



Santé périnatale en Région bruxelloise

Année 2017





Santé périnatale en Région bruxelloise

Année 2017

Auteurs

Virginie Van Leeuw, Caroline Daelemans,
Christian Debauche, Charlotte Leroy

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES



OBSERVATORIUM VOOR
GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL



AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

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

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

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

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

COLOPHON

Auteurs

Virginie Van Leeuw
Caroline Daelemans
Christian Debauche
Charlotte Leroy

Avec nos remerciements tout particuliers

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

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document

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

Lay-out

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

Pour plus d'informations

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

TABLE DES MATIÈRES

ORGANIGRAMME	8
INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES PÉRINATALES EN RÉGION BRUXELLOISE	11
1 ABSTRACT	12
2 MÉTHODOLOGIE	13
2.1 DESCRIPTION DU FLUX DES DONNÉES	13
2.2 DONNÉES	13
2.3 TRAITEMENT DE DONNÉES	14
2.4 ANALYSES	15
3 DÉFINITIONS	17
4 TABLEAUX SYNOPTIQUES	18
5 ACCOUCHEMENTS EN RÉGION BRUXELLOISE	20
5.1 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES	20
5.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT	21
5.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE	22
5.3.1 Âge maternel	22
5.3.2 Nationalités de la mère	24
5.3.3 Lieu de résidence de la mère	24
5.3.4 Niveau d'instruction de la mère	25
5.3.5 État d'union de la mère	25
5.3.6 Situation professionnelle de la mère	26
5.4 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE	26
5.4.1 Parité	26
5.4.2 Séropositivité VIH	27
5.4.3 Poids et taille de la mère	27
5.4.4 Conception de la grossesse	29
5.4.5 Hypertension artérielle	30
5.4.6 Diabète	30

5.5	CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	31
5.5.1	Durée de la grossesse	31
5.5.2	Type de début de travail	32
5.5.3	Induction de l'accouchement	33
5.5.4	Péridurale obstétricale	34
5.5.5	Mode d'accouchement	35
5.5.6	Épisiotomie	39
5.5.7	Accouchement sans intervention obstétricale	40
5.5.8	Pratiques obstétricales et maternités	41
5.6	ALLAITEMENT MATERNEL	45
6	NAISSANCES EN RÉGION BRUXELLOISE	46
6.1	NAISSANCES EN CHIFFRES	46
6.2	CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES	47
6.2.1	Présentation de l'enfant à la naissance	47
6.2.2	Âge gestationnel	47
6.2.3	Poids à la naissance	50
6.2.4	Poids à la naissance selon l'âge gestationnel	53
6.2.5	Apgar	54
6.2.6	Ventilation du nouveau-né	55
6.2.7	Admission dans un centre néonatal	56
6.2.8	Sexe du nouveau-né	56
6.2.9	Malformations	57
6.3	MORTINATALITÉ	58
7	CONCLUSION	59
8	RÉFÉRENCES	62
	DEUXIÈME PARTIE :	
	DOSSIER SPÉCIAL «ACCOUCHEMENTS EXTRA-HOSPITALIERS»	65
	Accouchements extra-hospitaliers : comparaison des caractéristiques de la mère et de l'enfant	66
	ANNEXE	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques des accouchements	18
Tableau 2.	Caractéristiques des naissances	19
Tableau 3.	Détail des accouchements	20
Tableau 4.	Distribution des accouchements selon l'âge de la mère	22
Tableau 5.	Distribution des accouchements selon les nationalités de la mère	24
Tableau 6.	Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère	25
Tableau 7.	Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère	25
Tableau 8.	Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère	25
Tableau 9.	Distribution des accouchements selon la situation professionnelle de la mère	26
Tableau 10.	Distribution des accouchements selon le statut VIH de la mère	27
Tableau 11.	Distribution des accouchements selon la corpulence de la mère en début de grossesse	27
Tableau 12.	Distribution des accouchements selon le type de conception de la grossesse	29
Tableau 13.	Distribution des accouchements selon la durée de la grossesse	31
Tableau 14.	Distribution des accouchements selon le type de début de travail	32
Tableau 15.	Classification des inductions selon les groupes de Nippita	34
Tableau 16.	Distribution des accouchements selon le mode d'accouchement	35
Tableau 17.	Classification des césariennes selon les groupes de Robson	38
Tableau 18.	Détail des naissances	46
Tableau 19.	Distribution des naissances selon l'âge gestationnel	47
Tableau 20.	Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques sociodémographiques de la mère parmi les naissances uniques vivantes	48
Tableau 21.	Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques biomédicales de la mère parmi les naissances uniques vivantes	49
Tableau 22.	Distribution des naissances selon le poids à la naissance	51
Tableau 23.	Distribution des naissances vivantes selon le poids à la naissance et le mode d'accouchement	52
Tableau 24.	Distribution des naissances selon les percentiles de poids pour âge gestationnel	53
Tableau 25.	Distribution des naissances vivantes selon la ventilation du nouveau-né	55
Tableau 26.	Distribution des naissances vivantes selon l'admission du nouveau-né dans un centre néonatal	56
Tableau 27.	Distribution des naissances selon le sexe du nouveau-né	56
Tableau 28.	Malformations les plus enregistrées	57
Tableau 29.	Distribution des mort-nés selon l'âge gestationnel	58
Tableau A.	Caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement parmi les accouchements extra-hospitaliers programmés, extra-hospitaliers inopinés ou hospitaliers	69
Tableau B.	Caractéristiques de l'enfant parmi les accouchements extra-hospitaliers programmés, extra-hospitaliers inopinés ou hospitaliers	71

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Proportion de naissances vivantes selon le type de déclaration.....	14
Figure 2.	Évolution du nombre d'accouchements par maternité.....	21
Figure 3.	Évolution de l'âge moyen des mères selon la parité	23
Figure 4.	Évolution de la parité	26
Figure 5.	Évolution des proportions de surpoids et d'obésité	28
Figure 6.	Prise de poids moyenne durant la grossesse selon la corpulence de la mère	28
Figure 7.	Évolution du traitement conceptionnel	29
Figure 8.	Évolution de la proportion de diabète.....	31
Figure 9.	Évolution du type de début de travail	32
Figure 10.	Évolution de la proportion d'inductions	33
Figure 11.	Évolution du mode d'accouchement.....	36
Figure 12.	Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse pour les singletons vivants en siège selon la parité	36
Figure 13.	Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne	37
Figure 14.	Évolution de la part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes ...	38
Figure 15.	Proportion d'épisiotomies selon le mode d'accouchement pour les accouchements par voie basse	39
Figure 16.	Évolution de la proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse	39
Figure 17.	Évolution de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale	40
Figure 18.	Évolution de la proportion d'inductions par maternité.....	41
Figure 19.	Part des groupes de Nippita dans la proportion d'inductions par maternité	41
Figure 20.	Mode d'accouchement par maternité.....	42
Figure 21.	Évolution de la proportion de césariennes par maternité	42
Figure 22.	Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne par maternité	43
Figure 23.	Part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes par maternité....	43
Figure 24.	Évolution de la proportion d'épisiotomies par maternité pour les accouchements par voie basse	44
Figure 25.	Évolution de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale par maternité.....	44
Figure 26.	Évolution du nombre de naissances.....	46
Figure 27.	Évolution de l'âge gestationnel pour les naissances vivantes	50
Figure 28.	Évolution des proportions de faible poids à la naissance pour les naissances vivantes.....	52
Figure 29.	Évolution de la proportion des naissances vivantes selon les percentiles de poids pour âge gestationnel.....	54
Figure 30.	Distribution des naissances vivantes selon le score d'Apgar à 1 et 5 minute(s)....	54
Figure 31.	Évolution du type de ventilation pour les naissances vivantes	55
Figure 32.	Évolution du type d'admission en centre néonatal pour les naissances vivantes	56
Figure 33.	Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion	58
Figure A.	Répartition du lieu d'accouchement	68
Figure B.	Répartition des accouchements extra-hospitaliers	68

ORGANIGRAMME

Conseil d'administration

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

Programme périnatalité Comité de gestion

Dr Fr. Chantraine – ULg
Prof. C. Daelemans – ULB
Prof. Ch. Debauche – UCL
Prof. Fr. Debiève – UCL
Prof. P. Lepage – ULB
Mme Ch. Leroy – CEpiP
Prof. V. Rigo – ULg
Mme V. Van Leeuw – CEpiP

Observateurs bailleurs de fonds

Dr E. Mendes da Costa –
OBSS*

Équipe

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

Collaboration externe

Graphisme

Mme N. da Costa Maya –
CDCS asbl

Informatique

M. Ph. Révelard

Programme périnatalité Conseil scientifique

Prof. S. Alexander – ULB
Prof. P. Bernard – UCL
Prof. P. Buekens – USA
Dr Fr. Chantraine – ULg
Prof. C. Daelemans – ULB
Prof. Ch. Debauche – UCL
Prof. Fr. Debiève – UCL
Mme E. Di Zenzo – UPSfB
M. O. Gillis – OBSS*
Prof. Y. Jacquemyn – SPE
Mme C. Johansson – UPSfB
Prof. P. Lepage – ULB
Prof. A. Levêque – ULB
Dr E. Mendes da Costa –
OBSS*
M. S. Ndame – ONE
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. V. Rigo – ULg
Prof. A. Robert – UCL
Mme A. Vandenhooft –
OWS**

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

* Observatoire de la santé et du
social – Bruxelles

** Observatoire wallon de la
santé

INTRODUCTION

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

Le CEpiP a pour objectif de constituer un registre permanent et exhaustif de données périnatales (naissances et décès périnataux) à Bruxelles et en Wallonie. Dans ce cadre, la tâche du CEpiP consiste à collecter, traiter et analyser les données périnatales des naissances et décès survenus dans ces deux régions en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale et l'Agence pour une Vie de Qualité de la Région wallonne. Ce programme se consacre donc au développement de l'épidémiologie périnatale au bénéfice des acteurs de terrain (en priorité les maternités), des décideurs politiques et du monde scientifique.

La structure bénéficie de l'appui et du soutien financier de la Commission communautaire commune et de la Région wallonne.

Ce rapport en santé périnatale est composé de 2 parties.

La première partie présente **les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2017 en Région bruxelloise**. Il s'agit bien de toutes les naissances vivantes quels que soit le poids à la naissance ou l'âge gestationnel et tous les mort-nés à partir de 500 grammes ou 22 semaines. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de la santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance. Les analyses sont faites selon le lieu de naissance. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise, indépendamment du lieu de résidence de la mère. Ce rapport reflète l'activité globale périnatale bruxelloise, avec des figures reprenant de façon anonyme certaines activités périnatales par maternité.

La deuxième partie présente un dossier spécial sur les accouchements extra-hospitaliers. Les caractéristiques de la mère, de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant ont été analysées selon le lieu de l'accouchement (hôpital, programmé en maison de naissance ou au domicile, inopiné avec ou sans la présence d'un professionnel de santé).

PREMIÈRE PARTIE

Données périnatales en Région bruxelloise

1. ABSTRACT

INTRODUCTION

Depuis 2008, le Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP) collecte, analyse et diffuse les données en santé périnatale à partir du bulletin statistique obligatoire rempli pour chaque naissance à Bruxelles et en Wallonie. Ce rapport présente les résultats des analyses statistiques des naissances vivantes et des mort-nés ayant eu lieu en 2017 dans la Région de Bruxelles-Capitale, indépendamment du lieu de résidence de la mère.

MÉTHODOLOGIE

Le rapport est élaboré en utilisant les données médicales et administratives officielles des naissances vivantes et de mort-nés ayant eu lieu en Région bruxelloise en 2017. Des analyses descriptives et des comparaisons temporelles ont été réalisées.

RÉSULTATS

Depuis 2012, une diminution du nombre de naissances en Région bruxelloise est observée. Une augmentation constante des proportions d'obésité et de diabète est observée depuis 2009. L'analyse des proportions d'induction, de césarienne et d'instrumentation montre une tendance à la stabilisation depuis six à huit années, la proportion d'épisiotomie continue de diminuer depuis 2009. Malgré cela, de grandes disparités dans les proportions des pratiques obstétricales existent entre les maternités. Parmi les singletons vivants nés à terme, plus d'un quart des enfants ont un âge gestationnel de 37 ou 38 semaines (early-term). Parmi les singletons vivants nés prématurément, près de trois-quart des enfants sont nés entre 34 et 36 semaines (late-preterm). Les mères en sous-poids et celles souffrant d'hypertension accouchent davantage avant 39 semaines, que ce soit en early-term, late-preterm ou preterm.

CONCLUSION

Malgré une tendance à l'augmentation de certains facteurs de risque chez les femmes qui accouchent en Région bruxelloise, les caractéristiques de l'accouchement révèlent des constats d'évolution positive et les caractéristiques de l'enfant ne montrent pas d'évolution péjorative.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 DESCRIPTION DU FLUX DES DONNÉES

En Belgique, lors de la déclaration d'une **naissance vivante**, un bulletin statistique est obligatoirement complété. 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. Ces volets évoluent au cours de ces dernières années. Le bulletin de naissance d'un enfant né vivant (Modèle I) évolue vers la déclaration électronique e-Birth pour une série de maternités et de communes. La Belgique via le Fedict a créé l'application e-Birth, un système d'enregistrement électronique des naissances d'enfant né vivant. Depuis 2010, ce système prend petit-à-petit la place du bulletin de naissance d'un enfant né vivant au format papier (figure 1). Les variables e-Birth se trouvent en annexe.

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.

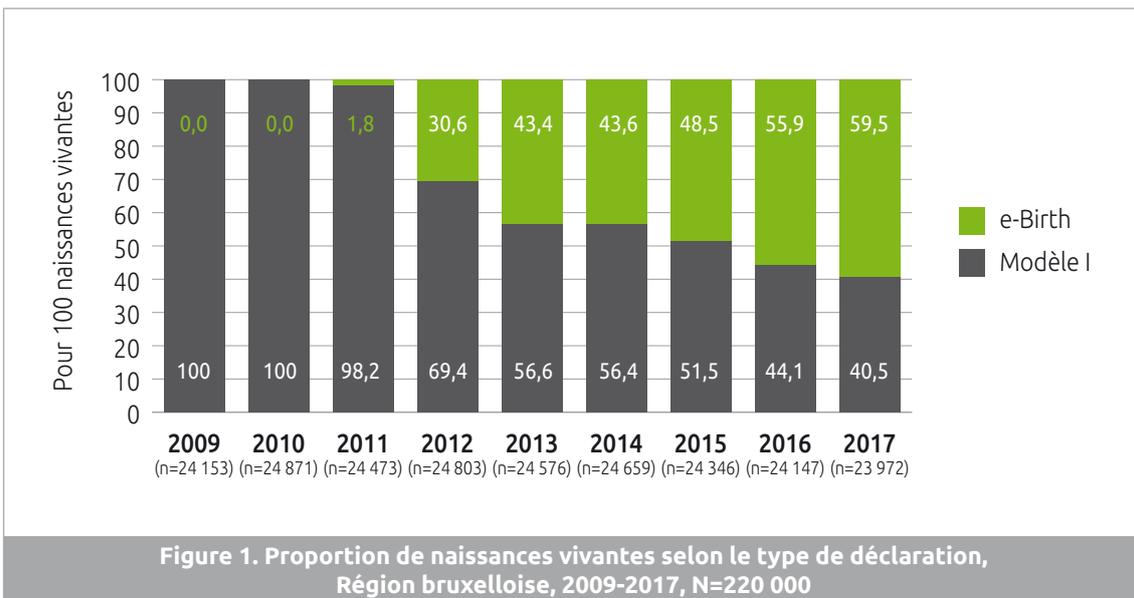
Les prestataires de soins qui pratiquent les accouchements, tant au sein des maternités qu'à domicile ou dans les maisons de naissance remplissent une notification de naissance permettant d'identifier la mère et l'enfant qu'ils transmettent aux services d'État Civil de la commune de naissance. Dans le 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, le plus souvent au moment où un membre de la famille, généralement le père, vient déclarer la naissance ou le décès. Pour les Régions bruxelloise et wallonne, les formulaires médicaux et sociodémographiques anonymisés sont ensuite transmis au CEpiP via les administrations de ces Régions.

2.2 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du bulletin statistique de naissance (Modèle I) ou de décès (Modèle IIID). Pour 6 des 11 maternités et 4 des 19 communes bruxelloises, les données proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques e-Birth. 59,5 % des naissances vivantes de 2017 ont été déclarées via cette application. La proportion de naissances déclarées via e-Birth est en constante augmentation (figure 1).

Lors de la création des formulaires de données sociodémographiques et médicales e-Birth, le modèle papier de la déclaration d'un enfant né vivant (Modèle I) pour les données sociodémographiques ainsi que le modèle papier du volet CEpiP¹ pour les données médicales furent en grande partie suivis. Malgré cela, quelques différences apparaissent.

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

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

2.3 TRAITEMENT DE DONNÉES

Pour la Région bruxelloise, le CEpiP collecte, encode, intègre et couple les données des deux volets du bulletin statistique avant de vérifier la qualité du remplissage. En outre, il rectifie avec l'aide des prestataires de soins des salles d'accouchement et des fonctionnaires de l'État civil des communes, les données incomplètes, incohérentes ou suspectes.

L'un des objectifs du CEpiP est le suivi de la qualité des données. Une collecte de données de qualité repose sur trois critères : l'exhaustivité des données, la bonne compréhension des indicateurs collectés et des taux faibles de données manquantes par indicateur.

Une stratégie de communication au travers de visites et de supports à destination des chefs de service et des équipes a été mise en place dans les maternités et les communes afin de faciliter l'encodage de leurs données et de s'assurer de la bonne compréhension des indicateurs présents sur les bulletins de naissance/décès. La rétro-information sous la forme d'un rapport d'analyse de données personnalisées vient compléter la stratégie de communication. Les objectifs de ce rapport sont de permettre aux équipes d'obtenir une photographie de leur population et de leur activité, de s'auto-évaluer, de situer leurs pratiques obstétricales par

rapport aux autres maternités bruxelloises et wallonnes. Les indicateurs permettent aux équipes de réfléchir sur les mesures à mettre en place pour améliorer la collecte des données mais également leurs pratiques.

Le CEpiP analyse ensuite les données à des fins épidémiologiques et de santé publique. Ce travail est réalisé en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

2.4 ANALYSES

Ce rapport décrit les données périnatales pour les naissances survenues dans les maternités bruxelloises ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire de la Région bruxelloise, au cours de l'année 2017. Plusieurs maternités bruxelloises ont un caractère universitaire ce qui peut avoir une incidence sur les données périnatales, notamment la mortalité et la prématurité.

Pour chaque variable étudiée, différentes mesures de fréquence ont été calculées (par naissance ou par accouchement) afin de répondre aux recommandations internationales tout en permettant de comparer les résultats aux autres publications belges, à savoir celles de la Wallonie de 2017 (1). Elles peuvent être également comparées avec les données publiées par le Studiecentrum voor perinatale epidemiologie (SPE) pour 2017 (2). À ceci près que le SPE prend en compte dans son rapport toutes les naissances survenues en Flandre mais également à l'UZ-VUB de Jette (une des 11 maternités bruxelloises recensées dans le rapport de données périnatales en Région bruxelloise). Il est également important de préciser que le SPE ne prend pas en compte les naissances d'enfants vivants et mort-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 500 g (quel que soit l'âge gestationnel). Le dernier rapport d'Euro-Peristat permet de situer les données des Régions au sein de l'Europe (3).

Ces données font l'objet de comparaisons temporelles avec les données des années 2009 (4), 2010 (5), 2011 (6), 2012 (7), 2013 (8), 2014 (9), 2015 (10) et 2016 (11).

Pour certaines analyses, les données médicales ont été croisées avec les données sociodémographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la mère.

Les variables «nationalités d'origine et actuelle» ont été analysées en 12 catégories pour la description de la variable. Pour les analyses croisées, 6 catégories ont été créées pour la nationalité d'origine de la mère sur la base des nationalités les plus fréquentes en Région bruxelloise en 2017 (belge, marocaine, roumaine, française, congolaise et autres).

Les 12 catégories pour les nationalités sont les suivantes :

- **Belgique**
- **UE15 sans Belgique :** Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède
- **UE28 sans UE15 :** Bulgarie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovénie, Slovaquie
- **Russie et Europe de l'Est non UE28 :** Albanie, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Ex-Yougoslavie, Kosovo, Macédoine, Moldavie, Monténégro, Russie/URSS, Serbie, Ukraine
- **Autres Europe :** Andorre, Gibraltar, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Saint-Siège, Suisse
- **Maghreb et Egypte :** Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Tunisie

- **Afrique subsaharienne :** Afars et Issas, Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, CapVert, Comores, Côte d'Ivoire, Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République Centrafricaine, République du Congo, République démocratique du Congo, Réunion, Rwanda, Sahara occidental, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe
- **Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient :** Afghanistan, Arabie Saoudite, Arménie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Emirats arabes-unis, Géorgie, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Kazakhstan, Kirghistan, Koweït, Liban, Oman, Ouzbékistan, Pakistan, Palestine, Qatar, Syrie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Yémen
- **Asie du Sud-Est :** Bangladesh, Bhoutan, Brunei, Cambodge, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Inde, Indonésie, Japon, Laos, Macao, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar, Népal, Philippines, Singapour, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Timor-Leste, Vietnam
- **Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes :** Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Antilles américaines, Antilles britanniques, Antilles néerlandaises, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Caïmanes, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, El Salvador, Equateur, Falkland, Grenade, Guadeloupe, Guatemala, Guyane, Guyane française, Guyane hollandaise, Haïti, Honduras, Ile de Dominica, Iles Turks et Caïcos, Iles Vierges, Jamaïque, Kitts and Nevis, Martinique, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Ile de Porto-Rico, République de Sainte Lucie, République dominicaine, République dominique, Saint-Vincent, Suriname, Trinidad et Tobago, Uruguay, Vénézuéla
- **Amérique du Nord :** Canada, Etats-Unis, Groenland, Saint-Pierre-et-Miquelon
- **Océanie :** Australie, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Heard et Mac Donald, Iles mineures éloignées des Etats-Unis, Iles Samoa, Kiribati, Mariannes du Nord, Marshall, Micronésie, Nauru, Niué, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle Guinée, Pitcairn, Polynésie française, Salomon, Samoa, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna

Pour l'analyse des pratiques obstétricales par maternité, un numéro a été attribué par maternité sur la base de la proportion d'inductions, la maternité 1 présentant la proportion la plus faible et la maternité 11, la proportion la plus élevée. Les maternités maintiennent le même numéro dans les différentes figures du paragraphe «pratiques obstétricales par maternité», ceci permettant d'observer le ranking de chaque maternité selon le type de pratique obstétricale.

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

3. DÉFINITIONS

ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Accouchement par voie basse après un travail spontané, sans instrumentation et sans épisiotomie.

CONCEPTION ASSISTÉE DE LA GROSSESSE

Traitement hormonal : pour obtenir la grossesse avec ou sans insémination de sperme mais hors fécondation in vitro (FIV). Injection intracytoplasmique de sperme (ICSI) : technique particulière de FIV avec sélection d'un spermatozoïde.

DIABÈTE

Tout diabète gestationnel ou préexistant.

ENFANT MORT-NÉ

Tout décès (in utero ou pendant l'accouchement) d'un enfant ou fœtus d'un poids ≥ 500 g ou d'un âge gestationnel ≥ 22 semaines.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Toute hypertension de ≥ 14 mmHg / ≥ 9 mmHg, gravidique (développée pendant la grossesse) ou préexistante.

INDICE DE MASSE CORPORELLE

L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en prenant le poids avant la grossesse (kg) divisé par le carré de la taille (mètre) et exprimé en kg/m². L'IMC est analysé selon 4 catégories : sous-poids, corpulence normale, surpoids et obésité.

INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

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

MODE D'ACCOUCHEMENT

Césarienne élective ou primaire : césarienne programmée chez une femme enceinte poche intacte et non en travail.

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

NAISSANCE VIVANTE

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

PARITÉ

Nombre d'accouchement d'enfant(s) né(s) vivant(s) ou de mort-né(s) d'un âge ≥ 22 semaines ou d'un poids ≥ 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).

SCORE D'APGAR

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.

TYPE DE CENTRE NÉONATAL

N* : Service de néonatalogie non-intensive
NIC : Neonatal Intensive Care / Service de néonatalogie intensive

4. TABLEAUX SYNOPTIQUES

Tableau 1. Caractéristiques des accouchements, Région bruxelloise, 2017, N= 23 731			
		Nombre	%
Multiplicité de la grossesse	Unique	23 245	98,0
	Gémellaire	476	2,0
	Triple	10	0,0
	<i>Manquant</i>	0	
Parité	Primipare	9 528	40,2
	Multipare	14 185	59,8
	<i>Manquant</i>	18	
Corpulence de la mère	Surpoids/obésité	7 799	37,2
	<i>Manquant</i>	2 740	
Conception de la grossesse	Assistée	1 258	5,3
	<i>Manquant</i>	147	
Hypertension artérielle	Oui	1 076	4,6
	<i>Manquant</i>	68	
Diabète	Oui	2 619	11,1
	<i>Manquant</i>	133	
Durée de la grossesse (semaines)	< 28	237	1,0
	28-31	196	0,8
	32-36	1 375	5,8
	≥ 37	21 903	92,4
	<i>Manquant</i>	20	
Induction	Oui	6 792	28,6
	<i>Manquant</i>	9	
Analgésie péridurale	Oui	17 477	73,7
	<i>Manquant</i>	7	
Mode d'accouchement	Spontané sommet	16 685	70,3
	Spontané siège	186	0,8
	Instrumental	2 174	9,2
	Césarienne	4 676	19,7
	<i>Manquant</i>	10	
Épisiotomie	Oui	4 726	19,9
	<i>Manquant</i>	17	

Tableau 2. Caractéristiques des naissances, Région bruxelloise, 2017, N=24 227

		Nombre	%
Multiplicité des naissances	Unique	23 245	96,0
	Gémellaire	952	3,9
	Triple	30	0,1
	<i>Manquant</i>	0	
Présentation de l'enfant	Céphalique	22 834	94,4
	Siège	1 192	4,9
	Transverse	170	0,7
	<i>Manquant</i>	31	
Âge gestationnel (semaines)	< 34	768	3,2
	34-36	1 318	5,4
	37-38	6 140	25,4
	≥ 39	15 980	66,0
	<i>Manquant</i>	21	
Poids à la naissance (grammes)	< 500	38	0,2
	500 – 1 499	434	1,8
	1 500 – 2 499	1 357	5,6
	2 500 – 3 999	20 423	84,6
	≥ 4 000	1 896	7,8
	<i>Manquant</i>	79	
Assistance respiratoire	Ballon/Masque	1 731	7,2
	Intubation	146	0,6
	<i>Manquant</i>	24	
Transfert en néonatalogie	N*	1 236	5,1
	NIC	1 445	6,0
	<i>Manquant</i>	22	
Sexe du nouveau-né	Masculin	12 417	51,3
	Féminin	11 801	48,7
	<i>Manquant</i>	9	
Mort-né	Oui	255	1,1
	<i>Manquant</i>	0	

5. ACCOUCHEMENTS EN RÉGION BRUXELLOISE

5.1 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

En 2017, 23 245 accouchements de singletons et 486 accouchements multiples ont été enregistrés sur le territoire de la Région bruxelloise. Parmi les accouchements multiples, on observe 476 grossesses de jumeaux et 10 grossesses de triplés (2,0 % des grossesses) (tableau 3).

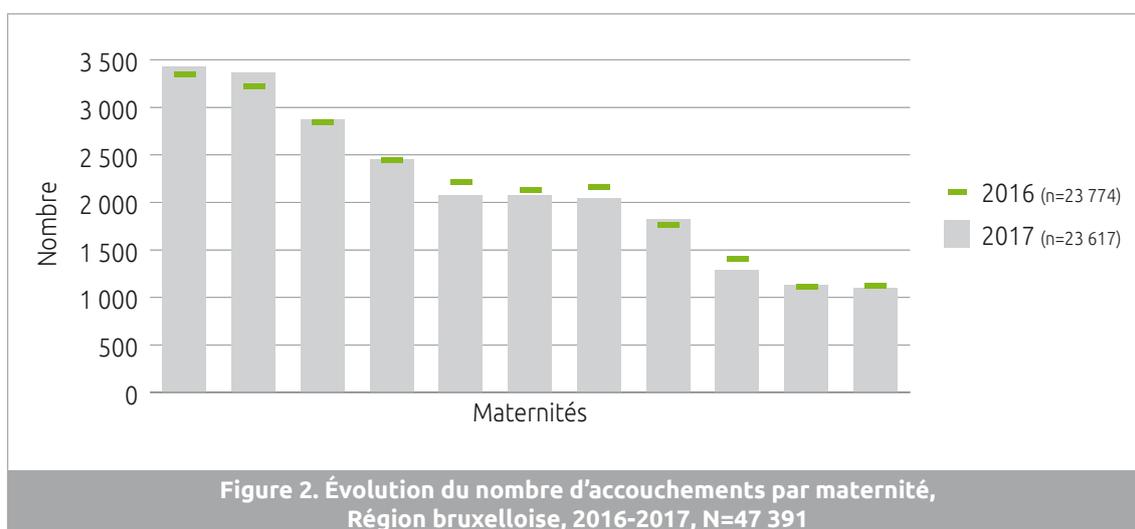
Tableau 3. Détail des accouchements, Région bruxelloise, 2017, N= 23 731	
Singletons : 23 245 accouchements	
singletons vivants : 23 006 accouchements	
singletons mort-nés : 239 accouchements	
Grossesses gémellaires : 476 accouchements	
2 enfants vivants : 463 accouchements	
1 enfant vivant et 1 mort-né : 10 accouchements	
2 enfants mort-nés : 3 accouchements	
Grossesses triples : 10 accouchements	
3 enfants vivants : 10 accouchements	

La proportion de grossesses multiples reste stable sur la période 2009-2017, que ce soit pour les grossesses gémellaires ou les grossesses triples.

5.2 LIEU D'ACCOUCHEMENT

Nous avons comptabilisé 23 617 accouchements à l'hôpital et 114 accouchements en extra-hospitaliers (0,5 %).

Le parc hospitalier bruxellois compte 11 maternités dont 3 universitaires. Une femme sur quatre a accouché dans une maternité universitaire (26,9 %) en 2017. Le nombre d'accouchements enregistré par maternité s'étend de 1 093 à 3 423. Entre 2016 et 2017, on constate que 4 maternités ont augmenté leur nombre d'accouchements (dont les 3 plus grandes maternités), 4 maternités ont diminué leur nombre et 3 sont restés stables (figure 2).



Parmi les 114 accouchements extra-hospitaliers, on comptabilise 60 accouchements à domicile programmés et 44 accouchements inopinés. Le type d'accouchement extra-hospitalier² est inconnu pour 10 accouchements (8,8 %) et le volet médical de déclaration n'est pas complété dans ces cas³. Il est donc relativement difficile d'évaluer l'évolution des accouchements hors maternités programmés d'une part et inopinés d'autre part. Seule l'évolution de la proportion des accouchements extra-hospitaliers dans son ensemble peut être analysée. Celle-ci reste stable entre 2009 et 2017 (0,5 %).

2 L'information concernant le type d'accouchement extra-hospitalier est déduite à partir de la variable «lieu d'accouchement» du volet sociodémographique et de la variable «code de l'hôpital» du volet médical.

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

5.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA MÈRE

5.3.1 ÂGE MATERNEL

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 31,8 ans (déviation standard : 5,4 ans, minimum : 13,1 ans, maximum : 55,1 ans). L'âge moyen chez la primipare est de 30,1 ans ce qui est plus élevé qu'en Flandre (29,0 ans) (2) et qu'en Wallonie (28,4 ans) (1). Pour les multipares, l'âge moyen est de 32,9 ans, plus élevé qu'en Flandre (31,7 ans) (2) et qu'en Wallonie (31,6 ans) (1).

Tableau 4. Distribution des accouchements selon l'âge de la mère, Région bruxelloise, 2017, N=23 731

Âge	Nombre	%
< 20 ans	276	1,2
20-24 ans	2 275	9,6
25-29 ans	6 321	26,6
30-34 ans	8 119	34,2
35-39 ans	5 246	22,1
≥ 40 ans	1 494	6,3

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 4). Cette proportion est identique à celle de la Flandre (1,2 %) (2) et inférieure à celle de la Wallonie (2,6 %) (1). Parmi ces jeunes mères, on note 70 accouchements (0,3 %) en-dessous de l'âge de 18 ans avec 5 accouchements (0,02 %) en-dessous de l'âge de 15 ans.

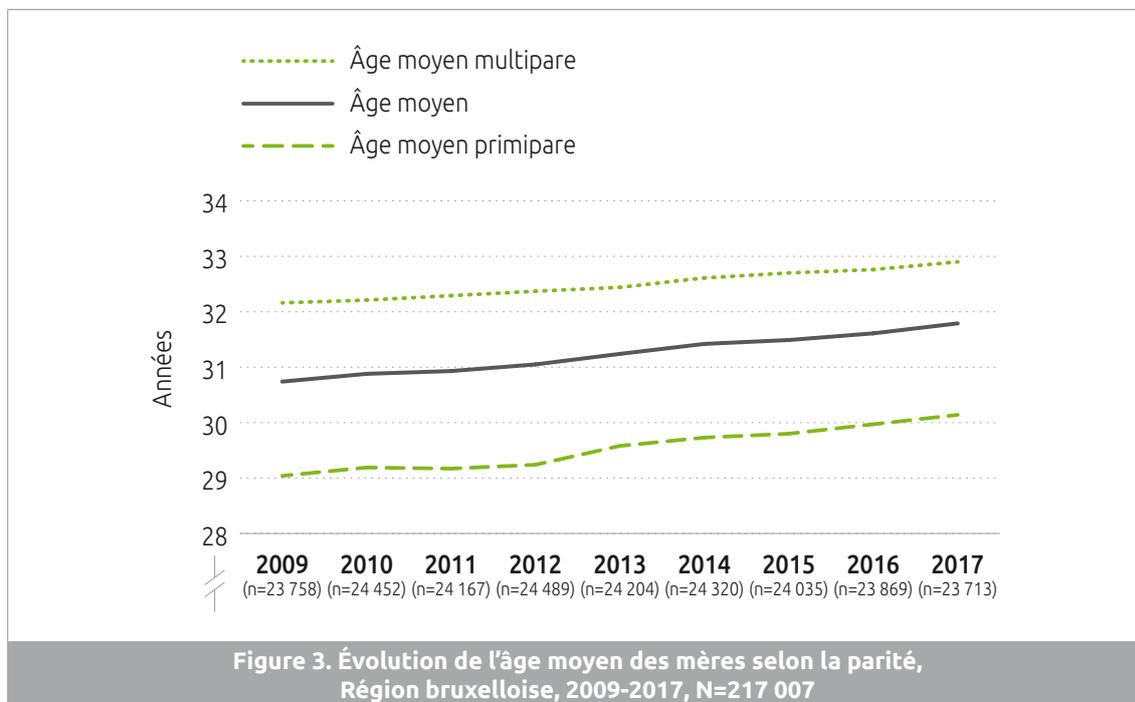
Dans plus de 60 % des pays étudiés par Euro-Peristat, la proportion de mères-adolescentes (< 20 ans) représente moins de 3 % de l'ensemble des accouchements. Cette proportion de mères âgées de moins de 20 ans varie de 0,8 % en Suisse à 10,2 % en Bulgarie (3).

La proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 28,4 % (tableau 4). Ce résultat est plus important qu'en Wallonie (18,4 %) (1) et en Flandre (17,4 %) (2). Parmi ces mères de 35 ans et plus, 26,1 % sont primipares et 18,4 % sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus). La proportion de mères âgées de 40 ans et plus à Bruxelles (6,3 %) est plus élevée qu'en Wallonie (3,4 %) (1) et en Flandre (3,0 %) (2). La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est de 0,4 %.

En Europe, la proportion la plus faible de mères âgées de 35 ans et plus est de 14 % et concerne la Bulgarie, la Pologne et la Roumanie. L'Italie et l'Espagne affichent les proportions les plus élevées avec respectivement 36,3 % et 37,3 % (3).

L'âge moyen des femmes qui accouchent à Bruxelles continue à augmenter passant de 30,7 à 31,8 ans de 2009 à 2017 (figure 3). Cet âge moyen augmente aussi bien chez la primipare que chez la multipare.

Durant la période 2009-2017, la proportion de mères âgées de 40 ans et plus augmente passant de 4,5 % en 2009 à 6,3 % en 2017. La proportion de mères âgées de moins de 20 ans diminue quant à elle (2,2 % à 1,2 %).



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

Les raisons de l'augmentation du nombre de naissances chez les mères plus âgées sont complexes. Dans le monde développé, il est de plus en plus fréquent pour les femmes de retarder la première naissance jusqu'à ce qu'elles soient dans leur trentaine. Depuis les années 70, la vie sociale moderne a eu des effets considérables sur la vie reproductive des femmes. L'âge plus tardif à la maternité s'explique notamment par le fait que les femmes font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, entrent plus tard en union et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces (12). Néanmoins, le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications telles que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme et la mortinatalité (13-15).

5.3.2 NATIONALITÉS DE LA MÈRE

La proportion de mères de nationalité d'origine⁴ étrangère est de 72,7 % (tableau 5). Les nationalités d'origine étrangère les plus représentées sont marocaine (20,8 %), roumaine (5,5 %), française (4,6 %) et congolaise (4,1 %).

La proportion de mères de nationalité actuelle non belge est de 48,0 %.

La proportion de mères de nationalité d'origine étrangère augmente sur la période 2009 à 2017, passant de 66,5 % à 72,7 %.

Tableau 5. Distribution des accouchements selon les nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2017

Nationalité	Nationalité d'origine (N=23 403)		Nationalité actuelle (N=23 396)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	6 380	27,3	12 163	52,0
UE15 sans Belgique	3 075	13,1	2 966	12,7
UE28 sans UE15	2 399	10,3	2 310	9,9
Russie et Europe de l'Est non UE28	809	3,5	462	2,0
Autres Europe	19	0,1	22	0,1
Maghreb et Egypte	5 334	22,8	2 233	9,5
Afrique subsaharienne	2 654	11,3	1 612	6,9
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	1 638	7,0	850	3,6
Asie du Sud-Est	454	1,9	329	1,4
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	505	2,2	337	1,4
Amérique du Nord	78	0,3	71	0,3
Océanie	6	0,0	4	0,0
Apatride, réfugié indéterminé	52	0,2	37	0,2

La nationalité d'origine est inconnue pour 328 mères (1,4 %) et la nationalité actuelle pour 335 mères (1,4 %).

Avec 158 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 types de nationalités est d'ailleurs en lien avec les vagues successives d'immigration bruxelloise. Cette multiculturalité est à prendre en compte dans les analyses. Le statut d'immigration des femmes influence à la fois les facteurs de risque périnataux d'ordre médical et socio-économique (10-11, 16-17), le recours aux pratiques obstétricales (18-19) et l'issue de la grossesse (20-21).

5.3.3 LIEU DE RÉSIDENCE DE LA MÈRE

Une femme sur quatre qui accouche en Région bruxelloise n'y réside pas (25,2 %) et provient principalement du Brabant flamand (15,9 %) et du Brabant wallon (3,9 %) (tableau 6). Il serait intéressant de s'intéresser au profil de ces mères non résidentes bruxelloises qui viennent accoucher à Bruxelles dans une analyse distincte. En effet, lorsque l'on s'intéresse aux indicateurs périnataux selon le lieu de résidence de la mère, on constate que certains indicateurs, comme la prématurité ou la mortinatalité, sont plus favorables pour les bruxelloises que lorsqu'on les étudie selon le lieu de naissance (22). Ces résultats montrent notamment que Bruxelles, regroupant des centres de référence universitaire, draine une population plus à risque.

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

Tableau 6. Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère, Région bruxelloise, 2017, N=23 590		
Lieu de résidence	Nombre	%
Bruxelles	17 633	74,8
Total Flandre	4 252	18,0
Flandre orientale	328	1,4
Flandre occidentale	17	0,1
Limbourg	19	0,1
Anvers	131	0,5
Brabant flamand	3 757	15,9
Total Wallonie	1 505	6,4
Hainaut	395	1,7
Liège	77	0,3
Luxembourg	18	0,1
Namur	96	0,4
Brabant wallon	919	3,9
Pays étrangers	200	0,8

Le lieu de résidence de la mère est inconnu pour 141 mères (0,6 %).

5.3.4 NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MÈRE

La proportion de mères n'ayant pas fait d'études supérieures est de 60,2 % (tableau 7). Cet indicateur maintient une proportion de données manquantes importante mais en diminution depuis 2012 (passant de 12,8 à 9,9 %). Cette problématique trouve probablement son origine dans la sensibilité de la question et dans la définition du niveau d'études des parents de nationalité non belge à l'origine mais également dans la pratique d'une commune bruxelloise en particulier.

La proportion de mère n'ayant pas fait d'études supérieures varie entre 2009 et 2017.

Tableau 7. Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère, Région bruxelloise, 2017, N=21 349		
Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	1 165	5,5
Primaire	878	4,1
Secondaire inférieur	4 142	19,4
Secondaire supérieur	6 662	31,2
Supérieur (non) universitaire	8 502	39,8

Le niveau d'instruction de la mère est inconnu pour 2 337 mères (9,9 %).
Le niveau d'instruction est «autre» (spécial, études en cours, à l'étranger) pour 45 mères (0,2 %).

5.3.5 ÉTAT D'UNION DE LA MÈRE

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule est de 17,1 % (tableau 8). Cette proportion a augmenté de 2009 à 2014 (15,2 % à 16,9 %) avant de se stabiliser.

Tableau 8. Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère, Région bruxelloise, 2017, N=23 339		
État d'union	Nombre	%
Vit seule	3 993	17,1
Vit en union	19 346	82,9

L'état d'union de la mère est inconnu pour 392 mères (1,7 %).

5.3.6 SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA MÈRE

La proportion de mères n'exercant pas d'activité professionnelle est de 45,1 % (tableau 9). Cette proportion reste stable sur la période 2009-2017.

Tableau 9. Distribution des accouchements selon la situation professionnelle de la mère, Région bruxelloise, 2017, N=22 247		
Situation professionnelle	Nombre	%
Active	12 216	54,9
Chômeuse	1 825	8,2
Sans profession (CPAS / mutuelle / invalidité / incapacité / sans profession / ...)	7 788	35,0
Étudiante	418	1,9

La situation professionnelle de la mère est inconnue pour 1 484 mères (6,3 %).

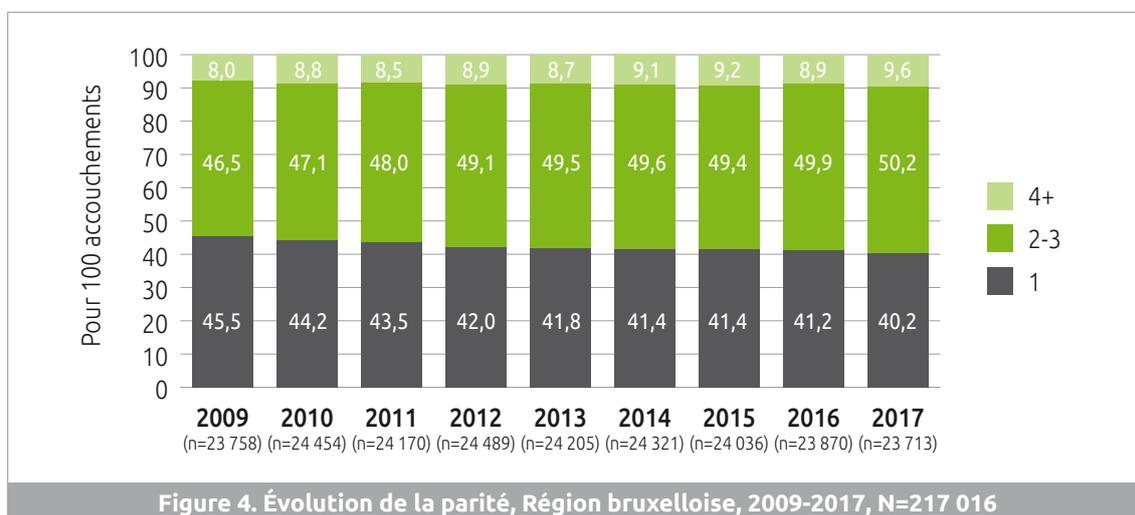
5.4 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

5.4.1 PARITÉ

La proportion de primipares est de 40,2 % (figure 4). Cette proportion est plus faible qu'en Flandre (44,6 %) (2) et qu'en Wallonie (42,4 %) (1). Le nombre de grandes multipares (4e accouchement et plus) est de 2 286 (9,6 %) (figure 4).

La parité est inconnue pour 18 accouchements (0,1 %).

La proportion de primipares diminue depuis 2009, passant de 45,5 % à 40,2 % (figure 4).



5.4.2 SÉROPOSITIVITÉ VIH

Cent et trois mères présentaient un statut VIH positif à l'accouchement (tableau 10). De 2009 à 2017, aucune évolution de la proportion de mères avec un statut VIH positif n'a été observée.

Tableau 10. Distribution des accouchements selon le statut VIH de la mère, Région bruxelloise, 2017, N=21 107		
Statut VIH	Nombre	%
Positif	103	0,5
Négatif	20 919	99,1
Non testé	85	0,4

Le statut VIH de la mère est inconnu pour 2 624 mères (11,1 %)⁵.

5.4.3 POIDS ET TAILLE DE LA MÈRE

Le poids médian des mères avant la grossesse est de 64 kg (écart interquartile : 16 kg) et la taille moyenne de 164 cm (déviation standard : 6,5 cm). L'indice de masse corporelle (IMC) médian est de 23,5 kg/m² (écart interquartile : 6,0 kg).

En début de grossesse, 24,4 % des mères sont en surpoids et 12,8 % souffrent d'obésité (tableau 11). La proportion de surpoids est légèrement plus importante que celle observée en Wallonie (23,7 %), tandis que la proportion d'obésité est plus faible (15,5 %) (1).

Tableau 11. Distribution des accouchements selon la corpulence de la mère en début de grossesse, Région bruxelloise, 2017, N=20 991		
Catégories d'IMC ⁶	Nombre	%
Sous-poids	1 005	4,8
Corpulence normale	12 187	58,0
Surpoids	5 119	24,4
Obésité	2 680	12,8

L'IMC est inconnu pour 2 740 mères (11,6 %).

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

Les mères de 40 ans et plus et les mères de nationalité d'origine congolaise souffrent plus souvent de surpoids ou d'obésité avec respectivement 45,0 % et 58,7 % (suivie de près par les mères d'origine marocaine avec 51,2 %).

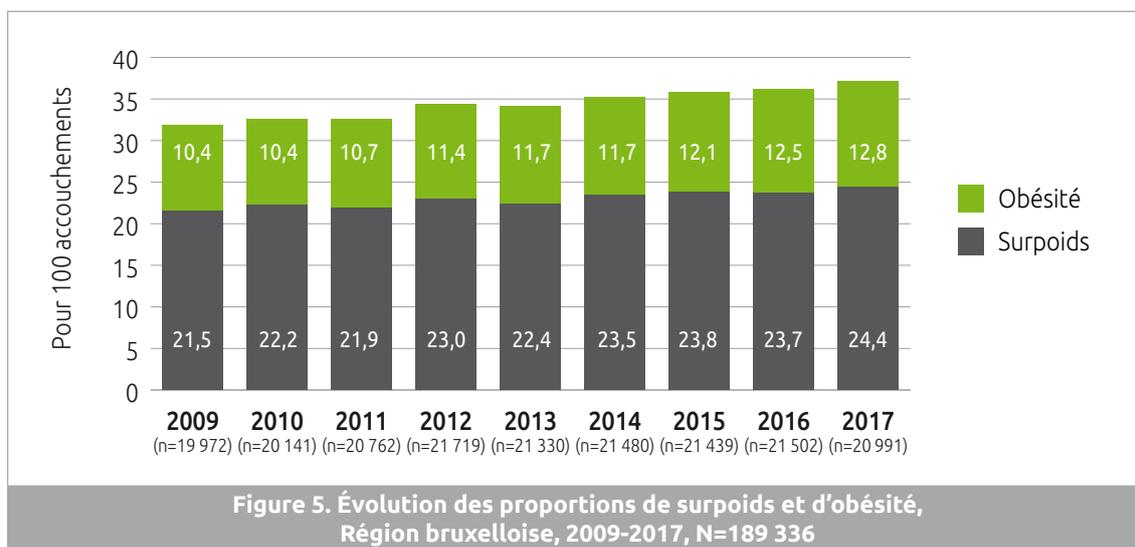
Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreuses complications telles que le diabète, l'hypertension, la macrosomie. Par ailleurs, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins

5 La proportion élevée de données inconnues s'explique par le fait qu'une maternité bruxelloise ne collecte pas cette donnée.

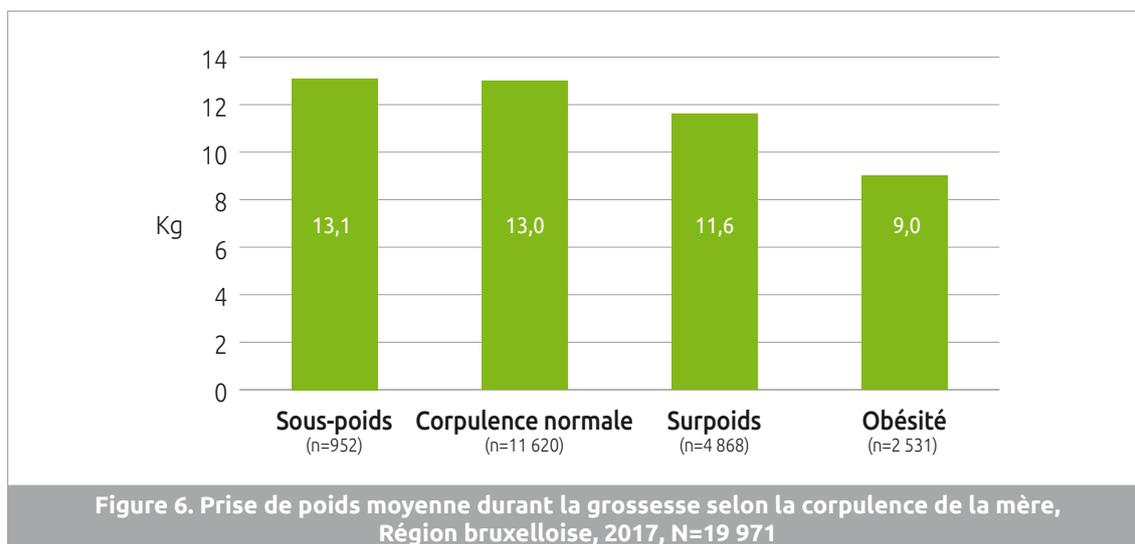
6 Les catégories de corpulence utilisées sont celles recommandées par l'OMS, à savoir pour les femmes âgées de 18 ans et plus : IMC < 18,5 kg/m² = sous-poids – IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m² = poids normal – IMC entre 25 à 29,9 kg/m² = surpoids – IMC ≥ 30,0 kg/m² = obésité (23) et pour les femmes âgées de moins de 18 ans : < -2SD = insuffisance pondérale, > +1SD = surpoids et > +2SD = obésité (24).

intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivent plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (25).

La proportion de mères en surpoids est stable depuis 2014 et la proportion de mère souffrant d'obésité augmente entre 2009 et 2017, passant de 10,4 % à 12,8 % (figure 5).



Durant la grossesse, les femmes prennent en moyenne 12,1 kg (déviations standard : 5,7 kg). Une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et l'IMC de la mère en début de grossesse. La prise de poids moyenne diminue lorsque l'IMC de la mère augmente, avec une prise de poids moyenne de 13,1 kg pour les femmes en sous-poids et de 9,0 kg pour les femmes souffrant d'obésité (figure 6). Ces résultats correspondent aux guidelines de prise de poids par catégories d'IMC⁷. Cette prise de poids est restée stable de 2009 à 2015 (12,5 kg) pour diminuer à 12,1 kg en 2017.



7 Les recommandations de prise de poids durant la grossesse, publiées dans le rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" en 2009 (26), sont de 12,7 à 18,1 kg pour les mères dont l'IMC est < 18,5 kg/m², de 11,3 à 15,9 kg pour les mères avec un IMC de 18,5 à 24,9 kg/m², de 6,8 à 11,3 kg pour les mères avec un IMC de 25 à 29,9 kg/m² et de 5,0 à 9,1 kg pour les mères avec un IMC ≥ 30 kg/m².

5.4.4 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

La proportion de grossesses faisant suite à un traitement de conception assistée est de 5,3 %. Parmi les grossesses multiples, 29,8 % sont des grossesses de conception assistée (tableau 12).

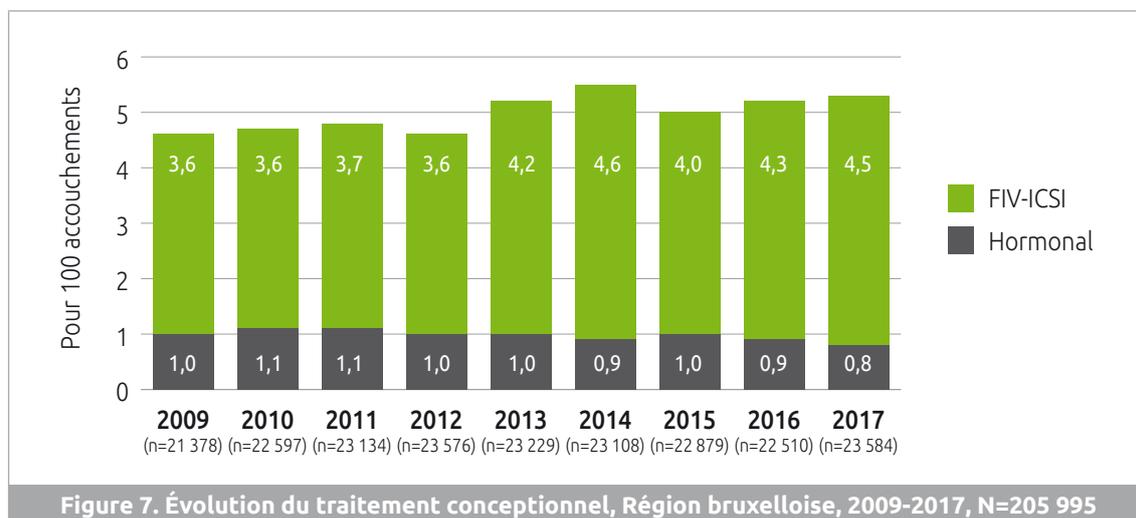
Tableau 12. Distribution des accouchements selon le type de conception de la grossesse, Région bruxelloise, 2017, N=23 584					
Type de conception	Grossesse unique (n=23 104)		Grossesse multiple (n=480)		Total (N=23 584)
	Nombre	%	Nombre	%	%
Spontanée	21 989	95,2	337	70,2	94,7
Traitement hormonal	174	0,7	12	2,5	0,8
FIV ou ICSI	941	4,1	131	27,3	4,5

Le type de conception est inconnu pour 147 mères (0,6 %).

La proportion de femmes ayant recours à la procréation médicalement assistée est plus élevée en Région bruxelloise (5,3 %) qu'en Wallonie (4,2 %) (1).

La proportion de conception assistée est plus élevée chez les mères plus âgées, passant de 2,4 % chez les mères de 20 à 29 ans à 16,9 % chez les mères de 40 ans et plus. Cette proportion est également plus élevée parmi les mères de nationalité d'origine belge avec 7,2 %, contre 4,7 % parmi les mères de nationalités d'origine étrangère.

La proportion de grossesse ayant fait suite à un traitement d'ICSI ou de FIV a augmenté entre 2012 et 2013 passant de 3,6 à 4,2 %, avant de se stabiliser. La proportion de grossesse sous traitement hormonal est restée stable de 2009 à 2016 (1,0 %) avant de diminuer à 0,8 %, mais probablement sous-rapportée (figure 7).



Au niveau européen, cet indicateur est très difficile à comparer d'un pays à l'autre, les définitions utilisées n'étant pas toujours les mêmes. Néanmoins, Peristat précise qu'à peu près 5 à 6 % des grossesses ont fait suite à un traitement de conception assistée quel qu'il soit et que l'indicateur concernant les traitements les moins invasifs de type traitement hormonal paraît sous-estimé dans la plupart des pays récoltant cet indicateur (3).

5.4.5 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La proportion de mères souffrant d'hypertension est de 4,6 %, qu'elle soit préexistante ou gravidique. Cette proportion est identique à celle de la Wallonie (4,6 %) (1) et légèrement inférieure à celle observée en Flandre (5,4 %) (2).

La proportion d'hypertension augmente avec l'âge maternel, les femmes âgées de 20 à 29 ans présentant une proportion d'hypertension de 4,1 % contre 9,2 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Les mères d'origine congolaise ont une proportion d'hypertension plus élevée (13,4 %) que les mères d'origine belge (5,3 %).

L'analyse selon la parité présente des résultats différents avec une proportion d'hypertension artérielle plus élevée parmi les primipares avec 5,6 % contre 3,9 % parmi les multipares. Le même constat est observé avec l'indice de masse corporelle, la proportion d'hypertension pour les mères en insuffisance pondérale étant de 2,4 % contre 10,8 % pour les femmes souffrant d'obésité.

La proportion de femmes souffrant d'hypertension est stable de 2009 à 2017, seule l'année 2016 présente une proportion légèrement plus faible avec 3,9 %.

5.4.6 DIABÈTE

La proportion de mères souffrant de diabète est de 11,1 %, qu'il soit gestationnel ou préexistant (figure 8). Cette proportion est supérieure à celle de la Wallonie (9,0 %) (1) et beaucoup plus élevée que celle observée en Flandre (4,4 %) (2). Cette différence importante avec les données de la Flandre pourrait en partie s'expliquer par le fait que la Flandre n'a pas adopté les nouvelles recommandations pour le dépistage du diabète gestationnel durant la grossesse (27).

La proportion de diabète augmente avec l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant une proportion de diabète de 5,8 % contre 18,4 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Les mères d'origine marocaine ont une proportion de diabète plus élevée (18,0 %) que les mères d'origine belge (7,1 %).

L'analyse selon la parité présente des résultats différents avec une proportion de diabète plus élevée parmi les multipares avec 12,3 % contre 9,3 % parmi les primipares. De plus, les femmes en insuffisance pondérale présentent une proportion de diabète plus faible (5,7 %) que les femmes souffrant d'obésité (23,3 %).

On constate une augmentation de la proportion de diabète entre 2009 et 2017 passant de 5,1 % à 11,1 % (figure 8).

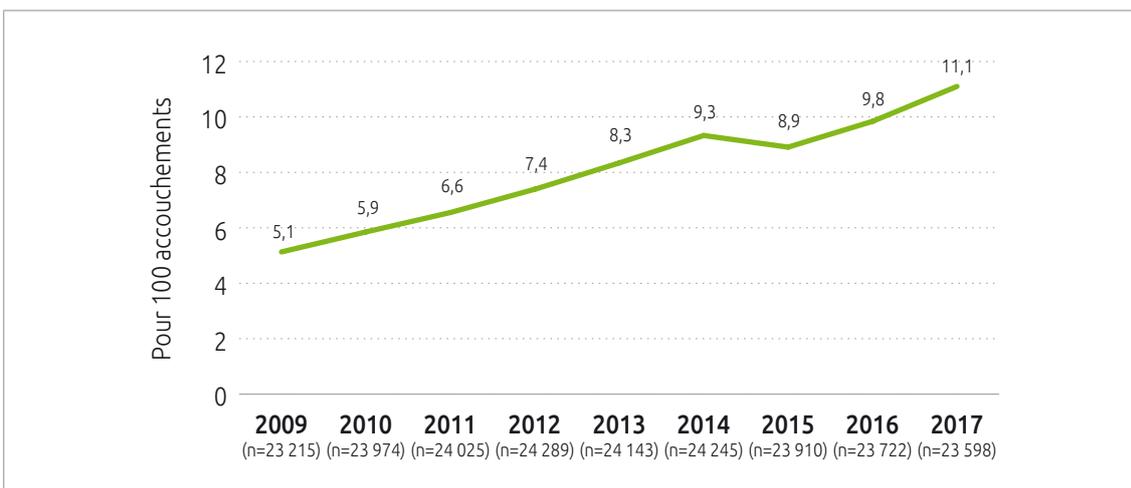


Figure 8. Évolution de la proportion de diabète, Région bruxelloise, 2009-2017, N=215 121

5.5 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

5.5.1 DURÉE DE LA GROSSESSE

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

La proportion d'accouchements ayant eu lieu avant 37 semaines est de 7,6 %. La proportion d'accouchements de singletons ayant eu lieu avant 37 semaines est de 6,6 %. Pour les accouchements multiples, 55,3 % sont prématurés, avec 11,3 % qui n'atteignent pas les 32 semaines de grossesse (tableau 13).

Tableau 13. Distribution des accouchements selon la durée de la grossesse, Région bruxelloise, 2017, N=23 711

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n=23 226)		Multiples (n=485)		Total (N=23 711)
	Nombre	%	Nombre	%	%
< 28	208	0,9	29	6,0	1,0
28-31	170	0,7	26	5,4	0,8
32-36	1 162	5,0	213	43,9	5,8
≥ 37	21 686	93,4	217	44,7	92,4

L'âge gestationnel est inconnu pour 20 accouchements (0,1 %).

La proportion d'accouchements avant 37 semaines à Bruxelles (7,6 %) est très légèrement inférieure à celle de la Flandre (7,7 %) (2) et plus basse que celle de la Wallonie (8,5 %) (1).

Les proportions d'accouchements prématurés ne diffèrent pas durant la période 2009-2017, quelque soit le statut de la grossesse (unique ou multiple).

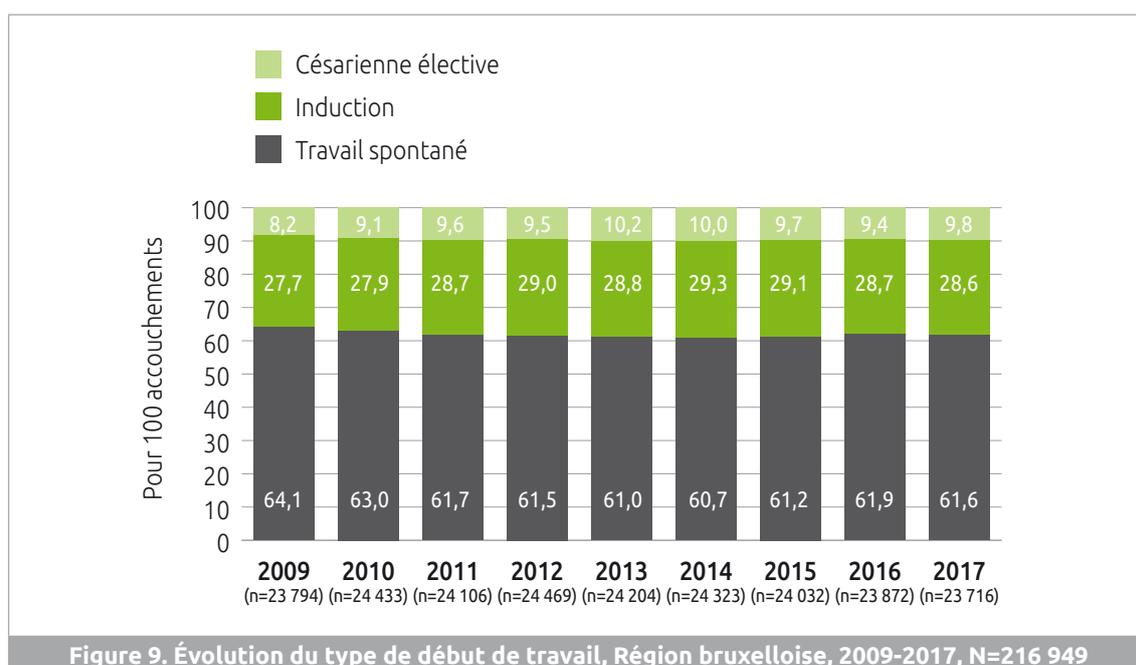
5.5.2 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

La proportion de travail spontané est de 61,6 % pour l'ensemble des accouchements. Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux accouchements multiples, la proportion de travail spontané est de 37,7 % (tableau 14).

Tableau 14. Distribution des accouchements selon le type de début de travail, Région bruxelloise, 2017, N=23 716					
Type de début de travail	Singletons (n=23 231)		Multiples (n=485)		Total (N=23 716)
	Nombre	%	Nombre	%	%
Travail spontané	14 415	62,0	183	37,7	61,6
Induction	6 665	28,7	127	26,2	28,6
Césarienne électorive	2 151	9,3	175	36,1	9,8

Le type de début de travail est inconnu pour 15 accouchements (0,1 %).

Une évolution progressive du type de début de travail est constatée de 2009 à 2014 marquant une diminution du travail spontané et une augmentation de l'induction et de la césarienne électorive. Suit ensuite, en 2015, une légère augmentation du travail spontané, avec des chiffres stables sur les 3 dernières années (figure 9).



Les comparaisons internationales sont relativement difficiles à ce niveau et ce à cause de la définition des différentes variables qui composent cet indicateur et principalement celui de la césarienne électorive.

5.5.3 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

On constate que 28,6 % des accouchements ont été induits, ou :

- 28,6 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 29,5 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 32,8 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 27,4 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare
- 31,7 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées

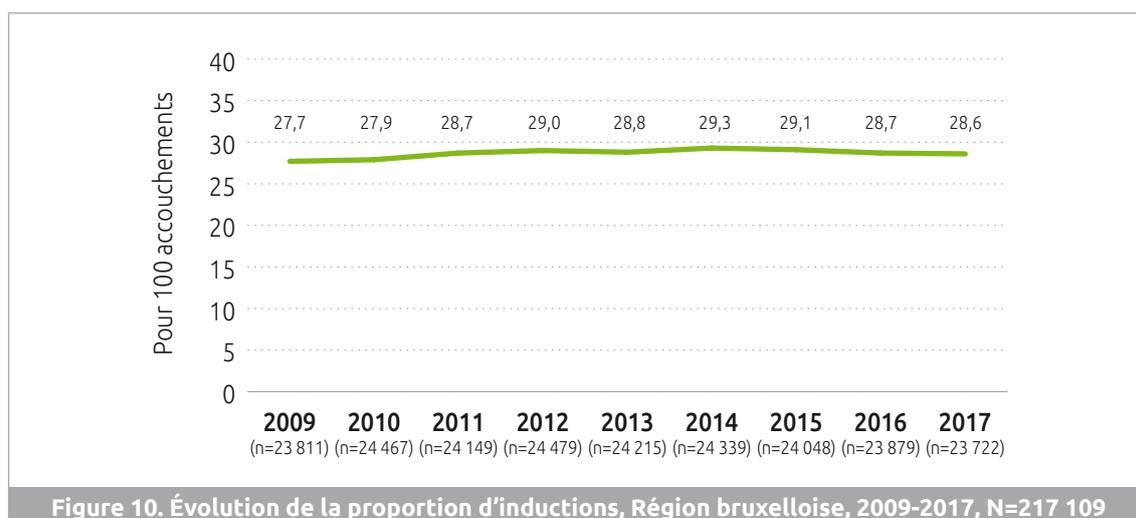
La notification de l'induction est manquante pour 9 accouchements (0,04 %).

La proportion d'inductions en Région bruxelloise (28,6 %) se situe entre celle de la Flandre (24,6 %) (2) et celle de la Wallonie (31,6 %) (1).

La proportion d'inductions augmente avec l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant une proportion d'induction de 25,0 % contre 32,2 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus.

La proportion d'induction varie selon la parité, les femmes primipares ayant une proportion plus élevée (31,3 %) que les femmes multipares (26,9 %). La proportion d'induction augmente avec l'indice de masse corporelle, les femmes en sous-poids présentant la proportion la plus faible (22,5 %) et les mères souffrant d'obésité, la proportion la plus élevée (38,4 %). Les femmes souffrant d'hypertension ou de diabète ont également une proportion d'inductions plus élevée que les femmes non-hypertendues ou non-diabétiques (hypertension : 51,6 % contre 27,6 % ; diabète : 42,2 % contre 26,9 %).

La proportion d'inductions est stable depuis 2011 (figure 10).



CLASSIFICATION DES 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. (28) 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 pourrait faciliter les comparaisons aux niveaux local, régional et international, et améliorer 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.

Selon la nomenclature de Nippita, 48,4 % des femmes font partie des catégories 2 et 5 (singletons en sommet, 39-40 semaines), avec respectivement 21,2 % de primipares et 27,2 % de multipares sans antécédent de césarienne. La part de ces deux groupes dans la proportion globale d'inductions est élevée avec 5,3 % pour la catégorie 2 et 6,4 % pour la catégorie 5.

Les proportions d'inductions les plus élevées se retrouvent dans les catégories 3 et 6 (singletons en sommet, ≥ 41 semaines) avec 58,7 % chez la primipare et 53,1 % chez la multipare sans antécédent de césarienne (tableau 15).

Tableau 15. Classification des inductions selon les groupes de Nippita, Région bruxelloise, 2017, N=23 675

Groupes Nippita	Nombre de mères	Proportion de mères (%)	Nombre d'inductions	Proportion d'inductions (%)	Part dans la proportion globale (%)
1 Primipares, singleton, sommet, 37-38 semaines	1 817	7,7	628	34,6	2,5
2 Primipares, singleton, sommet, 39-40 semaines	5 013	21,2	1 252	25,0	5,3
3 Primipares, singleton, sommet, ≥ 41 semaines	1 402	5,9	823	58,7	3,5
4 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 37-38 semaines	2 478	10,5	902	36,4	3,8
5 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, 39-40 semaines	6 452	27,2	1 506	23,3	6,4
6 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton, sommet, ≥ 41 semaines	1 249	5,3	663	53,1	2,8
7 Toutes les grossesses, singleton, sommet, ≤ 36 semaines	1 110	4,7	369	33,2	1,6
8 Multipares avec antécédent de césarienne, singleton, sommet	2 679	11,3	430	16,1	1,8
9 Toutes les grossesses, singleton, présentations transverse ou siège	990	4,2	85	8,6	0,4
10 Toutes les grossesses multiples	485	2,0	127	26,2	0,5
TOTAL	23 675	100,0	6 785		28,7

Le groupe Nippita est inconnu pour 56 mères (0,2 %).

5.5.4 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

On constate que 73,7 % des accouchements ont bénéficié d'une péridurale, ou :

- 71,2 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées
- 82,4 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées chez la primipare
- 63,3 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées chez la multipare
- 68,2 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse

L'information est manquante pour 7 accouchements (0,03 %).

La proportion de péridurales à Bruxelles (73,7 %) se situe entre celle de la Flandre (69,9 %) (2) et celle de la Wallonie (80,1 %) (1).

La proportion de péridurales augmente légèrement de 2009 et 2013 (71,0 % à 74,3 %) avant de se stabiliser.

5.5.5 MODE D'ACCOUCHEMENT

La proportion de césariennes globale est de 19,7 % et celle d'accouchements avec instrumentation est de 9,2 % (tableau 16). Si l'on s'intéresse aux accouchements multiples, les proportions sont différentes avec 61,0 % d'accouchements par césarienne et 3,1 % d'instrumentation.

Tableau 16. Distribution des accouchements selon le mode d'accouchement, Région bruxelloise, 2017, N=23 721

Mode d'accouchement	Nombre	%
Spontané en sommet	16 685	70,3
Spontané en siège	186	0,8
Ventouse	1 885	8,0
Forceps	289	1,2
Césarienne programmée	2 326	9,8
Césarienne non programmée	2 350	9,9

Le mode d'accouchement est inconnu pour 10 accouchements (0,04 %).

La proportion d'accouchements avec instrumentation en Région bruxelloise (9,2 %) est plus élevée qu'en Wallonie (7,3 %) (1). La proportion de césarienne (19,7 %) est, elle, légèrement plus faible qu'en Flandre (20,9 %) (2) et qu'en Wallonie (21,8 %) (1).

Euro-Peristat recommande de calculer le mode d'accouchement sur le nombre total de naissances. On obtient donc 70,3 % de naissances spontanées, 9,1 % de naissances avec instrumentation et 20,6 % de césariennes.

Les proportions d'accouchement par césarienne varient fortement en Europe. La médiane est de 27,0 % et la proportion varie de 16,1 % pour l'Islande à 56,9 % pour Chypre, avec des proportions supérieures à 40 % en Bulgarie, Pologne et Roumanie. Les taux sont plus élevés dans les pays du sud-est de l'Europe, à quelques exceptions près (Croatie, République tchèque et Slovaquie). Les régions nordiques et baltes présentent de faibles proportions de césariennes (16 à 17 %) (3).

La proportion de césariennes augmente avec l'âge de la mère, les mères âgées de moins de 20 ans ayant 8,7 % de césarienne et les mères de 40 ans ou plus 31,7 %. La proportion de césariennes varie selon la parité, les femmes primipares ayant une proportion plus élevée (21,9 %) que les femmes multipares (18,3 %). Comme observé pour l'induction, la proportion de césariennes augmente avec l'indice de masse corporelle, les femmes en sous-poids présentant la proportion la plus faible (15,4 %) et les mères souffrant d'obésité, la proportion la plus élevée (26,9 %). Les femmes souffrant d'hypertension ou de diabète ont également une proportion de césariennes plus élevée (hypertension : 35,0 % contre 19,0 % ; diabète : 24,9 % contre 19,1 %).

La proportion d'accouchements instrumentaux augmente de 2009 à 2012 (8,6 % à 9,0 %) avant de se stabiliser. La proportion de césariennes est stable depuis 2010, que ce soit pour l'ensemble des césariennes, pour les césariennes électives ou pour les césariennes non programmées (figure 11). La proportion de césariennes pour les accouchements uniques suit la même évolution, celle des accouchements multiples est stable depuis 2009.

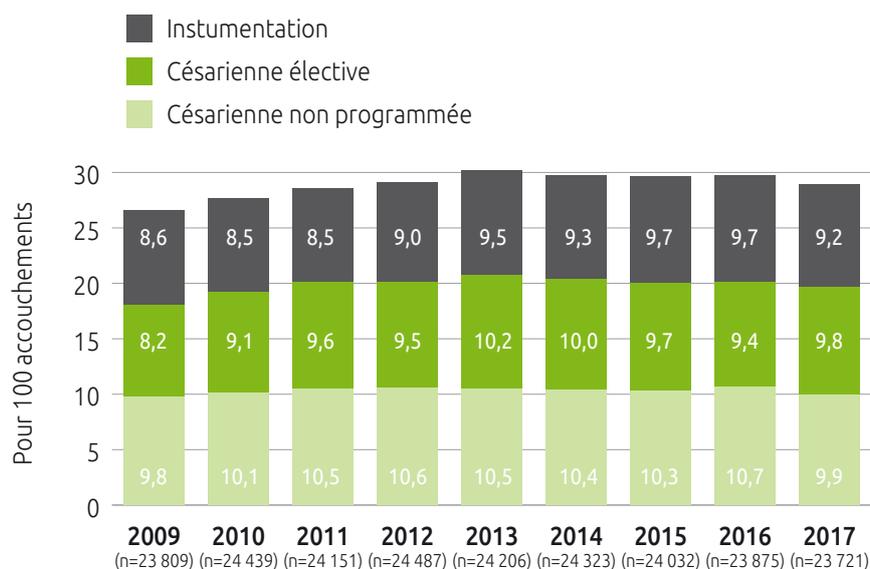


Figure 11. Évolution du mode d'accouchement, Région bruxelloise, 2009-2017, N=217 043

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

La proportion de césariennes est plus élevée parmi les mères avec un singleton vivant en siège avec 85,2 %, contre 16,1 % pour les singletons vivants en sommet.

La proportion d'accouchements par voie basse pour les singletons vivants en siège chez la primipare a diminué de 2009 à 2013, passant de 8,1 % à 4,5 % avant d'augmenter à 9,7 % en 2017. Le même constat est à faire pour les multipares avec une proportion de 20,8 % en 2017 (figure 12).

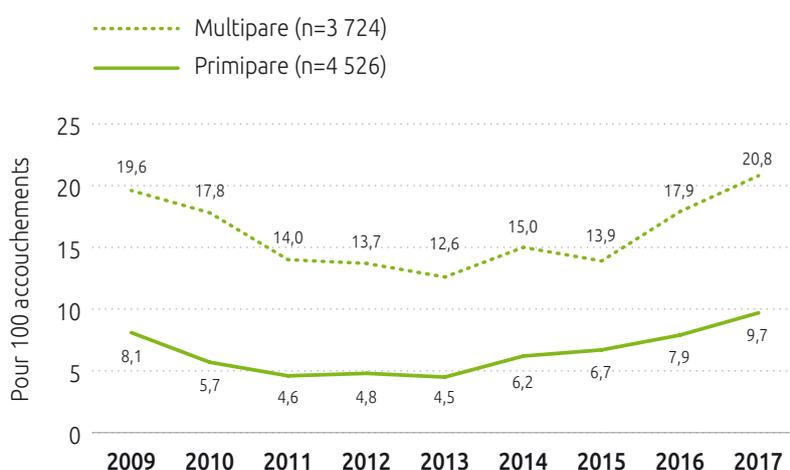
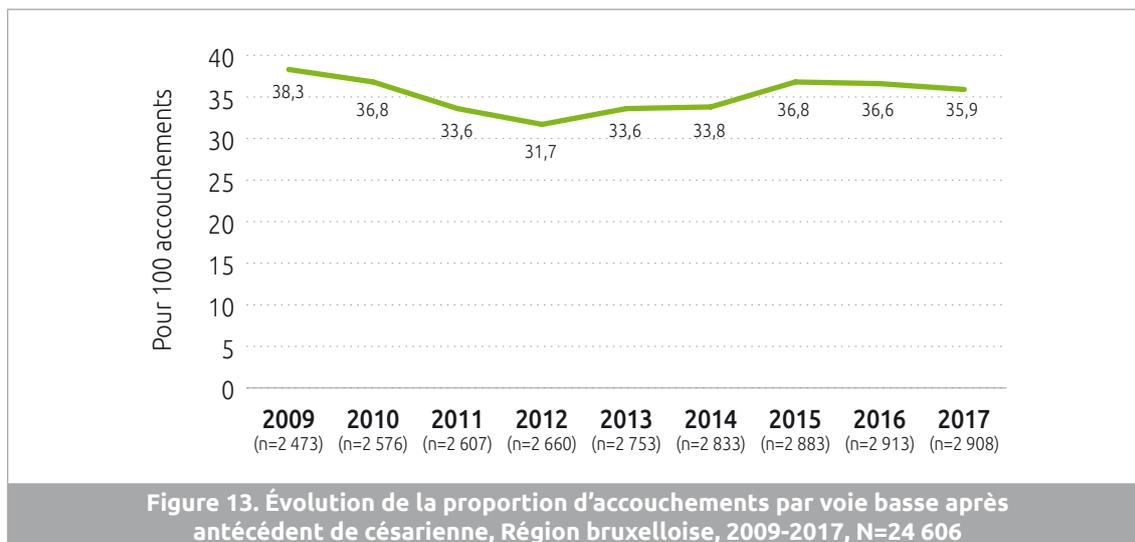


Figure 12. Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse pour les singletons vivants en siège selon la parité, Région bruxelloise, 2009-2017, N=8 250

La proportion de multipares avec au moins un antécédent de césarienne est de 20,5 % et parmi celles-ci, 35,9 % ont accouché par voie basse. Cette proportion a augmenté de 2012 à 2014 après avoir diminué, elle est maintenant stable depuis 3 années (figure 13).



CLASSIFICATION DES CÉSARIENNES

Les systèmes utilisés pour classifier les césariennes sont très hétérogènes et les comparaisons régionales, nationales et internationales rendues difficiles. Dans sa dernière note (29), l'OMS recommande d'utiliser le système de classification de Robson⁸ (30), 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.

Selon la nomenclature de Robson, 52,1 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 22,4 % de primipares et 29,7 % de multipares. La part de ces deux groupes dans la proportion de césariennes est faible (2,0 % pour la catégorie 1 et 0,5 % pour la catégorie 3), ce constat est positif. Les proportions de césariennes les plus élevées se retrouvent dans les catégories 9 (transverse) et 6 (primipare en siège). Néanmoins, la taille de ces groupes étant très petite, leur part dans la proportion de césariennes est relativement faible. Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 19,7 % de césarienne sont les «Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective», avec 3,6 % et les «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines», avec 6,5 % (tableau 17).

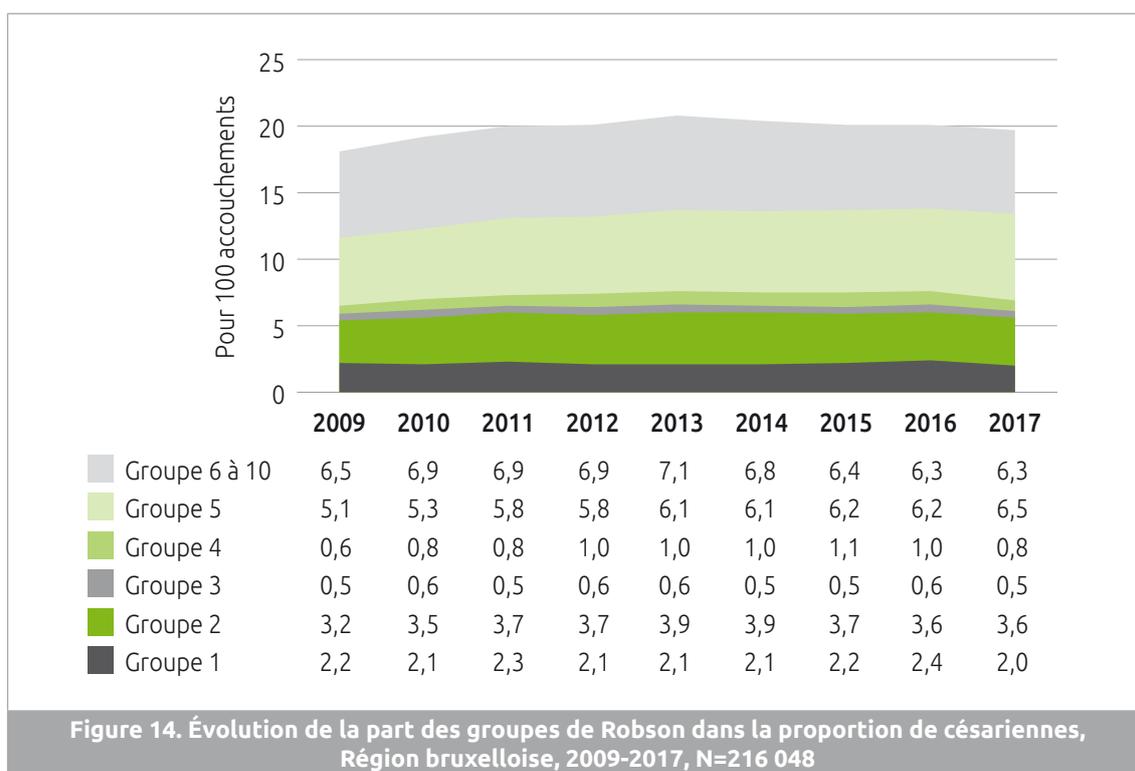
8 Le système de classification de Robson catégorise les mères en 10 groupes en fonction des caractéristiques maternelles et fœtales de la grossesse. Les groupes se basent sur des critères pertinents, mutuellement exclusifs et totalement inclusifs (28).

Tableau 17. Classification des césariennes selon les groupes de Robson, Région bruxelloise, 2017, N=23 676

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	5 311	22,4	479	9,0	2,0
2 Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	2 920	12,3	848	29,0	3,6
3 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	7 022	29,7	118	1,7	0,5
4 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	3 155	13,3	191	6,1	0,8
5 Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines	2 498	10,6	1 528	61,2	6,5
6 Toutes les primipares, singleton en siège	477	2,0	412	86,4	1,7
7 Toutes les multipares, singleton en siège	426	1,8	314	73,7	1,3
8 Toutes les grossesses multiples	485	2,0	296	61,0	1,3
9 Toutes les grossesses, singleton en transverse	87	0,4	84	96,6	0,3
10 Toutes les grossesses, singleton sommet, < 37 semaines	1 295	5,5	398	30,7	1,7
TOTAL	23 676	100,0	4 668		19,7

Le groupe Robson est inconnu pour 55 mères (0,2 %).

L'évolution de la proportion de césariennes selon les 5 premiers groupes de Robson montre une augmentation de la part de la catégorie 5 «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines» dans la proportion globale de césariennes depuis 2009, passant de 5,1 % à 6,5 % en 2017. La part des catégories 1, 2, 3 et 4 est stable depuis 2010 (figure 14).



5.5.6 ÉPISIOTOMIE

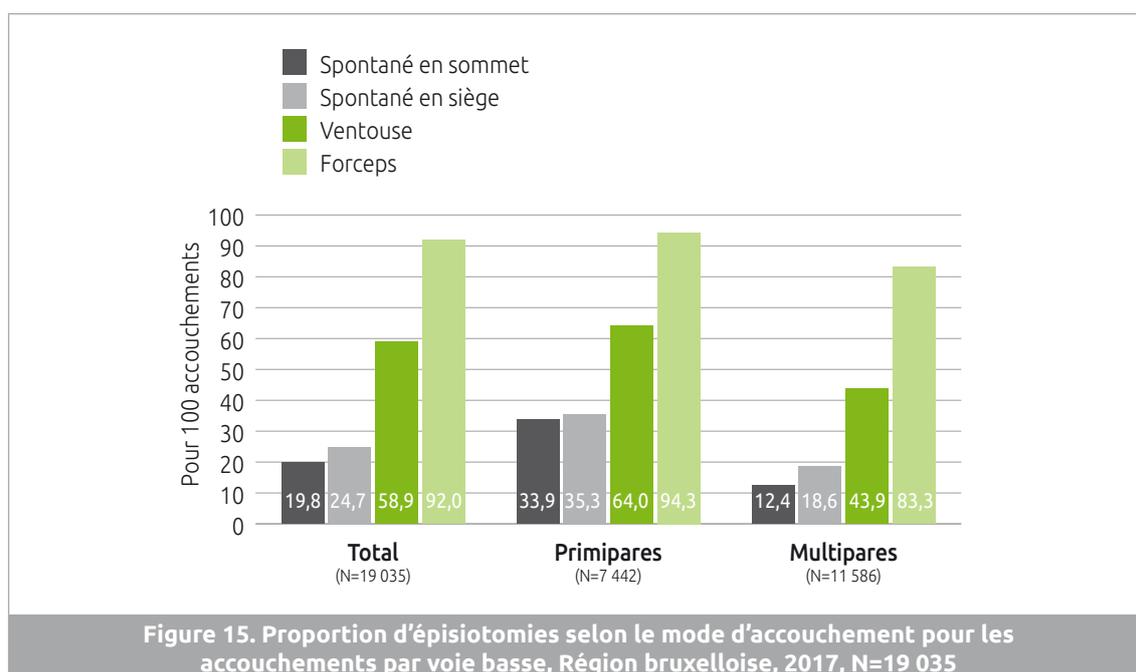
On constate que 19,9 % des accouchements ont eu une épisiotomie, ou :

- 24,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse
- 41,5 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la primipare
- 14,1 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la multipare

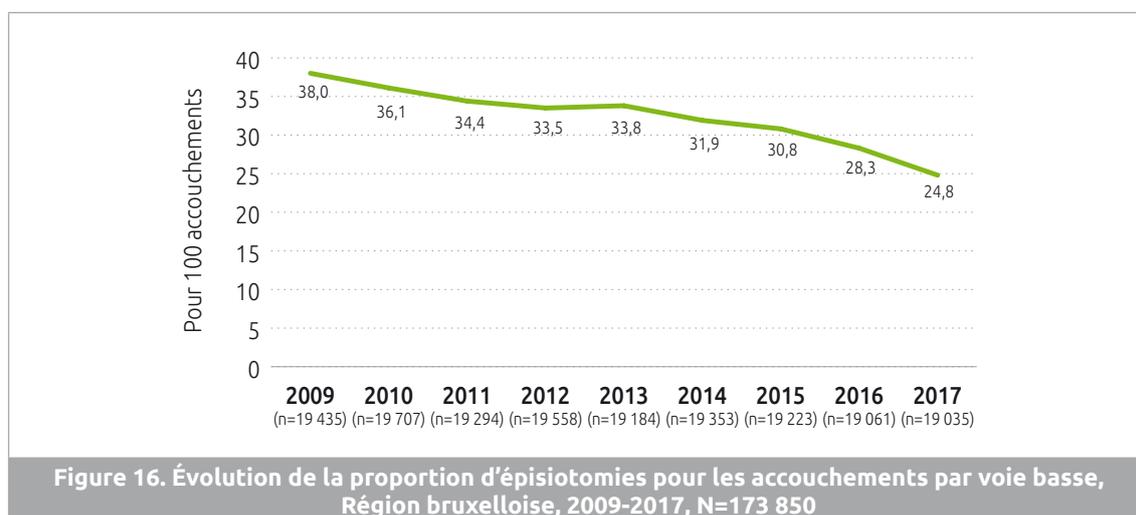
Cette information est manquante pour 17 accouchements (0,1 %).

La proportion d'épisiotomie en Région bruxelloise (19,9 %) est plus faible qu'en Wallonie (25,4 %) (1) et nettement plus faible qu'en Flandre (42,3 %) (2).

La proportion d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse varie selon le mode d'accouchement et la parité, l'instrumentation et principalement l'utilisation du forceps entraînant la proportion d'épisiotomie la plus élevée avec 94,3 % chez la primipare et 83,3 % chez la multipare (figure 15).



La proportion d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse diminue fortement entre 2009 et 2017 passant de 38,0 % à 24,8 % (figure 16).



5.5.7 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE⁹

On constate que 40,6 % des accouchements n'ont pas eu d'intervention obstétricale, ou :

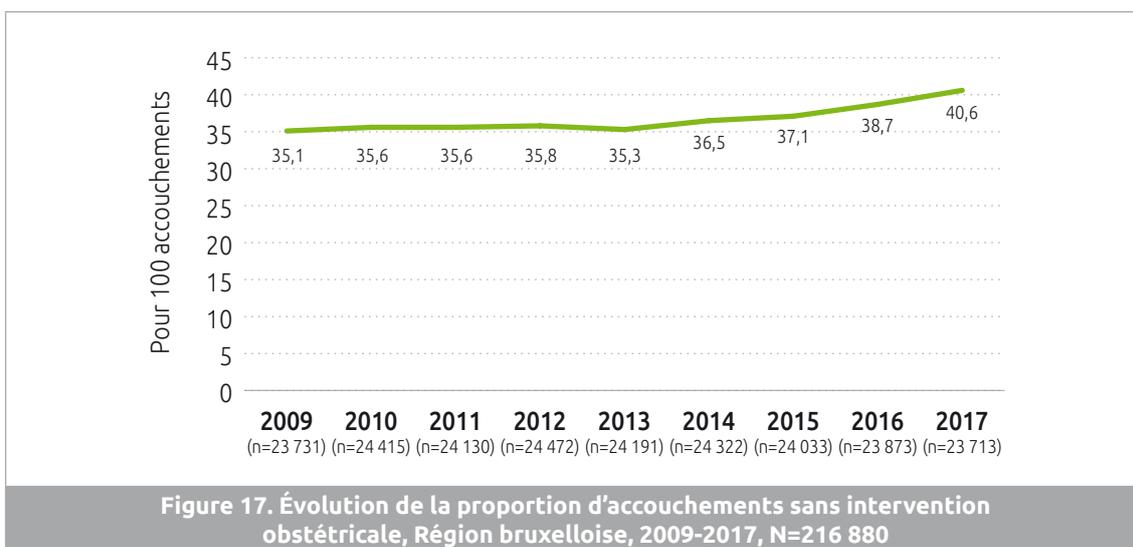
- 41,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 43,1 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 31,1 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 50,9 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare

L'indicateur accouchement sans intervention obstétricale est inconnu pour 18 accouchements (0,1 %).

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale **et** sans péridurale est de 17,8 %.

La proportion d'accouchements sans intervention obstétricale en Région bruxelloise (40,6 %) est plus élevée qu'en Wallonie (33,5 %) (1).

Cette proportion est stable de 2009 à 2013 avant d'augmenter (figure 17).



⁹ Accouchement par voie basse après un travail spontané, sans instrumentation et sans épisiotomie.

5.5.8 PRATIQUES OBSTÉTRICALES ET MATERNITÉS

1. INDUCTION ET MATERNITÉS

La proportion d'inductions varie fortement d'une maternité à l'autre, allant de 21,1 % à 38,2 % selon la maternité. Malgré cette variation importante entre maternités, la tendance générale est à la stabilisation entre 2016 et 2017 avec 4 maternités qui ont diminué leur proportion d'inductions, 4 qui l'ont augmentée et 3 qui sont restées stables (figure 18).

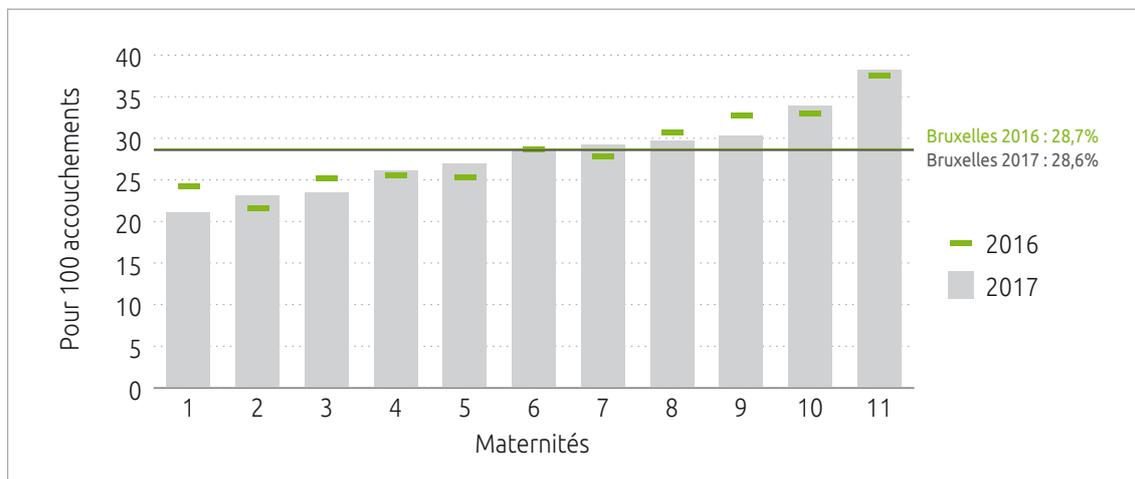


Figure 18. Évolution de la proportion d'inductions par maternité, Région bruxelloise, 2016-2017, N=47 442

Les lignes de référence représentent la proportion d'inductions en Région bruxelloise en 2017 (28,6 %) et en 2016 (28,7 %).

L'analyse de Nippita par maternité montre que la part des groupes 2 (primipares, singleton en sommet, 39-40 semaines) et 5 (multipares sans antécédent de césarienne, singleton en sommet, 39-40 semaines) font varier la proportion globale d'inductions par maternité (figure 19).

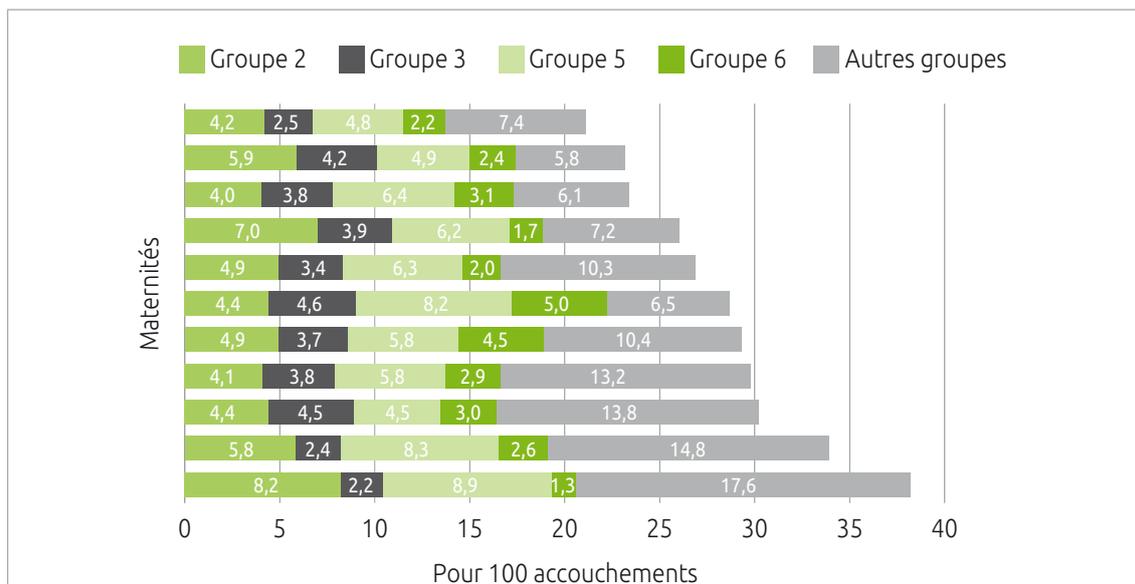
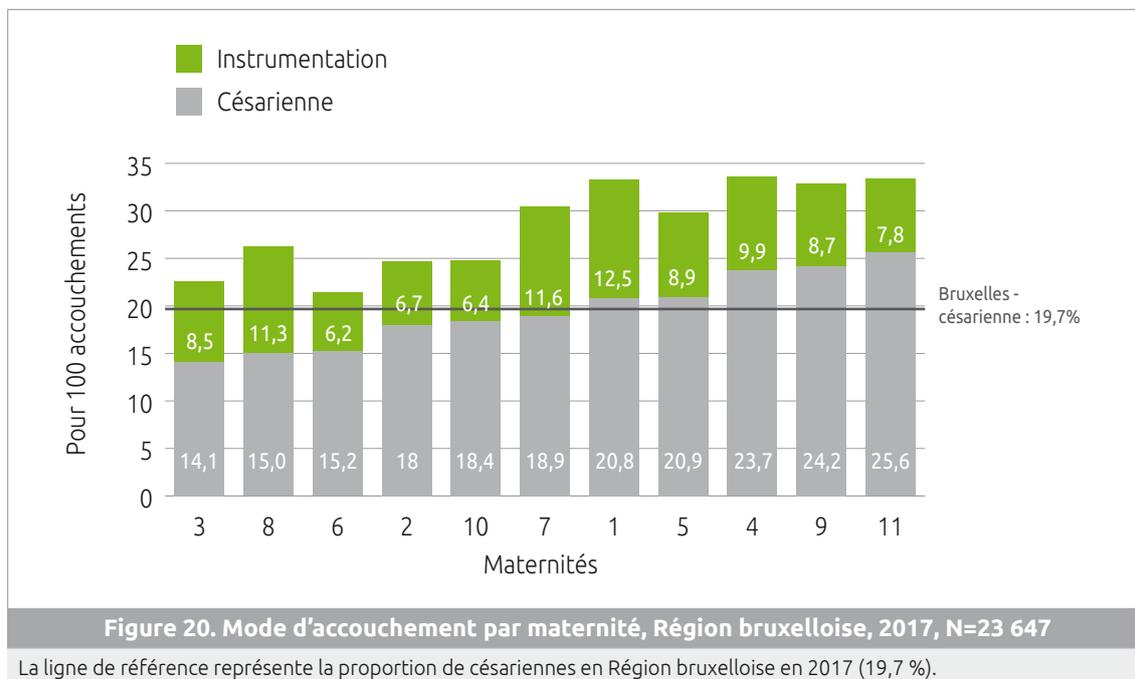


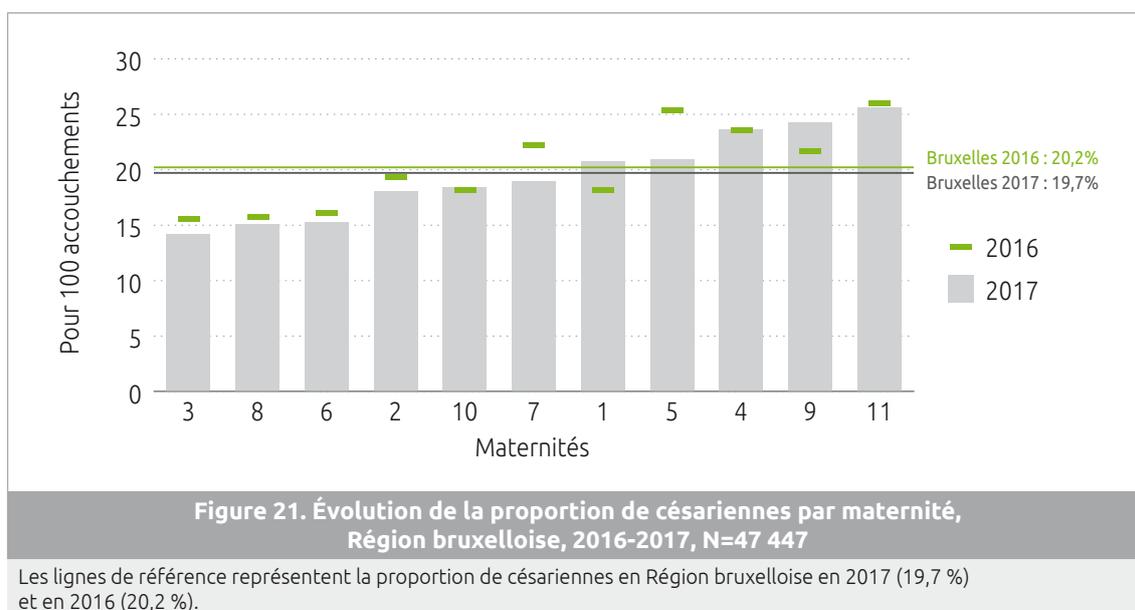
Figure 19. Part des groupes de Nippita dans la proportion d'inductions par maternité, Région bruxelloise, 2017, N=23 617

2. MODE D'ACCOUCHEMENT ET MATERNITÉS

Les proportions de césariennes globale et d'accouchements instrumentaux oscillent d'une maternité à l'autre (de 14,1 % à 25,6 % pour la césarienne et de 6,2 % à 12,5 % pour l'instrumentation). La variation de la proportion d'instrumentations est autant observée pour les maternités avec une proportion de césariennes inférieure à la proportion régionale (19,7 %) que pour les maternités avec une proportion supérieure (figure 20).



Malgré la variation de la proportion de césariennes entre maternités, la tendance générale est à la diminution entre 2016 et 2017 avec 7 maternités qui ont diminué leur proportion, 2 qui l'ont augmentée et 2 qui sont restées stables (figure 21).



La proportion de femmes ayant accouché par voie basse après au moins un antécédent de césarienne varie fortement d'une maternité à l'autre allant de 52,5 % à 22,5 %. Entre 2016 et 2017, 6 maternités ont augmenté leur proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne, 4 l'ont diminuée et 1 est restée stable (figure 22).

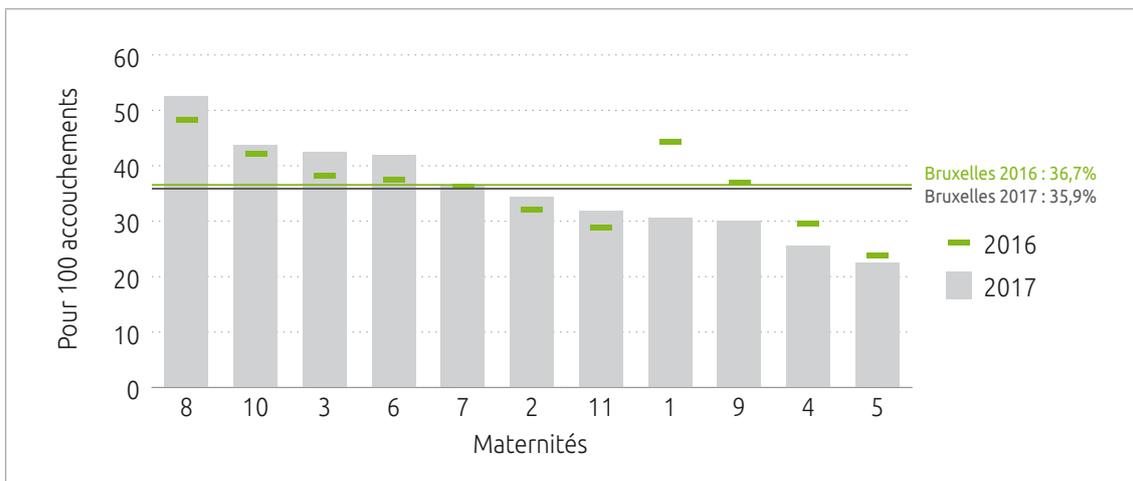


Figure 22. Évolution de la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne par maternité, Région bruxelloise, 2016-2017, N=5817

Les lignes de référence représentent la proportion d'accouchements par voie basse après antécédent de césarienne en Région bruxelloise en 2017 (35,9 %) et en 2016 (36,7 %).

L'analyse de Robson par maternité montre que la part des groupes 1 (primipares, singleton sommet, à terme, travail spontané), 2 (primipares, singleton sommet, à terme, travail induit ou césarienne électorale) et 5 (multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, à terme) font varier la proportion globale de césariennes par maternité (figure 23).

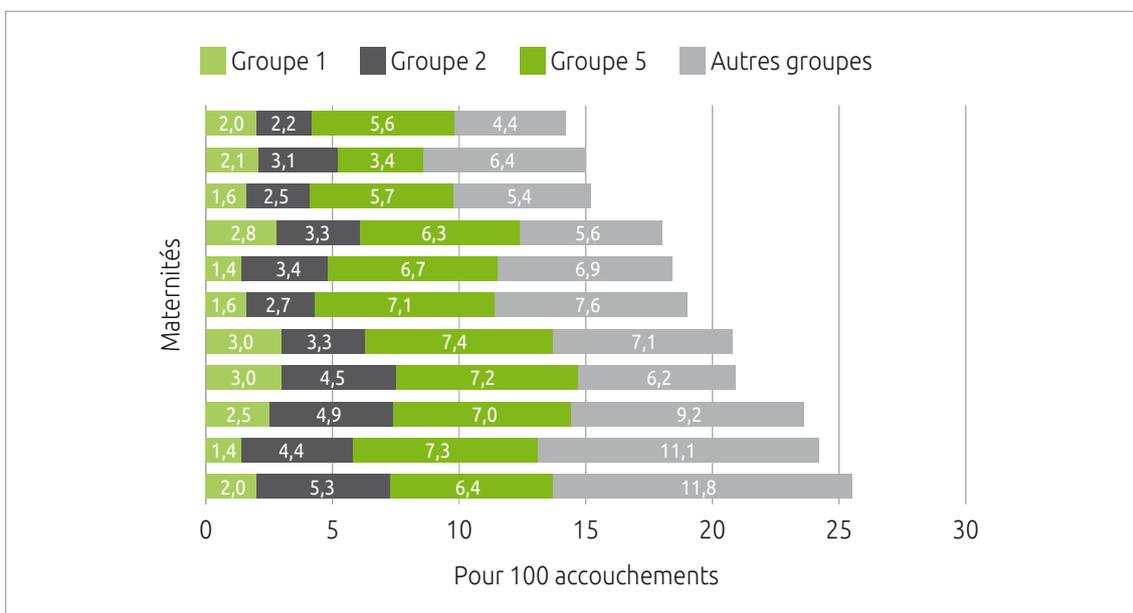
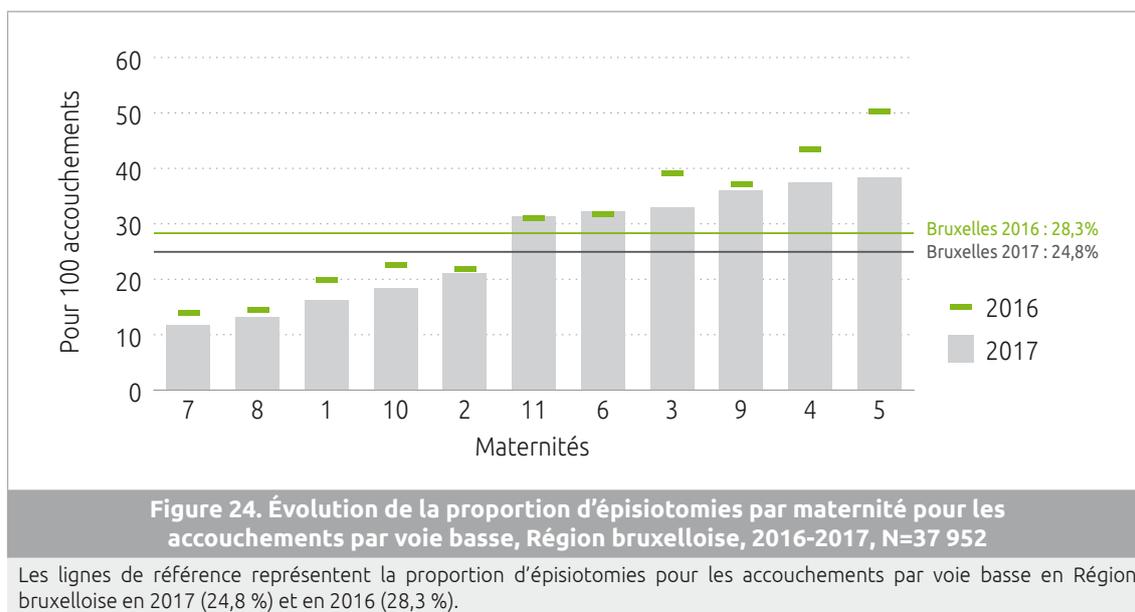


Figure 23. Part des groupes de Robson dans la proportion de césariennes par maternité, Région bruxelloise, 2017, N=23 617

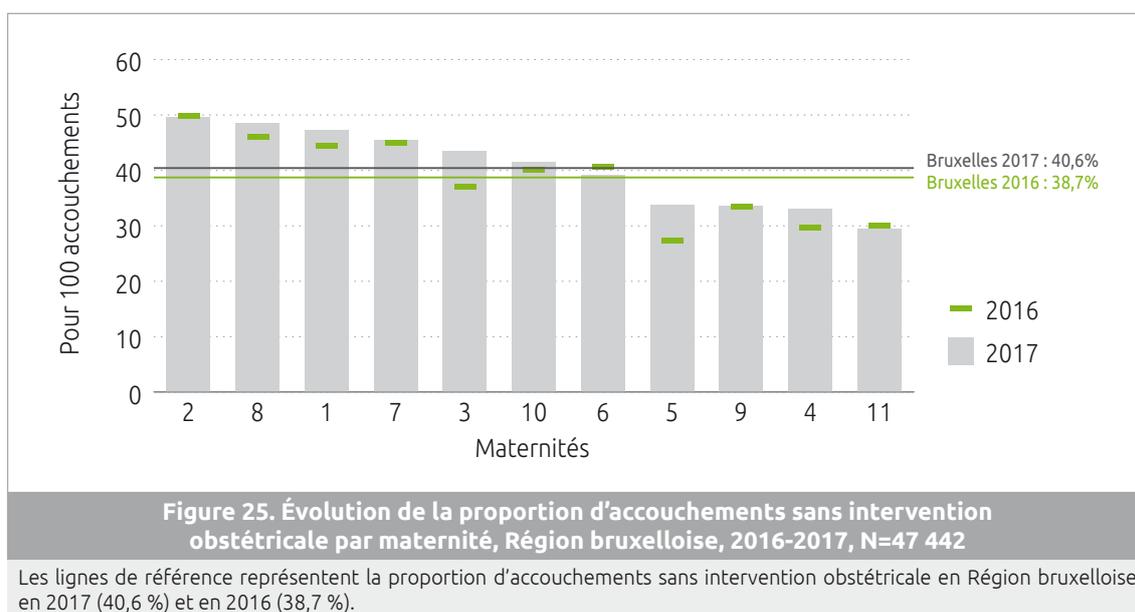
3. ÉPISIOTOMIE ET MATERNITÉS

Entre 2016 et 2017, la tendance générale est à la baisse avec 9 maternités qui ont diminué leur proportion d'épisiotomies (figure 24). On constate également la très grande variation dans les proportions d'épisiotomies d'une maternité à l'autre, variant de 11,7 % à 38,4 % pour les accouchements par voie basse en 2017. Ce constat est probablement lié au fait que cette pratique est moins standardisée que celle de la césarienne ou de l'induction et que contrairement à ces deux dernières pratiques, l'épisiotomie fait très rarement l'objet de discussion au sein des équipes.



4. ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE ET MATERNITÉS

Entre 2016 et 2017, la tendance générale est à l'augmentation de la proportion d'accouchements sans intervention obstétricale avec 7 maternités qui ont augmenté leur proportion, 3 qui l'ont diminuée et 1 qui est restée stable (figure 25). On constate également la grande variation dans les proportions d'accouchements sans intervention d'une maternité à l'autre, la proportion en 2017 variant de 49,6 % à 29,5 %.



On observe des variations importantes entre les maternités pour toutes les pratiques obstétricales. L'analyse de la numérotation des maternités¹⁰ en fonction des différentes pratiques obstétricales montre une certaine hétérogénéité dans les attitudes des maternités, la maternité ayant la proportion d'inductions la plus faible n'affichant pas les proportions d'autres pratiques obstétricales les plus faibles.

5.6 ALLAITEMENT MATERNEL¹¹

La proportion de mères ayant notifié l'intention d'allaiter leur(s) enfant(s) au moment de l'accouchement est de 94,5 %. La proportion est de 94,5 % parmi les grossesses uniques et de 93,7 % parmi les grossesses multiples. Une légère différence dans les proportions s'observe lorsque l'on s'intéresse à l'âge gestationnel où 94,7 % des mères ayant accouché à partir de 37 semaines ont signifié leur intention d'allaiter, contre 91,7 % des mères ayant accouché prématurément.

L'information «allaitement maternel» est inconnue pour 257 accouchements (1,8 %).

Cette proportion, bien que ne donnant aucune information sur la poursuite de l'allaitement dans la durée, est très proche du taux d'initiation relevé lors de l'enquête de couverture vaccinale où la proportion était de 93,0 % à Bruxelles (31).

La proportion de mères désirant allaiter en Région bruxelloise (94,5 %) est plus élevée qu'en Wallonie (81,2 %) (1).

10 Un numéro a été attribué à chaque maternité bruxelloise sur la base de leur proportion d'inductions en 2017 (figure 18). Les maternités gardent le même numéro pour toutes les pratiques obstétricales, ce qui permet d'analyser le profil des maternités.

11 La variable «Allaitement maternel» apparaît sur le formulaire électronique e-Birth et n'est donc étudiée que pour les accouchements déclarés via cette application (N=13 984).

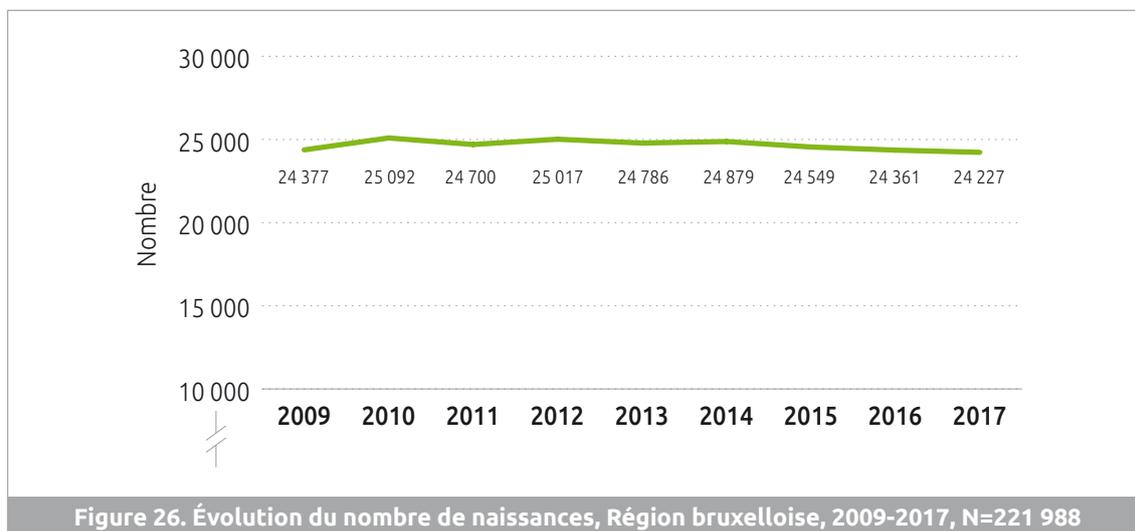
6. NAISSANCES EN RÉGION BRUXELLOISE

6.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

En 2017, 24 227 naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise ont été enregistrées, avec 23 245 naissances uniques et 982 naissances multiples (tableau 18).

Tableau 18. Détail des naissances, Région bruxelloise, 2017, N=24 227	
Naissances vivantes : 23 972	
Singletons :	23 006
Multiplés :	966
Mort-nés : 255	
Singletons :	239
Multiplés :	16

Une diminution du nombre de naissances en Région bruxelloise est observée depuis 2012 passant de 25 017 naissances en 2012 à 24 227 en 2017 (figure 26).



6.2 CARACTÉRISTIQUES DES NAISSANCES

6.2.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Pour les singletons vivants,

- 95,9 % se présentent en sommet
- 3,7 % se présentent en siège
- 0,4 % se présentent en transverse

La présentation est inconnue pour 12 singletons vivants (0,1 %).

6.2.2 ÂGE GESTATIONNEL

La proportion d'enfants nés avant 37 semaines est de :

- 8,6 % pour l'ensemble des naissances
- 7,8 % pour l'ensemble des naissances vivantes
- 6,6 % pour les singletons
- 5,8 % pour les singletons vivants
- 55,7 % pour les multiples
- 55,2 % pour les multiples vivants
- 10,3 % dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs
- 5,1 % dans les maternités sans centre de soins néonataux intensifs

L'âge gestationnel est inconnu pour 21 naissances (0,1 %).

Parmi les singletons vivants nés à terme, 26,4 % ont un âge gestationnel de 37 ou 38 semaines (early term¹²). Parmi les singletons vivants nés prématurés, 72,5 % des enfants sont nés entre 34 et 36 semaines (late preterm¹³) (tableau 19).

Tableau 19. Distribution des naissances selon l'âge gestationnel, Région bruxelloise, 2017, N=24 206

Âge gestationnel (semaines)	Naissances vivantes (n=23 953)				Mort-nés (n=253)				Total (n=24 206)
	Singletons (n=22 989)		Multiples (n=964)		Singletons (n=237)		Multiples (n=16)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
< 28	97	0,4	50	5,2	111	46,8	8	50,0	1,1
28-31	123	0,5	52	5,4	47	19,8	2	12,5	0,9
32-33	147	0,6	108	11,2	22	9,3	1	6,3	1,2
34-36	968	4,2	322	33,4	25	10,6	3	18,8	5,4
37-38	5 714	24,9	409	42,4	16	6,8	1	6,2	25,4
39-40	13 058	56,8	20	2,1	15	6,3	0	0,0	54,1
41-42	2 882	12,6	3	0,3	1	0,4	1	6,2	11,9

L'âge gestationnel est inconnu pour 21 naissances (0,1 %).

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines à Bruxelles (8,6 %) est inférieure à celle de la Wallonie (9,3 %) (1).

En Europe, la proportion de naissances vivantes nées avant terme varie de 6 % à 12 %. Les proportions les plus faibles ont été observées en Norvège, Danemark, Lettonie, Finlande, Estonie, Suède, Islande et Lituanie, et les proportions les plus élevées en Allemagne, Grèce, Hongrie et Chypre (3).

¹² Les «early term» sont définis comme les enfants nés à 37 ou 38 semaines gestationnelles (32).

¹³ Les «late preterm» sont définis comme les enfants nés entre 34 et 36 semaines gestationnelles (32).

Les mères âgées de 40 ans et plus et les mères avec un faible niveau d'instruction accouchent davantage avant 39 semaines, que ce soit en early-term, late-preterm ou preterm. Les proportions de singletons vivants late-preterm et preterm sont plus importantes chez les mères d'origine congolaise (tableau 20).

Tableau 20. Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques sociodémographiques de la mère parmi les naissances uniques vivantes, Région bruxelloise, 2017

	Preterm ¹⁴ < 34 semaines (n=367)		Late-preterm 34-36 semaines (n=968)		Early-term 37-38 semaines (n=5 714)		Full-term ¹⁵ ≥ 39 semaines (n=15 940)		p-valeur*
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Âge (années), n=22 989	< 0,001								
< 20	6	2,2	9	3,3	76	28,0	180	66,4	
20 - 39	129	1,5	338	4,0	1 928	23,0	5 974	71,4	
30 - 39	197	1,5	546	4,2	3 262	25,2	8 924	69,0	
≥ 40	35	2,5	75	5,3	448	31,6	862	60,7	
Nationalité d'origine, n=22 743	< 0,001								
Belge	111	1,8	305	4,9	1 659	26,8	4 106	66,4	
Maroc	61	1,3	149	3,1	1 076	22,6	3 470	73,0	
France	18	1,7	44	4,2	210	20,1	774	74,0	
Congo	36	3,9	51	5,5	245	26,3	600	64,4	
Roumanie	17	1,3	47	3,7	322	25,3	885	69,6	
Autres	120	1,4	360	4,2	2 146	25,1	5 931	69,3	
Niveau d'éducation, n=20 904	< 0,001								
Secondaire ou moins	208	1,7	525	4,2	3 189	25,4	8 649	68,8	
Postsecondaire ou plus	101	1,2	315	3,8	1 951	23,4	5 966	71,6	
* Test chi ² qui compare la proportion des caractéristiques sociodémographiques de la mère entre les quatre catégories d'âge gestationnel.									

14 Les « preterm » regroupent la grande prématurité (< 32 semaines) et la prématurité modérée (32-33 semaines).

15 Les « full-term » regroupent toutes les naissances de 39 semaines et plus.

Les mères en sous-poids, souffrant d'hypertension ou de diabète et les mères ayant eu recours à un traitement conceptionnel accouchent davantage avant 39 semaines, que ce soit en early-term, late-preterm ou preterm (tableau 21).

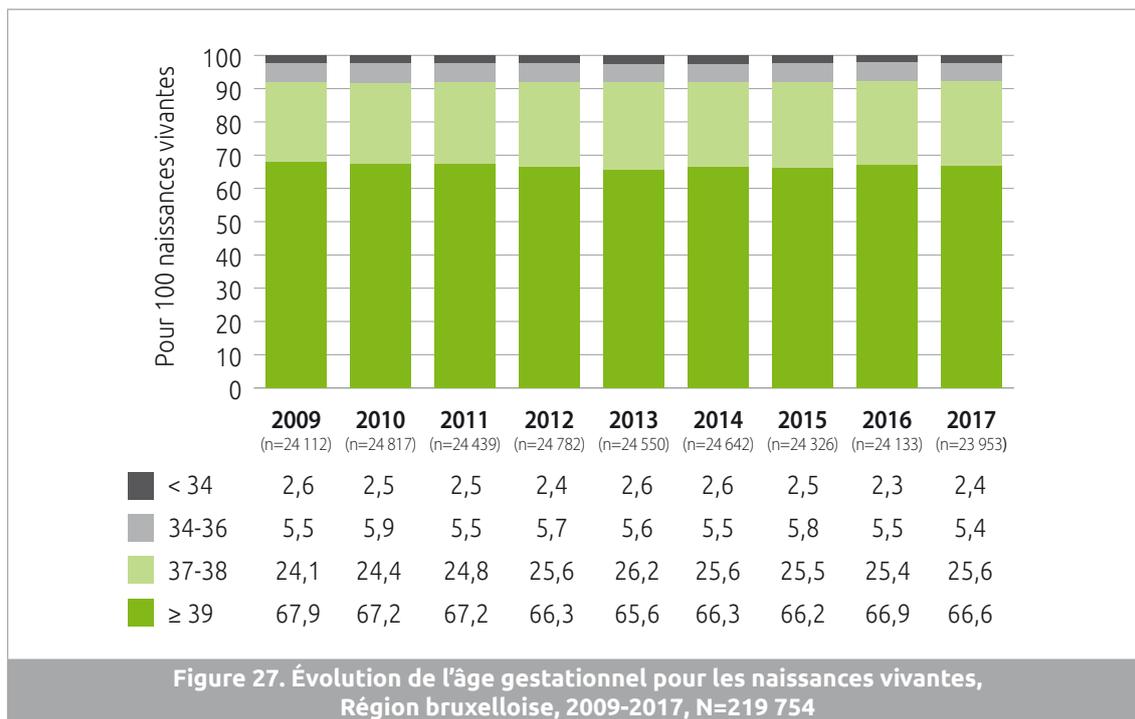
Tableau 21. Association entre l'âge gestationnel et les caractéristiques biomédicales de la mère parmi les naissances uniques vivantes, Région bruxelloise, 2017

	Preterm < 34 semaines (n=367)		Late-preterm 34-36 semaines (n=968)		Early-term 37-38 semaines (n=5 714)		Full-term ≥ 39 semaines (n=15 940)		p-valeur*
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Parité, n=22 988	< 0,001								
Primipare	165	1,8	429	4,7	2 005	21,8	6 613	71,8	
Multipare	202	1,5	539	3,9	3 709	26,9	9 326	67,7	
IMC, n=20 440	< 0,001								
Insuffisance pondérale	23	2,3	54	5,5	290	29,5	615	62,6	
Corpulence normale	127	1,1	456	3,8	2 747	23,2	8 534	71,9	
Surpoids / obésité	115	1,5	318	4,2	2 007	26,4	5 154	67,9	
Diabète, n=22 891	< 0,001								
Oui	57	2,2	140	5,5	977	38,4	1 372	53,9	
Non	309	1,5	817	4,0	4 717	23,2	14 502	71,3	
Hypertension artérielle, n=22 949	< 0,001								
Oui	74	7,2	139	13,4	356	34,4	466	45,0	
Non	293	1,3	823	3,8	5 350	24,4	15 448	70,5	
Conception médicalement assistée, n=22 865	< 0,001								
Oui	28	2,5	63	5,7	310	28,1	703	63,7	
Non	334	1,5	897	4,1	5 374	24,7	15 156	69,7	

* Test χ^2 qui compare la proportion des caractéristiques biomédicales de la mère entre les quatre catégories d'âge gestationnel.

La proportion d'inductions augmente avec l'âge gestationnel, avec une proportion identique entre les early-term (28,7 %) et les full-term (28,6 %). Pour la proportion globale de césariennes, celle-ci diminue lorsque l'âge gestationnel augmente avec respectivement 61,3 % chez les preterm, 33,6 % chez les late-preterm, 28,6 % chez les early-term et 13,7 % chez les full-term. Cependant la proportion de césariennes programmées la plus élevée s'observe parmi les early term (19,0 %) et la plus faible parmi les full-term (5,3 %).

La proportion d'enfants nés vivants avant terme («late preterm» et «preterm») n'évolue pas de 2009 à 2017. La proportion d'enfants nés vivants «early term» a augmenté de 2009 à 2012, passant de 24,1 % à 25,6 % avant de se stabiliser (figure 27).



6.2.3 POIDS À LA NAISSANCE

La proportion d'enfants de faible poids (< 2 500 g) est de :

- 7,6 % pour l'ensemble des naissances
- 6,8 % pour l'ensemble des naissances vivantes
- 5,5 % pour les singletons
- 4,7 % pour les singletons vivants
- 56,5 % pour les multiples
- 56,0 % pour les multiples vivants
- 9,0 % dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs
- 4,5 % dans les maternités sans centre de soins néonataux intensifs
- 2,4 % pour l'ensemble des naissances à terme
- 2,3 % pour les naissances vivantes à terme
- 21,1 % pour les mort-nés à terme

Le poids à la naissance est inconnu pour 79 naissances (0,3 %)

Le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 275 g (déviation standard : 600 g). Pour les enfants nés vivants, celui-ci est de 3 295 g (déviation standard : 564 g).

Parmi les singletons nés vivants, 4,7 % ont un faible poids à la naissance (< 2 500 g) avec 0,9 % qui sont nés avec un très faible poids à la naissance (< 1 500 g) (tableau 22).

Tableau 22. Distribution des naissances selon le poids à la naissance, Région bruxelloise, 2017, N=24 148

Poids (g)	Naissances vivantes (n=23 900)				Mort-nés (n=248)				Total (n=24 148)
	Singletons (n=22 945)		Multiples (n=955)		Singletons (n=232)		Multiples (n=16)		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
< 500	3	0,0	5	0,5	26	11,2	4	25,0	0,2
500 - 1 499	207	0,9	103	10,8	116	50,0	8	50,0	1,8
1 500 - 2 499	877	3,8	427	44,7	51	22,0	2	12,5	5,6
2 500 - 3 999	19 966	87,0	420	44,0	35	15,1	2	12,5	84,6
≥ 4 000	1 892	8,3	0	0,0	4	1,7	0	0,0	7,8

Le poids à la naissance est inconnu pour 79 naissances (0,3 %).

La proportion de faible poids à la naissance à Bruxelles (7,6 %) se situe entre celle de la Flandre (6,8 %) (2) et celle de la Wallonie (8,6 %) (1). Cependant, la proportion de très faible poids à la naissance (2,0 %) est plus importante qu'en Wallonie (1,5 %) (1) et en Flandre (1,2 %) (2).

En Europe, la proportion de faible poids à la naissance (< 2 500 g) varie de 4,2 % à 10,6 % des naissances vivantes, les proportions étant plus faibles dans les pays nordiques et baltes (Estonie, Finlande, Suède, Lettonie, Lituanie et Norvège) et plus élevées dans le sud et l'est de l'Europe (Roumanie, Espagne, Hongrie, Portugal, Grèce, Bulgarie et Chypre) (3).

La proportion de singletons nés vivants de faible poids à la naissance augmente aux âges extrêmes de la mère, les femmes âgées de moins de 20 ans et celles âgées de 40 ans et plus ont davantage d'enfants de petit poids avec respectivement 7,4 % et 7,3 % contre 4,5 % pour les femmes de 20 à 39 ans.

Les mères primipares (5,9 %), hypertendues (19,2 %) ou ayant eu recours à la procréation médicalement assistée (6,3 %) mettent davantage au monde des enfants singletons vivants de faible poids que les mères multipares (4,0 %), non-hypertendues (4,0 %) ou n'ayant pas eu recours à un traitement conceptionnel (4,6 %). La proportion de singletons vivants de faible poids augmente lorsque l'indice de masse corporelle diminue avec 8,0 % chez les mères en sous-poids et 4,2 % chez les mères souffrant d'obésité.

La proportion de césariennes diffère selon le poids à la naissance de l'enfant pour les grossesses uniques comme pour les grossesses multiples (tableau 23). Pour les singletons vivants, la proportion de césariennes la plus élevée est observée chez les enfants nés avec un poids allant de 500 g à 1 499 g et la proportion la plus faible chez les enfants nés avec un poids allant de 2 500 g à 3 999 g.

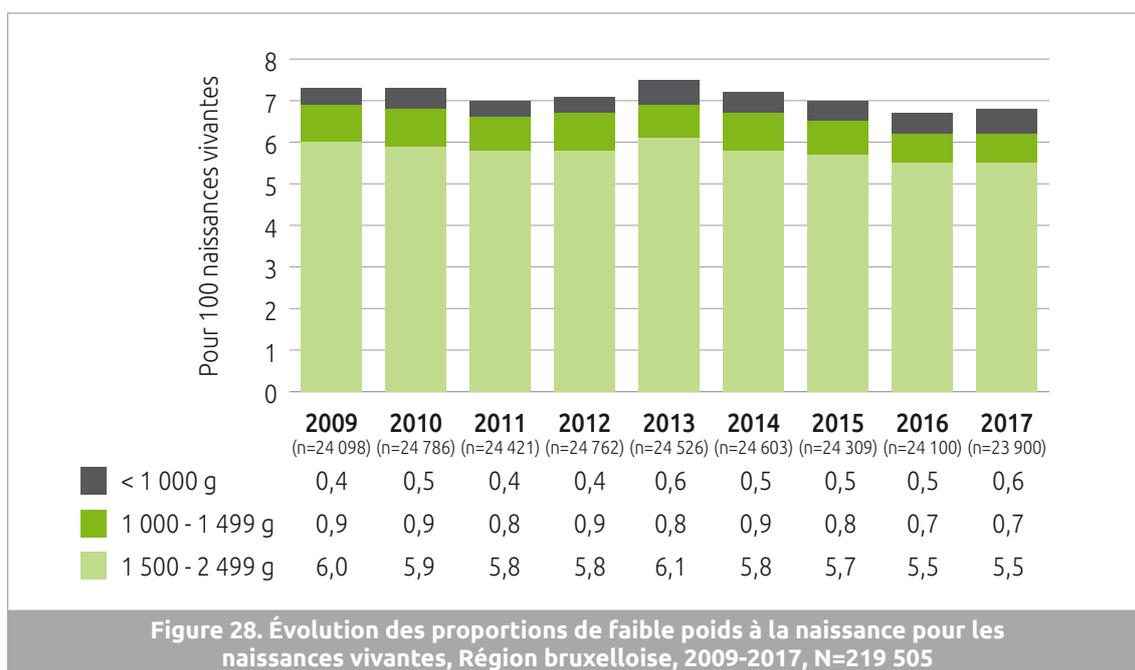
Tableau 23. Distribution des naissances vivantes selon le poids à la naissance et le mode d'accouchement, Région bruxelloise, 2017, N=23 897

Poids (g)	Voie basse		Césarienne	
	Singletons (N=22 942)			
	Nombre	%	Nombre	%
< 500 (n=3)	1	33,3	2	66,7
500 – 1 499 (n=207)	58	28,0	149	72,0
1 500 – 2 499 (n=877)	555	63,3	322	36,7
2 500 – 3 999 (n=19 964)	16 437	82,3	3 527	17,7
≥ 4 000 (n=1 891)	1 536	81,2	355	18,8
Poids (g)	Multiples (N=955)			
	Nombre	%	Nombre	%
	< 500 (n=5)	2	40,0	3
500 – 1 499 (n=103)	19	18,5	84	81,5
1 500 – 2 499 (n=427)	173	40,5	254	59,5
2 500 – 3 999 (n=420)	166	39,5	254	60,5
≥ 4 000 (n=0)	0	0,0	0	0,0

Pour les naissances vivantes, le poids moyen de l'enfant à la naissance n'évolue pas sur la période 2009-2017.

La proportion de faible poids à la naissance (< 2 500 g) est stable de 2009 à 2015, avant de diminuer. Les proportions de très faible poids (< 1 500 g) et d'extrêmement faible poids (< 1 000 g) sont, elles, stables de 2009 à 2017 (figure 28).

La proportion d'enfant de faible poids à la naissance mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines n'évolue pas au cours des années 2009 à 2017.



En Europe, aucune tendance générale n'a été observée. La proportion de faible poids à la naissance (< 2 500 g) augmente entre 2010 et 2015 pour certains pays (Malte, Norvège, Autriche et Slovaquie) et diminue pour d'autres (Espagne, Pologne, Italie, Écosse et Portugal) (3).

6.2.4 POIDS À LA NAISSANCE SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

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

Parmi l'ensemble des naissances, la proportion d'enfants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (\leq percentile 10) est de 7,2 % et celle avec un très petit poids pour l'âge (\leq percentile 3) est de 2,2 % (tableau 24).

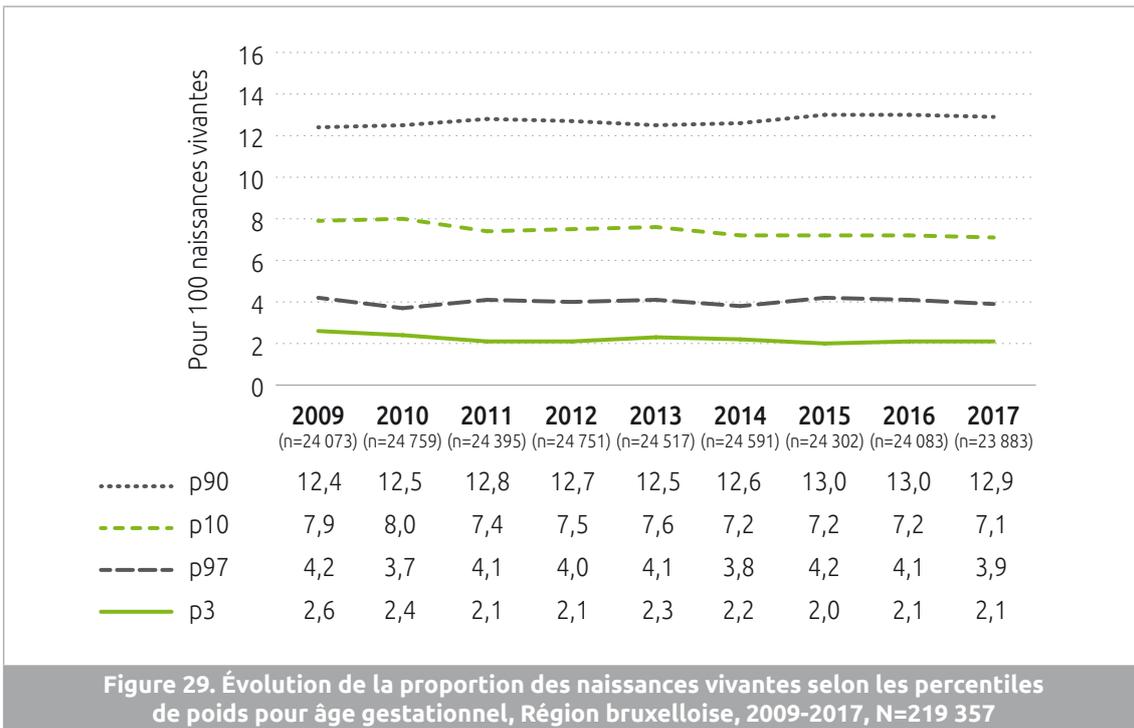
Tableau 24. Distribution des naissances selon les percentiles de poids pour âge gestationnel, Région bruxelloise, 2017

	\leq 3 ^e percentile		\leq 10 ^e percentile		$>$ 90 ^e percentile		$>$ 97 ^e percentile	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Naissances totales (n=24 080)	523	2,2	1 741	7,2	3 115	12,9	944	3,9
Naissances vivantes (n=23 883)	499	2,1	1 700	7,1	3 089	12,9	931	3,9
Naissances vivantes uniques (n=22 934)	405	1,8	1 450	6,3	3 075	13,4	928	4,1
Naissances vivantes uniques prématurées (< 37 semaines) (n=1 312)	70	5,3	166	12,7	108	8,2	38	2,9

L'indicateur poids pour âge gestationnel est inconnu pour 147 enfants (0,6 %).

La proportion d'enfants nés vivants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (\leq percentile 10) en Région bruxelloise (7,1 %) est plus faible que la proportion en Wallonie (9,3 %) (1).

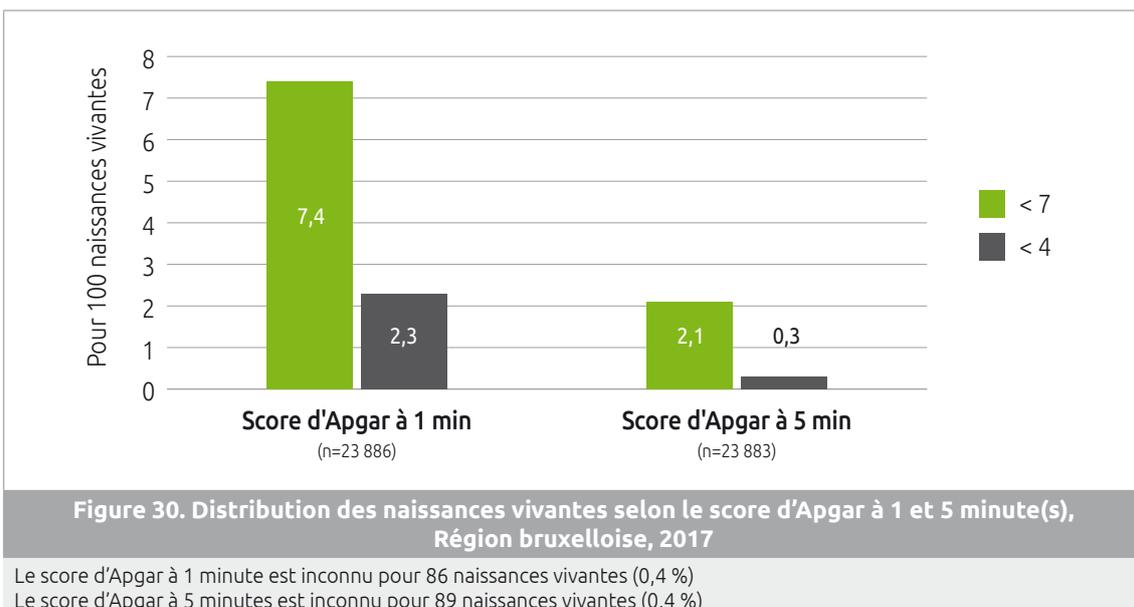
La proportion d'enfants nés vivants dont le poids à la naissance est inférieur ou égal au percentile 3 diminue de 2009 à 2011 avant de se stabiliser. La proportion d'enfants dont le poids à la naissance est inférieur ou égal au percentile 10 diminue de 2009 à 2014, passant de 7,9 % à 7,2 %, avant de se stabiliser. Les proportions d'enfants nés vivants dont le poids à la naissance est supérieur au percentile 90 et supérieur au percentile 97 ne montrent pas d'évolution entre 2009 et 2017 (figure 29).



6.2.5 APGAR

Parmi les naissances vivantes, 7,4 % présentent un score d'Apgar inférieur à 7 et 2,3 % un score inférieur à 4 après 1 minute. À 5 minutes, seul 2,1 % ont un score inférieur à 7 et 0,3 % un score inférieur à 4 (figure 30).

La proportion d'enfants nés vivants ayant un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes est stable de 2009 à 2015 avant d'augmenter. La proportion d'enfants nés vivants ayant un score d'Apgar inférieur à 4 à 5 minutes est stable de 2009 à 2017 (0,3 %).



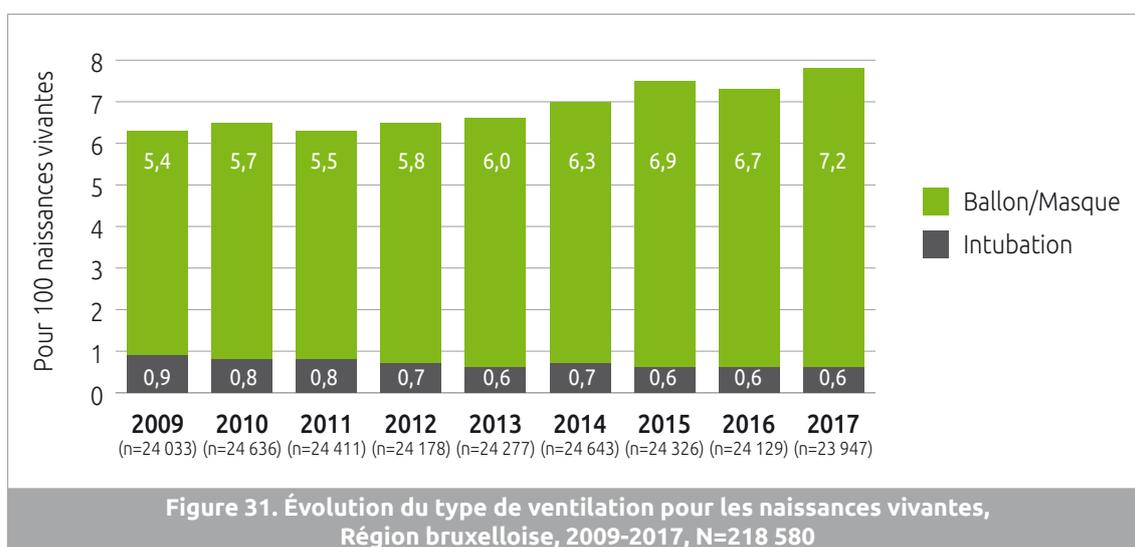
6.2.6 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

La proportion d'enfants nés vivants ventilés à la naissance est de 7,8 % dont 92,3 % au ballon et masque (tableau 25).

Tableau 25. Distribution des naissances vivantes selon la ventilation du nouveau-né, Région bruxelloise, 2016, N=23 948		
	Nombre	%
Ventilation	1 876	7,8
Dont :		
Intubation	145	7,7
Ballon et masque	1 730	92,3

La ventilation du nouveau-né est inconnue pour 24 naissances vivantes (0,1 %).

La proportion de nouveau-nés ayant reçu une assistance respiratoire à la naissance est stable de 2009 à 2013 avant d'augmenter (figure 31).



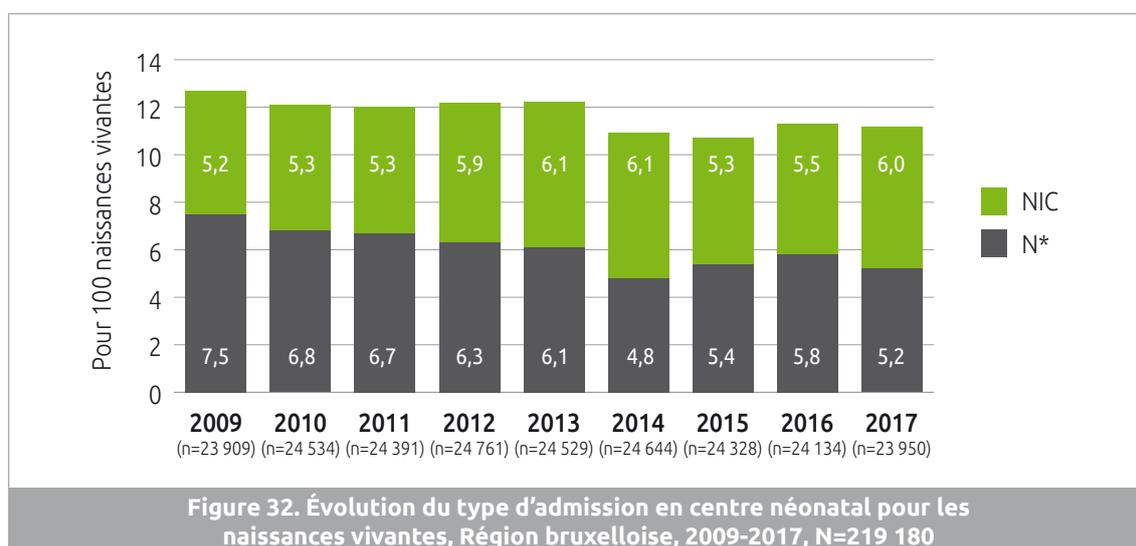
6.2.7 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 11,2 % des naissances vivantes (tableau 26).

Tableau 26. Distribution des naissances vivantes selon l'admission du nouveau-né dans un centre néonatal, Région bruxelloise, 2017, N=23 950			
		Nombre	%
Transfert		2 681	11,2
Dont :	N*	1 236	46,1
	NIC	1 445	53,9

L'admission en centre néonatal est inconnue pour 22 naissances vivantes (0,1 %).

La proportion d'enfants transférés a diminué entre 2013 et 2014 passant de 12,3 % à 10,9 %. Ce sont les transferts en N* qui marquent cette diminution. La proportion d'enfants transférés est stable depuis 4 années (figure 32).



6.2.8 SEXE DU NOUVEAU-NÉ

La proportion de filles (48,7 %) est légèrement inférieure à celle des garçons (51,3 %) (tableau 27). La proportion d'enfants de sexe masculin ou féminin est parfaitement stable entre 2009 et 2017.

Tableau 27. Distribution des naissances selon le sexe du nouveau-né, Région bruxelloise, 2017, N=24 218		
Sexe	Nombre	%
Masculin	12 417	51,3
Féminin	11 801	48,7

Le sexe de l'enfant est indéterminé ou inconnu pour 9 enfants.

6.2.9 MALFORMATIONS

En 2017, 353 enfants sont nés avec une ou plusieurs malformations, dont 141 sont mort-nés. Il s'agit des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance de l'enfant. Le tableau 28 reprend les malformations les plus enregistrées.

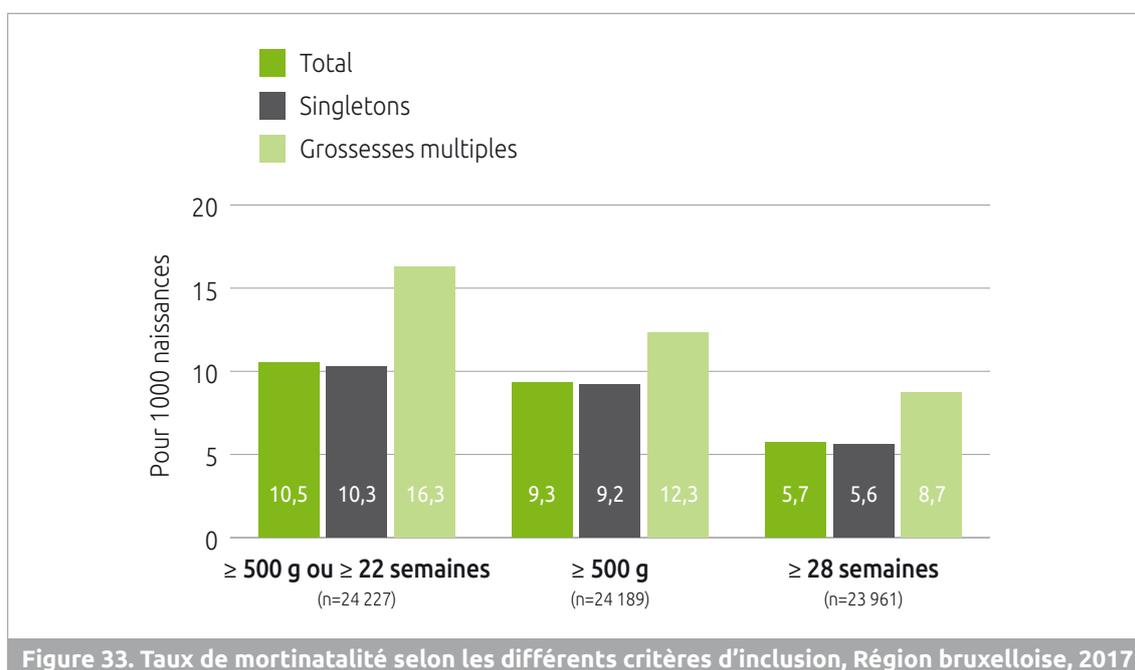
Tableau 28. Malformations les plus enregistrées, Région bruxelloise, 2017	
Malformations	Nombre
Autre malformation cardiaque	24
Trisomie 21	23
Transposition des gros vaisseaux	21
Communication interventriculaire	19
Fente labiale/palatine	19
Hypospade	15
Trisomie 18	15
Hydrocéphalie	14
Hernie diaphragmatique	14
Tétralogie de Fallot	13
Spina bifida	12
Dysplasie squelettique/nanisme	11
Dysplasie rénale poly/multikystique	10
Hydrops foetal	10
Atrésie de l'oesophage	9
Omphalocèle	7

6.3 MORTINATALITÉ

On compte 255 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (10,5 ‰ naissances), dont 16 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mortinatalité est de 10,3 et 16,3 pour 1 000 naissances de singletons et de grossesses multiples respectivement.

Le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 9,3 ‰. Ce taux peut paraître élevé, mais il faut bien rappeler que ce rapport analyse les données de fait et que plusieurs maternités bruxelloises ont un caractère universitaire, ce qui peut avoir une incidence sur le type de patientes qui y est référé. Par ailleurs, ce taux prend également en compte certaines interruptions médicales de grossesse. En Belgique, aucune distinction n'est faite de manière systématique entre les décès spontanés et provoqués.

Si l'on ne considère que les enfants nés vivants et les mort-nés à partir de 28 semaines d'âge gestationnel, comme le recommande l'OMS afin de pouvoir comparer les pays et les régions, on obtient un taux de 5,7 ‰ (5,6 ‰ pour les singletons et 8,7 ‰ pour les grossesses multiples) (figure 33). Ce taux ne montre pas d'évolution entre 2009 et 2017.



L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des morts-nés (figure 33) montre bien que l'interprétation et les comparaisons des analyses sont délicates, ce qui a également été démontré par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles dans sa note sur l'évolution de la mortalité fœto-infantile de 2000 à 2010 (34).

Le taux de mortinatalité décroît lorsque l'âge gestationnel (tableau 29).

Tableau 29. Distribution des mort-nés selon l'âge gestationnel, Région bruxelloise, 2017, N=24 206

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n=23 226)			Multiples (n=980)			Total (n=24 206)		
	Total	Nombre de mort-nés	‰	Total	Nombre de mort-nés	‰	Total	Nombre de mort-nés	‰
< 28	208	111	533,7	58	8	137,9	266	119	447,4
28-31	170	47	276,5	54	2	30,7	224	49	218,8
32-36	1 162	47	40,4	434	4	9,2	1 596	51	32,0
≥ 37	21 686	32	1,5	434	2	4,6	22 120	34	1,5

L'âge gestationnel est inconnu pour 21 naissances (0,1 ‰).

7. CONCLUSION

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2017 en Région bruxelloise, un des objectifs du CEpiP étant de constituer un registre permanent et exhaustif de données périnatales. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise (données de fait), y compris 25,2 % de naissances de mère ne résidant pas dans la Région ce qui limite les interprétations aux événements ayant eu lieu dans les maternités bruxelloises. À la suite du traitement des données, des analyses descriptives sont réalisées. Cette dixième année de publication permet d'analyser les évolutions de quelques indicateurs de santé périnatale en Région bruxelloise. Ces évolutions, réalisées sur plusieurs années, montrent des tendances intéressantes pour certaines variables.

NAISSANCES

Une diminution du nombre de naissances en Région bruxelloise est observée depuis 2012 passant de 25 017 naissances en 2012 à 24 227 en 2017.

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

L'analyse des caractéristiques de la mère montre une augmentation des certains facteurs de risque.

L'âge moyen des mères qui accouchent à Bruxelles continue à augmenter passant de 30,7 ans à 31,8 ans de 2009 à 2017 avec une proportion de mères âgées de 40 ans et plus qui passe de 4,5 % en 2009 à 6,3 % en 2017. Les raisons de cette augmentation sont complexes. Les femmes retardent de plus en plus la première naissance notamment par le fait qu'elles font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, se mettent en union plus tard et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces. Toutefois, comme nous l'avons montré dans ce rapport et les précédents (10-11), le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications telles que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme, le faible poids à la naissance et la mortalité (12-15).

Lors de l'analyse des données biomédicales de la mère, on constate que la proportion de mères en surpoids est stable depuis 2014 et la proportion de mères souffrant d'obésité augmente entre 2009 et 2017. La proportion de mères diabétiques continue à augmenter entre 2009 et 2017.

En 2017, près d'une femme sur quatre souffre de surpoids et plus d'une femme sur dix d'obésité. Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreuses complications, comme le diabète, l'hypertension artérielle et la macrosomie. D'autre part, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivaient plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (25).

Pour ce qui est du diabète, une augmentation constante de la proportion est observée passant de 5,1 % à 11,1 % entre 2009 et 2017. Cette augmentation peut s'expliquer en partie par l'augmentation de la proportion de mère souffrant d'obésité et le recul de l'âge de la grossesse.

Lutter contre l'obésité et améliorer le dépistage des mères diabétiques permettent de limiter les risques associés tels qu'un poids de naissance élevé, un accouchement compliqué ou par césarienne, une hypoglycémie néonatale due à l'hyperinsulinisme foetal et est donc une priorité en santé publique.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

L'analyse des caractéristiques de l'accouchement révèle des constats d'évolution positive.

Malgré une proportion relativement élevée, l'induction est stable depuis 7 années. L'analyse de la proportion d'inductions selon Nippita nous indique que les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 28,7 % d'induction sont les «primipares avec un singleton en sommet à 39-40 semaines» avec 5,3 % et les «multipares sans antécédent de césarienne avec un singleton en sommet à 39-40 semaines» avec 6,4 %. Ces deux catégories représentent également près de 50 % des mères de notre population.

Lorsque l'on s'intéresse au mode d'accouchement, on constate que la proportion d'accouchements avec instrumentation est stable depuis 6 années et celle par césarienne depuis 8 années. Par ailleurs, la proportion d'accouchements par voie basse parmi les singletons vivants en siège augmente depuis 2013, que ce soit pour les primipares et les multipares.

Au regard de l'analyse du Robson, on constate que les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 19,7 % de césarienne sont les «primipares, singleton en sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective» avec 3,6 % et les «multipares avec antécédent de césarienne, singleton en sommet, ≥ 37 semaines» avec 6,5 %. Cette dernière catégorie est celle qui montre une augmentation de 2009 à 2017, passant de 5,1 % à 6,5 %. Éviter autant que possible la première césarienne et tenter la voie basse après un antécédent de césarienne devraient être les deux pistes à suivre pour diminuer la proportion de césariennes.

La proportion d'épisiotomies continue à diminuer depuis 2009 et celle d'accouchements sans intervention obstétricale augmente depuis 2013.

L'analyse des pratiques de l'accouchement montre de grandes disparités entre les maternités. Les proportions varient fortement d'une maternité à l'autre pour l'induction (21,1 % à 38,2 %), la césarienne (14,1 % à 25,6 %), l'accouchement par voie basse après antécédent de césarienne (52,5 % à 22,5 %), l'épisiotomie (11,7 % à 38,4 % pour les accouchements par voie basse) et l'accouchement sans intervention obstétricale (49,6 % à 29,5 %). L'analyse de la numérotation des maternités en fonction des différentes pratiques obstétricales montre une certaine hétérogénéité dans les attitudes des maternités, la maternité ayant la proportion d'inductions la plus faible n'affichant pas les proportions d'autres pratiques obstétricales les plus faibles.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

Les caractéristiques de l'enfant ne montrent pas d'évolution péjorative.

Parmi les naissances vivantes, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines est de 7,8 %, cette proportion n'évolue pas entre 2009 et 2017. Parmi les singletons vivants nés à terme, plus d'un quart des enfants ont un âge gestationnel de 37 ou 38 semaines (early-term). Parmi les singletons vivants nés prématurément, près de trois-quart des enfants sont nés entre 34 et 36 semaines (late-preterm).

Les proportions de singletons vivants early-term, late-preterm ou preterm sont plus importantes chez les mères âgées de 40 ans et plus, les mères en sous-poids et celles souffrant d'hypertension ou de diabète.

La proportion d'enfants nés vivants de faible poids est de 6,8 % et celle d'enfants avec un petit poids pour leur âge gestationnel (\leq percentile 10) est de 7,1 %. La proportion de faible poids à la naissance ($< 2\,500$ g) est stable de 2009 à 2015, avant de diminuer. La proportion d'enfants dont le poids à la naissance est inférieur ou égal au percentile 10 diminue de 2009 à 2014, avant de se stabiliser.

On observe une légère augmentation de la proportion d'enfants naissant avec un Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie et une augmentation de la proportion d'enfants ventilés à la naissance. La proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie est stable depuis 4 années.

MORTINATALITÉ

Le taux de mortinatalité pour les enfants nés en Région bruxelloise et dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 9,3 ‰ en 2017. Le taux de mortinatalité pour les enfants nés à partir de 28 semaines est de 5,7 ‰. Cette proportion ne montre pas d'évolution sur la période 2009-2017.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des mort-nés montre bien que l'interprétation et les comparaisons des analyses sont délicates, ce qui a également été démontré par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles dans sa note sur l'évolution de la mortalité fœto-infantile de 2000 à 2010 (34). Par ailleurs, ce taux prend également en compte certaines interruptions médicales de grossesse. En effet, en Belgique, aucune distinction n'est faite de manière systématique entre les décès spontanés et provoqués.

8. RÉFÉRENCES

- (1) Leroy Ch, Daelemans C, Debauche Ch, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2017. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2019.
- (2) Devlieger R, Martens E, Goemaes R, Cammu H. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2017. Studiecentrum voor perinatale Epidemiologie, Brussel, 2018.
- (3) Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Novembre 2018. Available www.europeristat.com
- (4) Minsart AF, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelaere M, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (5) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- (6) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.
- (7) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Années 2008 à 2012. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2014
- (8) Van Leeuw V, Leroy Ch, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2013. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2015.
- (9) Van Leeuw V, Leroy Ch, Zhang WH, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2014. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2016.
- (10) Van Leeuw V, Leroy Ch, Englert Y, Zhang WH. Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2015. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2017.
- (11) Van Leeuw V, Debauche Ch, Daelemans C, Debiève Fr, Leroy Ch. Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2016. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2018.
- (12) Barclay K, Myrskylä M. Advanced maternal age and offspring outcomes: reproductive aging and counterbalancing period trends. *Popul. Dev. Rev.* 2016 42,69–94.
- (13) Islam MM, Bakheit CS. Advanced Maternal Age and Risks for Adverse Pregnancy Outcomes: A Population-Based Study in Oman. *Health Care Women Int.* 2015; 36(10):1081-103.
- (14) Dietl A, Farthmann J. Gestational hypertension and advanced maternal age. *Lancet.* 2015 Oct 24;386 (10004):1627-8.
- (15) Janoudi G, Kelly S, Yasseen A, Hamam H, Moretti F, Walker M. Factors Associated With Increased Rates of Caesarean Section in Women of Advanced Maternal Age. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Jun;37(6):517-26.
- (16) Park AL, Urquia ML, Ray JG. Risk of Preterm Birth According to Maternal and Paternal Country of Birth: A Population-Based Study. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Dec;37(12):1053-62.
- (17) Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen AM, Small R, Davey MA, Rööst M, Essén B; ROAM (Reproductive Outcomes and Migration. An International Collaboration).

Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *Eur J Public Health*. 2015 Aug;25(4):620-5.

- (18) Higginbottom GM, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, Barolia R. Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev*. 2015 Feb 11;4:13.
- (19) Minsart A-F, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92:204-209.
- (20) Reeske A, Kutschmann M, Razum O, Spallek J. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC pregnancy and childbirth* 2011;11:63.
- (21) Racape J, Schoenborn C, Sow M, Alexander S, De Spiegelaere M. Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Apr 8;16:75.
- (22) Hercot D, Mazina D, Verduyck P, Deguerry M. Naître Bruxellois(e)- Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(es) 2000-2012. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale ; 2015.
- (23) Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. Aide-mémoire N°311. Janvier 2015. Site : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- (24) World Health Organization. BMI-for-age Girls. 5 to 19 years (z-scores). 2007. Site: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/#
- (25) Minsart AF, Buekens P, De Spiegelaere M, Englert Y. Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Feb 11;13:36
- (26) IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.
- (27) Benhalima C, Devlieger R, 2012. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap (swens), en zwangerschapsdiabetes: consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012. *Vlaams Tijdschr. Voor Diabetol*.
- (28) Nippita TA, Khambalia AZ, Seeho SK, Trevena JA, Patterson JA, Ford JB, Morris JM, Roberts CL. Methods of classification for women undergoing induction of labor : a systematic review and novel classification system. *BJOG* 2015;122:1284-1293
- (29) World Health Organization. Who statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02)
- (30) Robson, M.S., Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 2001. 12: p. 2339.
- (31) Robert E, & Swennen B. (2013, October 01). Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61, 288
- (32) Engle WA, Kominiarek M. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clinics in Perinatology*. 2008;35:325-341
- (33) Villar J, Cheikh Ismail L, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet*. 2014;384:857-68
- (34) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Evolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013

DEUXIÈME PARTIE

DOSSIER SPÉCIAL «Accouchements extra-hospitaliers»

ACCOUCHEMENTS EXTRA-HOSPITALIERS : COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Ch Leroy, V Van Leeuw

1. INTRODUCTION

L'accouchement extra-hospitalier est défini comme toute naissance ayant eu lieu en-dehors d'un service de maternité. En 2017, la proportion d'accouchements extra-hospitaliers est de 0,5 % en Région bruxelloise (1), 0,6 % en Flandre (2) et 0,7 % en Wallonie. Cette proportion est stable depuis 2009 pour les Régions bruxelloise et wallonne mais a diminué en Flandre pour passer de 1,0 % en 2009 à 0,6 % en 2017 (2).

L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques de la mère, de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant selon le lieu d'accouchement (programmé à domicile ou en maison de naissance, inopiné et en maternité) parmi les naissances ayant eu lieu en Régions bruxelloise et wallonne entre 2009 et 2017.

2. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude populationnelle basée sur les certificats des naissances survenues en Régions bruxelloise et wallonne de 2009 à 2017. Le registre des naissances inclut les certificats de naissance de toutes les naissances vivantes et des mort-nés à partir de 500 grammes ou 22 semaines de gestation.

Les données médicales de la mère, de la grossesse et de l'accouchement sont collectées par les professionnels de la santé lors de l'accouchement. Les données sociodémographiques sont complétées par les services d'état civil ou par les parents lorsqu'ils viennent déclarer l'enfant. La base de données du CEpiP contient les données sociodémographiques qui ont été fusionnées aux données médicales.

De 2009 à 2017, 557 537 naissances sont comptabilisées soit 547 302 mères. Pour cette étude, les analyses portent sur l'ensemble des naissances (n=557 537) avec 537 226 naissances uniques et 20 311 naissances multiples.

Les accouchements extra-hospitaliers comprennent les accouchements programmés à domicile ou en maison de naissance et les accouchements inopinés avec la présence ou non d'un professionnel de la santé. L'information concernant le type d'accouchement extra-hospitalier est déduite à partir de la variable «lieu d'accouchement» du formulaire sociodémographique et de la variable «code de l'hôpital ou du lieu d'accouchement» du volet CEpiP.

Trois catégories de lieu d'accouchement ont été créées : les accouchements extra-hospitaliers programmés, les accouchements extra-hospitaliers inopinés et les accouchements en maternité. Ils sont définis, respectivement, comme les accouchements programmés à domicile ou en maison de naissance, les accouchements inopinés hors maternité avec ou sans la présence d'un professionnel et les accouchements ayant eu lieu en maternité ou dans un gîte intra-hospitalier

(espace d'accouchement intra-hospitalier géré par des sages-femmes). Parmi les 557 537 naissances, le lieu de naissance est manquant pour 222 naissances (0,04 %), soit 221 mères.

L'âge maternel (< 20, 20-39, ≥ 40 ans), la nationalité d'origine de la mère (belge, marocaine, française, italienne, turque, autres), le niveau d'éducation basé sur le plus haut niveau atteint (secondaire ou moins, postsecondaire ou plus), la situation professionnelle (active ou non), la cohabitation (vit seule ou en couple), la parité (primipare, multipare), l'indice de masse corporelle (< 18,5 kg/m², 18,5–24,9 kg/m², ≥ 25,0 kg/m²), le diabète gestationnel ou préexistant (oui, non), l'hypertension artérielle gestationnelle ou préexistante (oui, non) et la conception médicalement assistée (oui, non) sont sélectionnés pour les analyses. L'origine des mères est définie comme la nationalité que la mère a à sa propre naissance. Les cinq nationalités les plus représentées en Régions wallonne et bruxelloise sont belge, marocaine, française, italienne et turque. Le poids avant la grossesse et la taille de la mère permettant de calculer l'indice de masse corporelle sont collectés lors de la première consultation prénatale ou rapportés par la mère.

Les pratiques obstétricales étudiées sont le mode d'accouchement et l'épisiotomie.

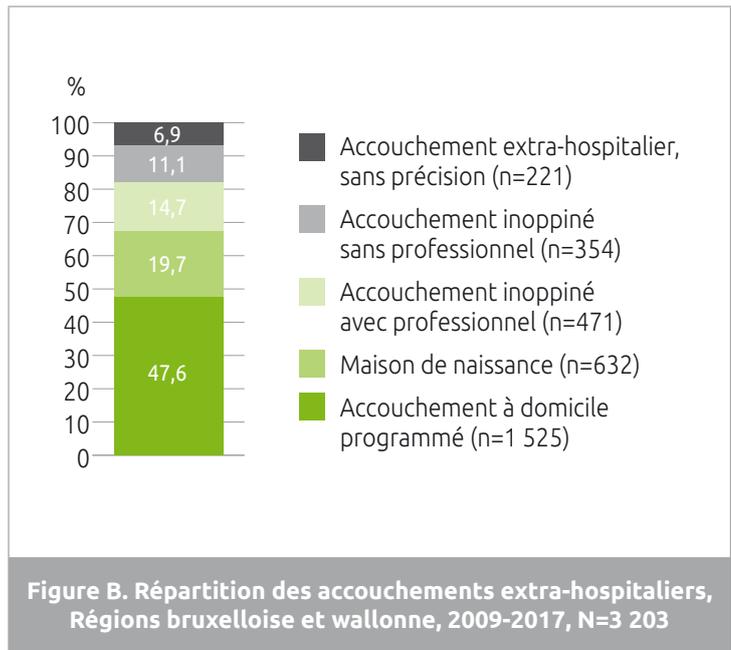
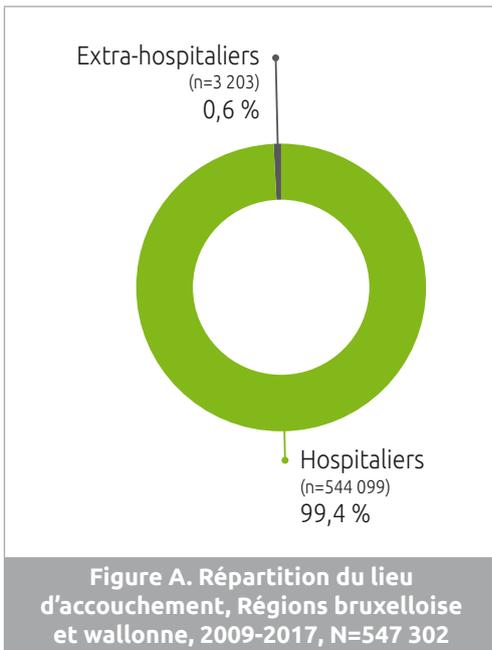
Les caractéristiques de l'enfant sont la présentation de l'enfant (céphalique, autre), l'âge gestationnel (< 34, 34-36, 37-38, ≥ 39 semaines), le poids à la naissance (< 2 500, 2 500 - 3 999, ≥ 4 000 g), l'assistance respiratoire (ballon/masque, intubation, pas d'assistance respiratoire), le transfert en néonatalogie (N*, NIC et pas de transfert en néonatalogie) et la mortinatalité.

La première étape a été de décrire le lieu d'accouchement à l'aide de proportions. La deuxième étape a été de comparer les caractéristiques de la mère, de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant entre les accouchements programmés, les accouchements inopinés et les accouchements en maternité à l'aide de proportions. Les variables en catégories ont été comparées à l'aide du test du Chi².

Tous les tests étaient bilatéraux et le niveau de signification était fixé à 0,05. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata v14.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, États-Unis).

3. RÉSULTATS

De 2009 à 2017, le nombre d'accouchements extra-hospitaliers en Régions bruxelloise et wallonne s'élève à 3 203 ce qui représente 0,6 % des accouchements (figure A) dont 47,6 % sont des accouchements à domicile programmés et 19,7 % des accouchements en maison de naissance (figure B). La proportion d'accouchements extra-hospitaliers reste stable de 2009 à 2017.



Le tableau A décrit les caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement parmi les accouchements où le lieu d'accouchement est connu.

Les caractéristiques de la mère diffèrent significativement selon le lieu d'accouchement. Parmi les accouchements hospitaliers, 93,4 % sont âgées de 20 à 39 ans, 56,2 % sont d'origine belge, 59,8 % ont au maximum un diplôme du secondaire supérieur et 17,6 % des mères vivent seules. Au niveau des caractéristiques médicales, 43,7 % des mères sont primipares et 58,2 % de corpulence normale. Les proportions d'hypertension artérielle et de diabète sont respectivement de 4,6 % et 7,5 %. Pour les caractéristiques de l'accouchement, la proportion d'accouchements voie basse est de 79,2 % des accouchements et la proportion d'épisiotomies de 29,6 % (tableau A).

Les caractéristiques des mères ayant eu un accouchement extra-hospitalier programmé ou inopiné diffèrent des caractéristiques des mères ayant accouché en milieu hospitalier, excepté la proportion d'accouchements multiples et de diabète qui ne diffèrent pas entre les accouchements extra-hospitaliers inopinés et hospitaliers. Les accouchements extra-hospitaliers programmés présentent des caractéristiques sociodémographiques plus favorables que les caractéristiques des mères ayant accouché à l'hôpital et les accouchements inopinés des caractéristiques plutôt défavorables. Les mères ayant eu un accouchement extra-hospitaliers programmé sont plus âgées, ont un niveau d'éducation plus élevé et sont plus nombreuses à être en couple et les mères ayant accouché inopinément hors de l'hôpital sont plus jeunes, ont un niveau d'éducation plus faible et sont plus nombreuses à vivre seules. Pour les caractéristiques biomédicales, les mères ayant accouché hors de l'hôpital de manière programmée ou inopinée sont plus nombreuses à être de corpulence normale, présentent moins d'hypertension et ont moins eu recours à la procréation médicalement assistée que les mères ayant accouché à l'hôpital (tableau A).

Les mères ayant eu un accouchement extra-hospitalier inopiné comparées aux mères ayant eu un accouchement extra-hospitalier programmé sont plus nombreuses à être multipares, en surpoids, hypertendues ou diabétiques (tableau A).

Tableau A. Caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement parmi les accouchements extra-hospitaliers programmés, extra-hospitaliers inopinés ou hospitaliers, Régions bruxelloise et wallonne, 2009-2017, N=547 081

	Extra-hospitaliers programmés (N=2 157)	Extra-hospitaliers inopinés (N=825)	Hospitaliers (N=544 099)	
	n (%)	n (%)	n (%)	P-valeur*
Âge (années)				< 0,001
< 20	4 (0,2)	38 (4,6)	14 301 (2,6)	
20-39	2 071 (96,0)	736 (89,2)	508 200 (93,4)	
≥ 40	83 (3,8)	51 (6,2)	21 575 (4,0)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Nationalité d'origine				< 0,001
Belge	1 569 (73,2)	451 (55,1)	303 957 (56,2)	
Marocaine	23 (1,1)	80 (9,8)	58 635 (10,9)	
Française	220 (10,3)	39 (4,8)	20 363 (3,8)	
Italienne	18 (0,8)	12 (1,5)	18 341 (3,4)	
Turque	5 (0,2)	13 (1,6)	14 392 (2,7)	
Autres	308 (14,4)	223 (27,3)	124 941 (23,1)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,01	<i>Réf</i>	
Niveau d'éducation				< 0,001
Secondaire ou moins	338 (24,5)	309 (68,1)	270 926 (59,8)	
Postsecondaire ou plus	1 041 (75,5)	145 (31,9)	182 055 (40,2)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Situation professionnelle				< 0,001
Non actif	620 (31,5)	486 (63,0)	228 595 (43,2)	
Actif	1 350 (68,5)	285 (37,0)	300 886 (56,8)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Cohabitation				< 0,001
Vit seule	210 (9,9)	232 (28,9)	94 835 (17,6)	
En union	1 920 (90,1)	570 (71,1)	442 904 (82,4)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Multiplicité				< 0,001
Unique	2 157 (100,0)	815 (98,8)	534 034 (98,2)	
Multiple	0 (0,0)	10 (1,2)	10 065 (1,8)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	<i>NS</i>	<i>Réf</i>	
Parité				< 0,001
Primipare	631 (30,5)	117 (14,7)	234 264 (43,7)	
Multipare	1 437 (69,5)	678 (85,3)	302 292 (56,3)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Corpulence de la mère				< 0,001
Insuffisance pondérale	168 (9,7)	36 (8,3)	28 081 (5,9)	
Corpulence normale	1 309 (75,4)	274 (63,4)	275 311 (58,2)	
Surpoids/obésité	258 (14,9)	122 (28,2)	169 969 (35,9)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,01	<i>Réf</i>	
Hypertension artérielle				< 0,001
Oui	17 (0,8)	16 (2,3)	24 712 (4,6)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,01	<i>Réf</i>	

Diabète				< 0,001
Oui	12 (0,6)	43 (6,3)	40 561 (7,5)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	NS	Réf	
Conception de la grossesse				< 0,001
Assistée	30 (1,6)	11 (1,6)	23 033 (4,5)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	Réf	
Mode d'accouchement				< 0,001
Spontané sommet	2 121 (99,5)	771 (97,0)	382 730 (70,4)	
Spontané siège	5 (0,2)	24 (3,0)	3 258 (0,6)	
Instrumental	5 (0,2)	0 (0,0)	44 578 (8,2)	
Césarienne	0 (0,0)	0 (0,0)	112 951 (20,8)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	Réf	
Épisiotomie				< 0,001
Oui	25 (1,3)	21 (2,7)	157 153 (29,6)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	Réf	
* Test chi ² qui compare la proportion des caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement entre les trois catégories de lieu d'accouchements				
** Test chi ² qui compare la proportion des caractéristiques de la mère, de la grossesse et de l'accouchement entre les accouchements extra-hospitaliers programmés et à la maternité et les accouchements extra-hospitaliers inopinés et à la maternité				

Les caractéristiques de l'enfant diffèrent significativement selon le lieu d'accouchement. Parmi les enfants nés à l'hôpital, 94,0 % ont une présentation en sommet, 8,9 % sont nés avant 37 semaines et 8,1 % ont un poids de naissance inférieur à 2 500 g. La proportion d'enfants ventilés est de 6,0 % et la proportion d'enfants transférés dans un centre néonatal de 10,7 % (tableau B). Les caractéristiques des enfants nés hors-hôpital, que ce soit programmé ou inopiné, diffèrent des caractéristiques des enfants nés à l'hôpital, excepté la proportion d'assistance respiratoire qui ne diffère pas entre les naissances inopinées hors-hôpital et les naissances à l'hôpital. Les proportions de prématurité (0,2 %), de faible poids à la naissance (0,7 %), d'assistance respiratoire (0,9 %) et de transfert en néonatalogie (0,4 %) sont plus faibles parmi les enfants nés hors-hôpital de manière programmée comparées aux proportions des naissances hospitalières et les proportions parmi les naissances inopinées extra-hospitalières présentent des proportions plus élevées (respectivement 16,2 %, 17,4 %, 4,8 % et 21,7 %), exceptée pour l'assistance respiratoire (tableau B).

Tableau B. Caractéristiques de l'enfant parmi les accouchements extra-hospitaliers programmés, extra-hospitaliers inopinés ou hospitaliers, Régions bruxelloise et wallonne, 2009-2017, N=557 315

	Extra-hospitaliers programmés (N=2 158)	Extra-hospitaliers inopinés (N=831)	Maternités (N=554 326)	
	n (%)	n (%)	n (%)	P-valeur*
Présentation				< 0,001
Céphalique	2 138 (99,8)	776 (96,6)	519 588 (94,0)	
Autre	5 (0,2)	27 (3,4)	33 208 (6,0)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,01	<i>Réf</i>	
Âge gestationnel (semaines)				< 0,001
< 34	0 (0,0)	51 (6,6)	14 660 (2,6)	
34-36	4 (0,2)	74 (9,6)	34 615 (6,3)	
37-38	286 (13,5)	224 (28,9)	150 740 (27,2)	
≥ 39	1 821 (86,3)	425 (94,9)	354 017 (63,9)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Poids à la naissance (grammes)				< 0,001
< 2 500	15 (0,7)	134 (17,4)	44 906 (8,1)	
2 500 – 3 999	1 791 (86,2)	609 (79,3)	471 659 (85,2)	
≥ 4 000	273 (13,1)	25 (3,3)	37 085 (6,7)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Assistance respiratoire				< 0,001
Ballon/masque	19 (0,9)	30 (3,8)	29 533 (5,4)	
Intubation	0 (0,0)	8 (1,0)	3 366 (0,6)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	<i>NS</i>	<i>Réf</i>	
Transfert en néonatalogie				< 0,001
N*	7 (0,3)	120 (15,3)	35 697 (6,5)	
NIC	3 (0,1)	50 (6,4)	23 118 (4,2)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	
Mort-né				< 0,001
Oui	0 (0,0)	22 (2,7)	3 886 (0,7)	
<i>P-valeur**</i>	< 0,001	< 0,001	<i>Réf</i>	

* Test chi² qui compare la proportion des caractéristiques de l'enfant entre les trois catégories de lieu d'accouchements

** Test chi² qui compare la proportion des caractéristiques de l'enfant entre les accouchements extra-hospitaliers programmés et à la maternité et les accouchements extra-hospitaliers inopinés et à la maternité

4. CONCLUSION

De 2009 à 2017, aucune évolution de la proportion d'accouchements extra-hospitaliers n'est observée. En Régions bruxelloise et wallonne, le nombre d'accouchements en dehors de l'hôpital s'élève à 3 203 ce qui représente 0,6 % des accouchements. Deux-tiers des accouchements extra-hospitaliers sont des accouchements extra-hospitaliers programmés.

Le profil sociodémographique des mères ayant accouché de manière inopinée en dehors de l'hôpital est moins favorable que celui des mères ayant accouché à l'hôpital ou en extra-hospitalier programmé.

Le profil biomédical des mères ayant donné naissance en extra-hospitalier de manière programmée ou inopinée est plus favorable que les mères ayant accouché à l'hôpital.

Les caractéristiques des enfants nés hors-hôpital diffèrent des caractéristiques des enfants nés à l'hôpital. Les proportions de prématurité, de faible poids à la naissance, d'assistance respiratoire et de transfert en néonatalogie sont plus faibles parmi les enfants nés hors-hôpital de manière programmée comparées aux enfants nés à l'hôpital et les proportions parmi les naissances inopinées extra-hospitalières présentent des proportions plus élevées.

VARIABLES E-BIRTH

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

e-Birth - 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 ($\geq 140 / \geq 90$ mm Hg) was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
Diabetes	To know if diabetes was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
VIH	To know if VIH was diagnosed or tested	1	Positive
		2	Negative
		3	Not tested
		9	Unknown

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

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

State at birth

Weight At Birth	The weight of the baby at birth in grams		
Apgar 1	Apgar score after 1 minute		
Apgar 5	Apgar score after 5 minutes		
Artificial Respiration	Has artificial respiration has been given to the newborn baby?	1	Yes
		2	No
Artificial Respiration Type	The kind of artificial respiration given to the newborn baby	1	Artificial respiration with balloon and mask
		2	Artificial respiration with intubation
Transfer Neonatal	Inform if the baby has been transferred to a neonatal department within 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 Âgenese	Congenital Malformation - nier agenese	1	Yes
		2	No
Craniosynostosis	Congenital Malformation - craniosynostosis	1	Yes
		2	No
Turner syndrome (XO)	Congenital Malformation - turner syndrom (XO)	1	Yes
		2	No
Obstructieve Defecten Nierbekken Ureter	Congenital Malformation - obstructieve defecten nierbekken en ureter	1	Yes
		2	No
Tetralogie Fallot	Congenital Malformation - tetralogie Fallot	1	Yes
		2	No
Oesofagale Atresie	Congenital Malformation - oesofagale atresie	1	Yes
		2	No
Atresie Anus	Congenital Malformation - atresie anus	1	Yes
		2	No
Twin To Twin Transfusiesyndroom	Congenital Malformation - twin-to-twin transfusiesyndroom	1	Yes
		2	No
Skeletdysplasie Dwerggroei	Congenital Malformation - skeletdysplasie/dwerggroei	1	Yes
		2	No
Hydrops Foetalis	Congenital Malformation - hydrops foetalis	1	Yes
		2	No
Poly Multikystische Nierdysplasie	Congenital Malformation - poly/multikystische nierdysplasie	1	Yes
		2	No
VSD	Congenital Malformation - VSD	1	Yes
		2	No
Atresie Galwegen	Congenital Malformation - atresie galwegen	1	Yes
		2	No
Hypospadias	Congenital Malformation - hypospadias	1	Yes
		2	No
Cystisch Hygroma	Congenital Malformation - cystisch hygroma	1	Yes
		2	No
Trisomie 21	Congenital Malformation - trisomie 21	1	Yes
		2	No
Trisomie 18	Congenital Malformation - trisomie 18	1	Yes
		2	No
Trisomie 13	Congenital Malformation - trisomie 13	1	Yes
		2	No

Hospital & Medical Practitioner

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

e-Birth - Socio-economic form

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

TRACKING & STATUS INFORMATION

Version

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

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

City of Birth

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

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

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

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

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

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

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

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

Information related to the Father

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

