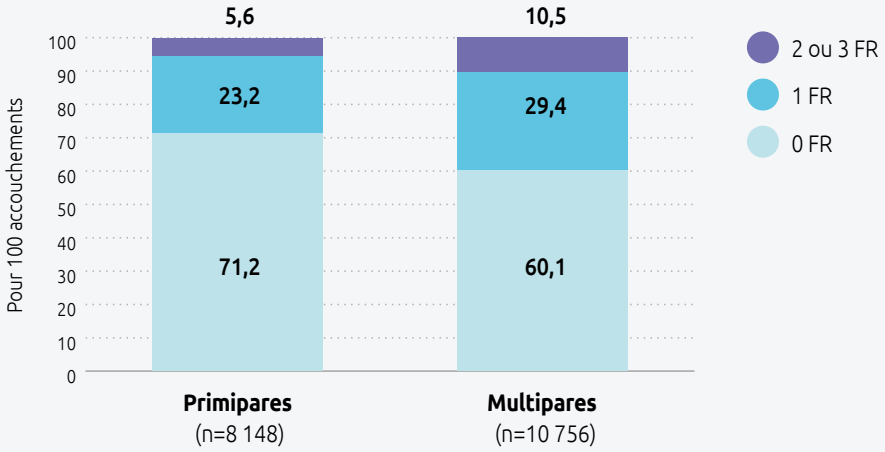
Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 29. Évolution des proportions d'accouchements sans intervention obstétricale, 2016-2025, N=220 608 (VM=99)

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

Dans ce chapitre, plusieurs caractéristiques des accouchements de singletons – à savoir l'induction du travail, le recours à l'instrumentation, la césarienne et la césarienne non programmée – sont examinées au regard de trois facteurs maternels reconnus dans la littérature comme étant associés à un risque périnatal accru : l'âge maternel avancé, le diabète et l'obésité. Ces caractéristiques sont également analysées selon la parité ainsi qu'en fonction du nombre total de facteurs de risque présents chez la mère.

Parmi les mères de singletons, 7,8 % sont âgées de 40 ans ou plus, 17,8 % présentent un diabète et 18,3 % sont en situation d'obésité. La répartition de ces facteurs de risque diffère selon la parité. Chez les primipares, 71,2 % ne présentent aucun de ces facteurs, 23,2 % en présentent un seul et 5,6 % en cumulent deux ou trois. Chez les multipares, ces proportions sont respectivement de 60,1 %, 29,4 % et 10,5 % **(figure 30)**.



Calculé sur le nombre de singletons

Figure 30. Distribution des facteurs de risque maternels selon la parité pour les singletons, 2025, N=18 904 (VM=1 373)

Tableau 11. Caractéristiques des accouchements de singletons selon les caractéristiques de la mère, 2025								
Calculé sur le nombre de singletons	**Induction (n=20 277)**		**Instrumentation (n=20 277)**		**Césarienne (n=20 277)**		**Césarienne non programmée (n=20 277)**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	**7 308**	**36,0**	**1 971**	**9,7**	**4 064**	**20,0**	**2 222**	**11,0**
≥ 40 ans	658	41,8	123	7,8	504	32,0	225	14,3
Diabète	1 718	47,7	297	8,3	905	25,1	493	13,7
Obésité (≥ 30 kg/m²)	1 592	45,9	242	7,0	960	27,7	513	14,8
Primipares								
0 FR	2 103	36,3	1 044	18,0	1 071	18,5	780	13,5
1 FR	913	48,2	293	15,5	512	27,0	367	19,4
2 ou 3 FR	274	60,5	55	12,1	157	34,7	115	25,4
Multipares								
0 FR	1 780	27,6	281	4,4	1 019	15,8	377	5,8
1 FR	1 261	39,8	131	4,1	688	21,7	291	9,2
2 ou 3 FR	531	47,1	49	4,3	353	31,3	136	12,1

Chez les femmes âgées de 40 ans et plus, diabétiques ou obèses, les proportions d'interventions sont globalement plus élevées que la moyenne, que ce soit pour l'induction du travail, la césarienne ou la césarienne non programmée. Le recours à l'instrumentation constitue une exception : il apparaît moins fréquent lorsqu'un de ces facteurs de risque est présent **(tableau 11)**.

L'effet des facteurs de risque maternels sur les interventions obstétricales diffère nettement selon la parité. Chez les primipares, la présence d'au moins un facteur de risque est associé à une augmentation du recours à l'induction du travail et aux césariennes, avec une progression plus marquée lorsque plusieurs facteurs sont cumulés. Les césariennes non programmées suivent une tendance similaire, avec une fréquence particulièrement élevée en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque. Le recours à l'instrumentation est également nettement plus fréquent chez les primipares. En revanche, sa fréquence est inversement proportionnelle au nombre de facteurs de risque **(tableau 11)**.

Chez les multipares, l'effet des facteurs de risque apparaît plus modéré. Le taux d'inductions reste proche de la moyenne en présence d'un seul facteur, mais augmente lorsque deux ou trois facteurs sont cumulés, rejoignant alors celui observé chez les primipares avec un facteur de risque. En revanche, le recours à l'instrumentation demeure largement inférieur à celui des primipares et ne semble pas varier selon le nombre de facteurs de risque. La progression du taux de césariennes est également moins marquée que chez les primipares, tandis qu'aucune tendance nette n'est observée pour les césariennes non programmées **(tableau 11)**.

5.10 DISCUSSION

En 2025, les accouchements à Bruxelles surviennent très majoritairement à terme (92,2 % entre 37 et 41 semaines). Le travail débute spontanément dans 54,6 % des cas, tandis que 36,0 % des accouchements font l'objet d'une induction et 9,4 % d'une césarienne programmée. L'anesthésie loco-régionale est largement utilisée (77,7 %). Le mode d'accouchement le plus fréquent est la voie basse sans instrumentation (69,8 %), alors que les césariennes représentent 20,6 % des accouchements et les accouchements instrumentaux 9,6 %. L'épisiotomie reste peu fréquente (7,0 %). Les accouchements sans intervention obstétricale constituent 41,6 % de l'ensemble lorsqu'ils sont considérés indépendamment du recours à une anesthésie loco-régionale, mais seulement 15,4 % lorsqu'aucune anesthésie n'est utilisée. Enfin, la colonisation maternelle par le streptocoque B concerne 16,3 % des mères et atteint 17,3 % parmi les accouchements à terme hors césarienne programmée.

La majorité des accouchements survient entre 39 et 41 semaines de grossesse (65,6 %), tandis que les grands prématurés de moins de 32 semaines représentent environ 1,9 % des accouchements. La proportion d'accouchements avant 37 semaines s'élève à 7,6 %, proportion stable depuis 2016, à l'exception de l'année 2020 où il atteint 7,1 %. **L'âge gestationnel** constitue une variable clé de la santé périnatale, dont l'analyse détaillée sera présentée ultérieurement.

En 2025, la proportion de mères dépistées positives au **streptocoque B** est de 17,3 % parmi les accouchements à terme (hors césarienne programmée), soit une diminution par rapport à 2016 (20,3 %), avec une majorité de femmes testées (96,8 %). Concernant la prise en charge, 89,8 % des mères positives reçoivent une antibioprophylaxie, mais on observe une légère baisse depuis 2024 après une stabilité entre 2015 et 2023.
Les pratiques varient selon la région : parmi les femmes non testées, seul 14,2 % reçoivent des antibiotiques en cas de statut non testé à Bruxelles, contre 53,9 % en Wallonie (17). Cette différence reflète des protocoles distincts : les maternités bruxelloises, majoritairement universitaires, semblent appliquer des recommandations plus récentes et restrictives, limitant le recours systématique aux antibiotiques en cas de résultats inconnus. Ces constats rejoignent les analyses belges de Zsofia Bognar (84).

En 2025, environ un tiers des accouchements sont induits, avec une proportion globale de 36,0 % (36,0 % pour les grossesses uniques et 30,9 % pour les grossesses multiples). Depuis 2016, on observe une augmentation continue des **inductions**, passant de 28,7 % à 36,0 %. L'analyse selon la classification de Nippita (33) montre que deux groupes de femmes contribuent largement à ce taux : les primipares avec gestation unique en présentation céphalique à 39–40 semaines et les multipares sans antécédent de césarienne dans le même contexte. Ces deux catégories représentent environ la moitié de la population étudiée, ce qui en fait des cibles majeures des politiques obstétricales.
À l'échelle internationale, le recours à l'induction du travail concerne environ une femme sur quatre dans les pays disposant de données, avec une estimation globale de 23,7 % en 2019. Cette proportion est en augmentation, mais reste difficile à généraliser à l'ensemble du monde en raison d'un manque de données dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (85).
Les indications médicales de l'induction sont bien établies et appuyées par de nombreux essais contrôlés et études observationnelles. Parmi les plus documentées figurent l'induction à 41 semaines, qui réduit significativement la mortalité périnatale, et la prise en charge de la rupture prématurée des membranes à terme, qui diminue les risques infectieux maternels et néonataux (86). L'hypertension gravidique (87), le diabète gestationnel ou préexistant (88) et l'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans (89) comptent également parmi les indications fréquentes. En Belgique, la macrosomie fœtale et le retard de croissance intra-utérin sont aussi des motifs courants, bien que reposant essentiellement sur un consensus professionnel. Par ailleurs, plusieurs études récentes remettent en question l'idée que l'induction augmente le recours à la césarienne. L'étude contrôlée randomisé ARRIVE publié en 2018 montre que l'induction à 39 semaines chez les primipares sans indication médicale est associée à une diminution du taux de césariennes (90). En Régions bruxelloise et wallonne, une étude observationnelle de Leroy *et al.* (26) confirme que

l'induction à 39 semaines n'est pas associée à une hausse du risque de césarienne non programmée ni à davantage de complications néonatales. Ces résultats concordent avec deux méta-analyses (91,92) menées chez les femmes de plus de 35 ans. Toutefois, certaines études nuancent cette tendance : Knight *et al.* (89) estiment qu'il faudrait 562 inductions à 40 semaines pour prévenir un décès périnatal chez les femmes de plus de 35 ans, tandis que Jeong *et al.* (93) rapportent un risque multiplié par trois de césarienne en urgence après induction chez les primipares d'âge maternel avancé.

L'anesthésie loco-régionale est largement répandue et concerne 73,0 % des accouchements par voie basse, avec une proportion de 82,7 % chez les primipares et 65,9 chez les multipares. Ces proportions augmentent entre 2016 et 2025 quelle que soit la parité.
À l'échelle internationale, une étude portant sur 13 pays (94) montre une forte variabilité du recours à l'anesthésie loco-régionale : de 19,4 % en Angleterre à 83,4 % en Finlande chez les primipares, et de 10 % aux Pays-Bas à 64,4 % aux États-Unis chez les multipares. Ces écarts témoignent de différences organisationnelle et culturelle.

En 2025, **les césariennes** représentent deux accouchements sur dix, répartis entre 9,4 % de programmés et 11,2 % de non programmés. La proportion de césariennes est stable depuis 2021 après avoir légèrement augmenté. Les accouchements instrumentaux concernent près d'un cas sur dix et leur fréquence fluctue très légèrement entre 2016 et 2025 sans afficher de tendance marquée. À l'inverse, la voie basse après césarienne (VBAC) tend à diminuer.
À l'échelle européenne, les tendances 2015–2019 sont contrastées : la césarienne augmente notamment en Croatie (+4,7 %), en Irlande (+3,5 %), en Hongrie (+2,7 %) et dans plusieurs nations du Royaume-Uni (Écosse, Irlande du Nord, Pays de Galles), tandis qu'elle recule à Chypre (-3,7 %), en Italie (-2,4 %), en République tchèque (-2,4 %) et au Luxembourg (-2,2 %) (3). Actuellement, en Angleterre, le taux de césariennes avoisine 45 % (95). L'analyse selon la classification de Robson (34) montre que deux groupes contribuent le plus au taux global : les primipares à terme, singleton, en présentation céphalique avec induction du travail, et les multipares ayant un antécédent de césarienne. La prévention de la première césarienne et la promotion de la VBAC apparaissent dès lors comme des leviers majeurs pour contenir la progression du recours à la chirurgie. Par ailleurs, les données internationales confirment que l'instrumentation est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares (96,97). Si l'utilisation de l'instrumentation lors des accouchements vaginaux tend à diminuer à l'échelle mondiale (98), cette baisse s'accompagne d'une hausse du taux de césariennes (99,100), sans qu'un lien causal direct puisse être inféré à partir de ces observations seules.

Entre 2016 et 2025, le recours à **l'épisiotomie** a fortement diminué (de 28,3 % à 8,8 % pour les accouchements par voie basse). Introduite à grande échelle dans les années 1950, l'épisiotomie s'est largement répandue au niveau mondial en parallèle avec la médicalisation croissante des accouchements, y compris pour les naissances à bas risque prises en charge à l'hôpital (101). Son objectif initial était de réduire le risque de déchirures périnéales sévères et leurs conséquences à long terme (102,103), en particulier en cas d'instrumentation lors de l'expulsion (104,105). Elle était également utilisée pour faciliter la naissance du bébé (106).
Cependant, au fil des années, l'efficacité réelle de l'épisiotomie pour prévenir les déchirures périnéales sévères a été largement remise en question, même dans le cadre des accouchements instrumentaux (107). De plus, l'épisiotomie étant un acte chirurgical, elle n'est pas sans risques : elle peut entraîner des complications telles que des saignements, des douleurs et un inconfort persistants, des infections, de la dyspareunie, voire des difficultés lors de grossesses et accouchements ultérieurs (108). Face à ces constats, les recommandations actuelles des sociétés savantes de gynécologie-obstétrique – aux États-Unis (109), au Royaume-Uni (110), en France (111), ainsi que celles de la Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique (112) – convergent : l'épisiotomie ne doit plus être systématique, mais sélective, cliniquement justifiée, fondée sur des preuves scientifiques solides et respectueuse du choix des femmes. Cette évolution des recommandations se reflète dans la diminution progressive des taux d'épisiotomies en Belgique, traduisant un changement profond des pratiques obstétricales.

L'âge maternel avancé, l'obésité et le diabète sont associés à un recours accru aux interventions obstétricales. En présence de l'un de ces facteurs de risque, la proportion d'inductions dépasse 40 %, la césarienne est nettement plus fréquente (+ 12,0 % chez les femmes de 40 ans et plus et + 7,7 % chez les femmes obèses) avec un risque de césarienne non programmée augmenté, en particulier chez les femmes obèses. L'instrumentation tend à diminuer en présence d'un facteur de risque quel qu'il soit.

L'obésité maternelle apparaît ainsi comme un facteur majeur de complications obstétricales et d'interventions accrues. Nos analyses s'accordent avec la littérature qui montre que l'obésité est associée à une probabilité plus élevée d'induction (113,114) et de césarienne, que celle-ci soit programmée ou en urgence (115–118). L'effet est dose-dépendant et particulièrement marqué chez les primipares (116). L'obésité, le diabète préexistant, l'âge maternel avancé ou une origine non caucasienne sont des facteurs de risque de complications et de césarienne (119).

L'âge maternel avancé est également un déterminant important. Les femmes de 40 ans et plus présentent un risque plus élevé d'induction et de césarienne (non programmée). Ces observations rejoignent les nombreuses études qui décrivent une relation linéaire entre l'âge de la mère et l'augmentation du taux de césariennes, sans seuil clairement défini (4,51,52,82,120–122). Chez les femmes de plus de 40 ans, le risque de césarienne en urgence pour dystocie du travail est plus de deux fois supérieur à celui des femmes plus jeunes, avec un effet particulièrement marqué chez les primipares, mais encore présent chez les multipares (123).

Le diabète gestationnel ou préexistant constitue un autre facteur de risque significatif. Les femmes diabétiques présentent un risque accru d'induction et de césarienne (non programmée). Les recommandations pour ces femmes varient : l'ACOG (124) propose une induction entre 39+0 et 39+6 SA pour les patientes sous traitement médicamenteux, tandis que le NICE (125) ne recommande pas d'induction avant 40+6 SA, quelle que soit la prise en charge de la mère. Certaines études observationnelles suggèrent qu'une induction plus précoce pourrait réduire le recours à la césarienne (126), mais les preuves restent limitées chez les femmes dont le diabète est bien équilibré par le régime seul. L'étude HAPO (127) a établi un lien clair entre diabète gestationnel et augmentation du taux de césariennes, et une méta-analyse récente (128) confirme que le cumul d'un diabète gestationnel, d'un IMC élevé ou d'une prise de poids excessive accroît le risque de césarienne et de macrosomie.

Enfin, l'analyse par **parité** révèle des différences notables. Chez les primipares, la présence d'un facteur de risque entraîne déjà une hausse marquée de la proportion d'inductions et de césariennes (non programmées). Le recours à l'instrumentation est également nettement plus fréquent chez les primipares mais sa fréquence est inversement proportionnelle au nombre de facteurs de risque. Chez les multipares, l'effet d'un seul facteur de risque reste limité, mais dès que deux ou trois facteurs de risque s'additionnent, leur profil se rapproche de celui des primipares avec un facteur de risque, sauf pour l'instrumentation. Ces résultats soulignent que la parité joue un rôle déterminant dans l'intensité de l'association entre les facteurs de risque (obésité, âge maternel avancé, diabète) et le recours aux interventions obstétricales, confirmant les observations de Björklund *et al.* (116) et Waldenström *et al.* (123). La primiparité semble renforcer certains risques, en particulier chez les femmes obèses, avec davantage de complications liées aux césariennes non programmées, aux hémorragies et, secondairement, aux admissions néonatales (129).

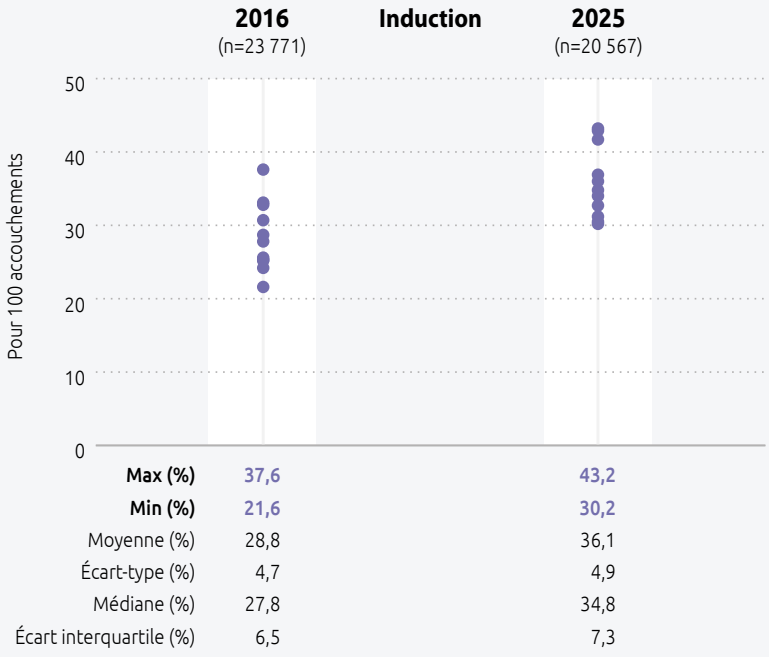
Les données 2025 mettent en évidence une transition des pratiques obstétricales à Bruxelles, marquée par une diminution notable de l'épisiotomie, une stabilisation relative de la proportion de césariennes programmées, mais une progression continue de l'induction et une baisse du recours à la voie basse après césarienne. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de maternité de plus en plus médicalisée chez les femmes à risque, notamment en cas d'obésité, de diabète ou d'âge maternel avancé, profils qui cumulent les complications et accroissent le recours aux interventions. La parité apparaît comme un facteur modulant majeur, amplifiant ces risques surtout chez les primipares. Les interactions entre ces facteurs démontrent que le risque périnatal ne repose pas sur une caractéristique isolée, mais sur la combinaison de plusieurs déterminants qui se renforcent mutuellement. Cela souligne l'importance d'une approche intégrée de la prévention et du suivi, tenant compte du profil global des femmes enceintes plutôt que de facteurs pris séparément.

6. PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS

6.1 INDUCTION ET MATERNITÉS

En 2025, la proportion d'inductions varie entre 30,2 % et 43,2 % selon les maternités **(figure 31)**.

Entre 2016 et 2025, le recours à l'induction du travail augmente de manière nette et généralisée dans l'ensemble des maternités, bien que des disparités persistent entre elles. La moyenne passe de 28,8 % à 36,1 %, soit une augmentation de 7,3 points de pourcentage, tandis que la médiane progresse de 27,8 % à 34,8 %. Cette hausse s'accompagne d'un léger élargissement de la dispersion centrale, l'écart interquartile (EIQ[4]) passant de 6,5 % à 7,3 %. Les valeurs extrêmes évoluent également à la hausse, avec un taux minimal passant de 21,6 % à 30,2 % et un taux maximal de 37,6 % à 43,2 %. Ces évolutions traduisent un déplacement global de la distribution vers des taux d'inductions plus élevés, tout en maintenant une variabilité entre les maternités, avec l'émergence en 2025 de quelques établissements présentant des taux particulièrement élevés **(figure 31)**.



	2016	2025
Max (%)	37,6	43,2
Min (%)	21,6	30,2
Moyenne (%)	28,8	36,1
Écart-type (%)	4,7	4,9
Médiane (%)	27,8	34,8
Écart interquartile (%)	6,5	7,3

Figure 31. Distribution et évolution de l'induction dans les maternités, 2025

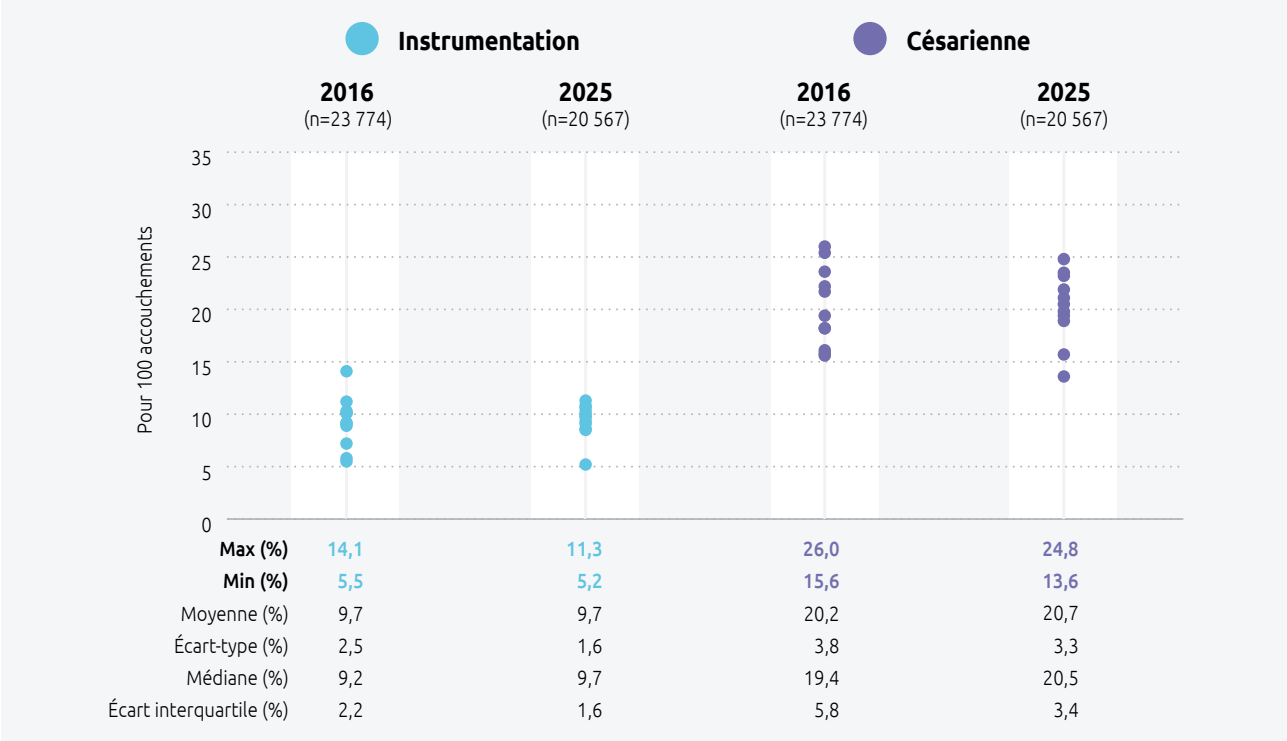
4 L'écart interquartile (EIQ) est la différence entre le 3e quartile (75e centile) et le 1er quartile (25e centile) d'une série de données. Il mesure la dispersion de la moitié centrale (50 %) des valeurs et est peu influencé par les valeurs extrêmes.

6.2 MODE D'ACCOUCHEMENT ET MATERNITÉS

En 2025, la proportion d'accouchements instrumentaux varie entre 5,2 % et 11,3 % et celle de césariennes varie entre 13,6 % et 24,8 % selon les maternités **(figure 32)**.

Entre 2016 et 2025, les accouchements instrumentaux demeurent globalement stables malgré des différences entre les maternités. La moyenne reste inchangée à 9,7 %, tandis que la médiane progresse de 9,2 % à 9,7 %. Parallèlement, la variabilité inter-maternités se réduit : l'écart-type diminue de 2,5 % à 1,6 % et l'EIQ de 2,2 % à 1,6 %, tandis que les valeurs minimale et maximale diminuent respectivement de 5,5 % à 5,2 % et de 14,1 % à 11,3 %. L'ensemble de ces évolutions traduit un resserrement des taux autour de niveaux modérés et une plus grande homogénéité des pratiques entre les maternités **(figure 32)**.

L'accouchement par césarienne présente une évolution légèrement différente, la moyenne augmente légèrement, passant de 20,2 % à 20,7 %, tandis que la médiane progresse de 19,4 % à 20,5 %. Cette hausse s'accompagne toutefois d'une diminution marquée de la variabilité entre les établissements : l'écart-type passe de 3,8 % à 3,3 % et l'EIQ diminue de 5,8 % à 3,4 %, tandis que les valeurs minimale et maximale diminuent respectivement de 15,6 % à 13,6 % et de 26,0 % à 24,8 %. Ces évolutions suggèrent un rapprochement progressif des taux de césariennes entre les maternités, malgré une très légère augmentation du niveau global **(figure 32)**.

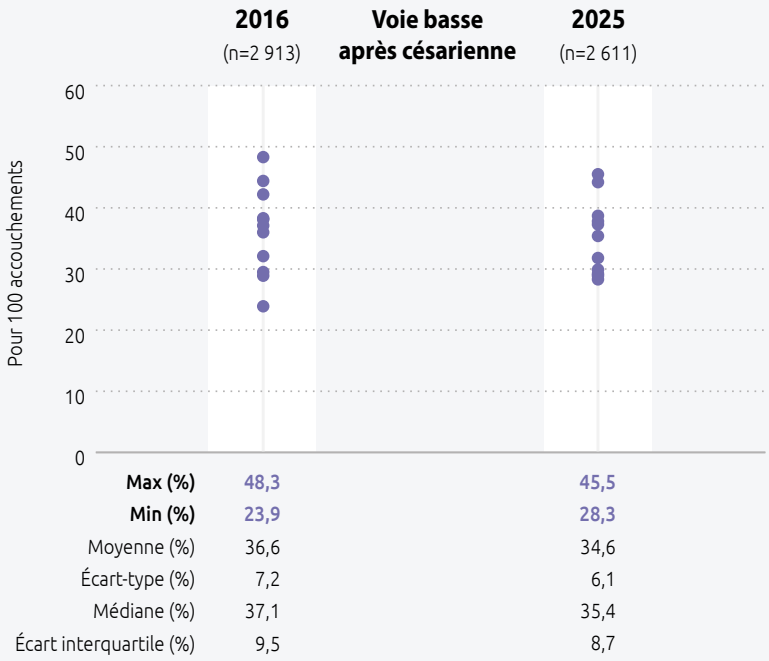


	Instrumentation 2016 (n=23 774)	Instrumentation 2025 (n=20 567)	Césarienne 2016 (n=23 774)	Césarienne 2025 (n=20 567)
Max (%)	14,1	11,3	26,0	24,8
Min (%)	5,5	5,2	15,6	13,6
Moyenne (%)	9,7	9,7	20,2	20,7
Écart-type (%)	2,5	1,6	3,8	3,3
Médiane (%)	9,2	9,7	19,4	20,5
Écart interquartile (%)	2,2	1,6	5,8	3,4

Figure 32. Distribution et évolution du mode d'accouchement dans les maternités, 2025

En 2025, la proportion de femmes ayant accouché par voie basse après au moins un antécédent de césarienne (VBAC) varie entre 28,3 % et 45,5 % selon les maternités **(figure 33)**.

Entre 2016 et 2025, la proportion de VBAC diminue globalement, tout en restant marquée par des différences entre les maternités. La moyenne passe de 36,6 % à 34,6 % et la médiane de 37,1 % à 35,4 %, traduisant une diminution plus marquée au centre de la distribution et suggérant que la majorité des maternités ont enregistré une baisse du recours à la VBAC.
Parallèlement, la variabilité inter-maternités se réduit, avec un écart-type diminuant de 7,2 % à 6,1 % et un EIQ passant de 9,5 % à 8,7 %. Cette réduction s'accompagne d'un rapprochement des valeurs extrêmes : le taux maximal diminue de 48,3 % à 45,5 %, tandis que le taux minimal augmente de 23,9 % à 28,3 %. L'ensemble de ces évolutions traduit ainsi un resserrement des taux entre les maternités et une convergence progressive vers des niveaux de VBAC globalement inférieurs à ceux observés en 2016 **(figure 33)**.



	2016	2025
Max (%)	48,3	45,5
Min (%)	23,9	28,3
Moyenne (%)	36,6	34,6
Écart-type (%)	7,2	6,1
Médiane (%)	37,1	35,4
Écart interquartile (%)	9,5	8,7

Figure 33. Distribution et évolution de l'accouchement par voie basse après antécédent de césarienne dans les maternités, 2025

6.3 ÉPISIOTOMIE ET MATERNITÉS

En 2025, la proportion d'épisiotomies parmi les accouchements par voie basse varie entre 2,7 % et 20,6 % selon les maternités **(figure 34)**.

Entre 2016 et 2025, le recours à l'épisiotomie diminue très fortement et de manière généralisée, malgré une variabilité encore importante entre les établissements. La moyenne passe de 28,5 % à 8,8 %, tandis que la médiane diminue de 31,1 % à 7,6 %. Les valeurs extrêmes évoluent également fortement, avec un taux maximal passant de 50,4 % à 20,6 % et un taux minimal de 14,0 % à 2,7 %. Parallèlement, la variabilité inter-maternités se réduit nettement, l'écart-type diminuant de 12,1 % à 5,3 % et l'EIQ de 17,4 % à 6,7 %. L'ensemble de ces évolutions témoigne d'une diminution rapide et homogène du recours à l'épisiotomie, compatible avec une évolution des pratiques vers une utilisation plus restrictive et moins systématique **(figure 34)**.

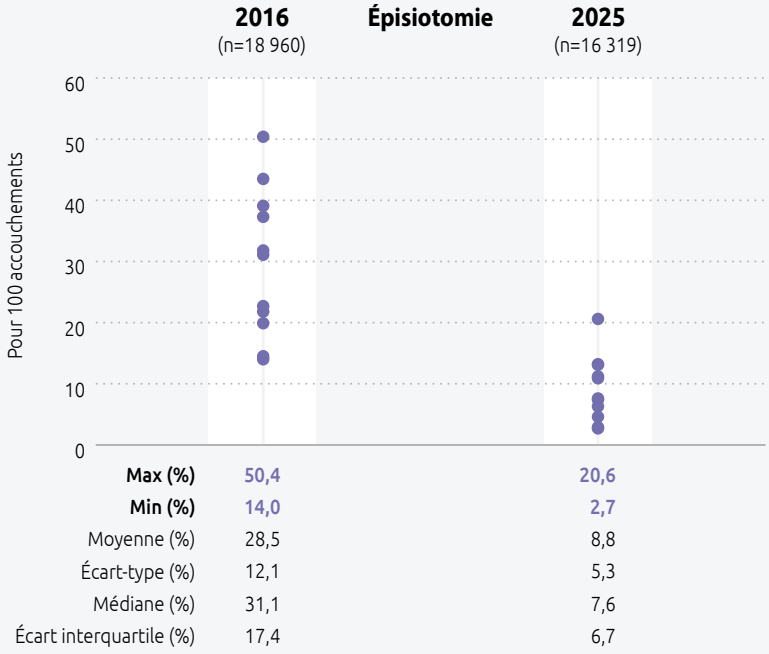


Figure 34. Distribution et évolution de l'épisiotomie pour les accouchements par voie basse dans les maternités, 2025

6.4 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE ET MATERNITÉS

En 2025, les proportions d'accouchements sans intervention obstétricale et d'accouchements sans intervention obstétricale ni anesthésie loco-régionale varient respectivement de 31,0 % à 50,9 % et de 8,8 % à 26,7 % selon les maternités **(figure 35)**.

Entre 2016 et 2025, la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale (avec ou sans anesthésie loco-régionale) augmente légèrement, augmente globalement, tout en restant marquée par des différences entre les maternités. La moyenne progresse de 38,4 % à 41,4 %, tandis que la médiane passe de 40,0 % à 42,9 %. Cette évolution s'accompagne d'une réduction de la variabilité inter-maternités, l'écart-type passant de 7,5 % à 6,3 % et l'EIQ de 12,9 % à 8,7 %. Parallèlement, les valeurs extrêmes se rapprochent vers le haut, avec un taux minimal passant de 27,3 % à 31,0 % et un taux maximal de 49,8 % à 50,9 %. L'ensemble de ces évolutions traduit une augmentation générale de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale ainsi qu'une convergence progressive des pratiques entre les maternités **(figure 35)**.

À l'inverse, la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale et sans anesthésie loco-régionale diminue légèrement sur la période. La moyenne passe de 16,4 % à 15,2 % et la médiane de 17,2 % à 15,3 %. La variabilité entre les établissements reste toutefois relativement stable, avec un écart-type passant de 5,4 % à 5,0 % et un EIQ de 4,9 % à 4,4 %. Cette évolution suggère une légère diminution de la proportion d'accouchements cumulant l'absence d'intervention obstétricale et l'absence d'anesthésie loco-régionale, sans modification majeure des écarts entre les maternités **(figure 35)**.

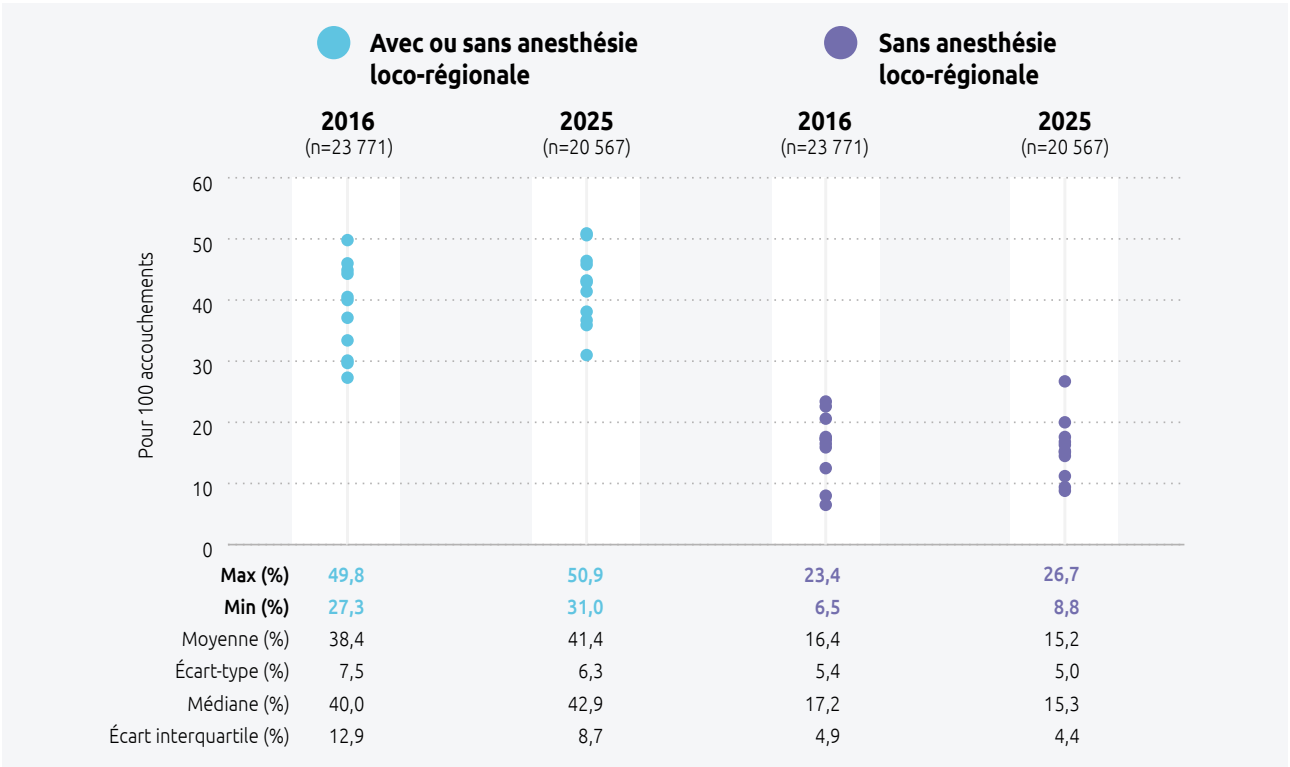


Figure 35. Distribution et évolution de l'accouchement sans intervention obstétricale dans les maternités, 2025

6.5 DISCUSSION

En 2025, on observe de fortes variations entre les maternités bruxelloises : les proportions s'échelonnent de 30,2 % à 43,2 % pour l'induction, de 13,6 % à 24,8 % pour la césarienne, de 28,3 % à 45,5 % pour la VBAC, de 2,7 % à 20,6 % pour l'épisiotomie et de 31,0 % à 50,9 % pour l'accouchement sans intervention. Au sein de ce dernier, la composante "sans intervention et sans anesthésie loco-régionale" varie de 8,8 % à 26,7 % selon les maternités.

Entre 2016 et 2025, les moyennes des pratiques obstétricales dans les maternités évoluent de façon contrastée : la proportion d'inductions progresse nettement (28,8 % à 36,1 %) et les césariennes augmentent légèrement (20,2 % à 20,7 %), tandis que l'accouchement instrumental reste stable autour de 9,7 % et tend à s'harmoniser entre maternités. À l'inverse, le recours à la VBAC diminue (36,6 % à 34,6 %) et l'épisiotomie connaît une chute marquée (28,5 % à 8,8 %). Dans le même temps, la proportion d'accouchements sans intervention progresse (38,4 % à 41,4 %), traduisant un rapprochement des pratiques vers une approche plus physiologique, soutenue par la forte réduction du recours à l'épisiotomie, mais tempérée par une médicalisation toujours présente principalement à travers les inductions.
À noter que l'effectif total des accouchements hospitaliers diminue sur la période, de 23 774 à 20 567, soit –13,5 %, sans remettre en cause ces tendances structurelles.

Si des variations inter-établissements existent partout, elles apparaissent plus marquées en Wallonie (17) qu'à Bruxelles. À Bruxelles, les écarts entre maternités sont généralement plus resserrés, traduisant une certaine homogénéisation des pratiques, notamment pour la césarienne et l'accouchement sans intervention obstétricale. En Wallonie, en revanche, les amplitudes sont nettement plus importantes : le recours à la césarienne varie ainsi de 15,1 % à 31,6 %, le taux de VBAC s'échelonne de 16,7 % à 53,9 %, l'épisiotomie de 3,6 % à 32,6 %, tandis que les accouchements sans intervention vont de 25,2 % à 54,7 % (17). Ces contrastes traduisent une plus grande hétérogénéité organisationnelle et culturelle des maternités wallonnes, influencée à la fois par la diversité de leur taille et de leur niveau de soins, par l'application variable des protocoles et par la place laissée aux préférences parentales et à la philosophie institutionnelle en matière d'accouchement.

Depuis plus d'un demi-siècle, de nombreuses publications documentent les **variations interhospitalières des pratiques obstétricales**. En 2020, Vink *et al.* ont passé en revue 284 études et recommandé que les travaux futurs intègrent plus finement les caractéristiques des patientes afin de mieux comprendre – et réduire – les variations injustifiées du recours à la césarienne (130).

Dans cette perspective, le CEpiP a mené une étude évaluant l'impact des caractéristiques des maternités sur le taux de césariennes en Belgique. En mobilisant la classification de Robson et en ajustant les analyses sur les profils sociodémographiques et médicaux maternels, il a été observé que la « philosophie » de prise en charge propre à chaque maternité pesait davantage sur le taux de césariennes que sa taille ou la présence d'un service de néonatologie (N* ou NIC) (131).

Le rapport des naissances de 2022 a, de son côté, consacré un dossier aux « prédicteurs de l'épisiotomie », afin d'examiner la prévalence de cette intervention et ses variations entre établissements. Les résultats montrent que ces écarts ne s'expliquent pas uniquement par les caractéristiques individuelles des patientes, mais aussi par des facteurs propres aux maternités, indépendamment de leur volume d'activité ou de la présence d'un service NIC (25).

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

7. CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

7.1 SYNOPTIQUE

Tableau 12. Caractéristiques des naissances, 2025

Calculé sur le nombre total de naissances		Bruxelles				Wallonie
		Singletons (N=20 277)	Multiples (N=707)	Total (N=20 984)		(N=30 826)
		%	%	N	%	%
Présentation de l'enfant (n=20 984)	Sommet	95,7	60,0	19 832	94,5	94,0
	Siège	4,0	33,2	1 035	4,9	5,5
	Transverse	0,3	6,8	117	0,6	0,5
	Manquant			*0*		
Âge gestationnel (semaines) (n=20 983)	< 28	0,9	4,9	224	1,1	0,5
	28-31	0,8	5,8	198	0,9	0,7
	32-33	0,8	7,9	214	1,0	0,9
	34-36	4,3	38,1	1 137	5,4	6,3
	37-38	26,3	41,0	5 631	26,9	28,7
	39-41	66,7	2,3	13 542	64,5	62,8
	≥ 42	0,2	0,0	37	0,2	0,1
	Manquant			*1*		
Poids à la naissance (grammes) (n=20 983)	< 500	0,2	0,6	40	0,2	0,1
	500 – 999	0,8	4,1	188	0,9	0,5
	1 000 – 1 499	0,6	7,9	187	0,9	0,6
	1 500 – 2 499	4,3	42,9	1 180	5,6	6,2
	2 500 – 3 999	86,1	44,5	17 766	84,7	85,0
	≥ 4 000	8,0	0,0	1 622	7,7	7,6
	Manquant			*1*		
Poids pour âge gestationnel* (n=20 933)	≤ 3e percentile	1,8	9,1	427	2,0	2,2
	≤ 10e percentile	6,6	27,1	1 525	7,3	7,8
	> 90e percentile	13,9	1,1	2 826	13,5	13,3
	> 97e percentile	4,3	0,4	866	4,1	4,3
	Manquant			*51*		
Sexe de l'enfant (n=20 976)	Masculin	51,5	51,8	10 801	51,5	50,9
	Féminin	48,5	48,2	10 175	48,5	49,1
	Inconnu			*0*		
Malformations congénitales (n=20 984)	Oui	2,2	2,4	458	2,2	0,8
	Non	97,8	97,6	20 526	97,8	99,2
	Manquant			*0*		

* Sur la base des courbes d'Intergrowth 21 (36)

Tableau 13. Caractéristiques des naissances vivantes, 2024						
Calculé sur le nombre de naissances vivantes		Bruxelles				Wallonie
		Singletons (N=20 033)	Multiples (N=698)	Total (N=20 731)		(N=30 665)
		%	%	N	%	%
Apgar à 1 minute (n=20 700)	0-3	2,2	5,5	469	2,3	1,9
	4-6	4,4	14,8	983	4,7	4,2
	7-10	93,4	79,7	19 248	93,0	93,9
	Manquant			*31*		
Apgar à 5 minutes (n=20 703)	0-3	0,3	1,2	64	0,3	0,3
	4-6	1,8	5,3	395	1,9	1,6
	7-10	97,9	93,5	20 244	97,8	98,1
	Manquant			*28*		
Assistance respiratoire (n=20 730)	Masque	8,5	28,1	1 902	9,2	7,8
	Intubation	0,4	2,7	99	0,5	0,4
	Aucune assistance	91,1	69,2	18 729	90,3	91,8
	Manquant			*1*		
Transfert en néonatologie (n=20 730)	N*	4,5	18,2	1 021	4,9	6,0
	NIC	4,2	30,4	1 060	5,1	3,5
	Aucun transfert	91,3	51,4	18 649	90,0	90,5
	Manquant			*1*		

7.2 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants se présentant en sommet est de 94,5 %, en siège de 4,9 % et en transverse de 0,6 % **(tableau 12)**.

Parmi les singletons nés vivants, la proportion d'enfants se présentant en sommet est de 96,0 %, en siège de 3,6 % et en transverse de 0,4 %.

Parmi les singletons nés vivants à terme, la proportion d'enfants se présentant en sommet est de 96,7 %, en siège de 3,0 % et en transverse de 0,3 %.

7.3 ÂGE GESTATIONNEL

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines est de 8,5 % **(tableau 14)**.

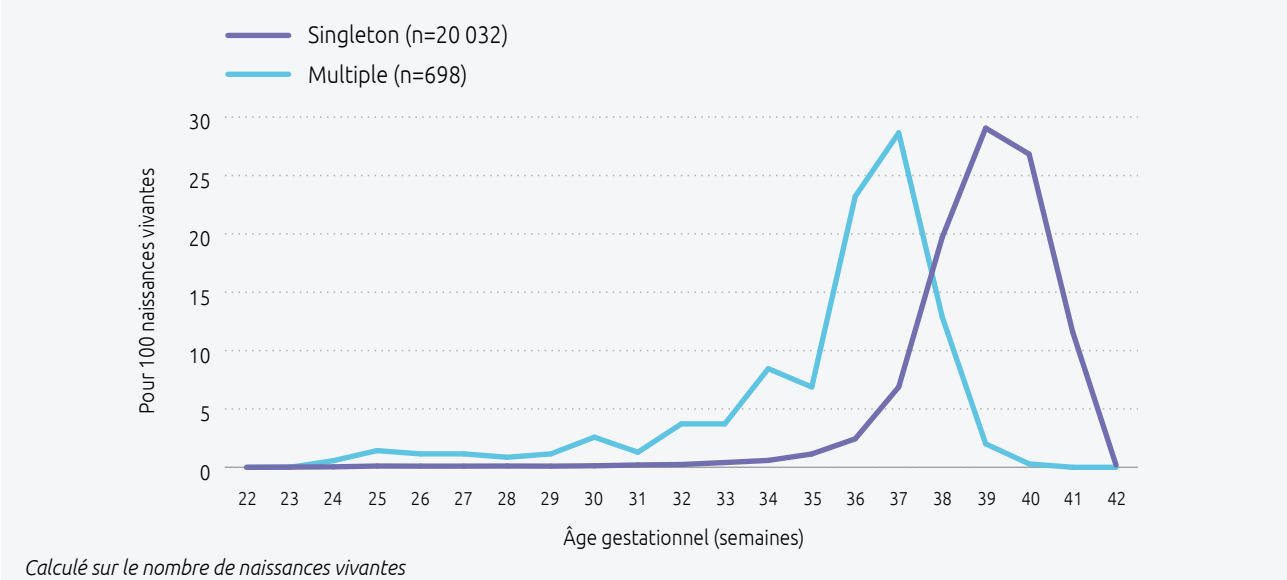
Tableau 14. Distribution des naissances selon les catégories de prématurité, 2025						
	< 28 semaines		< 32 semaines		< 37 semaines	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=20 983)	224	1,1	422	2,0	1 773	8,5
Naissances vivantes (n=20 730)	108	0,5	259	1,3	1 546	7,4
Singletons vivants (n=20 032)	78	0,4	188	0,9	1 154	5,8

Tableau 15 : Distribution des naissances selon l'âge gestationnel, 2025, N=20 983 (VM=1)												
Âge gestationnel (semaines)	Total				Singletons				Multiples			
	Vivants (n=20 730)		Mort-nés (n=253)		Vivants (n=20 032)		Mort-nés (n=244)		Vivants (n=698)		Mort-nés (n=9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 24	6	0,0	37	14,6	6	0,0	36	14,7	0	0,0	1	11,1
24-25	45	0,2	44	17,4	31	0,1	42	17,2	14	2,0	2	22,2
26-27	57	0,3	35	13,8	41	0,2	33	13,5	16	2,3	2	22,2
28-31	151	0,7	47	18,6	110	0,5	47	19,3	41	5,9	0	0,0
32-33	183	0,9	31	12,3	131	0,7	27	11,1	52	7,4	4	44,4
34-36	1 104	5,3	33	13,0	835	4,2	33	13,5	269	38,5	0	0,0
37-38	5 613	27,1	18	7,1	5 323	26,6	18	7,4	290	41,6	0	0,0
39-41	13 535	65,3	7	2,8	13 519	67,5	7	2,9	16	2,3	0	0,0
≥ 42	36	0,2	1	0,4	36	0,2	1	0,4	0	0,0	0	0,0

Parmi les naissances vivantes, la proportion de naissances prématurées est de 7,4 % : 5,3 % entre 34 et 36 semaines (late preterm) et 2,1 % inférieure à 34 semaines. Les enfants nés entre 37 et 38 semaines (early term) représentent 27,1 % des naissances vivantes **(tableau 15)**.

Parmi les naissances vivantes, les naissances multiples surviennent nettement plus tôt que celles de singletons. Plus d'une naissance multiple sur deux survient avant 37 semaines (56,2 %), contre 5,8 % chez les singletons. L'âge gestationnel moyen estimé est de 35,3 semaines pour les multiples et de 38,9 semaines pour les singletons, soit un écart de 3,6 semaines. Concernant la grande prématurité : 10,2 % des naissances multiples surviennent avant 32 semaines, contre 0,9 % de naissances de singletons **(tableau 15 et figure 36)**.

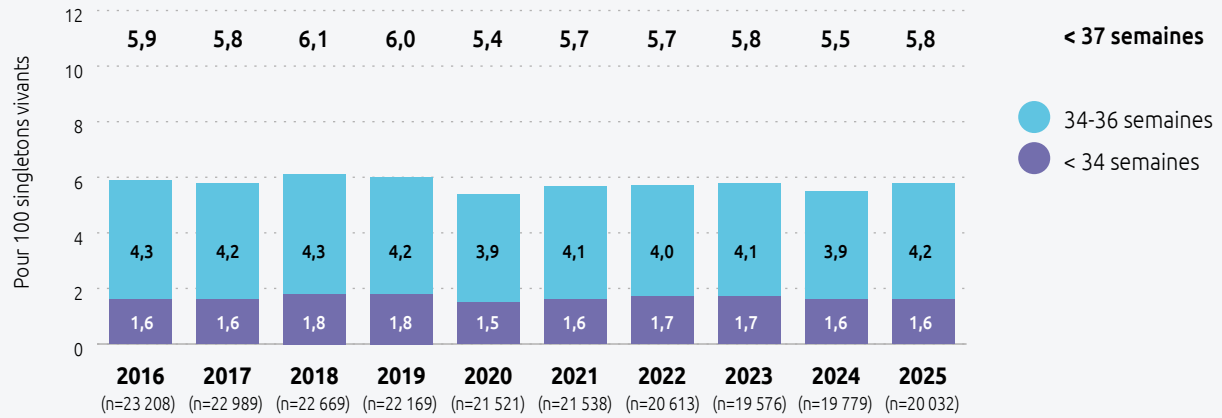
La proportion d'enfants nés vivants avant 37 semaines est stable depuis 2020, après avoir diminué.



Calculé sur le nombre de naissances vivantes

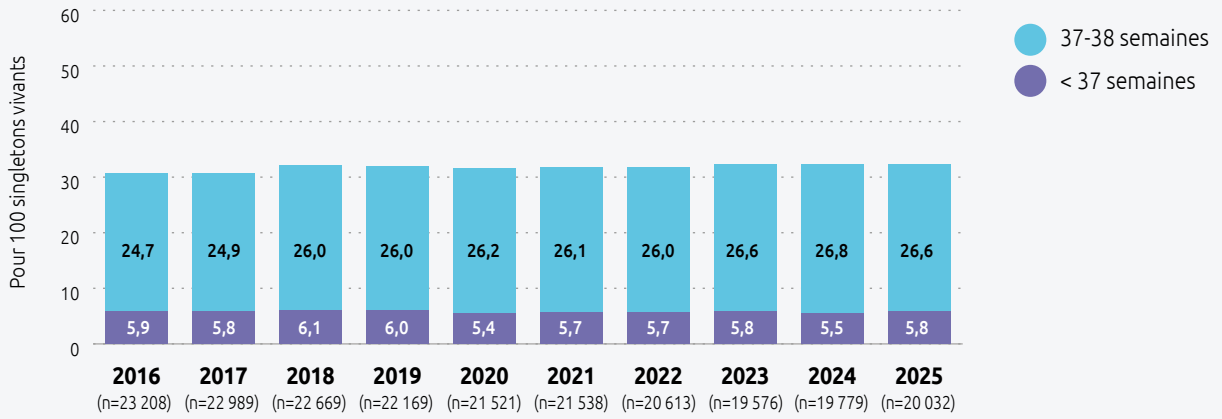
Figure 36. Distribution des naissances vivantes selon l'âge gestationnel et la multiplicité de la grossesse, 2025, N=20 730 (VM=1)

Parmi les singletons nés vivants, les proportions de late preterm et early term sont respectivement de 4,2 % et 26,6 % **(tableau 15)**.
La proportion de singletons vivants late preterm est stable sur l'ensemble de la période 2016-2025 **(figure 37)**. La proportion d'early term est stable depuis 2023 après avoir augmenté **(figure 38)**.



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 37. Évolution des proportions de singletons vivants selon la prématurité, 2016-2025, N=214 094 (VM=72)



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 38. Évolution des proportions de singletons vivants prématurés et early term, 2016-2025, N=214 094 (VM=72)

7.4 POIDS À LA NAISSANCE

Le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 277 g (écart-type : 597 g).
Parmi les singletons nés vivants, le poids moyen est de 3 333 g (écart-type : 521 g) : 3 268 g pour les filles et 3 395 g pour les garçons. Ce poids moyen est stable depuis 2016.

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants de faible poids (< 2 500 g) est de 7,6 % et d'enfants macrosomes (≥ 4 000 g) de 7,7 % **(tableau 16)**.

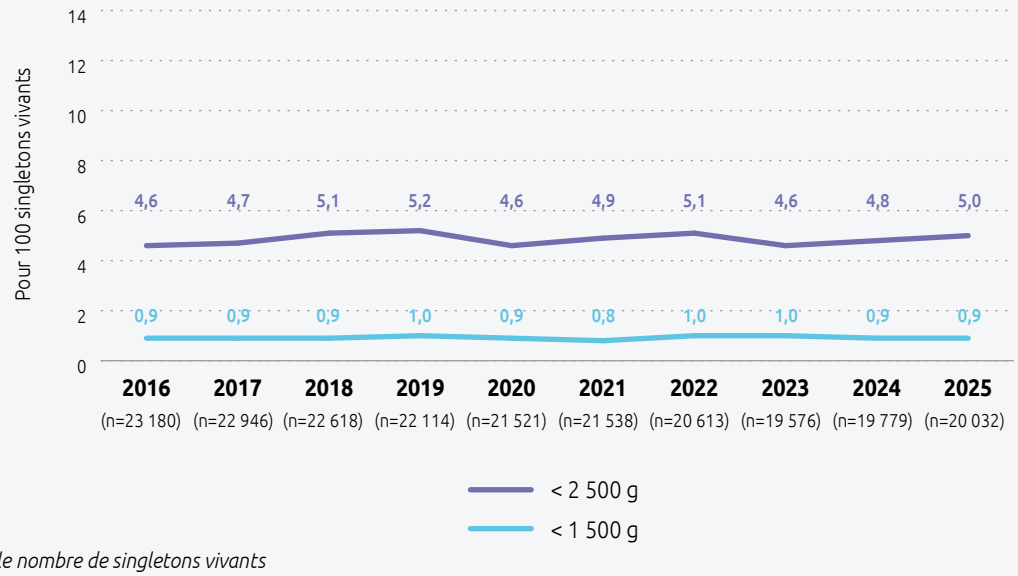
Tableau 16. Distribution des naissances selon le poids à la naissance, 2025

	< 1 500g		< 2 500 g		≥ 4 000g		≥ 4 500 g	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=20 983)	415	2,0	1 595	7,6	1 622	7,7	146	0,7
Naissances vivantes (n=20 730)	265	1,3	1 382	6,7	1 619	7,8	146	0,7
Singletons vivants (n=20 032)	183	0,9	999	5,0	1 619	8,1	146	0,7

Parmi les naissances vivantes, la proportion d'enfants de faible poids est de 6,7 %, celle d'enfants macrosomes de 7,8 % **(tableau 16)**.

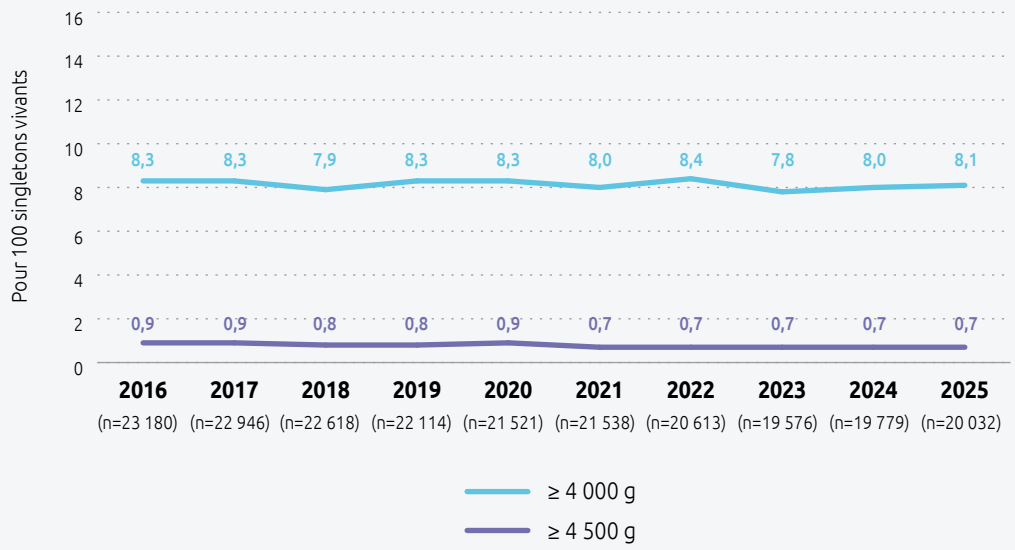
La proportion d'enfants nés vivants avec un faible poids à la naissance est stable depuis 2016, tout en affichant une proportion plus faible en 2023 (6,2 %). Celle d'enfants nés vivants macrosomes est stable depuis 2016.

Parmi les singletons nés vivants, 5,0 % ont un faible poids à la naissance et 8,1 % sont macrosomes **(tableau 16)**.
Les proportions de singletons vivants de faible poids (< 2 500 g) et de très faible poids (< 1 500 g) à la naissance sont stables de 2016 à 2025 **(figure 39)**. Les proportions d'enfants macrosomes (≥ 4 000 g) et d'enfants nés avec un poids d'au moins 4 500 g sont stables depuis 2016 **(figure 40)**.



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 39. Évolution des proportions de singletons vivants de faible poids à la naissance, 2016-2025, N=213 917 (VM=249)



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 40. Évolution des proportions de singletons vivants macrosomes, 2016-2025, N=213 917 (VM=249)

7.5 POIDS À LA NAISSANCE SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants avec un petit poids pour l'âge gestationnel (≤ percentile 10) est de 7,3 % et la proportion avec un poids élevé pour l'âge (> percentile 90) est de 13,5 % **(tableau 17)**.

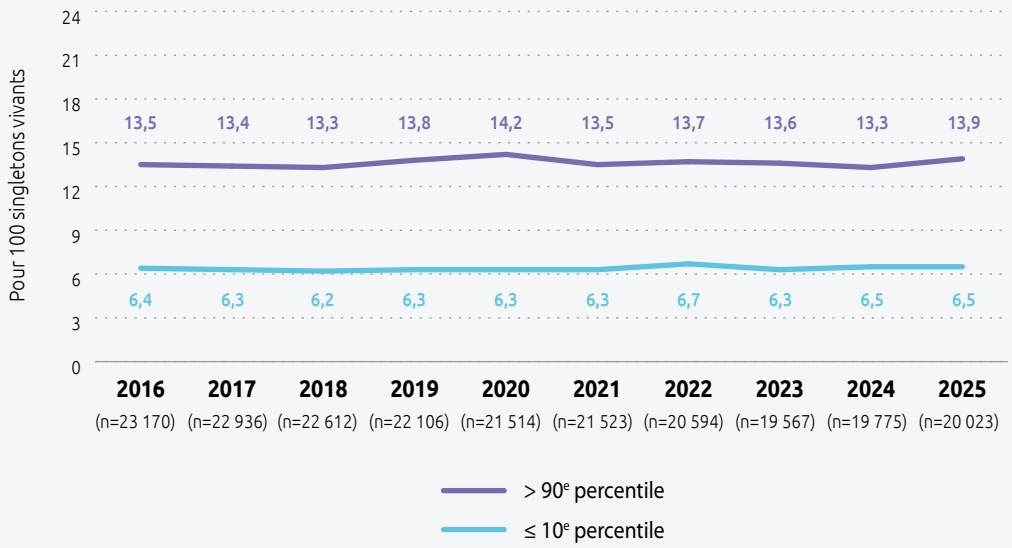
Tableau 17. Distribution des naissances selon les percentiles de poids pour âge gestationnel, 2025

	≤ 3e percentile		≤ 10e percentile		> 90e percentile		> 97e percentile	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=20 933)	427	2,0	1 525	7,3	2 826	13,5	866	4,1
Naissances vivantes (n=20 721)	394	1,9	1 484	7,2	2 800	13,5	861	4,2
Singletons vivants (n=20 023)	334	1,7	1 297	6,5	2 792	13,9	858	4,3

Parmi les naissances vivantes, la proportion d'enfants avec un petit poids pour l'âge gestationnel (≤ percentile 10) est de 7,2 % et la proportion avec un poids élevé pour l'âge (> percentile 90) est de 13,5 % **(tableau 17)**.

La proportion d'enfants nés vivants avec un petit poids pour l'âge gestationnel et celle nés avec un poids élevé pour l'âge sont toutes deux stables depuis 2016.

Parmi les singletons nés vivants, la proportion d'enfants avec un petit poids pour l'âge gestationnel est de 6,5 % et stable depuis 2016. Celle avec un poids élevé pour l'âge, de 13,9 %, est stable depuis 2016, malgré une proportion plus importante en 2020 **(figure 41)**.



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 41. Évolution des proportions de singletons vivants selon les percentiles de poids pour âge gestationnel, 2016-2025, N=213 820 (VM=346)

7.6 SEXE DU NOUVEAU-NÉ

La proportion de filles (48,5 %) est légèrement inférieure à celle des garçons (51,5 %) **(tableau 12)**.
On dénombre 10 801 garçons pour 10 175 filles, soit un sexe-ratio de 106 garçons pour 100 filles. Ce ratio est une constante en démographie.

7.7 MALFORMATIONS CONGÉNITALES

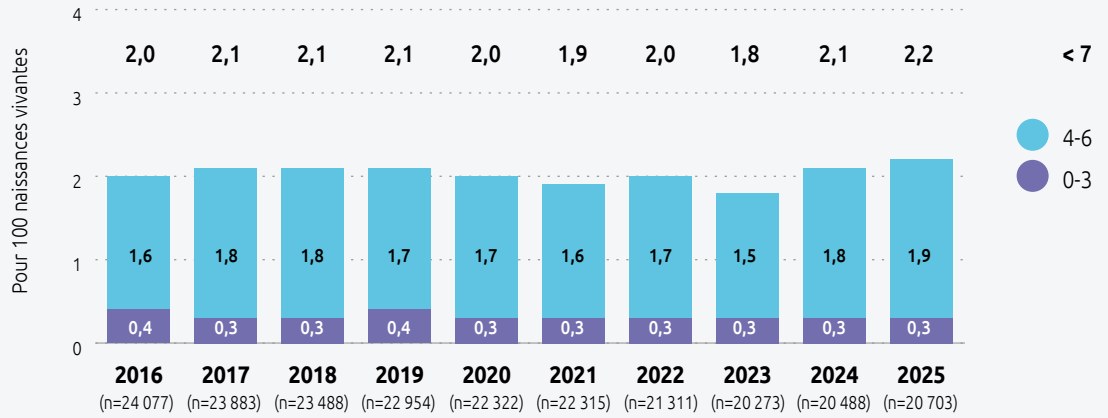
En 2025, 458 enfants sont nés avec une ou plusieurs malformations **(tableau 12)**, dont 168 sont mort-nés. Il s'agit des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance. Le **tableau 18** reprend les malformations congénitales majeures du certificat de naissance ou de décès et leur fréquence.

Tableau 18. Malformations congénitales majeures, 2024

	Total	Vivants	Mort-nés
Malformations	Nombre	Nombre	Nombre
Autre malformation cardiaque	72	56	16
Communication interventriculaire	31	24	7
Dysplasie squelettique/nanisme	19	3	16
Trisomie 21	18	10	8
Spina bifida	17	4	13
Transposition des gros vaisseaux	17	15	2
Tétralogie de Fallot	16	13	3
Fente labiale/palatine	15	7	8
Agénésie rénale	12	6	6
Dysplasie rénale poly/multikystique	11	7	4
Hydrocéphalie	11	2	9
Hernie diaphragmatique	9	7	2
Hypospade	8	6	2
Atrésie de l'œsophage	7	6	1
Atrésie de l'intestin grêle	6	6	0
Omphalocèle	5	5	0
Craniosténose	4	1	3
Gastroschisis	4	4	0
Malformation adénomatoïde du poumon	4	3	1
Syndrome de Turner	4	2	2
Imperforation anale	3	2	1
Trisomie 13	3	2	1
Trisomie 18	3	2	1
Anencéphalie	2	0	2
Réduction des membres	2	0	2
Anomalie obstructive bassinet /uretère	1	0	1
Atrésie anale	1	1	0
Atrésie des voies biliaires	1	1	0
Hygroma kystique	1	1	0

7.8 APGAR

Parmi les naissances vivantes, 7,0 % des nouveau-nés présentent un score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7. À 5 minutes, seuls 2,2 % d'enfants ont un score inférieur à 7 **(tableau 13)**.
La proportion d'enfants nés vivants avec un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes est stable depuis 2016 **(figure 42)**.



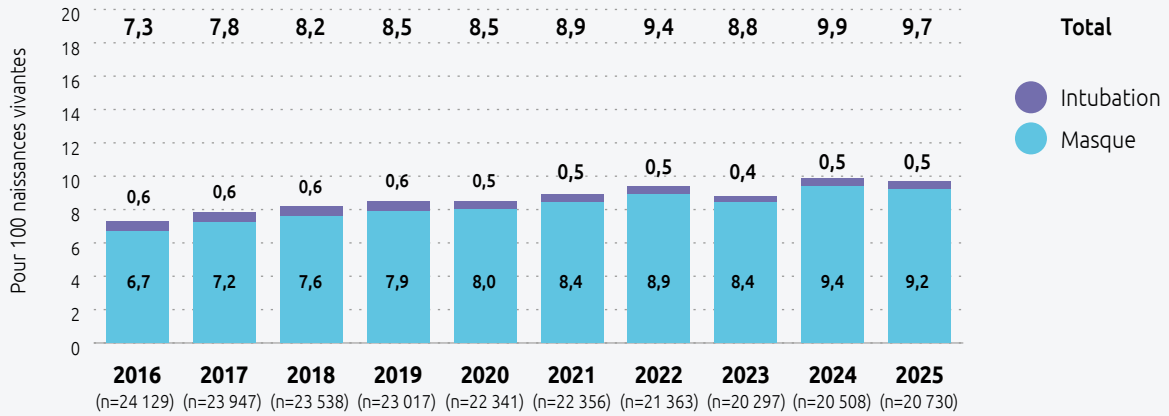
Calculé sur le nombre de naissances vivantes

Figure 42. Évolution du score d'Apgar à 5 minutes pour les naissances vivantes, 2016-2025, N=221 814 (VM=508)

7.9 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

Parmi les naissances vivantes, la proportion de nouveau-nés ventilés à la naissance est de 9,7 %. Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux naissances multiples, la proportion d'enfants ventilés est de 30,8 % **(tableau 13)**.

La proportion de nouveau-nés ventilés à la naissance augmente entre 2016 et 2025. Cette évolution est marquée par une augmentation d'enfants ventilés au masque, la proportion d'enfants intubés étant stable sur la même période **(figure 43)**.



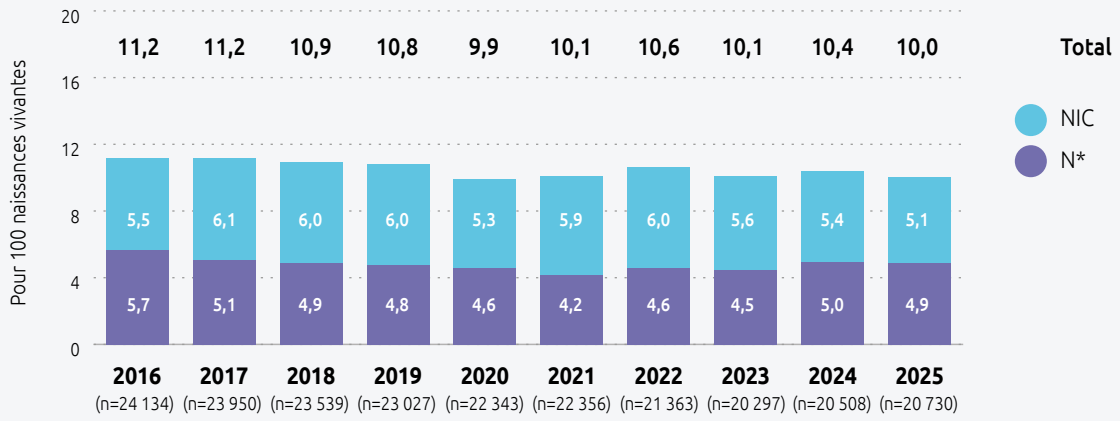
Calculé sur le nombre de naissances vivantes

Figure 43. Évolution de la ventilation du nouveau-né pour les naissances vivantes, 2016-2025, N=222 226 (VM=96)

7.10 ADMISSION EN NÉONATOLOGIE

Parmi les naissances vivantes, la proportion de nouveau-nés transférés en néonatologie est de 10,0 %. La proportion d'enfants transférés est de 8,7 % pour les singletons et de 48,6 % pour les multiplés **(tableau 13)**.

La proportion d'enfants transférés en service de néonatologie est stable depuis 2020 **(figure 44)**.



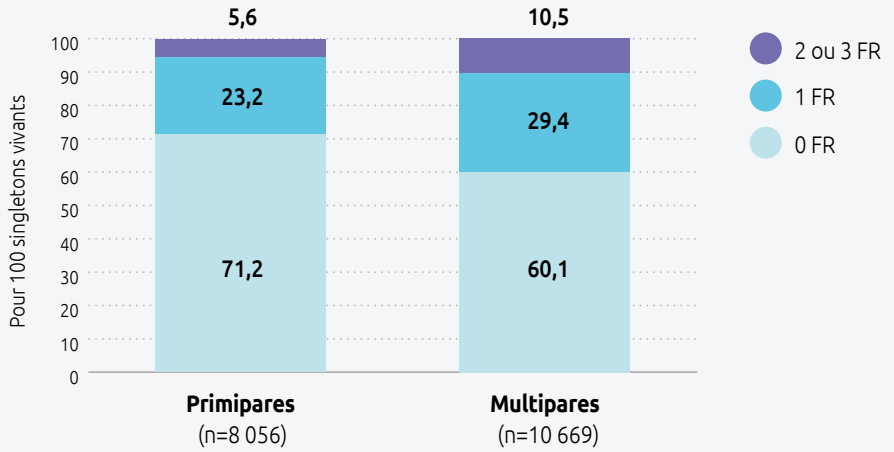
Calculé sur le nombre de naissances vivantes

Figure 44. Évolution de l'admission en centre néonatal pour les naissances vivantes, 2016-2025, N=222 247 (VM=75)

7.11 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

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

Parmi les mères de singletons nés vivants, 7,7 % sont âgées de 40 ans ou plus, 17,9 % présentent un diabète et 18,3 % sont en situation d'obésité. La répartition de ces facteurs de risque diffère selon la parité. Chez les primipares, 71,2 % ne présentent aucun de ces facteurs, 23,2 % en présentent un seul et 5,6 % en cumulent deux ou trois. Chez les multipares, ces proportions sont respectivement de 60,1 %, 29,4 % et 10,5 % **(figure 45)**.



Calculé sur le nombre de singletons vivants

Figure 45 : Distribution des facteurs de risque maternels selon la parité pour les singletons vivants, 2025, N=18 725 (VM=1 308)

Les caractéristiques des naissances de singletons vivants diffèrent selon la présence et le nombre de facteurs de risque maternels, avec des profils également distincts selon la parité **(tableau 19)**.

Chez les primipares, la fréquence de la plupart des événements néonatals augmente avec le nombre de facteurs de risque. La prématurité passe ainsi de 5,8 % en l'absence de facteur de risque à 6,4 % lorsqu'un facteur est présent et à 10,4 % lorsque deux ou trois facteurs sont cumulés. Une progression similaire est observée pour le petit poids pour l'âge gestationnel, dont la proportion passe de 8,9 % à 9,3 %, puis à 10,4 %. Le poids élevé pour l'âge gestationnel augmente également, de 9,5 % sans facteur de risque à 14,6 % en présence de deux ou trois facteurs. La ventilation du nouveau-né et l'admission en néonatologie suivent une tendance comparable, avec respectivement 9,2 % et 9,3 % en l'absence de facteur, contre 14,6 % et 16,2 % lorsque deux ou trois facteurs sont cumulés **(tableau 19)**.

Chez les multipares, les associations avec le nombre de facteurs de risque sont moins homogènes. La prématurité est plus fréquente lorsqu'un seul facteur est présent (5,9 %) qu'en l'absence de facteur (4,0 %), mais augmente peu lorsque deux ou trois facteurs sont cumulés (6,5 %). Le petit poids pour l'âge gestationnel suit une tendance inverse, avec une proportion de 4,8 % sans facteur, 4,2 % avec un facteur et 3,4 % avec deux ou trois facteurs. En revanche, le poids élevé pour l'âge gestationnel augmente nettement avec le cumul des facteurs, passant de 14,9 % en l'absence de facteur à 23,3 % lorsque deux ou trois facteurs sont présents. La ventilation du nouveau-né et l'admission en néonatologie sont également plus fréquentes en présence de plusieurs facteurs, atteignant respectivement 11,6 % et 11,8 % chez les multipares présentant deux ou trois facteurs de risque **(tableau 19)**.

Tableau 19. Caractéristiques des naissances de singletons vivants selon les caractéristiques de la mère, 2025										
Calculé sur le nombre de singletons vivants	**Prématurité (n=20 032)**		**Poids pour âge ≤ 10e percentile (n=20 023)**		**Poids pour âge > 90e percentile (n=20 023)**		**Ventilation du nouveau-né (n=20 032)**		**Admission en néonatologie (n=20 032)**	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	**1 154**	**5,8**	**1 297**	**6,5**	**2 792**	**13,9**	**1 786**	**8,9**	**1 742**	**8,7**
≥ 40 ans	111	7,2	109	7,0	251	16,2	165	10,6	162	10,4
Diabète	254	7,1	197	5,5	614	17,2	378	10,6	407	11,4
Obésité (≥ 30 kg/m²)	242	7,1	197	5,7	668	19,5	405	11,8	373	10,9
Primipares										
0 FR	330	5,8	511	8,9	543	9,5	528	9,2	532	9,3
1 FR	120	6,4	173	9,3	194	10,4	215	11,5	210	11,3
2 ou 3 FR	47	10,4	47	10,4	66	14,6	66	14,6	73	16,2
Multipares										
0 FR	254	4,0	306	4,8	954	14,9	431	6,7	377	5,9
1 FR	186	5,9	131	4,2	589	18,8	286	9,1	249	8,0
2 ou 3 FR	73	6,5	38	3,4	262	23,3	130	11,6	132	11,8

7.12 DISCUSSION

En 2025, à Bruxelles, les naissances de singletons (N=20 277) présentent des caractéristiques favorables. La grande majorité des enfants naissent en présentation céphalique (95,7 %), à terme – 66,7 % entre 39 et 41 semaines – et avec un poids compris entre 2 500 et 3 999 g (86,1 %). En ce qui concerne le poids pour l'âge gestationnel, 6,6 % des nouveau-nés sont petits pour l'âge gestationnel (≤ 10e percentile), tandis que 13,9 % sont grands pour l'âge gestationnel (> 90e percentile). L'adaptation à la vie extra-utérine est globalement satisfaisante : 93,4 % des enfants présentent un score d'Apgar ≥ 7 à 1 minute et 97,9 % à 5 minutes. Enfin, 91,1 % ne nécessitent aucune assistance respiratoire et 91,3 % ne sont pas transférés en néonatologie.

Les naissances multiples (N=707) présentent un profil plus à risque. La présentation céphalique concerne 60,0 % des naissances et la prématurité est fréquente, puisque 56,7 % des enfants naissent avant 37 semaines. Par ailleurs, 42,9 % ont un poids compris entre 1 500 et 2 499 g et 27,1 % sont petits pour l'âge gestationnel (≤ 10e percentile). L'adaptation à la naissance est également moins favorable que chez les singletons : un score d'Apgar ≥ 7 est observé chez 79,7 % des nouveau-nés à 1 minute et chez 93,5 % à 5 minutes. Une assistance respiratoire est plus souvent nécessaire, par masque dans 28,1 % des cas et par intubation dans 2,7 % des cas. Enfin, 30,4 % des nouveau-nés issus d'une naissance multiple sont admis en néonatologie intensive.

Parmi les naissances vivantes, 7,4 % des naissances sont **prématurées**, avec 5,3 % entre 34 et 36 semaines et 2,1 % avant 34 semaines. Par ailleurs, 27,1 % des naissances ont lieu entre 37 et 38 semaines.
En Europe le taux de prématurité variait en 2019 de 5,3 % en Lituanie et en Finlande à 11,3 % à Chypre, avec des niveaux élevés (≥ 8 %) notamment au Pays de Galles, au Portugal, en Belgique et en Allemagne. Le taux de naissances "early-term" oscillait quant à lui entre 17,0 % en Lettonie et 42,8 % à Chypre. Entre 2015 et 2019, la majorité des pays européens ont observé une légère baisse de la prématurité (médiane –0,2 %), plus marquée à Chypre et en République tchèque, alors qu'une hausse était notée au Pays de Galles et à Malte (3).

Au niveau mondial, la prématurité concerne chaque année environ 14,8 millions de naissances (10 % des naissances) et constitue la principale cause de mortalité infantile (132). Ses causes restent en grande partie méconnues, mais la prématurité entraîne une morbidité et une mortalité accrues tout au long de la vie. La majorité des prématurités sont spontanées, mais certaines sont médicalement induites afin de prévenir des complications graves, notamment la mortinatalité, qui touche près de deux millions de fœtus par an (133,134).

Le poids à la naissance est une variable clé de santé périnatale. Parmi les naissances vivantes, 6,7 % des enfants naissent avec un faible poids (< 2 500 g) et 7,8 % avec un poids élevé (≥ 4 000 g). La proportion d'enfants nés vivants avec un faible poids à la naissance est stable depuis 2016, tout en affichant une proportion plus faible en 2023 (6,2 %). Celle d'enfants nés vivants macrosome est stable depuis 2016. En Europe, les taux de faible poids à la naissance varient de 4,0 % à 10,1 %, avec des valeurs basses dans les pays nordiques (<4,5 %) et des taux élevés dans le sud et l'est, notamment à Chypre, au Portugal et en Hongrie. Entre 2015 et 2019, la plupart des pays ont enregistré une légère baisse, sauf au Pays de Galles et à Malte (3).

Parmi les naissances vivantes, 7,2 % des enfants présentent un petit **poids pour l'âge gestationnel** (≤ 10^{e} percentile), tandis que 13,5 % ont un poids élevé pour l'âge gestationnel (> 90^{e} percentile). Ces deux proportions sont restées globalement stables entre 2016 et 2025.

Depuis 2016, la proportion d'enfants avec un **score d'Apgar** <7 à 5 minutes s'est stabilisée, alors que l'usage de la ventilation au masque à la naissance a augmenté. Dans le même temps, les **admissions en néonatologie** ont légèrement diminué entre 2016 et 2020, avant de se stabiliser.

L'âge maternel avancé, l'obésité et le diabète sont considérés comme trois facteurs de risque maternels dont le cumul est associé à une augmentation de plusieurs issues néonatales défavorables. En l'absence de ces facteurs de risque, la prématurité, les poids extrêmes pour l'âge gestationnel, la ventilation néonatale et l'admission en néonatologie sont moins fréquents. Chez les primipares, la présence de deux ou trois de ces facteurs s'accompagne d'une hausse marquée de la prématurité, des poids extrêmes pour l'âge gestationnel, du recours à la ventilation et des admissions en néonatologie. Chez les multipares, les associations sont moins homogènes. Le cumul des facteurs est néanmoins lié à une augmentation nette du poids élevé pour l'âge gestationnel, ainsi qu'à davantage de prématurité, de ventilations et d'admissions en néonatologie. En revanche, l'association avec le petit poids pour l'âge gestationnel est plus variable et dépend davantage de la parité.

Ces observations rejoignent les données internationales, qui montrent une augmentation du risque de prématurité dès 35 ans, plus marquée après 40 ans (30,62,120), ainsi qu'une fréquence accrue d'enfants de petits poids pour l'âge gestationnel, de macrosomie (7,81), d'admissions en néonatologie au-delà de 40 ans – avec des risques multipliés par 1,4 à 2,3 selon les études (4,5,62,135) – et d'enfants nés avec un faible score d'Apgar (< 7 à 5 minutes) (5,53). La littérature internationale confirme également l'impact spécifique de l'obésité et du diabète maternels sur les issues néonatales étudiées. L'obésité maternelle est associée à une augmentation du risque de prématurité, de macrosomie ou de poids élevé pour l'âge gestationnel, de faible score d'Apgar, d'admission en soins néonataux et, dans certaines études, de complications respiratoires nécessitant une assistance ventilatoire (136–138). Le diabète maternel, en particulier le diabète gestationnel, est quant à lui fortement associé à la macrosomie, au poids > 90^{e} percentile, aux admissions en néonatologie et à la prématurité (79). Ces associations sont d'autant plus importantes lorsque le diabète est associé à une obésité ou à une prise de poids gestationnelle excessive, soulignant l'effet cumulatif des facteurs métaboliques maternels sur la morbidité néonatale (138).

L'impact conjoint de la parité, de l'obésité et du diabète maternels est également bien documenté. La primiparité semble renforcer certains risques, en particulier chez les femmes obèses, avec davantage de complications liées aux césariennes non programmées, aux hémorragies et, secondairement, aux admissions néonatales (129). À l'inverse, la multiparité pourrait atténuer certains risques néonataux associés à l'obésité maternelle : certaines études rapportent moins de complications chez les nouveau-nés de multipares

obèses que chez ceux de primipares de poids normal (13). Toutefois, cet effet protecteur potentiel n'est pas systématique, notamment lorsque l'excès pondéral s'accompagne d'une prise de poids gestationnelle élevée, situation associée à un risque accru de faible score d'Apgar et d'admission en néonatologie (139).

L'interaction entre l'âge maternel et la parité mérite également d'être soulignée. Les enfants de multipares âgées présentent plus souvent une prématurité, des transferts en néonatologie et des scores d'Apgar bas, tandis que les grossesses des primipares âgées sont davantage associées au diabète gestationnel et à la macrosomie (6). Enfin, parmi les grossesses compliquées par un diabète gestationnel, les enfants de primipares semblent plus exposés à la macrosomie et à la jaunisse néonatale, alors que ces complications sont moins fréquentes chez les enfants de multipares (140).

En 2025, à Bruxelles, les caractéristiques néonatales montrent un profil globalement favorable, avec une grande majorité de naissances uniques à terme, en présentation céphalique et de poids adéquat, associées à de bons scores d'Apgar et aux transferts limités en néonatologie. Les grossesses multiples se distinguent cependant par un risque nettement accru de complications, avec davantage de prématurité, de petits poids pour l'âge gestationnel, de besoins en assistance respiratoire et de transferts en néonatologie. Les tendances s'inscrivent dans le contexte européen et mondial : la prématurité reste fréquente mais légèrement en recul, notamment durant la pandémie, tandis que les poids extrêmes à la naissance reflètent l'impact de facteurs maternels comme l'âge avancé, l'obésité et le diabète. Ces déterminants, surtout lorsqu'ils s'additionnent, majorent les risques de complications néonatales.

8. ALLAITEMENT MATERNEL

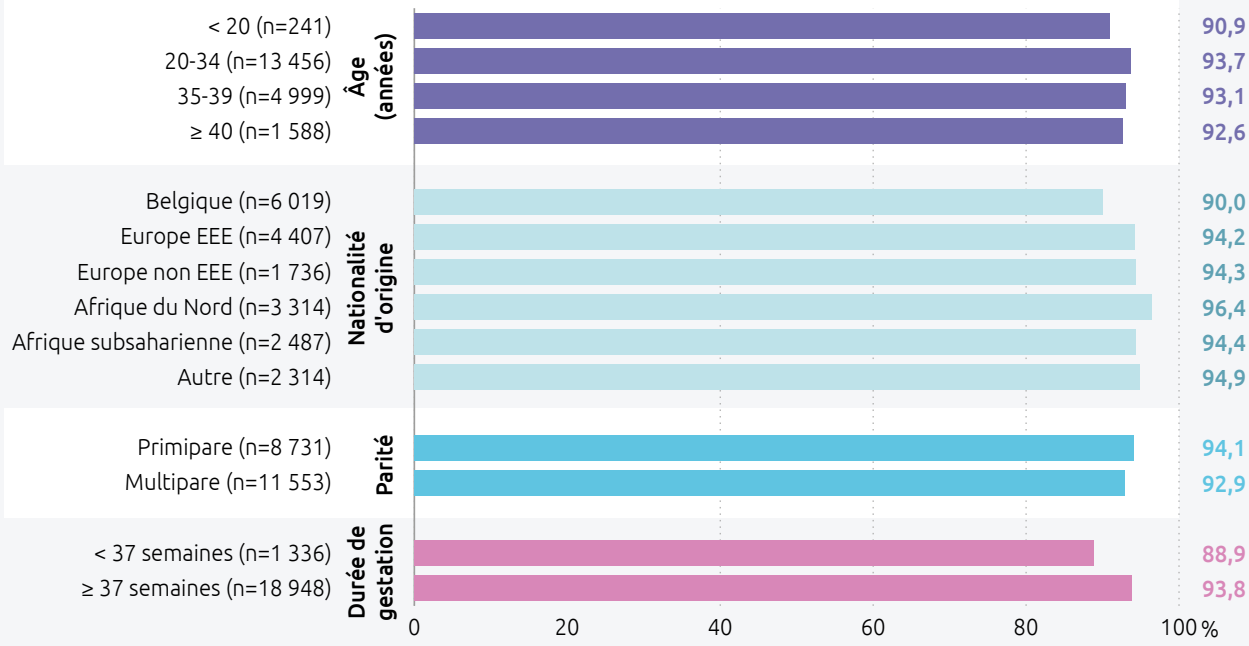
Tableau 20. Distribution des accouchements selon l'intention d'allaiter, 2025

Calculé sur le nombre total d'accouchements		Bruxelles (N=20 331)		Wallonie (N=25 374)
		N	%	%
Allaitement maternel (n=20 284)	Oui	18 951	93,4	84,5
	Non	1 333	6,6	15,5
	Manquant	*47*		

Au moment de l'accouchement, 93,4 % des mères ont déclaré avoir l'intention d'allaiter leur(s) enfants(s) (tableau 20). La proportion est de 93,5 % parmi les grossesses uniques et de 90,0 % parmi les grossesses multiples.

La proportion de mères ayant notifié l'intention d'allaiter leur(s) enfant(s) a légèrement diminué entre 2016 et 2025, passant de 95,2 % à 93,4 %.

La proportion de femmes ayant l'intention d'allaiter est plus faible parmi les femmes d'origine belge. Les mères ayant accouché à terme et les primipares choisissent davantage l'allaitement maternel. En revanche, on n'observe aucune différence selon l'âge de la mère (figure 46).



Calculé sur le nombre total d'accouchements

Figure 46. Distribution de l'allaitement maternel selon les caractéristiques de la mère et de la grossesse, 2025

9. MORTALITÉ PÉRINATALE

9.1 SYNOPTIQUE

Tableau 21. Distribution de la mortalité périnatale selon les caractéristiques de l'enfant, 2025

		calculée sur le nombre total de naissances		*calculée sur le nombre de naissances vivantes*		*calculée sur le nombre total de naissances*	
		Mortalité fœtale (≥ 500 g ou ≥ 22 semaines) (N=20 984)		**Mortalité néonatale précoce (N=20 731)**		**Mortalité périnatale (N=20 984)**	
		N	‰	N	‰	N	‰
Total		**253**	**12,1**	**50**	**2,4**	**303**	**14,4**
Lieu de résidence	Bruxelles	85	6,0	33	2,4	118	8,4
	Flandre	49	9,5	12	2,3	61	11,8
	Wallonie	24	15,5	5	3,3	29	18,7
	Pays étranger	95	437,8	0	0,0	95	437,8
Âge gestationnel (semaines)	< 24	37	860,5	5	833,3	42	976,7
	24-25	44	494,4	13	288,9	57	640,4
	26-27	35	380,4	5	87,7	40	434,8
	28-31	47	237,4	6	39,7	53	267,7
	32-36	64	47,4	7	5,4	71	52,6
	≥ 37	26	1,4	14	0,7	40	2,1
Poids à la naissance (grammes)	< 500	36	900,0	2	500,0	38	950,0
	500 – 749	45	535,7	13	333,3	58	690,5
	750 – 999	33	317,3	8	112,7	41	394,2
	1 000 – 1 499	36	192,5	3	19,9	39	208,6
	1 500 – 2 499	63	53,4	10	9,0	73	61,9
	≥ 2 500	40	2,1	14	0,7	54	2,8
Sexe de l'enfant	Masculin	125	11,6	31	2,9	156	14,4
	Féminin	123	12,1	19	1,9	142	14,0
Multiplicité de la grossesse	Oui	9	12,7	8	11,5	17	24,0
	Non	244	12,0	42	2,1	286	14,1

9.2 CHIFFRES GÉNÉRAUX

Nous avons dénombré 253 enfants nés sans vie d'au moins 500 grammes ou 22 semaines (12,1 ‰ naissances), dont 9 enfants issus de grossesses multiples. Cette mortalité fœtale tient compte à la fois des morts fœtales spontanées et des interruptions de grossesse pour raisons médicales, le certificat de décès ne permettant pas de faire la distinction entre les deux.
Avec 50 nouveau-nés décédés au cours des sept premiers jours de vie, le taux de mortalité néonatale précoce est de 2,4 ‰.
La mortalité périnatale est de 14,4 ‰, dont 83,5 % de décès fœtaux et 16,5 % de décès en période néonatale précoce **(tableau 21)**.

Les taux de mortalité néonatale précoce et périnatale sont plus élevées parmi les naissances multiples. La mortalité périnatale est de 14,1 ‰ pour les singletons et de 24,0 ‰ pour les naissances multiples **(tableau 21)**.

La mortalité périnatale et la mortalité fœtale affichent des taux plus faibles en 2025 après avoir augmenté entre 2016 et 2024. En revanche, la mortalité néonatale précoce est stable sur l'ensemble de la période **(figure 47)**.

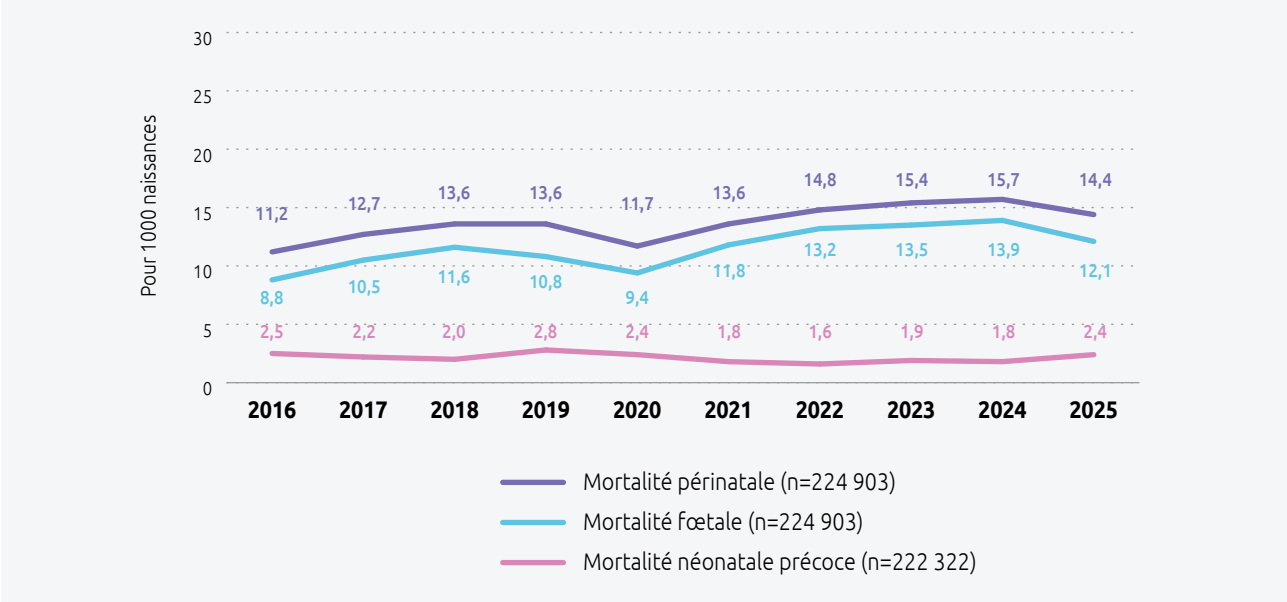


Figure 47. Évolution de la mortalité périnatale, 2016-2025

Le taux de mortalité fœtale pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 grammes est de 10,4 ‰. Si l'on ne considère que les naissances dont l'âge gestationnel est égal ou supérieur à 28 semaines, comme le recommande l'OMS pour permettre la comparaison entre pays et régions, le taux de mortalité fœtale est de 6,6 ‰ **(figure 48)**.

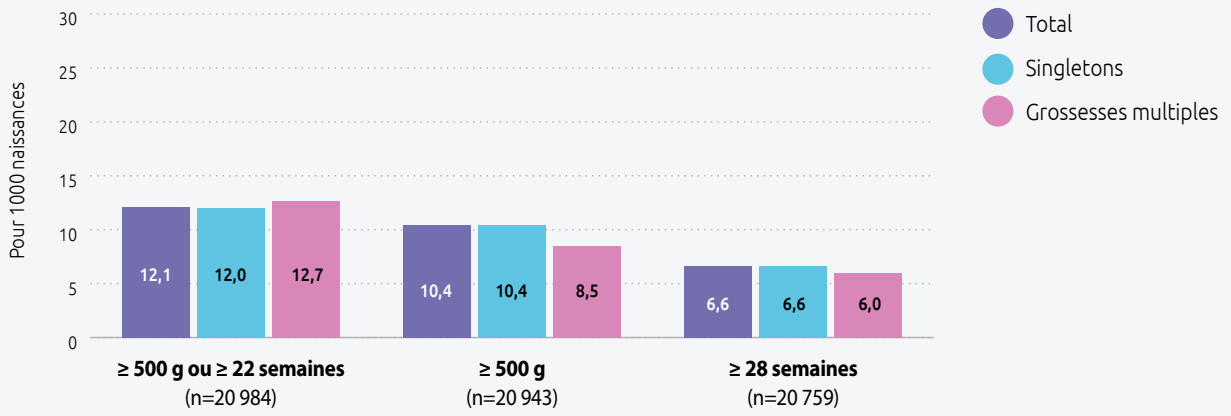
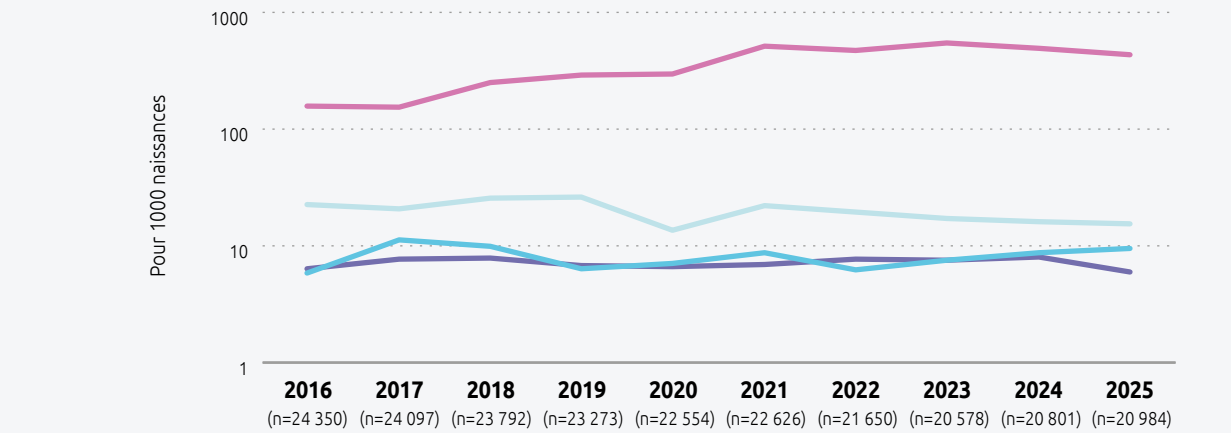


Figure 48. Taux de mortalité fœtale selon les différents critères d'inclusion, 2025

9.3 RÉSIDENCE DE LA MÈRE

Parmi les mères résidant en Région bruxelloise, le taux de mortalité fœtale est de 6,0 ‰. Le taux de mortalité fœtale est de 9,5 ‰ pour les mères qui résident en Flandre, 15,5 ‰ pour les mères qui résident en Wallonie et 437,8 ‰ pour celles qui résident à l'étranger **(tableau 21)**.

Le taux de mortalité fœtale pour les mères résidant à Bruxelles est relativement stable entre 2016 et 2025. Le taux de mortalité fœtale parmi les mères résidant à l'étranger augmente fortement de 2016 à 2021, avant de se stabiliser **(figure 49)**.



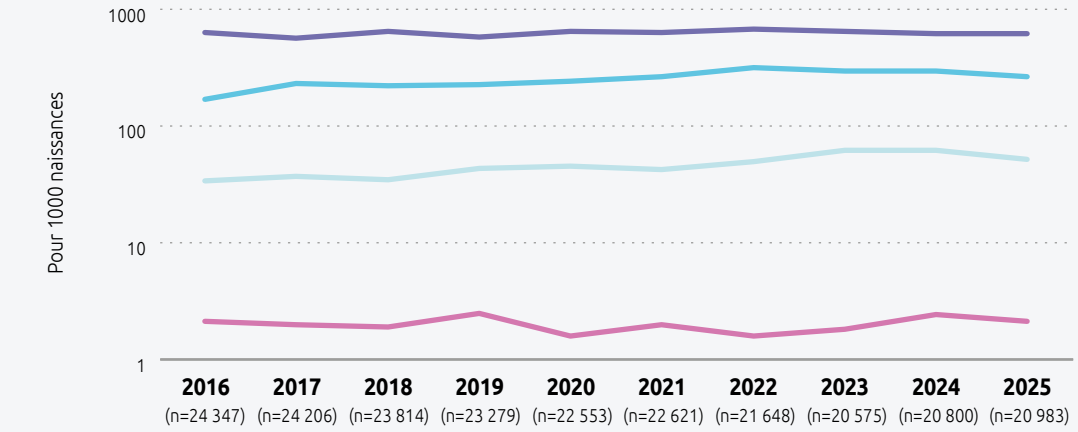
	2016 (n=24 350)	2017 (n=24 097)	2018 (n=23 792)	2019 (n=23 273)	2020 (n=22 554)	2021 (n=22 626)	2022 (n=21 650)	2023 (n=20 578)	2024 (n=20 801)	2025 (n=20 984)
Bruxelles	6,4	7,7	7,8	6,8	6,6	6,9	7,7	7,6	8,0	6,0
Flandre	5,8	11,2	10,0	6,4	7,0	8,7	6,2	7,6	8,8	9,5
Wallonie	22,6	20,7	25,4	26,2	13,6	22,0	19,4	17,3	16,2	15,5
Étranger	156,9	153,1	250,0	291,3	299,4	516,8	471,6	548,2	493,2	437,8

Figure 49. Évolution de la mortalité fœtale selon la résidence de la mère, 2016-2025, N=224 705 (VM=198)

9.4 ÂGE GESTATIONNEL

Six bébés sur dix de moins de 28 semaines naissent sans vie ou ne survivent pas au-delà de 7 jours (mortalité périnatale 620,5 ‰). Dès que la grossesse atteint 28 semaines, le risque de décès diminue considérablement. Si la grossesse est à terme, le risque de décès périnatal est de 2,1 ‰ **(tableau 21)**.

Si nous regardons la mortalité périnatale selon l'âge gestationnel entre 2016 et 2025, on constate une tendance à l'augmentation des taux de mortalité entre 28 et 36 semaines. Le taux de mortalité périnatale avant 28 semaines est stable tout comme le taux de mortalité à terme **(figure 50)**.



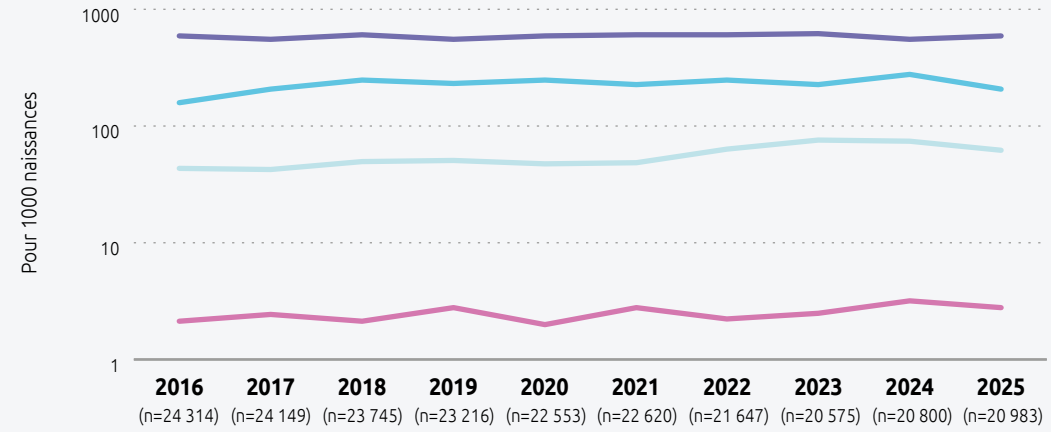
	2016 (n=24 347)	2017 (n=24 206)	2018 (n=23 814)	2019 (n=23 279)	2020 (n=22 553)	2021 (n=22 621)	2022 (n=21 648)	2023 (n=20 575)	2024 (n=20 800)	2025 (n=20 983)
< 28	635,1	567,7	649,4	585,8	649,7	641,9	679,2	655,3	626,2	620,5
28-31	169,6	232,1	222,2	226,3	243,2	268,6	320,7	296,9	299,1	267,7
32-36	34,0	37,0	35,2	43,6	45,2	42,9	49,4	61,7	62,2	52,6
≥ 37	2,1	2,0	1,9	2,5	1,6	2,0	1,6	1,8	2,4	2,1

Figure 50. Évolution de la mortalité périnatale selon l'âge gestationnel (en semaines), 2016-2025, N=224 826 (VM=77)

9.5 POIDS À LA NAISSANCE

Six bébés sur dix de moins de 1 000 grammes naissent sans vie ou ne survivent pas au-delà de 7 jours (mortalité périnatale 600,9 ‰). Dès que le fœtus atteint 1 000 grammes, le risque de décès diminue considérablement. Si le poids à la naissance atteint 2 500 grammes, le risque de décès périnatal est de 2,8 ‰ **(tableau 21)**.

En examinant la mortalité périnatale selon le poids à la naissance entre 2016 et 2025, on constate une augmentation du taux entre 1 000 et 2 500 grammes **(figure 51)**.



	2016 (n=24 314)	2017 (n=24 149)	2018 (n=23 745)	2019 (n=23 216)	2020 (n=22 553)	2021 (n=22 620)	2022 (n=21 647)	2023 (n=20 575)	2024 (n=20 800)	2025 (n=20 983)
< 1 000	593,9	558,1	614,4	558,3	595,9	606,1	613,7	623,3	554,0	600,9
1 000 – 1 499	159,3	209,3	251,1	235,6	250,0	227,3	252,4	227,5	280,8	208,6
1 500 – 2 499	44,0	42,7	49,6	51,1	47,9	49,1	63,5	76,7	74,7	61,9
≥ 2 500	2,1	2,4	2,1	2,8	2,0	2,8	2,2	2,5	3,2	2,8

Figure 51. Évolution de la mortalité périnatale selon le poids à la naissance (en grammes), 2016-2025, N=224 602 (VM=301)

9.6 DISCUSSION

En 2025, le taux de mortalité périnatale est de 14,4 ‰. Parmi l'ensemble des décès périnataux, 83,5 % correspondent à des décès fœtaux et 16,5 % à des décès survenus en période néonatale précoce.
Le taux de mortalité fœtale, calculé pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g, s'élève à 10,4 ‰. Lorsque l'analyse est limitée aux naissances à partir de 28 semaines d'âge gestationnel, le taux de mortinatalité est de 6,6 ‰.
La mortalité périnatale et la mortalité fœtale affichent des taux plus faibles en 2025 après avoir augmenté entre 2016 et 2024.

Le taux de mortalité périnatale élevé observé à Bruxelles doit être interprété à la lumière du rôle spécifique des maternités universitaires et des centres de référence bruxellois. Ces établissements prennent en charge un nombre important de grossesses complexes, de pathologies fœtales sévères et d'interruptions médicales de grossesse réalisées à un âge gestationnel parfois avancé. Les données disponibles sur la résidence de la mère montrent également qu'une partie de ces situations concerne des femmes ne résidant pas en Région bruxelloise, notamment des patientes venues de l'étranger lorsque l'interruption volontaire ou médicale de grossesse n'est pas accessible dans leur pays d'origine. Cette spécificité limite donc la comparabilité nationale et internationale et souligne l'importance d'analyser les indicateurs selon le lieu de résidence, le lieu d'accouchement et le contexte de prise en charge.

La mortalité périnatale et la mortalité fœtale constituent des indicateurs centraux de la qualité du suivi de grossesse, des soins obstétricaux et néonataux, mais aussi des conditions socio-économiques et de l'accès aux soins. À l'échelle européenne, les taux de mortinatalité et de mortalité néonatale ont globalement diminué au cours des dernières décennies, mais le rythme de cette baisse s'est ralenti ces dernières années. Le dernier rapport Euro- Peristat, portant sur la période 2015–2019, montre qu'en 2019 le taux médian de mortinatalité à partir de 24 semaines de gestation était de 3,2 pour 1 000 naissances totales, avec une variation importante entre pays, allant de 1,8 à 4,7 pour 1 000. En utilisant le seuil international de 28 semaines, le taux médian était de 2,5 pour 1 000 naissances totales. Les données européennes indiquent une légère diminution globale entre 2015 et 2019, estimée à environ 1 % par an, mais plusieurs pays présentaient des taux stables, voire en légère augmentation, soulignant que les progrès ne sont pas homogènes et restent sensibles aux pratiques d'enregistrement, aux politiques de prise en charge des grossesses à haut risque et aux interruptions médicales de grossesse tardives (3).
À l'échelle internationale, les disparités sont beaucoup plus marquées. Selon les dernières estimations de l'UNICEF Data et du groupe interagences des Nations Unies, environ 1,9 millions de mortinaissances sont survenues dans le monde en 2023, soit un taux global de 14,3 mortinaissances pour 1 000 naissances totales. Cette moyenne masque d'importantes inégalités géographiques : environ 8 mortinaissances sur 10 surviennent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, alors que l'Europe occidentale présente les taux régionaux les plus bas, autour de 2,6 pour 1 000 naissances totales. Les estimations mondiales montrent une diminution du nombre de mortinaissances depuis 2000, mais cette baisse reste plus lente que celle observée pour la mortalité des enfants de moins de cinq ans et pour la mortalité néonatale (141,142).

Ces résultats rappellent que, même dans les pays à hauts revenus, la mortalité périnatale demeure un enjeu de santé publique. Les variations observées entre pays européens doivent être interprétées avec prudence, car elles dépendent des seuils d'inclusion retenus, de la qualité de l'enregistrement des décès fœtaux, du recours aux interruptions médicales de grossesse, de la centralisation des grossesses à haut risque dans certains centres de référence et des caractéristiques maternelles telles que l'âge, l'obésité, le diabète, la précarité sociale ou les grossesses multiples (143).

10. CONCLUSION

Cette première partie présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2025 en Région bruxelloise, tout en examinant l'évolution de la santé périnatale au cours de la dernière décennie. Les résultats confirment plusieurs tendances structurelles déjà observées, notamment le vieillissement progressif de la population maternelle, l'augmentation continue des facteurs de risque métaboliques, l'évolution des pratiques obstétricales ainsi que le rôle particulier des maternités bruxelloises, qui accueillent une part importante de patientes non-résidentes et concentrent des prises en charge plus complexes. Les évolutions observées mettent également en évidence des tendances marquantes pour certaines variables. Les points suivants constituent les principaux enseignements de ce rapport.

1. **Légère reprise des naissances dans un contexte de baisse démographique de fond**
   Après une diminution de 15,5 % du nombre de naissances entre 2016 et 2023, une légère augmentation est observée depuis 2024. En 2025, 20 984 naissances et 20 627 accouchements ont été enregistrés. Cette remontée demeure toutefois modeste et doit être interprétée avec prudence car elle ne reflète probablement qu'une fluctuation conjoncturelle et non une inversion de la tendance démographique de fond, comme observé dans la plupart des pays européens.

2. **Maternité à un âge de plus en plus avancé**
   L'âge moyen des mères atteint 32,4 ans en 2025 contre 31,6 ans en 2016. Près d'une femme sur trois (32,5 %) a désormais 35 ans ou plus et 7,8 % ont au moins 40 ans. Le report de la maternité constitue une tendance de fond qui doit être prise en compte dans l'interprétation des indicateurs périnataux, l'âge maternel avancé étant associé à un risque accru de plusieurs complications de la grossesse telles que le diabète, l'hypertension, la prématurité, la césarienne ou la mortinatalité.

3. **Augmentation préoccupante du surpoids et de l'obésité maternelle**
   La progression de la surcharge pondérale constitue l'un des phénomènes les plus marquants de la période 2016-2025. En 2025, 45,4 % des mères présentent un surpoids ou une obésité avant la grossesse, contre 36,2 % en 2016. La proportion de femmes en situation d'obésité atteint désormais 18,4 %. Cette évolution est particulièrement préoccupante compte tenu des liens entre la surcharge pondérale et le diabète, l'hypertension, la macrosomie, le recours à la césarienne et les complications néonatales.

4. **Évolution du profil maternel et des facteurs de risque obstétricaux**
   En 2025, 18,1 % des femmes ayant accouché présentent un diabète gestationnel ou préexistant, soit près du double de la proportion observée en 2016, tandis que 5,0 % sont concernées par une hypertension artérielle. Parallèlement, le recours aux traitements de fertilité poursuit sa progression : 6,5 % des grossesses résultent d'une prise en charge en procréation médicalement assistée et la part des naissances issues d'une FIV/ICSI est passée de 4,2 % à 5,5 % entre 2016 et 2025. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de report de la maternité, de diminution de la fertilité liée à l'âge et d'augmentation de l'obésité maternelle. Elles contribuent à modifier le profil obstétrical des femmes suivies dans les maternités bruxelloises et constituent aujourd'hui des déterminants majeurs des complications obstétricales et périnatales.

5. **Transformation importante des pratiques obstétricales**
Le type de début de travail a fortement évolué au cours de la dernière décennie. La proportion d'accouchements à la suite d'un travail spontané est passée de 61,9 % à 54,6 %, tandis que les inductions ont augmenté de 28,7 % à 36,0 %. Cette évolution témoigne d'une médicalisation croissante de la prise en charge obstétricale, probablement en lien avec l'évolution du profil de risque des femmes enceintes. En parallèle, la fréquence de certaines pratiques comme l'épisiotomie a diminué et les accouchements sans intervention obstétricale concernent encore plus de quatre accouchements sur dix.

6. **Persistance de variations importantes entre les maternités**
En 2025, les pratiques obstétricales restent hétérogènes entre les maternités bruxelloises. Les proportions varient de 30,2 % à 43,2 % pour l'induction, de 13,6 % à 24,8 % pour la césarienne, de 2,7 % à 20,6 % pour l'épisiotomie et de 31,0 % à 50,9 % pour l'accouchement sans intervention obstétricale. Ces écarts doivent être interprétés en tenant compte des profils des mères, du volume d'activité, du niveau de soins et des caractéristiques organisationnelles propres à chaque établissement.

7. **Stabilité globale de la prématurité malgré un contexte de risque élevé**
La proportion d'accouchements prématurés, de 7,6 % en 2025, reste stable depuis dix ans. Cette stabilité mérite d'être soulignée compte tenu de l'augmentation simultanée de plusieurs facteurs de risque maternels tels que l'âge avancé, l'obésité, le diabète et le recours à la procréation médicalement assistée. La prématurité demeure néanmoins particulièrement fréquente dans les grossesses multiples, dont plus d'une sur deux se termine avant 37 semaines.

8. **Cumul de facteurs maternels associés au risque périnatal**
Les analyses confirment l'importance d'examiner conjointement les caractéristiques maternelles. L'âge maternel avancé, le diabète et l'obésité sont associés à une augmentation de plusieurs interventions obstétricales et issues défavorables. La parité module également ces associations. Le cumul de ces facteurs est lié à une fréquence plus élevée d'induction, de césarienne, de prématurité, de poids élevé pour l'âge gestationnel et d'admission en centre néonatal, ce qui souligne la nécessité d'une évaluation globale du profil de risque.

En synthèse, la santé périnatale bruxelloise en 2025 demeure globalement favorable mais évolue dans un contexte de complexification croissante des profils maternels. Le recul de l'âge de la maternité, l'augmentation de l'obésité et du diabète, l'intensification du recours à l'assistance médicale à la procréation ainsi que le rôle de centre de référence joué par les maternités bruxelloises constituent les principaux défis à relever pour les prochaines années. Ces constats soulignent l'importance de poursuivre la surveillance épidémiologique, de réduire les inégalités de santé et de renforcer les actions de prévention ciblées avant et pendant la grossesse.

Dossier spécial

Risque obstétrical et niveaux de soins : revue de la littérature et perspectives belges

Michel S, Leroy Ch, Van Leeuw V

RAPPORT Santé périnatale en Région bruxelloise - 2025 **5**

DOSSIER SPÉCIAL Risque obstétrical et niveaux de soins : revue de la littérature et perspectives belges **81**

RÉFÉRENCES **93**

ANNEXES **107**

RISQUE OBSTÉTRICAL ET NIVEAUX DE SOINS : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET PERSPECTIVES BELGES

1. INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques, mais ils demandent un suivi médical adapté, car le niveau de risque obstétrical peut changer à tout moment, pendant la grossesse et jusqu'à la naissance (1,2). Une grossesse à bas risque correspond en général à une situation où aucun facteur de risque maternel, fœtal ou obstétrical n'est détecté au départ. Dans ce cas, elle peut théoriquement être suivie dans une structure de soins moins spécialisée. Pour autant, même une grossesse physiologique peut se compliquer de façon imprévisible au moment de l'accouchement, et nécessiter une prise en charge rapide, faisant intervenir plusieurs spécialistes (3). À l'inverse, les grossesses à haut risque demandent souvent une surveillance plus étroite, une équipe pluridisciplinaire et un plateau technique comprenant des services d'obstétrique, d'anesthésie et de néonatologie spécialisés, tout simplement parce que le risque de complications pour la mère et pour l'enfant y est plus important que dans les grossesses à bas risque (4,5,6,7). Cette distinction est donc fondamentale.

Les grossesses à haut risque représentent environ 10 à 20 % de l'ensemble des grossesses (8,9), mais elles contribuent de façon disproportionnée à la morbidité et à la mortalité maternelle et périnatale. Les complications comme l'hypertension artérielle gravidique, la prééclampsie, le diabète gestationnel, des pathologies maternelles déjà présentes avant la grossesse ou encore un âge maternel avancé sont les plus fréquentes (8,9). Ces situations augmentent le recours aux interventions obstétricales, et en particulier à la césarienne, mais aussi le risque de complications maternelles graves (10,11). Les grossesses à haut risque et les épisodes de morbidité maternelle sévère sont associés à davantage de complications obstétricales et néonatales. La morbidité maternelle sévère s'accompagne plus fréquemment de césariennes en urgence, d'anesthésies générales, de prématurité, de transferts en soins intensifs néonatals et de mortalité néonatale précoce (11). L'âge maternel avancé est aussi un facteur de risque indépendant d'issues défavorables : on observe davantage de diabète gestationnel, d'hypertension, de césariennes, de prématurité, de petits poids à la naissance et de mortalité périnatale (4). Même parmi les grossesses déjà considérées à haut risque, certains éléments comme l'âge ≥ 35 ans, l'hypertension artérielle ou la grossesse gémellaire augmentent encore le risque de complications, ce qui montre bien la nécessité d'une évaluation individuelle et renouvelée du risque obstétrical (10). En résumé, les grossesses à haut risque sont associées à plus de prématurité, de retard de croissance intra-utérin, d'admissions en réanimation néonatale et de troubles du développement à long terme (5). Ces constats montrent que, comparées aux grossesses à bas risque, elles imposent une surveillance renforcée, une anticipation des complications et une orientation vers des prestataires spécialisés et une structure de soin adaptée au niveau des risques maternel et fœtal.

Dans plusieurs pays, l'organisation des soins périnataux repose sur une répartition des maternités selon leur niveau de spécialisation (12–14). L'idée est d'orienter les femmes enceintes vers l'établissement le plus adapté à leur situation clinique et au niveau de risque identifié. En règle générale, les structures de niveau tertiaire se distinguent par la présence sur place d'une équipe pluridisciplinaire – sage-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres – et par l'accès à des soins intensifs néonatals complets (15–18). En revanche, les définitions sont beaucoup moins homogènes lorsqu'il s'agit des niveaux intermédiaires ou primaires. En Europe, aucun consensus ne se dégage sur la manière de définir ces niveaux, et on observe une forte

hétérogénéité, même quand des termes similaires comme niveaux I, II et III sont utilisés (15). En Norvège et en Nouvelle-Zélande, par exemple, les unités de niveau primaire sont dirigées par des sage-femmes qui exercent sous leur propre responsabilité, sans avoir sur place de services spécialisés en obstétrique, pédiatrie ou anesthésie (16–18). La Norvège se démarque aussi par le fait qu'elle intègre la taille de la structure dans la définition des niveaux de soins, un critère qu'on ne retrouve pas dans les autres documents analysés (16). Au final, si la classification des maternités poursuit partout le même objectif, à savoir faire correspondre le risque obstétrical et les ressources disponibles, les critères retenus varient nettement d'un pays à l'autre.

En Belgique, l'organisation des maternités ne repose pas sur une classification officielle aussi explicite que dans certains autres systèmes de soins. Les hôpitaux se distinguent toutefois par leur volume annuel de naissances, par la présence ou non d'un service de néonatologie intensive et par l'existence d'unités de soins maternels intensifs (19).

Cette revue de la littérature cherche d'abord à recenser les études, recommandations et lignes directrices qui portent sur les définitions, les critères et les méthodes de classification utilisées à l'international pour distinguer les grossesses à bas risque, à risque intermédiaire et à haut risque. Il faut aussi se demander si ces classifications sont réellement capables d'anticiper les complications maternelles et néonatales au moment de la naissance. Une classification basée sur le profil obstétrical initial peut aider à repérer les situations qui nécessitent une surveillance accrue, mais elle ne permet pas toujours de prévoir toutes les complications possibles pendant le travail, l'accouchement ou les premiers jours de vie du nouveau-né (1,2,20). Évaluer leur efficacité est donc un enjeu central : il s'agit de savoir si les catégories de risque utilisées sont suffisamment discriminantes et pertinentes pour guider l'organisation des soins périnataux.

Cette revue vise aussi à analyser les études qui examinent le lien entre le niveau de risque obstétrical, le niveau de soins de l'établissement d'accouchement et les issues maternelles et néonatales. En effet, une structure plus spécialisée permet, en théorie, une prise en charge plus rapide et mieux adaptée des complications maternelles, fœtales ou néonatales. Deux études menées par le CEpiP montrent d'ailleurs que certaines pratiques obstétricales, comme la césarienne ou l'épisiotomie, peuvent varier d'un établissement à l'autre, indépendamment du profil clinique des femmes (21,21).

Questions de recherche

1. Quels critères sont utilisés pour définir les grossesses à bas risque, à risque intermédiaire et à haut risque en obstétrique ?
2. La classification des grossesses selon le niveau de risque obstétrical permet-elle de prédire la survenue de complications maternelles et néonatales lors de la naissance ?
3. Chez les femmes enceintes, le niveau de soins de l'hôpital lors de l'accouchement est-il associé aux issues maternelles et néonatales, en fonction du niveau de risque obstétrical initial ?

2. MÉTHODOLOGIE

Cette étude repose sur une revue de la littérature réalisée dans les bases de données PubMed et CINAHL entre avril 2026 et juillet 2026. La recherche a permis d'identifier des études portant, d'une part, sur la stratification du risque obstétrical et son association avec les issues périnatales et, d'autre part, sur le niveau de soins, le lieu d'accouchement et les issues maternelles ou néonatales. Au total, neuf études ont été retenues concernant la stratification du risque et les issues périnatales, dont sept études rétrospectives et deux études prospectives. Dix études ont été retenues concernant le niveau de soins, le lieu d'accouchement et les issues périnatales, dont neuf études observationnelles rétrospectives et une revue systématique.

3. RÉSULTATS

3.1. Définition des grossesses à bas risque, risque intermédiaire et haut risque

Pour répondre à la première question de recherche, une guideline nationale belge (22), six guidelines internationales issues de l'Australie (23,24), du Royaume-Uni (25), de France (26), d'Irlande (27) et des États-Unis (28), ainsi qu'une étude comparative de quatre systèmes européens de soins prénataux et une étude observationnelle de cohorte (29,30) ont été analysés. Les recommandations et études analysées montrent qu'il n'existe pas de définition internationale unique et standardisée de la grossesse à bas risque.

Un premier résultat transversal est que la grossesse à bas risque est définie principalement par exclusion. Le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) Belge décrit une grossesse à bas risque comme une grossesse chez une femme ne présentant pas de facteur de risque identifié, de pathologie préexistante connue ou de complication maternelle, obstétricale, fœtale, psychologique ou sociale nécessitant des tests additionnels, une surveillance renforcée, une orientation spécialisée ou une adaptation du suivi prénatal habituel (22). Cette logique est également retrouvée dans les recommandations australiennes (23), britanniques (25) et françaises (26), qui ne proposent pas toujours une définition formelle isolée du terme « grossesse à bas risque », mais décrivent plutôt un suivi prénatal standard lorsque la grossesse se déroule sans complication significative ni besoin de prise en charge spécialisée. Dans cette perspective, une grossesse à bas risque correspond donc à une grossesse évolutive, unique et non compliquée, sans pathologie maternelle préexistante importante, sans antécédent obstétrical majeur, sans complication fœtale identifiée et sans facteur psychosocial ou social imposant une adaptation du suivi.

Les recommandations belges (22), australiennes (23), françaises (26) et britanniques (25) insistent sur le fait qu'une grossesse initialement considérée comme à bas risque peut changer de catégorie si un nouveau facteur de risque ou une complication apparaît au cours du suivi. L'évaluation du risque est donc réalisée précocement, idéalement avant ou au début de la grossesse, puis révisée tout au long du suivi prénatal et jusqu'à l'accouchement. La HAS (26) recommande ainsi une appréciation du niveau de risque avant 10 semaines d'aménorrhée, puis une réévaluation régulière jusqu'à la consultation du neuvième mois ou l'accouchement. De même, l'approche aux Royaume-Unis (25) et les recommandations australiennes (23) soulignent que l'apparition d'un symptôme, d'une complication médicale ou d'un facteur psychosocial peut conduire à modifier le calendrier des consultations, à demander un avis spécialisé ou à orienter la femme vers un niveau de soins plus adapté.

Certaines recommandations, comme celles d'Irlande ou du Royaume Unis (25,27), s'appuient explicitement sur une stratification clinique du risque pendant la grossesse : en l'absence de facteur clinique nécessitant une orientation, la femme relève d'un parcours standard ; en présence de certains antécédents, pathologies maternelles, complications obstétricales, situations fœtales ou vulnérabilités psychosociales, la grossesse peut être classée en risque moyen ou élevé. En France, la HAS (26) ne classe pas uniquement les grossesses en bas ou haut risque, mais propose des niveaux de suivi adaptés au risque identifié. Le suivi A concerne les grossesses normales ou faiblement à risque et peut être assuré par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien ; il est subdivisé en A1, lorsqu'un avis spécialisé est conseillé, et en A2, lorsqu'un avis spécialisé est nécessaire. Le suivi B concerne les situations à risque plus élevé, nécessitant une prise en charge par un gynécologue-obstétricien et/ou une équipe spécialisée. Aux États-Unis, les recommandations de l'institut de santé (28) définissent plutôt la grossesse à haut risque comme une grossesse dans laquelle un ou plusieurs facteurs maternels, obstétricaux, fœtaux, infectieux, psychosociaux ou environnementaux augmentent la probabilité de complications pour la mère et/ou le fœtus.

L'étude de Schott *et al.* (30) porte sur les différences d'organisation des soins selon quatre pays. Cette comparaison montre que la notion de grossesse à bas risque repose partout sur une évaluation initiale et répétée des antécédents médicaux, obstétricaux, gynécologiques, fœtaux, infectieux ou sociaux, mais

que les modèles de soins diffèrent. En France, la classification distingue principalement les femmes à bas risque, relevant d'un suivi A, et les grossesses nécessitant un suivi plus spécialisé comme précisé plus haut. En Allemagne, l'évaluation du risque est formalisée dès le début de la grossesse dans le carnet de maternité. Aux Pays-Bas, toutes les femmes sont considérées comme à bas risque par défaut, sauf si une indication obstétricale justifie un transfert vers les soins secondaires ou tertiaires. Au Royaume-Uni, l'évaluation initiale est réalisée par les sage-femmes après orientation par le médecin généraliste, avec implication des obstétriciens en cas de risque identifié. Ces différences montrent que la définition du bas risque dépend à la fois des critères cliniques utilisés et de l'organisation nationale du suivi prénatal, du rôle des sage-femmes et des modalités d'accès aux obstétriciens. Afin de rendre compte de cette hétérogénéité tout en identifiant les éléments communs, un tableau de synthèse a été construit qui compare les principes de classification et l'organisation du suivi prénatal dans quatre pays européens **(annexe 1)**.

L'étude de Wong *et al.* (29) propose une classification du risque obstétrical à partir d'un tableau de synthèse construit sur la base de plusieurs recommandations internationales. Les auteurs ont recensé les critères utilisés dans différentes guidelines et étude internationale pour distinguer les grossesses à faible risque, à risque intermédiaire et à haut risque, puis les ont regroupés en catégories cliniques permettant une stratification opérationnelle avant l'accouchement.

Un second tableau de synthèse **(annexe 2)** regroupant les principaux facteurs maternels, obstétricaux, fœtaux, infectieux, psychosociaux et environnementaux associés à une grossesse à risque, ainsi que le niveau d'orientation clinique proposé ont été construit à partir des cinq guidelines internationales (22,23,25–28), de la classification de Wong *et al.* (29) et du guide de l'Australian College of Midwives (24). Contrairement aux recommandations qui classent explicitement les grossesses en bas risque, risque intermédiaire ou haut risque, la guideline du collègue Australien des sage-femmes (24) propose une logique d'orientation clinique fondée sur trois niveaux de guidance : discussion, consultation et référence. Le niveau A correspond aux situations pouvant rester sous la coordination principale de la sage-femme avec discussion éventuelle, le niveau B aux situations nécessitant habituellement une consultation médicale ou professionnelle complémentaire, et le niveau C aux situations justifiant une référence médicale avec possible transfert de la responsabilité clinique. Cette approche rejoint les autres guidelines dans l'idée que l'évaluation du risque doit être dynamique, individualisée et révisée selon l'évolution du tableau clinique, mais elle met davantage l'accent sur le type de collaboration interprofessionnelle requis que sur une catégorie de risque fixe.

3.2. Stratification des risques et résultats périnataux

Pour répondre à la deuxième question de recherche, les études analysées montrent que la stratification anténatale du risque permet généralement d'identifier des groupes plus exposés aux issues maternelles, obstétricales ou néonatales défavorables. Cette association est observée pour les complications maternelles, les césariennes, la mortalité périnatale, la morbidité neurologique néonatale, les admissions néonatales et la séparation mère-enfant (29,31,32). Les études qui distinguent plusieurs niveaux de risque mettent ainsi en évidence un gradient : plus le niveau de risque augmente, plus la probabilité d'intervention ou d'issue défavorable est élevée. Toutefois, plusieurs études soulignent que le classement initial en bas risque ne permet pas d'exclure la survenue de complications : une proportion importante d'issues défavorables survient chez des femmes initialement considérées comme à bas risque (1,2,18,33,34). Ces résultats indiquent que la stratification du risque doit être comprise comme un outil d'orientation et d'anticipation des ressources, et non comme un outil prédictif absolu.

Le risque obstétrical apparaît également comme une catégorie dynamique. Certaines études montrent que la classification peut changer entre le début du suivi prénatal, l'admission pour l'accouchement et la période intrapartum, en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque ou d'éléments cliniques liés au travail (32,35). Cette évolution est particulièrement importante pour les complications qui surviennent pendant le travail ou immédiatement après la naissance, car elles peuvent ne pas être prévisibles à partir du seul profil anténatal initial. La réévaluation du risque pendant la grossesse et au moment de l'accouchement

est donc essentielle, notamment pour adapter le niveau de surveillance, anticiper les besoins obstétricaux ou néonatals et décider d'une éventuelle orientation vers une structure plus spécialisée. Les principaux résultats statistiques des études incluses sont présentés dans l'**annexe 3**.

3.3. Association entre le niveau de soins, le niveau de risque de grossesse et les issues périnatales

Pour répondre à la troisième question de recherche, les études analysées suggèrent que le niveau de soins, le statut de l'établissement, le volume obstétrical et l'accessibilité géographique peuvent influencer les interventions obstétricales, les issues maternelles et les issues néonatales, y compris chez les femmes considérées comme à bas risque. Les structures plus spécialisées, les hôpitaux privés ou certains contextes institutionnels sont associés à une fréquence plus élevée de césarienne (17,18,36,37), d'accouchement instrumental (17,18,38), de déclenchement et d'épisiotomie (17,38) chez les femmes à bas risque. Ces résultats suggèrent que le lieu d'accouchement n'agit pas uniquement comme lieu en lui-même, mais aussi comme un contexte de pratiques professionnelles et organisationnelles. Les résultats néonatals sont plus hétérogènes : certaines études rapportent davantage d'admissions en soins néonatals ou intensifs dans les structures de niveau plus élevé (18,39) sans augmentation systématique de la mortalité périnatale selon le statut public ou privé de l'établissement (38). Enfin, les hôpitaux de faible volume, surtout en milieu rural, peuvent être associés à davantage d'hémorragie du post-partum et de morbidité maternelle sévère (40,41), tandis que les données sur le volume hospitalier et la mortalité périnatale ou néonatale restent hétérogènes (42).

Ces résultats montrent que le niveau de soins ne peut pas être interprété isolément comme un indicateur direct de qualité ou de sécurité. Les maternités plus spécialisées peuvent accueillir des situations plus complexes et disposer de seuils d'admission ou d'intervention différents, ce qui peut augmenter certains indicateurs sans nécessairement traduire une moins bonne qualité de prise en charge. À l'inverse, les structures à plus faible volume peuvent être confrontées à des contraintes de ressources, d'expérience clinique, de continuité de présence spécialisée ou d'accessibilité géographique. L'association entre lieu d'accouchement et issues périnatales doit donc être analysée conjointement avec le profil obstétrical des femmes, les pratiques institutionnelles, le volume d'activité et l'organisation territoriale des soins. Cette lecture est particulièrement importante pour interpréter les résultats chez les femmes à bas risque, car une augmentation des interventions peut refléter à la fois une logique de prévention, une médicalisation plus importante ou des différences de pratiques entre établissements. Les principaux résultats statistiques sont synthétisés dans l'**annexe 4**.

4. DISCUSSION

Une définition du bas risque principalement construite par exclusion

Les résultats de cette revue mettent en évidence la nécessité, d'une part, de classer les grossesses selon leur niveau de risque afin d'orienter les femmes vers des soins adaptés et, d'autre part, les limites intrinsèques de toute classification anténatale. Dans l'ensemble, les recommandations et études analysées convergent vers l'idée qu'une grossesse à bas risque est rarement définie par des critères positifs stricts, mais plutôt par l'absence de facteur médical, obstétrical, fœtal, psychosocial ou social nécessitant une surveillance renforcée, un avis spécialisé ou une orientation vers un niveau de soins plus élevé. Cette définition par exclusion constitue un point commun important entre les recommandations belges (22), françaises (26), australiennes (23,24), britanniques (25), américaines (28) et irlandaises (27). Toutefois, elle soulève aussi une première contradiction : alors que la catégorie « bas risque » est utilisée comme outil d'organisation des

soins, son contenu varie selon les systèmes de santé, les seuils cliniques retenus et la place accordée aux sage-femmes, aux médecins généralistes et aux obstétriciens dans ce système.

Des logiques de classification variables selon les recommandations

Les recommandations européennes et internationales partagent un objectif commun : identifier précocement les situations nécessitant une surveillance renforcée ou une orientation spécialisée. Cependant, elles ne mobilisent pas toutes la même logique de classification. Certaines, comme les recommandations irlandaises (27) ou britanniques (25), s'appuient davantage sur une stratification du risque permettant d'orienter les femmes vers un parcours standard ou spécialisé. La HAS, en France, distingue plutôt des niveaux de suivi, avec un suivi A pour les grossesses normales ou à faible risque et des situations nécessitant un avis spécialisé (26). Le guide ACM en Australie, destiné aux sage-femmes, adopte encore une approche différente : il ne classe pas directement les grossesses en catégories de risque, mais en niveaux de guidance clinique, allant de la discussion à la consultation puis à la référence médicale (24).

Une hétérogénéité liée à l'organisation nationale des soins périnataux

Cette diversité terminologique reflète des différences profondes dans l'organisation des soins périnataux. Aux Pays-Bas, par exemple, toutes les femmes sont considérées comme à bas risque par défaut tant qu'aucune indication obstétricale ne justifie un transfert vers les soins secondaires ou tertiaires. En France, l'orientation repose davantage sur le type de professionnel impliqué dans le suivi. En Australie, les recommandations ACM insistent sur la collaboration interprofessionnelle et le maintien du rôle de la sage-femme même lorsqu'une consultation ou une référence est nécessaire. Ainsi, une même situation clinique peut être interprétée comme un facteur de haut risque dans un système, comme une indication de consultation dans un autre, ou comme un critère d'orientation vers un niveau de soins plus spécialisé dans un troisième.

Une stratification utile mais non prédictive de toutes les complications

Les résultats montrent de manière cohérente que les femmes classées à risque intermédiaire ou élevé présentent davantage d'issues maternelles ou néonatales défavorables. Les études de Shrestha *et al.*, Wong *et al.* et Brown *et al.* mettent en évidence un gradient entre le niveau de risque et la fréquence des césariennes, des complications maternelles, des admissions néonatales, de la prématurité ou de la mortalité périnatale. Ces données confirment l'intérêt clinique de la stratification anténatale : elle permet d'identifier des groupes de femmes nécessitant une surveillance plus étroite et une anticipation des ressources obstétricales, anesthésiques ou néonatales. Cependant, les résultats révèlent aussi une contradiction majeure : une proportion importante de complications survient chez des femmes initialement classées à bas risque (29,31,32) Les données de Cooper *et al.* montrent qu'une part substantielle des transferts intrapartum, transfusions, décès néonataux et même décès maternels concerne des grossesses considérées comme à bas risque (33). Cependant, cette étude a été faite au Kenya, dans un système de soin plus précarisé et avec des soins primaires ne disposant pas toujours de soins d'urgences avec un long temps de transfert pour avoir accès à ceux-ci. De même, Danilack *et al.* montrent qu'une proportion non négligeable de grossesses à bas risque présente au moins une complication inattendue (1). Ces résultats ne remettent pas en cause l'utilité de la stratification, mais ils montrent qu'elle ne doit pas être interprétée comme un outil prédictif absolu. Le bas risque correspond à une probabilité plus faible de complication, et non à une absence de risque.

Cette limite est particulièrement importante pour les complications intrapartum et certaines issues néonatales, comme l'encéphalopathie néonatale sévère. Les résultats de Joyce *et al.* suggèrent que certaines

complications graves peuvent être plus fréquentes, ou plus nombreuses en valeur absolue, dans les groupes initialement considérés comme à bas risque (2). Cela souligne la nécessité d'une évaluation dynamique, révisée non seulement pendant la grossesse, mais également à l'admission et tout au long du travail d'accouchement.

Un niveau de soins associé aux pratiques obstétricales et aux interventions

Les résultats disponibles sont parfois contradictoires concernant l'association entre le niveau de soins du lieu d'accouchement et les issues périnatales. D'un côté, les structures plus spécialisées disposent en principe de ressources permettant une prise en charge rapide des complications maternelles, fœtales ou néonatales. D'un autre côté, plusieurs études montrent que, chez les femmes à bas risque, l'accouchement dans des structures plus médicalisées ou dans certains contextes institutionnels est associé à une fréquence plus élevée d'interventions obstétricales. En Australie, Dahlen *et al.* rapportent, chez les primipares à bas risque, des taux plus élevés de déclenchement, de péridurale, d'accouchement instrumental, de césarienne et d'épisiotomie en hôpital privé qu'en hôpital public (38). En Nouvelle-Zélande, Davis *et al.* montrent qu'un accouchement planifié en hôpital secondaire ou tertiaire, comparativement à une unité primaire dirigée par des sage-femmes, est associé à un risque accru d'accouchement instrumental et de césarienne en urgence (18). En France, Le Ray *et al.* observent, chez les primipares à bas risque, un taux de césarienne pendant le travail plus élevé dans les maternités de niveau 2b et 3 que dans les maternités de niveau 1 (36). Enfin, Coulm *et al.* montrent que le statut privé de la maternité est associé à une augmentation du risque de déclenchement, de césarienne, d'accouchement instrumental, d'épisiotomie et d'au moins une intervention obstétricale (17). Ces résultats suggèrent que le contexte institutionnel, le niveau de soins et les pratiques locales influencent la probabilité d'intervention, indépendamment du niveau de risque de la grossesse.

Cette observation pose une question importante : les interventions plus fréquentes dans les hôpitaux de niveau plus élevé traduisent-elles une meilleure anticipation du risque, une médicalisation excessive des grossesses à bas risque, ou un effet de sélection insuffisamment contrôlé ? Les études disponibles ne permettent pas toujours de distinguer clairement ces mécanismes. Les maternités de niveau tertiaire accueillent davantage de situations complexes, ce qui peut expliquer une fréquence plus élevée d'issues défavorables ou d'interventions. Toutefois, lorsque les analyses se limitent aux femmes à bas risque, des différences persistent selon le niveau de soins ou le statut public/privé, ce qui suggère également un effet des pratiques professionnelles et organisationnelles.

Des seuils d'admission et une morbidité néonatale influencés par le niveau de soins

Les résultats néonataux illustrent cette ambiguïté. En France, Le Ray *et al.* montrent que, chez les nouveau-nés de primipares à bas risque, les admissions en soins néonataux étaient plus fréquentes après naissance en maternité de niveau 2 qu'en maternité de niveau 1, alors que la morbidité néonatale sévère parmi les nouveau-nés admis était proportionnellement plus élevée dans les maternités de niveau 1 (39). Les auteurs interprètent ce résultat comme pouvant refléter des seuils d'admission différents selon le niveau de soins : les maternités de niveau 2 ou 3, disposant plus facilement de ressources néonatales, pourraient admettre plus largement des nouveau-nés moins sévèrement atteints, tandis que les admissions après naissance en niveau 1 concerneraient davantage des situations plus graves. En Nouvelle-Zélande, Davis *et al.* observent également que l'accouchement planifié en hôpital secondaire ou tertiaire, comparativement à une unité primaire dirigée par des sage-femmes, est associé à une augmentation du risque d'admission en soins intensifs néonataux, sans différence significative pour un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes (18). En Australie, Dahlen *et al.* ne retrouvent pas de différence significative de mortalité périnatale entre hôpitaux publics et privés chez les femmes à bas risque, mais rapportent des différences pour certains indicateurs néonataux, notamment les scores d'Apgar, la réanimation à la naissance et des morbidités codées comme les

troubles respiratoires, l'hypoxie, l'ictère, les difficultés d'alimentation ou les traumatismes de naissance (38). Enfin, Levaillant *et al.*, dans une étude nationale française, montre que les maternités de niveau 2b et surtout de niveau 3 sont associées à davantage d'issues néonatales défavorables que les maternités de niveau 1 chez les primipares à bas risque, ce qui doit être interprété avec prudence car ces structures accueillent probablement une proportion plus importante de grossesses complexes (13).

Des résultats périnataux influencés par le volume d'activité, la localisation des hôpitaux et l'organisation des soins

Le volume d'activité des maternités constitue un quatrième thème de discussion. Les résultats de Kozhimannil *et al.* et de Walther *et al.* suggèrent que les hôpitaux à faible volume, en particulier en milieu rural, peuvent être associés à une augmentation de certaines complications maternelles ou néonatales. Cette association semble particulièrement marquée chez les femmes à bas risque dans les hôpitaux ruraux de très faible volume (40–42). Ces données peuvent s'expliquer par une moindre exposition des équipes à certaines urgences obstétricales, une disponibilité plus limitée.

Cependant, cette relation n'est pas uniforme. Les études montrent que le faible volume n'a pas toujours le même impact en milieu urbain et en milieu rural, ni sur toutes les issues. Dans l'étude de Kozhimannil *et al.*, l'association entre faible volume obstétrical et morbidité maternelle sévère disparaît après ajustement en milieu urbain, alors qu'elle persiste en milieu rural, en particulier dans les hôpitaux de très faible volume et chez les femmes à bas risque (40). Dans leur étude antérieure, Kozhimannil *et al.* retrouvent surtout une association entre faible volume et hémorragie du post-partum chez les femmes à bas risque, avec un risque plus élevé dans les petites unités rurales et, dans une moindre mesure, dans certains hôpitaux urbains non universitaires (41). Sur le plan néonatal, la revue systématique de Walther *et al.* montre que les résultats sont hétérogènes : plusieurs études rapportent une mortalité périnatale ou néonatale précoce plus élevée dans les hôpitaux à faible volume, tandis que les données concernant les mortinaissances, les complications néonatales et les césariennes sont plus variables ou contradictoires (42). De plus, dans l'étude nationale française de Levaillant *et al.*, les volumes d'activité plus élevés étaient associés à un risque plus faible d'issue néonatale défavorable, tandis qu'un temps de trajet supérieur à 30 minutes était associé à une augmentation du risque (13). Cela suggère que le volume n'est pas un déterminant isolé, mais un indicateur indirect de plusieurs dimensions organisationnelles : expérience clinique, disponibilité des équipes, accès à l'anesthésie, capacités néonatales, protocoles de transfert et distance géographique.

Des déterminants sociaux de la santé et des vulnérabilités psychosociales associées à des issues maternelles et néo-natales défavorable

Un autre résultat transversal concerne la place accordée aux facteurs psychosociaux, sociaux et environnementaux. Les recommandations intègrent explicitement la vulnérabilité psychosociale, les violences, les troubles de santé mentale, la consommation de substances, la précarité ou le suivi prénatal insuffisant comme éléments pouvant modifier l'orientation des soins (22,23,26–28). La guideline ACM intègre également une approche psychosociale ou de santé mentale, en incluant entre autres les troubles psychologiques périnataux, les consommations de substances, les violences, les traumatismes ou les situations nécessitant un soutien interprofessionnel (24). Plusieurs travaux montrent que les déterminants sociaux de la santé et les vulnérabilités psychosociales sont associés à des issues maternelles et périnatales défavorables, notamment par leur influence sur l'accès aux soins, la continuité du suivi et le recours aux services spécialisés (29,34). De ce fait, une classification strictement biomédicale risquerait donc de sous-estimer certaines vulnérabilités qui influencent pourtant l'accès aux soins, la continuité du suivi, le recours aux services spécialisés et les issues de santé.

Cette limite est particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'orienter les femmes vers un lieu d'accouchement. Une femme peut être considérée comme cliniquement à bas risque selon des critères biomédicaux, tout en présentant des facteurs sociaux ou psychologiques susceptibles d'augmenter le risque de complications ou de retarder la prise en charge, comme le suggèrent les recommandations qui intègrent la vulnérabilité psychosociale, la santé mentale, les violences ou les soins prénataux insuffisants dans l'évaluation du risque (22,24,27). À l'inverse, l'inclusion très large de facteurs psychosociaux dans les classifications pourrait augmenter la proportion de femmes orientées vers des parcours spécialisés, avec un risque de surmédicalisation ou de saturation des ressources. La difficulté consiste donc à intégrer ces facteurs de manière suffisamment sensible pour ne pas invisibiliser les vulnérabilités, sans transformer toute situation sociale complexe en indication automatique de haut risque obstétrical.

Des issues maternelles, obstétricales et néonatales à distinguer dans l'interprétation des résultats selon le contexte

Les contradictions observées dans la littérature suggèrent que les issues doivent être analysées séparément plutôt qu'à travers un indicateur composite unique. Les facteurs associés aux interventions obstétricales ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux associés à la morbidité maternelle sévère, aux admissions néonatales, à la mortalité périnatale ou aux complications intrapartum. Une maternité peut présenter davantage d'admissions néonatales en raison d'une meilleure capacité de surveillance, sans nécessairement avoir de moins bons résultats néonataux. De même, un taux plus élevé de césariennes peut traduire soit une population plus complexe, soit des pratiques plus interventionnelles. La discussion des résultats doit donc rester prudente et éviter d'interpréter le niveau de soins comme un indicateur simple de qualité, sans tenir compte des ressources, des pratiques et du contexte organisationnel.

5. CONCLUSION

Il n'existe pas de définition internationale unique de la grossesse à bas risque, à risque intermédiaire ou à haut risque. Les recommandations analysées convergent néanmoins vers une définition du bas risque construite principalement par exclusion, c'est-à-dire par l'absence de facteur médical, obstétrical, fœtal, psychosocial ou social nécessitant une surveillance renforcée ou une orientation spécialisée. Deuxièmement, les études examinées suggèrent que la stratification anténatale du risque permet d'identifier des groupes de femmes plus exposées aux complications maternelles et néonatales, mais qu'elle ne permet pas de prédire l'ensemble des issues défavorables. Enfin, la littérature suggère que le lieu d'accouchement, le niveau de soins, le volume d'activité, les pratiques institutionnelles et l'accessibilité géographique peuvent influencer les issues maternelles et néonatales, y compris chez les femmes initialement considérées comme à bas risque et en particulier sur les issues néonatales et donc, de fait la définition de patiente à bas risque dépendra aussi du système de soins utilisé et du niveau de spécialisation de celui-ci.

Le niveau de soins du lieu d'accouchement ne peut pas être interprété isolément comme un déterminant direct des issues maternelles et néonatales. Son effet dépend du profil obstétrical initial des femmes, de l'évolution du risque pendant la grossesse et le travail, des ressources disponibles et des pratiques locales. Les structures plus spécialisées disposent de ressources permettant une prise en charge rapide des complications, mais elles sont aussi associées, dans certaines études, à des taux plus élevés d'interventions obstétricales chez les femmes à bas risque. À l'inverse, les structures de plus faible volume ou moins spécialisées peuvent être confrontées à des difficultés d'accès aux ressources spécialisées ou à des délais de transfert plus importants. Ces résultats soutiennent donc l'importance d'analyser l'adéquation entre le profil obstétrical des femmes et les ressources disponibles dans le lieu d'accouchement.

Les limites générales de la littérature doivent toutefois être soulignées. Les définitions du risque varient fortement selon les pays, les recommandations, les périodes d'évaluation et les données disponibles, ce qui limite la comparabilité des études. Plusieurs travaux portent uniquement sur des femmes à bas risque ou sur des contextes nationaux particuliers. De plus, les études disponibles ne contrôlent pas toujours de manière complète les pratiques professionnelles, les seuils d'admission néonatale, les transferts anténatals ou intrapartum, ni les facteurs psychosociaux. La primiparité ne semble pas avoir été prise en compte dans les études sélectionnées, alors que celle-ci a été identifiée comme associée à un risque accru de complications obstétricales et peut interagir avec d'autres facteurs de risque, tels que l'âge maternel (43–45). Enfin, certaines bases de données, comme celles disponibles en Belgique, ne contiennent pas l'ensemble des variables nécessaires pour appliquer fidèlement les classifications internationales du risque obstétrical. Plus largement, le système belge de récolte des données périnatales apparaît encore insuffisamment développé pour permettre des analyses approfondies de l'adéquation entre le profil de risque des femmes, le type de suivi prénatal, le lieu d'accouchement, les ressources effectivement disponibles et les issues maternelles ou néonatales.

Dans le contexte belge, ces résultats invitent surtout à réfléchir à l'organisation concrète du parcours périnatal. La Belgique est un territoire relativement restreint, où l'accès géographique aux maternités et aux services spécialisés constitue généralement un enjeu moins marqué que dans des pays plus vastes ou fortement ruraux. Toutefois, l'organisation des maternités ne repose pas sur une classification officielle explicite en niveaux I, II et III. Les établissements peuvent être différenciés par des caractéristiques structurelles, comme le volume annuel de naissances, la présence d'une fonction N*, d'un service de soins intensifs néonataux ou d'unités MIC pour les grossesses à haut risque, mais celles-ci ne constituent pas une porte d'entrée formelle vers un parcours de soins gradué selon le profil de risque obstétrical. Dans cette perspective, l'enjeu belge n'est pas simplement de classer les maternités, mais de mieux organiser l'orientation des femmes enceintes vers les structures, les professionnels et les ressources les plus adaptés à leur situation clinique, obstétricale, fœtale et psychosociale.

Cette orientation rejoint les recommandations du KCE concernant l'organisation des soins prénatals en Belgique. Le rapport sur le parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque souligne la nécessité de proposer un suivi adapté aux besoins de chaque femme enceinte, afin de favoriser la continuité des soins, d'éviter les ruptures de suivi et de limiter à la fois les doublons et le sur-suivi (46). Dans la même logique, les règles de référencement proposées par le KCE visent à préciser les situations médicales, obstétricales, fœtales ou psychosociales qui doivent conduire à un avis spécialisé ou à une orientation vers une prise en charge plus adaptée (46). Ces recommandations soutiennent donc l'idée d'un système d'orientation dynamique, capable de réévaluer le niveau de risque au cours de la grossesse et d'articuler le type de suivi, le niveau de surveillance et le lieu d'accouchement avec les besoins réels de la femme et du fœtus.

L'outil « Born in Belgium Professionals » complète cette perspective en rappelant que l'orientation des patientes ne peut pas reposer uniquement sur des critères biomédicaux. En facilitant le repérage des vulnérabilités psychosociales et la coordination entre professionnels, il s'inscrit dans une logique de trajet de soins intégré et personnalisé pendant la période périnatale et les 1000 premiers jours. Dans le contexte belge, combiner une évaluation du risque obstétrical avec une meilleure identification des vulnérabilités sociales, psychologiques et organisationnelles pourrait permettre d'orienter plus finement les femmes enceintes vers le type de suivi et la structure d'accouchement les plus appropriés. Une telle approche contribuerait à renforcer la sécurité du parcours périnatal, tout en évitant une médicalisation excessive des grossesses réellement à bas risque (47).

Le SPE prévoit d'intégrer à son rapport annuel un dossier spécial visant à identifier des profils de vulnérabilité maternelle à partir de dix années de données périnatales belges. Le projet analysera les associations entre ces profils, les issues périnatales, les interventions obstétricales et les variations entre maternités. Il examinera également, dans la mesure du possible, si certains profils maternels pourraient justifier une orientation ou une prise en charge plus spécialisée au sein du réseau périnatal belge.

Références

RAPPORT Santé périnatale en Région bruxelloise - 2025 **5**

DOSSIER SPÉCIAL Risque obstétrical et niveaux de soins : revue de la littérature et perspectives belges **81**

RÉFÉRENCES **93**

ANNEXES **107**

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES RAPPORT
SANTÉ PÉRINATALE EN RÉGION BRUXELLOISE – 2025

1. Goldenberg RL, McClure EM. Maternal, fetal and neonatal mortality: lessons learned from historical changes in high income countries and their potential application to low-income countries. matern health, neonatol and perinatol. déc 2015;1(1):3. doi:10.1186/s40748-014-0004-z
2. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, *et al*. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 - Synthèse [KCE Reports 313B] [Internet]. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2019. (Health Services Research (HSR)). Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf
3. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. nov 2022.
4. Saccone G, Gragnano E, Ilardi B, Marrone V, Strina I, Venturella R, *et al*. Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. oct 2022;159(1):43-55. doi:10.1002/ijgo.14100 PubMed PMID: 35044694; PubMed Central PMCID: PMC9543904.
5. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis. *Acta Med Port*. 29 mars 2019;32(3):219-26. doi:10.20344/amp.11057 PubMed PMID: 30946794.
6. Dai J, Shi Y, Wu Y, Guo L, Lu D, Chen Y, *et al*. The interaction between age and parity on adverse pregnancy and neonatal outcomes. *Front Med* (Lausanne). 2023;10:1056064. doi:10.3389/fmed.2023.1056064 PubMed PMID: 36910494; PubMed Central PMCID: PMC9995429.
7. Frick AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. janv 2021;70:92-100. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005 PubMed PMID: 32741623.
8. Lisonkova S, Muraca GM, Potts J, Liauw J, Chan WS, Skoll A, *et al*. Association Between Prepregnancy Body Mass Index and Severe Maternal Morbidity. *JAMA*. 14 nov 2017;318(18):1777-86. doi:10.1001/jama.2017.16191 PubMed PMID: 29136442; PubMed Central PMCID: PMC5820710.
9. Santos S, Voerman E, Amiano P, Barros H, Beilin LJ, Bergström A, *et al*. Impact of maternal body mass index and gestational weight gain on pregnancy complications: An individual participant data meta-analysis of European, North American and Australian cohorts. *BJOG*. juill 2019;126(8):984-95. doi:10.1111/1471-0528.15661 PubMed PMID: 30786138; PubMed Central PMCID: PMC6554069.
10. Melchor I, Burgos J, Del Campo A, Aiartzaguena A, Gutiérrez J, Melchor JC. Effect of maternal obesity on pregnancy outcomes in women delivering singleton babies: a historical cohort study. *J Perinat Med*. 27 août 2019;47(6):625-30. doi:10.1515/jpm-2019-0103 PubMed PMID: 31141492.
11. Wang Y, Tanbo T, Abyholm T, Henriksen T. The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. *Arch Gynecol Obstet*. juill 2011;284(1):31-7. doi:10.1007/s00404-010-1587-x PubMed PMID: 20632182; PubMed Central PMCID: PMC3112324.
12. Shechter-Maor G, Sadeh-Mestechkin D, Ganor Paz Y, Sukenik Halevy R, Markovitch O, Biron-Shental T. Does parity affect pregnancy outcomes in the elderly gravida? *Arch Gynecol Obstet*. janv 2020;301(1):85-91. doi:10.1007/s00404-019-05386-4 PubMed PMID: 31768744.
13. Hollowell J, Pillas D, Rowe R, Linsell L, Knight M, Brocklehurst P. The impact of maternal obesity on intrapartum outcomes in otherwise low risk women: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;121(3):343-55. doi:10.1111/1471-0528.12437

14. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, *et al*. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 16 avr 2011;377(9774):1331-40. doi:10.1016/S0140-6736(10)62233-7 PubMed PMID: 21496916.

15. Raju TNK, Buist AS, Blaisdell CJ, Moxey-Mims M, Saigal S. Adults born preterm: a review of general health and system-specific outcomes. *Acta Paediatr*. sept 2017;106(9):1409-37. doi:10.1111/apa.13880

16. Azria E. Inégalités sociales en santé périnatale. *Archives de Pédiatrie*. 1 oct 2015;Néonatologie22(10):1078-85. doi:10.1016/j.arcped.2015.07.006

17. Leroy C, Van Leeuw V, Michel S. Santé périnatale en Wallonie – Année 2025. Centre d'Épidémiologie Périnatale ; 2026.

18. Bentouhami H *et al*. Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2025. [Manuscript in voorbereiding]. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

28. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186287. doi:10.1371/journal.pone.0186287 PubMed PMID: 29040334; PubMed Central PMCID: PMC5645107.

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

30. Claramonte Nieto M, Meler Barrabes E, Garcia Martínez S, Gutiérrez Prat M, Serra Zantop B. Impact of aging on obstetric outcomes: defining advanced maternal age in Barcelona. *BMC Pregnancy Childbirth*. 23 sept 2019;19:342. doi:10.1186/s12884-019-2415-3 PubMed PMID: 31547808; PubMed Central PMCID: PMC6757376.

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

32. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines [Internet]. Rasmussen KM, Yaktine AL, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009 [cité 25 juill 2025]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/ PubMed PMID: 20669500.

33. Nippita T, Khambalia A, Seeho S, Trevena J, Patterson J, Ford J, *et al*. Methods of classification for women undergoing induction of labour: a systematic review and novel classification system. *BJOG*. sept 2015;122(10):1284-93. doi:10.1111/1471-0528.13478

34. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. févr 2001;12(1):23-39. doi:10.1017/S0965539501000122

35. Demestre X. [Late preterm, the « forgotten » infants: A personal perspective]. *Rev Chil Pediatr*. juin 2017;88(3):315-7. doi:10.4067/S0370-41062017000300001 PubMed PMID: 28737188.

36. Villar J, Ismail LC, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, *et al*. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *The Lancet*. sept 2014;384(9946):857-68. doi:10.1016/S0140-6736(14)60932-6

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

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

39. GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950-2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 18 mai 2024;403(10440):2057-99. doi:10.1016/S0140-6736(24)00550-6 PubMed PMID: 38521087; PubMed Central PMCID: PMC11122687.

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

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

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

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

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

45. Barclay K, Myrskylä M. Advanced Maternal Age and Offspring Outcomes: Reproductive Aging and Counterbalancing Period Trends. *Population and Development Review*. 2016;42(1):69-94. doi:10.1111/j.1728-4457.2016.00105.x

46. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, te Velde E, ESHRE Reproduction and Society Task Force. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum Reprod Update*. 2011;17(6):848-60. doi:10.1093/humupd/dmr026 PubMed PMID: 21652599; PubMed Central PMCID: PMC3529638.

47. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Cocera-Ruíz EM, Conde-Puertas E, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. *PLoS One*. 2019;14(12):e0227063. doi:10.1371/journal.pone.0227063 PubMed PMID: 31887126; PubMed Central PMCID: PMC6936780.

48. Rowe T. Fertility and a woman's age. J Reprod Med. mars 2006;51(3):157-63. PubMed PMID: 16674009.

49. Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D, van Walraven C. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *CMAJ*. 15 janv 2008;178(2):165-72. doi:10.1503/cmaj.070150 PubMed PMID: 18195290; PubMed Central PMCID: PMC2175002.

50. Sheen JJ, Wright JD, Goffman D, Kern-Goldberger AR, Booker W, Siddiq Z, *et al*. Maternal age and risk for adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2018;219(4):390.e1-390.e15. doi:10.1016/j.ajog.2018.08.034 PubMed PMID: 30153431.

51. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod*. nov 2000;15(11):2433-7. doi:10.1093/humrep/15.11.2433 PubMed PMID: 11056148.

52. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome: *Obstetrics & Gynecology*. oct 2004;104(4):727-33. doi:10.1097/01.AOG.0000140682.63746.be

53. Kortekaas JC, Kazemier BM, Keulen JKJ, Bruinsma A, Mol BW, Vandenbussche F, *et al*. Risk of adverse pregnancy outcomes of late- and postterm pregnancies in advanced maternal age: A national cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2020;99(8):1022-30. doi:10.1111/aogs.13828

54. Park AL, Urquia ML, Ray JG. Risk of Preterm Birth According to Maternal and Paternal Country of Birth: A Population-Based Study. *J Obstet Gynaecol Can*. déc 2015;37(12):1053-62. doi:10.1016/s1701-2163(16)30070-6 PubMed PMID: 26637077.

55. Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen AM, Small R, Davey MA, *et al*. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *Eur J Public Health*. août 2015;25(4):620-5. doi:10.1093/eurpub/cku230 PubMed PMID: 25587005; PubMed Central PMCID: PMC4512956.

56. Higginbottom GMA, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, *et al*. Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev*. 11 févr 2015;4:13. doi:10.1186/2046-4053-4-13 PubMed PMID: 26187687; PubMed Central PMCID: PMC4506414.

57. Minsart AF, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium: An analysis using Robson categories. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. févr 2013;92(2):204-9. doi:10.1111/aogs.12003

58. Reeske A, Kutschmann M, Razum O, Spallek J. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21 sept 2011;11:63. doi:10.1186/1471-2393-11-63 PubMed PMID: 21936931; PubMed Central PMCID: PMC3188470.

59. Racape J, Schoenborn C, Sow M, Alexander S, De Spiegelaere M. Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 avr 2016;16:75. doi:10.1186/s12884-016-0860-9 PubMed PMID: 27059448; PubMed Central PMCID: PMC4826554.

60. Hercot D, Mazina D, Verduyckt 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, Commission communautaire commune ; 2015.

61. Bai J, Wong FWS, Bauman A, Mohsin M. Parity and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. févr 2002;186(2):274-8. doi:10.1067/mob.2002.119639 PubMed PMID: 11854649.

62. Lisonkova S, Janssen PA, Sheps SB, Lee SK, Dahlgren L. The effect of maternal age on adverse birth outcomes: does parity matter? *J Obstet Gynaecol Can*. juin 2010;32(6):541-8. doi:10.1016/S1701-2163(16)34522-4 PubMed PMID: 20569534.

63. Rademaker D, Hukkelhoven CWPM, van Pampus MG. Adverse maternal and perinatal pregnancy outcomes related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the Netherlands: A population-based cohort. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2021;100(5):941-8. doi:10.1111/aogs.14064

64. Jančar N, Mihevc Ponikvar B, Tomšič S, Vrtačnik Bokal E, Korošec S. Is IVF/ICSI [corrected] an Independent Risk Factor for Spontaneous Preterm Birth in Singletons? A Population-Based Cohort Study. *Biomed Res Int*. 2018;2018:7124362. doi:10.1155/2018/7124362 PubMed PMID: 30687757; PubMed Central PMCID: PMC6330812.

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

66. Ferraretti AP, Nygren K, Andersen AN, De Mouzon J, Kupka M, Calhaz-Jorge C, *et al*. Trends over 15 years in ART in Europe: an analysis of 6 million cycles†. *Human Reproduction Open*. 29 août 2017;2017(2):hox012. doi:10.1093/hropen/hox012

67. Insider F. ESHRE Data Reveals Increase in IVF and IUI Treatment Cycles Across Europe with Stable Pregnancy Rates | Femtech Insider [Internet]. 12 juill 2024 [cité 16 sept 2025]. Disponible sur : https://femtechinsider.com/eshre-data-ivf-iui-increase/

68. Kent L, McGirr M, Eastwood KA. Global trends in prevalence of maternal overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis of routinely collected data retrospective cohorts. *Int J Popul Data Sci*. 2024;9(2):2401. doi:10.23889/ijpds.v9i2.2401 PubMed PMID: 40313349; PubMed Central PMCID: PMC12045326.

69. Scott-Pillai R, Spence D, Cardwell CR, Hunter A, Holmes VA. The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *BJOG*. juill 2013;120(8):932-9. doi:10.1111/1471-0528.12193 PubMed PMID: 23530609.

70. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev*. août 2015;16(8):621-38. doi:10.1111/obr.12288 PubMed PMID: 26016557.

71. Minsart AF, Buekens P, De Spiegelaere M, Englert Y. Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 11 févr 2013;13(1):36. doi:10.1186/1471-2393-13-36

72. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, *et al*. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 6 juin 2017;317(21):2207. doi:10.1001/jama.2017.3635

73. Devlieger R, Benhalima K, Damm P, Van Assche A, Mathieu C, Mahmood T, *et al*. Maternal obesity in Europe: where do we stand and how to move forward?: A scientific paper commissioned by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juin 2016;201:203-8. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.04.005 PubMed PMID: 27160501.

74. Grandfils S, Durand P, Hoge A, Seidel L, Emonts P, Paquot N, *et al*. Gestational weight gain: Toward best practices in managing gestational weight gain in patients with obesity: Comparison of recommendations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juill 2024;298:197-203. doi:10.1016/j.ejogrb.2024.05.009 PubMed PMID: 38795431.

75. Lin L, Chen R, Lin H, Yao T, Chen Z, Zheng L. Influence of parity on weight gain during pregnancy in women with Gestational Diabetes: A retrospective cohort study. *Pak J Med Sci*. janv 2025;41(1):29-36. doi:10.12669/pjms.41.1.11412 PubMed PMID: 39867753; PubMed Central PMCID: PMC11755282.

76. Zhu Y, Zhang C. Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective. *Curr Diab Rep*. janv 2016;16(1):7. doi:10.1007/s11892-015-0699-x PubMed PMID: 26742932; PubMed Central PMCID: PMC6675405.

77. Oriot P, Radikov J, Gilleman U, Loumaye R, Ryckoort V, Debue E, *et al*. Gestational diabetes mellitus screening according to Carpenter-Coustan and IADPSG criteria: A 7-year follow-up of prevalence, treatment and neonatal complications at a Belgian general hospital. *Diabetes Metab*. juin 2018;44(3):309-12. doi:10.1016/j.diabet.2017.09.003 PubMed PMID: 29066156.

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

79. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 25 mai 2022;377:e067946. doi:10.1136/bmj-2021-067946 PubMed PMID: 35613728; PubMed Central PMCID: PMC9131781.

80. Greco E, Calanducci M, Nicolaides KH, Barry EVH, Huda MSB, Iliodromiti S. Gestational diabetes mellitus and adverse maternal and perinatal outcomes in twin and singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. févr 2024;230(2):213-25. doi:10.1016/j.ajog.2023.08.011 PubMed PMID: 37595821.

81. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, *et al*. Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome: *Obstetrics & Gynecology*. mai 2005;105(5, Part 1):983-90. doi:10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51

82. Khalil A, Syngelaki A, Maiz N, Zinevich Y, Nicolaides KH. Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound in Obstet & Gyne*. déc 2013;42(6):634-43. doi:10.1002/uog.12494

83. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG, High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*. 19 avr 2016;353:i1753. doi:10.1136/bmj.i1753 PubMed PMID: 27094586; PubMed Central PMCID: PMC4837230.

84. Bognár Z, Leroy C, Van Leeuw V, Goemaes R, Melin P, Meex C, *et al*. Group B Streptococcus maternal colonization and neonatal sepsis in Belgium between 2012 and 2021: a description of the epidemiological situation and identification of risk factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 mai 2025;25(1):599. doi:10.1186/s12884-025-07695-w

85. Aziz S, Hu Y, Sultana S, Jayakody N, Teo B, Korevaar E, *et al*. Estimating levels and trends in labour induction worldwide: a systematic review and modelling analysis [Internet]. medRxiv; 2026 [cité 22 juill 2026]. p. 2026.05.20.26353632. Disponible sur : https://www.medrxiv.org/content/10.64898/2026.05.20.26353632v1 doi:10.64898/2026.05.20.26353632

86. Starrach T, Ehmann L, Volkmann H, Flemmer A, Hester A, Tremmel E, *et al*. PROM at term: when might be the best time to induce labour? A retrospective analysis. *Arch Gynecol Obstet*. juill 2025;312(1):247-55. doi:10.1007/s00404-025-07981-0 PubMed PMID: 40156636; PubMed Central PMCID: PMC12176909.

87. Magee LA, Kirkham K, Tohill S, Gkini E, Moakes CA, Dorling J, *et al*. Determining optimal timing of birth for women with chronic or gestational hypertension at term: The WILL (When to Induce Labour to Limit risk in pregnancy hypertension) randomised trial. *PLOS Medicine*. 26 nov 2024;21(11):e1004481. doi:10.1371/journal.pmed.1004481

88. Luo R, Wen W, Corsi DJ, Fell DB, Taljaard M, Wen SW, *et al*. Comparison of adverse maternal and perinatal outcomes between induction and expectant management among women with gestational diabetes mellitus at term pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 12 juill 2023;23(1):509. doi:10.1186/s12884-023-05779-z

89. Knight HE, Cromwell DA, Gurol-Urganci I, Harron K, van der Meulen JH, Smith GCS. Perinatal mortality associated with induction of labour versus expectant management in nulliparous women aged 35 years or over: An English national cohort study. *PLoS Med*. nov 2017;14(11):e1002425. doi:10.1371/journal.pmed.1002425 PubMed PMID: 29136007; PubMed Central PMCID: PMC5685438.

90. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita ATN, Silver RM, Mallett G, *et al*. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *New England Journal of Medicine*. 9 août 2018;379(6):513-23. doi:10.1056/NEJMoa1800566

91. Walker KF, Bugg GJ, Macpherson M, McCormick C, Grace N, Wildsmith C, *et al*. Randomized Trial of Labor Induction in Women 35 Years of Age or Older. *New England Journal of Medicine*. 3 mars 2016;374(9):813-22. doi:10.1056/NEJMoa1509117

92. Fonseca MJ, Santos F, Afreixo V, Silva IS, Almeida M do C. Does induction of labor at term increase the risk of cesarean section in advanced maternal age? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. oct 2020;253:213-9. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.08.022 PubMed PMID: 32889327.

93. Jeong Y, Choo SP, Yun J, Kim EH. Effect of maternal age on maternal and perinatal outcomes including cesarean delivery following induction of labor in uncomplicated elderly primigravidae. *Medicine* (Baltimore). 27 août 2021;100(34):e27063. doi:10.1097/MD.0000000000027063 PubMed PMID: 34449499; PubMed Central PMCID: PMC10545166.

94. Seijmonsbergen-Schermers AE, Akker T van den, Rydahl E, Beeckman K, Bogaerts A, Binfa L, *et al*. Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLOS Medicine*. 22 mai 2020;17(5):e1003103. doi:10.1371/journal.pmed.1003103

95. NHS England Digital [Internet]. [cité 22 mai 2026]. Maternity Services Monthly Statistics, Final May 2025, Provisional June 2025, official statistics. Disponible sur : https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/maternity-services-monthly-statistics/final-may-2025-provisional-june-2025-official-statistics

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

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

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

99. Ayala-Yáñez R, Bayona-Soriano P, Hernández-Jimenez A, Contreras-Rendón A, Chabat-Manzanera P, Nevarez-Bernal R. Forceps, Actual Use, and Potential Cesarean Section Prevention: Study in a Selected Mexican Population. *J Pregnancy*. 2015;2015:489267. doi:10.1155/2015/489267 PubMed PMID: 26380111; PubMed Central PMCID: PMC4561325.

100. Zhang VRY, Tan EL, Edison PE, Kanagalingam D. Operative vaginal delivery: practice patterns and outcomes at a tertiary general hospital. *Singapore Med J*. mai 2023;64(5):313-8. doi:10.11622/smedj.2022069 PubMed PMID: 35706407; PubMed Central PMCID: PMC10219121.

101. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy Rates Around the World: An Update. *Birth*. sept 2005;32(3):219-23. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00373.x

102. de Tayrac R, Panel L, Masson G, Mares P. [Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). févr 2006;35(1 Suppl):1S24-21S31. PubMed PMID: 16495824.

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

104. Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault MY, Bartellas E, Daniels S, Gleason T, *et al*. Guidelines for operative vaginal birth. *J Obstet Gynaecol Can*. août 2004;26(8):747-61. doi:10.1016/s1701-2163(16)30647-8 PubMed PMID: 15307980.

105. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG*. déc 2008;115(13):1695-702; discussion 1702-1703. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01960.x PubMed PMID: 19035944.

106. Desplanches T, Marchand-Martin L, Szczepanski ED, Ruillier M, Cottenet J, Semama D, *et al*. Mediolateral episiotomy and risk of obstetric anal sphincter injuries and adverse neonatal outcomes during operative vaginal delivery in nulliparous women: a propensity-score analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 19 janv 2022;22(1):48. doi:10.1186/s12884-022-04396-6 PubMed PMID: 35045812; PubMed Central PMCID: PMC8772124.

107. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet*. déc 2012;286(6):1369-73. doi:10.1007/s00404-012-2460-x PubMed PMID: 22810620.

108. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst* Rev. 8 févr 2017;2(2):CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub3 PubMed PMID: 28176333; PubMed Central PMCID: PMC5449575.

109. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. juill 2016;128(1):e1-15. doi:10.1097/AOG.0000000000001523 PubMed PMID: 27333357.

110. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears [Internet]. 2015 [cité 27 août 2024]. Disponible sur : https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf

111. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, *et al*. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. sept 2019;48(7):455-60. doi:10.1016/j.jogoh.2018.12.002 PubMed PMID: 30553051.

112. Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G, FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. févr 2021;152(2):172-81. doi:10.1002/ijgo.13552 PubMed PMID: 33340411; PubMed Central PMCID: PMC7898872.

113. Ellis JA, Brown CM, Barger B, Carlson NS. Influence of Maternal Obesity on Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Midwifery Womens Health*. janv 2019;64(1):55-67. doi:10.1111/jmwh.12935 PubMed PMID: 30648804; PubMed Central PMCID: PMC6758543.

114. Dammer U, Bogner R, Weiss C, Faschingbauer F, Pretscher J, Beckmann MW, *et al*. Influence of body mass index on induction of labor: A historical cohort study. *J Obstet Gynaecol Res*. avr 2018;44(4):697-707. doi:10.1111/jog.13561 PubMed PMID: 29316054.

115. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, *et al*. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2007;8(5):385-94. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00397.x

116. Bjorklund J, Wiberg-Itzel E, Wallstrom T. Is there an increased risk of cesarean section in obese women after induction of labor? A retrospective cohort study. *PLoS One*. 25 févr 2022;17(2):e0263685. doi:10.1371/journal.pone.0263685 PubMed PMID: 35213544; PubMed Central PMCID: PMC8880764.

117. Zheng KF, Jones MN, Mol BW, Rolnik DL. The impact of body mass index on labour management and mode of delivery: A retrospective matched cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. juin 2024;64(3):216-22. doi:10.1111/ajo.13769 PubMed PMID: 37964417.

118. Zhang Y, Lu M, Yi Y, Xia L, Zhang R, Li C, *et al*. Influence of maternal body mass index on pregnancy complications and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol* (Lausanne). 2024;15:1280692. doi:10.3389/fendo.2024.1280692 PubMed PMID: 38894748; PubMed Central PMCID: PMC11183281.

119. Fakhraei R, Denize K, Simon A, Sharif A, Zhu-Pawlowsky J, Dingwall-Harvey ALJ, *et al*. Predictors of Adverse Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Living with Obesity: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 12 févr 2022;19(4):2063. doi:10.3390/ijerph19042063 PubMed PMID: 35206265; PubMed Central PMCID: PMC8872310.

120. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort. Shi Q, éditeur. *PLoS ONE*. 20 févr 2013;8(2):e56583. doi:10.1371/journal.pone.0056583

121. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise-Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210655. doi:10.1371/journal.pone.0210655 PubMed PMID: 30677047; PubMed Central PMCID: PMC6345458.

122. Smith GCS, Cordeaux Y, White IR, Pasupathy D, Missfelder-Lobos H, Pell JP, *et al*. The Effect of Delaying Childbirth on Primary Cesarean Section Rates. Fisk N, éditeur. *PLoS Med*. 1 juill 2008;5(7):e144. doi:10.1371/journal.pmed.0050144

123. Waldenström U, Ekéus C. Risk of obstetric anal sphincter injury increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15 sept 2017;17(1):306. doi:10.1186/s12884-017-1473-7 PubMed PMID: 28915858; PubMed Central PMCID: PMC5602858.

124. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*. févr 2018;131(2):e49-64. doi:10.1097/AOG.0000000000002501 PubMed PMID: 29370047.

125. Overview | Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2015 [cité 15 sept 2025]. Disponible sur : https://www.nice.org.uk/guidance/ng3

126. Melamed N, Ray JG, Geary M, Bedard D, Yang C, Sprague A, *et al*. Induction of labor before 40 weeks is associated with lower rate of cesarean delivery in women with gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol*. mars 2016;214(3):364.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2015.12.021 PubMed PMID: 26928149.

127. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, *et al*. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 8 mai 2008;358(19):1991-2002. doi:10.1056/NEJMoa0707943 PubMed PMID: 18463375.

128. Zhu Y, Zheng Q, Pan Y, Jiang X, Li J, Liu R, *et al*. Association between prepregnancy body mass index or gestational weight gain and adverse pregnancy outcomes among Chinese women with gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 17 févr 2024;14(2):e075226. doi:10.1136/bmjopen-2023-075226 PubMed PMID: 38367974; PubMed Central PMCID: PMC10875528.

129. Rowe R, Knight M, Kurinczuk JJ, on behalf of the UK Midwifery Study System (UKMidSS). Outcomes for women with BMI>35kg/m2 admitted for labour care to alongside midwifery units in the UK: A national prospective cohort study using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). Hackney DN, éditeur. *PLoS ONE*. 4 déc 2018;13(12):e0208041. doi:10.1371/journal.pone.0208041

130. Vink MDH, de Bekker PJGM, Koolman X, van Tulder MW, de Vries R, Mol BWJ, *et al*. Design characteristics of studies on medical practice variation of caesarean section rates: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 20 août 2020;20(1):1-10. doi:10.1186/s12884-020-03169-3

131. Leroy C, Fomenko E, Goemaes R, Van Leeuw V, Racapé J, Alexander S. Effect of Maternity Characteristics on Cesarean Section Rates in Belgium: A Robson Classification Approach. *Birth*. 1 avr 2025. doi:10.1111/birt.12916 PubMed PMID: 40167281.

132. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 oct 2018;Biological Basis and Prevention of Preterm Birth Treatment52:3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003

133. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, *et al*. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. févr 2016;4(2):e98-108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2 PubMed PMID: 26795602.

134. Hug L, You D, Blencowe H, Mishra A, Wang Z, Fix MJ, *et al*. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. *The Lancet*. 28 août 2021;398(10302):772-85. doi:10.1016/S0140-6736(21)01112-0 PubMed PMID: 34454675.

135. Li Y, Townend J, Rowe R, Knight M, Brocklehurst P, Hollowell J. The effect of maternal age and planned place of birth on intrapartum outcomes in healthy women with straightforward pregnancies: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BMJ Open*. 17 janv 2014;4(1):e004026. doi:10.1136/bmjopen-2013-004026 PubMed PMID: 24441052; PubMed Central PMCID: PMC3902355.

136. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal Body Mass Index and the Risk of Fetal Death, Stillbirth, and Infant Death: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 16 avr 2014;311(15):1536-46. doi:10.1001/jama.2014.2269

137. Catalano PM, Shankar K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ*. 8 févr 2017;356:j1. doi:10.1136/bmj.j1 PubMed PMID: 28179267; PubMed Central PMCID: PMC6888512.

138. Black MH, Sacks DA, Xiang AH, Lawrence JM. The Relative Contribution of Prepregnancy Overweight and Obesity, Gestational Weight Gain, and IADPSG-Defined Gestational Diabetes Mellitus to Fetal Overgrowth. *Diabetes Care*. 11 déc 2012;36(1):56-62. doi:10.2337/dc12-0741

139. Magann EF, Doherty DA, Chauhan SP, Klimpel JM, Huff SD, Morrison JC. Pregnancy, obesity, gestational weight gain, and parity as predictors of peripartum complications. *Arch Gynecol Obstet*. oct 2011;284(4):827-36. doi:10.1007/s00404-010-1754-0 PubMed PMID: 21072526.

140. Lin CH, Wen SF, Wu YH, Huang MJ. Using the 100-g oral glucose tolerance test to predict fetal and maternal outcomes in women with gestational diabetes mellitus. *Chang Gung Med J*. 2009;32(3):283-9. PubMed PMID: 19527607.

141. Stillbirths and stillbirth rates. UNICEF DATA [Internet]. [cité 23 juill 2026]. Disponible sur : https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/

142. Comfort H, McHugh TA, Schumacher AE, Harris A, May EA, Paulson KR, et al. Global, regional, and national stillbirths at 20 weeks' gestation or longer in 204 countries and territories, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 16 nov 2024;404(10466):1955-88. doi:10.1016/S0140-6736(24)01925-1

143. Hug L, You D, Blencowe H, Mishra A, Wang Z, Fix MJ, et al. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. *The Lancet*. 28 août 2021;398(10302):772-85. doi:10.1016/S0140-6736(21)01112-0

RÉFÉRENCES DOSSIER SPÉCIAL

RISQUE OBSTÉTRICAL ET NIVEAUX DE SOINS : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET PERSPECTIVES BELGES

1. Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. juin 2015;212(6):809.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2015.03.038 PubMed PMID: 26042957; PubMed Central PMCID: PMC4728153.

2. Joyce NM, Tully E, Kirkham C, Dicker P, Breathnach FM. Perinatal mortality or severe neonatal encephalopathy among normally formed singleton pregnancies according to obstetric risk status:" is low risk the new high risk?" A population-based cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. sept 2018;228:71-5. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.06.010 PubMed PMID: 29909266.

3. Selvi Dogan F, Calmelet P, Cottenet J, Sagot P, Mace G. L'accouchement à bas risque : existe-t-il ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 oct 2013;42(6):557-63. doi:10.1016/j.jgyn.2012.12.007

4. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis. *Acta Med Port*. 29 mars 2019;32(3):219-26. doi:10.20344/amp.11057 PubMed PMID: 30946794.

5. Sokou R, Lianou A, Lampridou M, Panagiotounakou P, Kafalidis G, Paliatsiou S, *et al*. Neonates at Risk: Understanding the Impact of High-Risk Pregnancies on Neonatal Health. *Medicina* (Kaunas). 11 juin 2025;61(6):1077. doi:10.3390/medicina61061077 PubMed PMID: 40572764; PubMed Central PMCID: PMC12194930.

6. Lowe WL, Lowe LP, Kuang A, Catalano PM, Nodzenski M, Talbot O, *et al*. Maternal glucose levels during pregnancy and childhood adiposity in the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome Follow-up Study. *Diabetologia*. avr 2019;62(4):598-610. doi:10.1007/s00125-018-4809-6 PubMed PMID: 30648193; PubMed Central PMCID: PMC6421132.

7. Londero AP, Rossetti E, Pittini C, Cagnacci A, Driul L. Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 23 juill 2019;19(1):261. doi:10.1186/s12884-019-2400-x PubMed PMID: 31337350; PubMed Central PMCID: PMC6651936.

8. Mirzakhani K, Ebadi A, Faridhosseini F, Khadivzadeh T. Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 sept 2020;20(1):526. doi:10.1186/s12884-020-03190-6 PubMed PMID: 32912254; PubMed Central PMCID: PMC7488451.

9. Correa-de-Araujo R, Yoon SSS. Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age. *J Womens Health* (Larchmt). févr 2021;30(2):160-7. doi:10.1089/jwh.2020.8860 PubMed PMID: 33185505; PubMed Central PMCID: PMC8020515.

10. Antunes MB, Rossi RM, Pelloso SM. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03526. doi:10.1590/s1980-220x2018042603526 PubMed PMID: 32667388.

11. Raineau M, Deneux-Tharaux C, Seco A, Bonnet MP, EPIMOMS Study Group. Antepartum severe maternal morbidity: A population-based study of risk factors and delivery outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. mars 2022;36(2):171-80. doi:10.1111/ppe.12847 PubMed PMID: 34964499; PubMed Central PMCID: PMC9255856.

12. Levels of Maternal Care: Obstetric Care Consensus No, 9. *Obstet Gynecol*. août 2019;134(2):e41-55. doi:10.1097/AOG.0000000000003383 PubMed PMID: 31348224.

13. Levaillant M, Garabédian C, Legendre G, Soula J, Hamel JF, Vallet B, *et al*. In France, the organization of perinatal care has a direct influence on the outcome of the mother and the newborn: Contribution from a French nationwide study. *Int J Gynaecol Obstet*. janv 2024;164(1):210-8. doi:10.1002/ijgo.15004 PubMed PMID: 37485702.

14. Huitfeldt AS, Voldner N, Blix E. Outcomes of care at 'Føderiket Midwifery Unit' 2007–2011, a freestanding midwifery-led unit in Oslo, Norway: A prospective cohort study. *Nordic Journal of Nursing Research*. 1 mars 2016;36(1):38-43. doi:10.1177/0107408315602641

15. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [Internet]. Europeristat; 2013. p. 252. Disponible sur : https://www.europeristat.com/wp-content/uploads/2012/06/Peristat-2013-V2.pdf

16. Bernitz S, Rolland R, Blix E, Jacobsen M, Sjøborg K, Øian P. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG*. oct 2011;118(11):1357-64. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03043.x PubMed PMID: 21749629; PubMed Central PMCID: PMC3187863.

17. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth*. sept 2012;39(3):183-91. doi:10.1111/j.1523-536X.2012.00547.x PubMed PMID: 23281900.

18. Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, *et al*. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth*. juin 2011;38(2):111-9. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x PubMed PMID: 21599733.

19. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Séjours de naissance à l'hôpital [Internet]. Bruxelles : SPF Santé publique; 2026 [cité 17 sept 2026]. Disponible sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2026-02/19022026_rapport_mere-enfant_fr.pdf

20. Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Anderson, J., Dixon, L., & Herbison, P. Risk of Severe Postpartum Hemorrhage in Low-Risk Childbearing Women in New Zealand: Exploring the Effect of Place of Birth and Comparing Third Stage Management of Labor - Davis - 2012 - Birth - Wiley Online Library [Internet]. [cité 17 sept 2026]. Disponible sur : https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2012.00531.x?msockid=25d2b68b812f63090bfda1cf80046230

21. Van Leeuw V, Leroy C, Englert Y, Zhang WH. Effect of maternal origin on the association between maternal height and risk of preterm birth in Belgium: a retrospective observational cohort study. *BMJ Open*. avr 2018;8(4):e020449. doi:10.1136/bmjopen-2017-020449

22. Gyselaers W, Genk ZOL, Jonckheer P. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy? 2015.

23. Australian Living Evidence Collaboration. Australian pregnancy care guidelines (Version 6.1). [Internet]. Australian Living Evidence Collaboration; 2025. Disponible sur : https://files.magicapp.org/guideline/4c774d92-784a-4bc6-9cfd-1548ee1f1419/published_guideline_10270-7_0.pdf#:~:text=Australian%20pregnancy%20care%20guidelines.%202025%20%5Bversion%206.1%5D.%20Available,Australian%20Government%20Department%20of%20Health%20and%20Aged%20Care

24. Australian College of Midwives; National midwifery guidelines for consultation and referral. 5th ed. Australian College of Midwives; 2026.

25. National Institute for Health and Care Excellence. *Antenatal care* (NICE guideline NG201). 2025.

26. Haute autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Haute autorité de santé; 2016.

27. Department of Health. Stratification of clinical risk in pregnancy [NCEC National Clinical Guideline] [Internet]. Department of health; 2020. NCEC National Clinical Guideline no: 23. Disponible sur : https://www.gov.ie/en/collection/c9fa9a-national-clinical-guidelines/

28. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. What are some factors that make a pregnancy high risk? [Internet]. National Institute of health; oct 2018. Disponible sur : https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/factors

29. Wong C, Crawford K, Hong J, Rosser S, Flenady V, Leisher S, *et al*. Maternal risk stratification and planned birth improve pregnancy outcomes at term: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. févr 2026;234(2):507-22. doi:10.1016/j.ajog.2025.10.005 PubMed PMID: 41106577.

30. Schott S, van der Avoort I, Descamps P, Richmond D, Adams T, Oei G, *et al*. Four countries, four ways of discussing low-risk pregnancy and normal delivery: in France, Germany, The Netherlands, and the United Kingdom. *Arch Gynecol Obstet*. févr 2014;289(2):451-6. doi:10.1007/s00404-013-3083-6 PubMed PMID: 24253339.

31. Shrestha, J., Gurung, S. D., Subedi, A., & Pandey, C. (PDF) Identifying High Risk Pregnancy and Its Effectiveness in determining Maternal and Perinatal Outcome. *Birat Journal of Health Sciences*, 6(2), 1565–1572. 2021. doi:10.3126/bjhs.v6i2.40360

32. Brown J, Yu S, De Abreu Lourenco R, Zen M. Does Antenatal Risk Stratification Match Initial and Eventual Model of Care Allocation? A 5-Year Multi-Centre Review of Risk Factors and Outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. févr 2026;66(1):e70058. doi:10.1111/ajo.70058 PubMed PMID: 40734313; PubMed Central PMCID: PMC12873502.

33. Cooper JE, Kruk M, Kapaon D, Opondo K, Nzinga J, Kosgei RJ, *et al*. Risk stratification during antenatal care failed to identify most mothers who experienced adverse pregnancy outcomes: A prospective study from Kakamega County, Kenya. *Trop Med Int Health*. juin 2025;30(6):531-8. doi:10.1111/tmi.14110 PubMed PMID: 40189896; PubMed Central PMCID: PMC12136940.

34. Chantry AA, Peretout P, Chiesa-Dubruille C, Crenn-Hébert C, Vendittelli F, Le Ray C, *et al*. Peripartum severe acute maternal morbidity in low-risk women: A population-based study. *Midwifery*. avr 2023;119:103602. doi:10.1016/j.midw.2023.103602 PubMed PMID: 36738542.

35. Holmgren CM, Esplin MS, Jackson M, Porter TF, Henry E, Horne BD, *et al*. A risk stratification model to predict adverse neonatal outcome in labor. *J Perinatol*. déc 2013;33(12):914-8. doi:10.1038/jp.2013.64 PubMed PMID: 24157496.

36. Le Ray C, Carayol M, Zeitlin J, Bréart G, Goffinet F, PREMODA Study Group. Level of perinatal care of the maternity unit and rate of cesarean in low-risk nulliparas. *Obstet Gynecol*. juin 2006;107(6):1269-77. doi:10.1097/01.AOG.0000218098.70942.a2 PubMed PMID: 16738151.

37. Dun C, Zhang S, Wei S, Aziz KB, Kharrazi H. Evaluating rates and factors associated with cesarean section and inpatient cost among low-risk deliveries in selected U.S. states. *BMC Pregnancy Childbirth*. 7 oct 2025;25(1):1036. doi:10.1186/s12884-025-08148-0 PubMed PMID: 41057783; PubMed Central PMCID: PMC12502602.

38. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention and associated perinatal mortality and morbidity among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW (2000-2008): a linked data population-based cohort study. *BMJ Open*. 21 mai 2014;4(5):e004551. doi:10.1136/bmjopen-2013-004551 PubMed PMID: 24848087; PubMed Central PMCID: PMC4039844.

39. Le Ray C, Zeitlin J, Jarreau PH, Bréart G, Goffinet F, PREMODA study group. The influence of level of care on admission to neonatal care for babies of low-risk nullipara. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. mai 2009;144(1):21-6. doi:10.1016/j.ejogrb.2009.01.006 PubMed PMID: 19251350.

40. Kozhimannil KB, Leonard SA, Handley SC, Passarella M, Main EK, Lorch SA, *et al.* Obstetric Volume and Severe Maternal Morbidity Among Low-Risk and Higher-Risk Patients Giving Birth at Rural and Urban US Hospitals. *JAMA* Health Forum. 2 juin 2023;4(6):e232110. doi:10.1001/*JAMA*healthforum.2023.2110 PubMed PMID: 37354537; PubMed Central PMCID: PMC10290751.

41. Kozhimannil KB, Casey MM, Hung P, Prasad S, Moscovice IS. Location of childbirth for rural women: implications for maternal levels of care. *Am J Obstet Gynecol.* mai 2016;214(5):661.e1-661.e10. doi:10.1016/j.ajog.2015.11.030 PubMed PMID: 26645955; PubMed Central PMCID: PMC4851567.

42. Walther F, Kuester D, Bieber A, Malzahn J, Rüdiger M, Schmitt J. Are birth outcomes in low risk birth cohorts related to hospital birth volumes? A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 juill 2021;21(1):531. doi:10.1186/s12884-021-03988-y PubMed PMID: 34315416; PubMed Central PMCID: PMC8314545.

43. Bai J, Wong FWS, Bauman A, Mohsin M. Parity and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* févr 2002;186(2):274-8. doi:10.1067/mob.2002.119639 PubMed PMID: 11854649.

44. Lisonkova S, Janssen PA, Sheps SB, Lee SK, Dahlgren L. The effect of maternal age on adverse birth outcomes: does parity matter? *J Obstet Gynaecol Can.* juin 2010;32(6):541-8. doi:10.1016/S1701-2163(16)34522-4 PubMed PMID: 20569534.

45. Dai J, Shi Y, Wu Y, Guo L, Lu D, Chen Y, *et al.* The interaction between age and parity on adverse pregnancy and neonatal outcomes. *Front Med* (Lausanne). 2023;10:1056064. doi:10.3389/fmed.2023.1056064 PubMed PMID: 36910494; PubMed Central PMCID: PMC9995429.

46. Benahmed N, Lefevre M, Christiaens W, Devos C, stordeur sabine. TOWARDS INTEGRATED ANTENATAL CARE FOR LOW-RISK PREGNANCY. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. Rapport no: 326.

47. Programme périnatal : Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1000 jours | INAMI [Internet]. [cité 22 sept 2026]. Disponible sur : https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/info-pour-tous/plan-interfederal-soins-integres/programme-de-soins-integres-soins-et-accompagnement-des-femmes-enceintes-des-enfants-et-de-la-famille-qui-les-entoure-lors-des-premiers-1000-jours

Annexes

RAPPORT Santé périnatale en Région bruxelloise - 2025 **5**

DOSSIER SPÉCIAL Risque obstétrical et niveaux de soins : revue de la littérature et perspectives belges **81**

RÉFÉRENCES **93**

ANNEXES **107**

1. VARIABLES eBIRTH

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

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

Previous childbirths			
Previous Childbirth	Question to know if the mother has already given birth to a baby (born-alive or stillborn).	1	Yes
		2	No
Babies Born Alive	Total number of born-alive baby(s) from all previous pregnancies		
Birth Date Last Born Alive	Date of birth of the last baby born alive?		
Previous Stillborn Delivery	Has the mother given birth to a stillborn baby (500 g and/or 22 weeks) since the delivery of this last born alive baby.	1	Yes
		2	No
Previous Caesarian Section	Did a previous delivery happened by a caesarian section?	1	Yes
		2	No

Current pregnancy			
Parity	Parity This delivery included - all alive or still born babies Definition to be used to consider a delivery of a stillborn baby : 1) > 500 gr 2) > 22 weeks 3) > 25 cm Multiple pregnancies do not impact the parity		
Pregnancy Origin	The origin of this pregnancy.	1	Spontaneous
		2	Hormonal
		3	IVF
		4	ICSI
		9	Not asked
Hypertension	To know if hypertension (≥ 140 / ≥ 90 mm Hg) was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
Diabetes	To know if diabetes was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
VIH	To know if VIH was diagnosed or tested	1	Positive
		2	Negative
		3	Not tested
		9	Unknown

Delivery			
Pregnancy Duration	The lenght of the pregnancy in full weeks		
Duration Confidence	The confidence with the provided pregnancy duration.	1	Sure
		2	Estimation
Position At Birth	The position of the child at time of birth	1	Head-down position
		2	Other head presentation
		3	Breech presentation
		4	Transverse (oblique) presentation
		9	Unknown
Induction Delivery	To determine whether the delivery process was started in an artificial way (use of medicines or by breaking the membranes).	1	Yes
		2	No
Epidural Analgesia Rachi	To determine if Epidural analgesia and/or Rachi was observed.	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring CTG	Monitoring (control) foetal - CTG	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring STAN-Monitor	Monitoring (control) foetal - STAN-Monitor	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring MBO	Monitoring (control) foetal - MBO (micro blood examination)	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring Intermittent Auscultation	Monitoring (control) foetal - Intermittent auscultation	1	Yes
		2	No
Colonization Streptococcus B	To determine if Colonization Streptococcus of B group was observed.	1	Positive
		2	Negative
		3	Not tested
Intrapartal Operation SBG Prophylaxis	To determine if Intrapartal operation of SBG prophylaxis (peni, ampi) was the case or not observed or not.	1	Yes
		2	No
Delivery Way	To determine how the delivery happened.	1	Spontaneous (head)
		2	Vacuum extraction
		3	Forceps
		4	Primary caesarian
		5	Secondary caesarian
		6	Vaginal breech
Episiotomy	To determine if it was the case or not	1	Yes
		2	No

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

State at birth			
Weight At Birth	The weight of the baby at birth in grams		
Apgar 1	Apgar score after 1 minute		
Apgar 5	Apgar score after 5 minutes		
Artificial Respiration	Has artificial respiration has been given to the newborn baby?	1	Yes
		2	No
Artificial Respiration Type	The kind of artificial respiration given to the newborn baby	1	Artificial respiration with balloon and mask
		2	Artificial respiration with intubation
Transfer Neonatal	Inform if the baby has been transferred to a neonatal department within 12 hours following the birth.	1	Yes
		2	No
Transfer Neonatal Type	Here the type of neonatal department has to be chosen	1	N*-department
		2	NIC-department
Congenital Malformation	Identify if the baby suffers of congenital malformation (detected at birth)	1	Yes
		2	No
Anencephalia	Congenital Malformation - Anencephalia	1	Yes
		2	No
Spina bifida	Congenital Malformation - Spina bifida	1	Yes
		2	No
Hydrocephalia	Congenital Malformation - Hydrocephalia	1	Yes
		2	No
Split Lip Palate	Congenital Malformation - split lip/palate	1	Yes
		2	No
Anal Atresia	Congenital Malformation - anal atresia	1	Yes
		2	No
Members Reduction	Congenital Malformation - members reduction	1	Yes
		2	No
Diaphragmatic Hernia	Congenital Malformation - diaphragmatic hernia	1	Yes
		2	No
Omphalocele	Congenital Malformation - omphalocele	1	Yes
		2	No
Gastroschisis	Congenital Malformation - gastroschisis	1	Yes
		2	No
Transpositie Grote Vaten	Congenital Malformation - transpositie grote vaten	1	Yes
		2	No
Afwijking Long	Congenital Malformation - afwijking long (CALM)	1	Yes
		2	No
Atresie Dundarm	Congenital Malformation - atresie dundarm	1	Yes
		2	No
Nier Agenese	Congenital Malformation - nier agenese	1	Yes
		2	No

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

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

eBirth - Socio-economic form

Data Element	Description	Possible values
TRACKING & STATUS INFORMATION		
Version		
Identification number	Identification number of the socio-economic form (link to the medical form). The contents of this field is anonymized to comply with specific privacy regulations.	
Submission timestamp	Date and time of submission of the socio-economic form	
Status		SUBMITTED CANCELLED
Origin	Is this birth file initially created by a hospital / medical practitioner or by a city?	1 Hospital or medical practitioner 2 City
BIRTH NOTIFICATION (INFORMATION VALIDATED BY BURGERLIJKE STAND / ÉTAT CIVIL)		
City of Birth		
City of Birth - NIS code	NIS code of the city of birth	List if NIS code for Belgian cities available in annex.
City of Birth - District code	District code of the city of birth (only applicable for Antwerpen, Tournai).	List of district codes for Antwerpen and Tournai available in annex.

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

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

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

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

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

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

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

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

2. LISTE DES PAYS PAR CATÉGORIE

Belgique
Europe EEE
Allemagne
Autriche
Bulgarie
Chypre
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Finlande
France
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Italie
Lettonie
Liechtenstein
Lituanie
Luxembourg
Malte
Norvège
Pays-Bas
Pologne
Portugal
Roumanie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Tchèque, République
Europe non EEE
Albanie
Andorre
Bélarus
Bosnie-Herzégovine
Gibraltar
Kosovo
Macédoine du Nord
Macédoine, Ex-République
Moldova, République de
Monaco
Monténégro
Royaume-Uni
Russie, Fédération de
Saint-Marin
Serbie
Serbie-Monténégro
Suisse
Turquie
Ukraine
Union Soviétique (Ex)
Yougoslavie
Afrique du Nord
Algérie
Egypte
Libyenne, Jamahiriya Arabe
Maroc
Sahara Occidental
Tunisie
Afrique subsaharienne
Afrique du Sud
Angola
Bénin
Botswana
Burkina Faso
Burundi
Cameroun
Cap-Vert, République du
Centrafricaine, République
Comores
Congo, République Démocratique du
Congo, République du
Côte d'Ivoire
Djibouti
Erythrée
Ethiopie
Gabon
Gambie
Ghana
Guinée
Guinée Equatoriale
Guinée-Bissau
Kenya
Lesotho
Libéria
Madagascar
Malawi
Mali
Maurice
Mauritanie
Mozambique
Namibie
Niger
Nigéria
Ouganda
Rwanda
Sao Tomé-et-Principe
Sénégal
Seychelles
Sierra Leone
Somalie
Soudan
Swaziland
Tanzanie, République-Unie de
Tchad
Togo
Zambie
Zimbabwe
Autres
Afghanistan
Arabie Saoudite
Argentine
Arménie
Australie
Autorité palestinienne
Azerbaïdjan
Bahamas
Bahreïn
Bangladesh
Barbade
Bhoutan
Bolivie
Brésil
Brunéi Darussalam
Cambodge
Canada
Chili
Chine
Colombie
Corée
Costa Rica
Cuba
Dominicaine, République
El Salvador
Emirats Arabes Unis
Equateur
Etats-Unis
Géorgie
Guatemala
Guyana
Haïti
Honduras
Inde
Indonésie
Iran, République Islamique d'
Iraq
Israël
*JAMA*ïque
Japon
Jordanie
Kazakhstan
Kirghizistan
Laos
Liban
Malaisie
Mexique
Mongolie
Népal
Nicaragua
Oman
Ouzbékistan
Pakistan
Panama
Paraguay
Pérou
Philippines
Singapour
Sri Lanka
Suriname
Syrienne, République Arabe
Tadjikistan
Taïwan
Thaïlande
Uruguay
Venezuela
Viet Nam
Yémen
Apatride
Réfugié

ANNEXES DOSSIER SPÉCIAL
RISQUE OBSTÉTRICAL ET NIVEAUX DE SOINS : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET PERSPECTIVES BELGES

1. COMPARAISON SUIVI PRÉNATAL

Pays	Principe de classification du risque	Items d'évaluation mentionnés	Prise en charge si bas risque
France	Deux niveaux principaux sont décrits : niveau A pour les femmes à bas risque et niveau B pour les grossesses à haut risque. Le niveau A peut-être subdivisé en A1, lorsqu'un avis obstétrical supplémentaire est recommandé, et A2, lorsqu'un avis obstétrical supplémentaire est indispensable.	Antécédents gynécologiques, obstétricaux et médicaux généraux, diabète gestationnel, hypertension gravidique, antécédents toxiques ou abus, infections telles que syphilis, herpès, rubéole, toxoplasmose et VIH.	Suivi possible par sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien. Les accouchements normaux en hôpital public sont généralement conduits par les sage-femmes, avec appel de l'obstétricien en cas de problème.
Allemagne	Le risque est évalué dès la première consultation de grossesse par le gynécologue référent, à l'aide du carnet de maternité, qui documente le suivi standard et les facteurs de risque maternels et fœtaux.	Facteur Rhésus, antécédents familiaux, antécédents médicaux, antécédents gynécologiques, localisation placentaire, insuffisance cervicale, anémie, hypertension, présentation fœtale anormale, dépistage infectieux, diabète gestationnel, pression artérielle, bandelette urinaire et CTG.	Suivi prénatal principalement en cabinet de gynécologie, avec consultations mensuelles puis plus rapprochées en fin de grossesse. Le lieu d'accouchement est déterminé selon les facteurs de risque identifiés.
Pays-Bas	Toutes les femmes sont considérées comme à bas risque par défaut, sauf si des éléments préoccupants sont identifiés. La sélection du risque repose sur la Verloskundige Indicatie Lijst.	Indications obstétricales justifiant un transfert vers les soins hospitaliers, notamment antécédent de césarienne, complications ou risque accru nécessitant une surveillance obstétricale. L'évaluation distingue les soins primaires, secondaires et tertiaires.	Suivi par sage-femme de première ligne. La femme à bas risque peut choisir un accouchement à domicile ou à l'hôpital avec sa propre sage-femme. En cas de complication, la sage-femme consulte ou adresse à un obstétricien.
Royaume-Uni	Les médecins généralistes adressent les femmes enceintes aux sage-femmes pour une évaluation initiale du risque. Les femmes sont ensuite classées en bas risque ou haut risque.	Antécédents obstétricaux, risques médicaux, sociaux, physiques et infectieux, statut Rhésus, groupe sanguin, hémoglobinopathies, échographie de datation et dépistage des anomalies fœtales.	Les grossesses non compliquées relèvent d'un suivi partagé par sage-femmes et médecins généralistes, sans implication systématique des obstétriciens. La femme peut choisir entre accouchement à domicile, unité dirigée par des sage-femmes ou unité obstétricale.

Référence : Schott, S., van der Avoort, I., Descamps, P., Richmond, D., Adams, T., Oei, G., Hédon, B., & Friese, K. (2014). Four countries, four ways of discussing low-risk pregnancy and normal delivery: In France, Germany, The Netherlands, and the United Kingdom. Archives of Gynecology and Obstetrics, 289, 451–456. https://doi.org/10.1007/s00404-013-3083-

2. CLASSIFICATION SYNTHÉTIQUE DES FACTEURS ASSOCIÉS À UNE GROSSESSE À RISQUE SELON LE NIVEAU D'ORIENTATION CLINIQUE

Catégorie de risque et orientation clinique	Domaine clinique concerné	Facteurs ou situations cliniques associés
Risque élevé – soins spécialisés ou référence médicale	Pathologies maternelles préexistantes ou diagnostiquées pendant la grossesse	Hypertension artérielle chronique ou gravidique, pré-éclampsie sévère, syndrome HELLP, maladie cardiaque ou antécédent de chirurgie cardiaque, diabète préexistant ou nécessitant un traitement par insuline, maladie rénale, maladies auto-immunes dont syndrome des antiphospholipides, maladie hépatique ou hépatites B/C, maladie respiratoire sévère, troubles hématologiques sévères, maladie thromboembolique, maladie maligne, troubles neurologiques complexes et pathologies endocriniennes nécessitant une prise en charge spécialisée (1; 2; 3; 4; 5; 6).
	Infections maternelles ou fœto-maternelles	Infection par le VIH, hépatite B ou C, syphilis, rubéole non immune, chlamydia, gonorrhée, trichomonase, vaginose bactérienne, bactériurie asymptomatique ou portage du streptocoque du groupe B lorsque la situation nécessite un avis, un traitement ou une surveillance spécialisée (2; 4; 5; 6).
	Antécédents obstétricaux ou périnataux majeurs	Mortinaissance, décès néonatal, morbidité périnatale sévère antérieure, iso-immunisation Rhésus ou anticorps significatifs, pré-éclampsie sévère ou syndrome HELLP antérieur, hémorragie anténatale ou post-partum répétée, diabète gestationnel antérieur nécessitant une surveillance renforcée, fausses couches récurrentes, perte du deuxième trimestre, accouchement prématuré antérieur, menace d'accouchement prématuré, col court ou béance cervicale (1; 2; 3; 5; 6).
	Grossesse actuelle et complications fœtales ou placentaires	Grossesse multiple actuelle, restriction de croissance fœtale, macrosomie suspectée avec facteurs associés, oligoamnios ou hydramnios, anomalie fœtale, diminution des mouvements fœtaux, mort fœtale in utero, anomalies du placenta ou du cordon, placenta praevia, accreta, décollement placentaire, vasa praevia, rupture prématurée des membranes ou grossesse post-terme nécessitant une surveillance spécialisée (2; 3; 4; 5; 6).
Risque moyen à élevé – évaluation spécialisée selon le contexte	Antécédents obstétricaux, gynécologiques ou chirurgicaux	Césarienne antérieure, césarienne corporéale, myomectomie avec ouverture de la cavité utérine, chirurgie utérine ou gynécologique, pathologie utérine, malformation utérovaginale, fibrome praevia, volumineux, symptomatique ou endocavitaire, biopsie conique, LLETZ, conisation cervicale, cerclage, dilatation-curetage, évacuation utérine ou antécédent d'avortement lorsque ces éléments peuvent modifier le suivi ou le mode d'accouchement (1; 2; 3; 6).
	Caractéristiques maternelles	Âge maternel très jeune ou avancé, grande multiparité, IMC inférieur à 18 kg/m², surpoids, obésité ou obésité sévère selon les seuils utilisés, prise de poids gestationnelle excessive ou insuffisante, syndrome des ovaires polykystiques associé à un IMC élevé, une hyperglycémie précoce ou un antécédent de diabète gestationnel (1; 2; 3; 4; 5; 6).
	Mode de vie, expositions et traitements	Tabagisme actif ou passif, consommation d'alcool, consommation excessive ponctuelle, cannabis, cocaïne, amphétamines, opioïdes, usage de drogues illicites, trouble lié à l'usage de substances, exposition professionnelle à des toxiques ou tératogènes, plomb, monoxyde de carbone, radiations ionisantes, risques physiques professionnels, travail posté, longues heures de travail ou recours à des médicaments nécessitant une évaluation bénéfice-risque (1; 2; 3; 4; 5; 6).
Catégorie de risque et orientation clinique	Domaine clinique concerné	Facteurs ou situations cliniques associés

Risque moyen – soins assistés, avis spécialisé ou surveillance renforcée	Antécédents néonataux ou morphologiques	Antécédent de nouveau-né petit pour l'âge gestationnel ou de poids de naissance inférieur à 2,5 kg, antécédent de nouveau-né supérieur à 4,5 kg, macrosomie, dystocie des épaules avec complications associées, maladie congénitale ou héréditaire d'un enfant précédent ou antécédent familial de maladie génétique nécessitant un conseil ou une évaluation spécialisée (2; 3; 6).
	Antécédents gynécologiques et situations nécessitant une adaptation du suivi	Mutilation génitale féminine, exposition au distilbène, anomalies pelviennes ou vaginales, anomalies mammaires nécessitant investigation, ou toute situation gynécologique susceptible d'influencer le suivi de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement (2; 3; 6).
	Dépistages, événements intercurrents et incertitudes cliniques	Résultats de dépistage anormaux ou à risque modéré/élevé, chirurgie pendant la grossesse, interruption médicale ou antécédents d'interruption pour cause génétique, maladie trophoblastique, âge gestationnel incertain après 20 semaines, pertes sanguines vaginales, problèmes de santé évolutifs, infections ou complications nécessitant une réévaluation du niveau de risque (3; 4; 5; 6).
Surveillance renforcée ou orientation médico-sociale	Facteurs psychosociaux, sociaux et environnementaux	Faible statut socio-économique, absence de soutien social, vulnérabilité psychosociale, soins prénataux tardifs ou insuffisants, dépression ou anxiété anténatale, trouble mental sévère, antécédent de dépression du post-partum ou de psychose puerpérale, événements stressants, grossesse adolescente, situation de migration ou de refuge, résidence en communauté isolée, violence domestique actuelle ou passée, violence entre partenaires intimes, traumatisme, agression, accident de la route, fracture pelvienne ou traumatisme abdominal (1; 2; 3; 5; 6).

Note. 1 = Wong, C., Crawford, K., Hong, J., Rosser, S., Flenady, V., Leisher, S., Silver, R., & Kumar, S. (2026). Maternal risk stratification and planned birth improve pregnancy outcomes at term: A population-based cohort study. American Journal of *Obstetrics & Gynecology.* 2 = Department of Health. (2020). Stratification of clinical risk in pregnancy (National Clinical Guideline No. 23). Government of Ireland. https://www.gov.ie/en/department-of-health/collections/stratification-of-clinical-risk-in-pregnancy/ 3 = Gyselaers, W., Jonckheer, P., Ahmadzai, N., Ansari, M. T., Carville, S., Dworzynski, K., Gaudet, L., Glen, J., Jones, K., Miller, P., Tetzlaff, J. M., Alexander, S., Allegaert, K., Beeckman, K., Ceysens, G., Christiane, Y., De Ronne, N., De Thysebaert, B., Dekker, N., Denys, A., Eeckeleers, P., Hernandez, A., Mathieu, E., Seuntjens, L., Verleye, L., & Stordeur, S. (2015). Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? Good Clinical Practice. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 248B. DOI: 10.57598/R248BS. 4 = Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. (2018, October 31). What are some factors that make a pregnancy high risk? National Institutes of Health. https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/factors 5 = Australian Government Department of Health and Aged Care. (2024). Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. Australian Government. https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines 6 = Haute Autorité de Santé. (2007). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine.

3. SYNTHÈSE DES ÉTUDES SUR LA STRATIFICATION DU RISQUE ET LES ISSUES PÉRINATALES

Étude	Type d'étude	Population	Résultats principaux
Shrestha *et al.* **(2021)**	Étude de cohorte prospective	700 femmes au Népal.	Augmentation progressive des césariennes (51,0 %, 77,9 %, 89,9 %), des complications maternelles (3,6 %, 7,9 %, 10,1 %) et des admissions néonatales (4,5 %, 9,2 %, 34,8 %) avec le niveau de risque.
Wong *et al.* **(2026)**	Étude de cohorte populationnelle rétrospective	1 167 372 grossesses singleton à terme en Australie.	Gradient de risque : par rapport au faible risque, les femmes à risque intermédiaire et haut risque présentaient des odds plus élevées d'issue maternelle sévère, de mortalité périnatale, de morbidité neurologique néonatale et de séparation mère-enfant.
Brown *et al.* **(2025)**	Étude de cohorte rétrospective	48 270 épisodes de grossesse à Western Sydney.	La catégorie C augmente de 45,3 % à 77,3 % entre l'inscription et l'admission. À l'admission, elle concentre davantage de prématurité, de petits poids de naissance, d'Apgar bas, d'admissions néonatales, de décès néonatals et de mortinaissances.
Cooper *et al.* **(2025)**	Étude prospective	Étude prospective au Kenya.	37,9 % des grossesses étaient à haut risque, mais une part importante des complications survenait chez les femmes à bas risque, dont 54,2 % des mortinaissances et 54,9 % des décès néonatals.
Danilack *et al.* **(2015)**	Étude rétrospective populationnelle	10 458 616 naissances aux États-Unis.	29 % des grossesses à bas risque présentaient au moins une complication inattendue, contre 57 % des grossesses à haut risque.
Chantry *et al.* **(2023)**	Étude cas-témoins nichée dans une cohorte	Étude cas-témoins nichée dans une cohorte française de 182 309 naissances.	Prévalence de 0,75 %, principalement liée à l'hémorragie obstétricale sévère ; risque augmenté avec antécédent d'HPP, antécédent de césarienne, primiparité, anémie, naissance en Afrique subsaharienne et âge >35 ans.
Davis *et al.* **(2012)**	Étude de cohorte rétrospective	16 210 femmes à bas risque en Nouvelle-Zélande.	1,32 % présentaient une HPP sévère >1 000 mL ; le lieu de naissance planifié n'était pas associé à ce risque.
Joyce *et al.* **(2018)**	Étude de cohorte rétrospective	41 044 grossesses singleton en Irlande.	Mortalité périnatale plus élevée en haut risque (6,1/1 000 vs 3,8/1 000), mais encéphalopathie sévère plus fréquente dans le groupe bas risque (1,8/1 000 vs 0,65/1 000).
Holmgren *et al.* **(2013)**	Étude de cohorte rétrospective	51 244 accouchements singleton à terme.	Le groupe à haut risque initial représentait 27,7 % de la cohorte et concentrait 59,8 % des issues néonatales défavorables ; l'ajout des données intrapartum améliorait l'identification d'un sous-groupe à très haut risque.

4. SYNTHÈSE DES ÉTUDES SUR LE NIVEAU DE SOINS, LE LIEU D'ACCOUCHEMENT ET LES ISSUES PÉRINATALES

Étude	Type d'étude	Population	Résultats principaux
Dahlen *et al.* **(2014)**	Étude de cohorte rétrospective	Femmes à bas risque en Australie.	Chez les primipares, moins d'accouchements vaginaux normaux en privé (44,9 % vs 64,8 %) et davantage de césariennes, péridurales, accouchements instrumentaux et épisiotomies ; pas de différence significative de mortalité périnatale.
Le Ray *et al.* **(2006)**	Étude observationnelle rétrospective	Primipares à bas risque en France.	Taux de césarienne plus élevé en niveau 2b (13,2 %) et niveau 3 (12,3 %) qu'en niveau 1 (9,7 %) ; risque ajusté plus élevé en niveau 2b.
Coulm *et al.* **(2012)**	Étude populationnelle rétrospective	Femmes à bas risque en France.	Le statut privé est associé à davantage de déclenchements, césariennes, accouchements instrumentaux, épisiotomies et au moins une intervention obstétricale.
Davis *et al.* **(2011)**	Étude de cohorte prospective	Femmes à bas risque en Nouvelle-Zélande.	Les hôpitaux secondaires ou tertiaires sont associés à davantage de ventouses, forceps, césariennes en urgence et admissions en soins intensifs néonatals.
Le Ray *et al.* **(2009)**	Étude de cohorte rétrospective	Nouveau-nés de primipares à bas risque en France.	Admissions plus fréquentes en niveau 2 qu'en niveau 1, mais morbidité sévère plus fréquente parmi les nouveau-nés admis après naissance en niveau 1.
Dun *et al.* **(2025)**	Étude transversale rétrospective	245 383 accouchements hospitaliers à bas risque aux États-Unis.	Taux de césarienne de 8,1 %. Les odds étaient plus élevées selon certains facteurs individuels, assurantiels et hospitaliers, et plus faibles dans les zones de revenu élevé et les hôpitaux à but non lucratif.
Kozhimannil *et al.* **(2016)**	Étude rétrospective populationnelle	508 146 accouchements à bas risque aux États-Unis.	Risque plus élevé d'HPP dans les hôpitaux ruraux de faible volume : 50–200 naissances/an vs ≥401 naissances/an (aOR 1,80 ; IC 95 % 1,56–2,08) et 201–400 naissances/an vs ≥401 (aOR 1,27 ; IC 95 % 1,12–1,44).
Kozhimannil *et al.* **(2023)**	Étude de cohorte rétrospective	Naissances rurales et urbaines aux États-Unis.	En milieu rural, les hôpitaux de faible volume étaient associés à une morbidité maternelle sévère plus élevée ; chez les femmes à bas risque, le risque était plus que doublé dans les unités de 10–110 naissances/an (ARR 2,32 ; IC 95 % 1,32–4,07).
Walther *et al.* **(2021)**	Revue systématique	Revue systématique internationale.	Plusieurs études rapportent une mortalité plus élevée dans les hôpitaux à faible volume, mais les résultats restent hétérogènes.
Levaillant *et al.* **(2024)**	Étude observationnelle rétrospective	733 052 accouchements en France.	Issues néonatales défavorables chez 10,4 % des naissances. Les niveaux 2b (OR 1,069) et 3 (OR 1,698) étaient associés à davantage d'issues défavorables que le niveau 1 ; les volumes plus élevés étaient associés à un risque plus faible et un temps de trajet >30 minutes à un risque plus élevé.

www.cepip.be