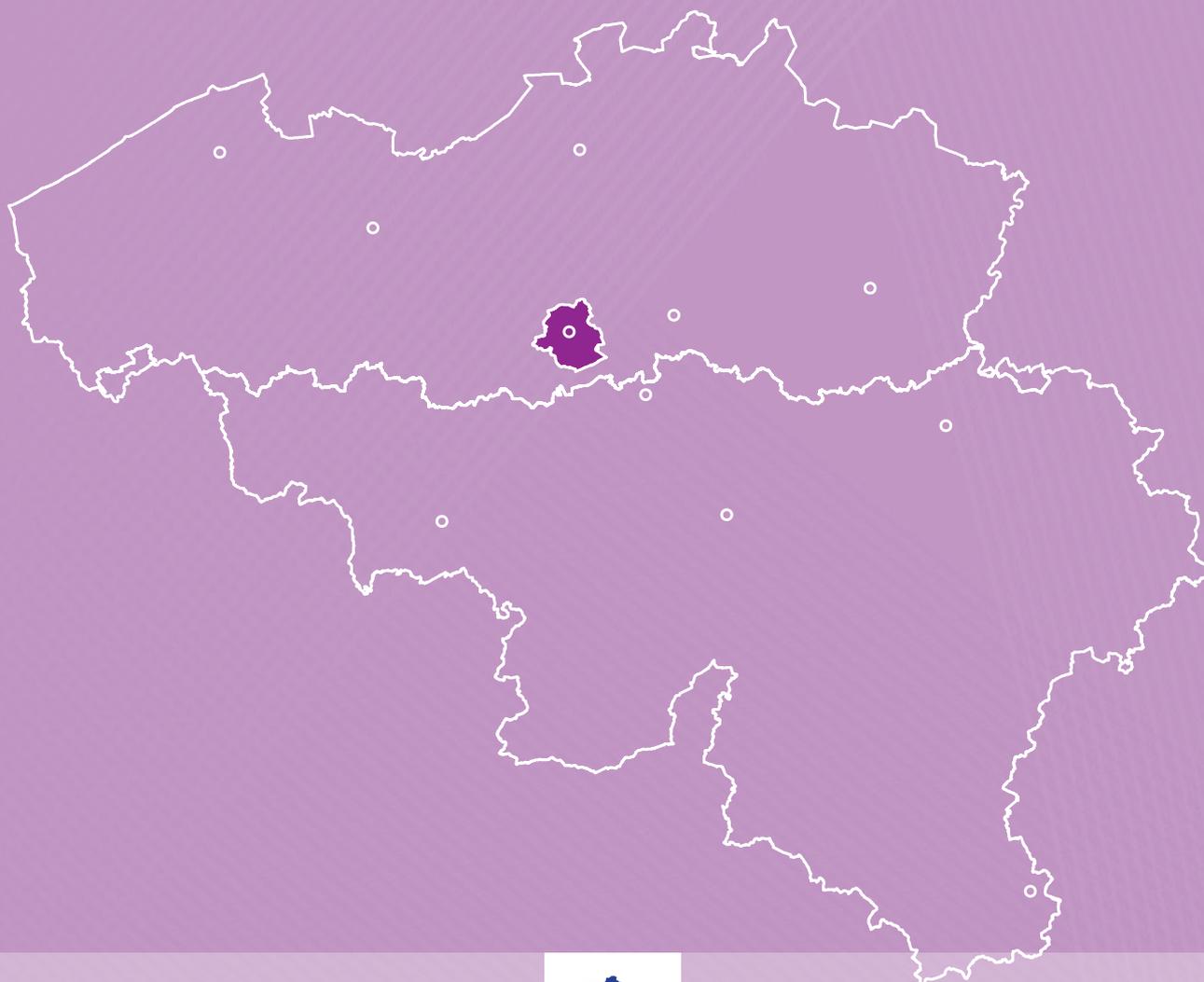


# Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2013







# Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2013

Auteurs

Virginie Van Leeuw, Charlotte Leroy et Yvon Englert



OBSERVATOIRE  
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL  
BRUXELLES



OBSERVATORIUM VOOR  
GEZONDHEID EN WELZIJN  
BRUSSEL

Les données traitées dans le présent rapport ont été obtenues auprès de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

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

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

Van Leeuw V, Leroy Ch, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2013. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2015.

# COLOPHON

## **Auteurs**

Virginie Van Leeuw  
Charlotte Leroy  
Yvon Englert

## **Lay-out**

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

## **Secrétariat**

Fatima Bercha  
Khadija El Morabit

## **Avec nos remerciements tout particuliers**

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

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

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

## **Pour plus d'informations**

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



# ABSTRACT

## INTRODUCTION

The objective of the “Centre for Perinatal Epidemiology” (CEpiP) is to collect maternal and perinatal health statistics using exhaustive perinatal data registered on a routine basis (births and perinatal deaths) in Brussels and in Wallonia. The process has been functioning since 2008. This report presents the results of the statistical analyses of live births and stillbirths in 2013 in Brussels Capital City Region (all births occurring in the Brussels area).

## METHODOLOGY

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

## RESULTS

A stabilization in the number of births has been observed since 2010 with a maximum number for 2010 (25,095 births). Since 2009, we have been observing an important increase in diabetes rate and in the proportion of overweight amongst pregnant women. A slow increase in the rate of cesarean section has been observed from 2008 (18.9 %) to 2013 (20.7 %), mainly concerning elective cesarean. The induction rate has been stable since 2011, while being close to the rate in Wallonia (31.5 %) – the highest of Europe. Analysis of obstetric practices (induction, epidural, caesarean, episiotomy) shows wide disparities between maternities. Mothers with hypertension or diabetes and underweight mothers have higher risk of prematurity and low birth weight.

## DISCUSSION - CONCLUSION

The increase of diabetes is likely to be multifactorial and may be related to the new diabetes screening policy during pregnancy but also to a real increase in the prevalence linked in particular to the obesity epidemic in the general population and to the increase in the pregnancy age. Diabetes screening and care for diabetic mothers and their children are essential to limit complications. The increase in the elective cesarean rate and a high induction rate seem to characterize the current trend towards «programmed obstetrics». It is important to note that induction of labor and caesarean section are not without risk and that their indications must be defined on a case by case basis to avoid iatrogenic effects. Avoiding the first cesarean section at all costs and attempting vaginal delivery after a previous caesarean section are two avenues that should be considered in order to lower the rate of cesarean section.

# TABLE DES MATIÈRES

COLOPHON .....	3
ABSTRACT .....	5
TABLE DES MATIÈRES .....	6
ASBL CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP .....	8
ORGANIGRAMME .....	9
1 INTRODUCTION .....	11
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	11
1.2 MÉTHODOLOGIE .....	11
1.2.1 Description du flux des données .....	11
1.2.2 Données .....	12
1.2.3 Méthode et analyses .....	13
2 DÉFINITIONS .....	15
3 TABLEAUX SYNOPTIQUES .....	16
3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE .....	16
3.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT .....	16
4 NAISSANCES EN RÉGION BRUXELLOISE .....	17
4.1 NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS .....	17
4.1.1 Naissances en chiffres .....	17
4.1.2 Accouchements en chiffres .....	18
4.1.3 Lieu d'accouchement .....	18
4.2 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS .....	19
4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents .....	19
4.2.2 Caractéristiques biomédicales de la mère .....	24
4.3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT .....	29
4.3.1 Présentation de l'enfant à la naissance .....	29
4.3.2 Type de début de travail .....	29
4.3.3 Induction de l'accouchement .....	30
4.3.4 Péridurale obstétricale .....	31
4.3.5 Accouchement par césarienne .....	32
4.3.6 Naissance avec instrumentation .....	38
4.3.7 Épisiotomie .....	38
4.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT .....	40
4.4.1 Poids à la naissance .....	40
4.4.2 Durée de la grossesse .....	43
4.4.3 Apgar .....	45
4.4.4 Ventilation du nouveau-né .....	46
4.4.5 Admission dans un centre néonatal .....	46
4.4.6 Sexe de l'enfant à la naissance .....	47
4.4.7 Allaitement maternel .....	47
4.4.8 Malformations .....	47
4.5 MORTINATALITÉ .....	48
4.5.1 Chiffres .....	48
4.5.2 Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel .....	49
4.5.3 Causes de mortalité fœtale .....	49
5 CONCLUSION .....	50
6 RÉFÉRENCES .....	53
7 ANNEXE .....	55

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Détails des naissances. ....	17
Tableau 2 : Détails des accouchements. ....	18
Tableau 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement. ....	20
Tableau 4 : Distribution des accouchements selon la nationalité de la mère. ....	21
Tableau 5 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère. ....	22
Tableau 6 : Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère. ....	23
Tableau 7 : Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère. ....	23
Tableau 8 : Distribution des accouchements selon la situation professionnelle des parents. ....	23
Tableau 9 : Distribution des accouchements selon le statut HIV de la mère à l'accouchement. ....	24
Tableau 10 : Distribution des accouchements selon l'IMC de la mère en début de grossesse. ....	25
Tableau 11 : Distribution des accouchements selon le type de conception et le statut de la grossesse. ....	28
Tableau 12 : Évolution du type de début de travail. ....	30
Tableau 13 : Association entre la césarienne et les caractéristiques sociodémographiques de la mère. ....	34
Tableau 14 : Association entre la césarienne, les caractéristiques biomédicales de la mère et les caractéristiques de l'accouchement. ....	35
Tableau 15 : Classifications des césariennes selon les catégories de Robson. ....	37
Tableau 16 : Distribution des naissances selon l'instrumentation. ....	38
Tableau 17 : Répartition du poids à la naissance. ....	40
Tableau 18 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (naissances vivantes). ....	42
Tableau 19 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques biomédicales de la mère (naissances vivantes). ....	42
Tableau 20 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement. ....	43
Tableau 21 : Association entre la prématurité et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (accouchements vivants). ....	44
Tableau 22 : Association entre la prématurité et les caractéristiques biomédicales de la mère (accouchements vivants). ....	45
Tableau 23 : Distribution des naissances vivantes selon la ventilation. ....	46
Tableau 24 : Distribution des naissances vivantes selon l'admission dans un centre néonatal. ....	46
Tableau 25 : Distribution des naissances selon le sexe de l'enfant. ....	47
Tableau 26 : Malformations les plus enregistrées. ....	47
Tableau 27 : Taux de mortalité selon l'âge gestationnel. ....	49
Tableau 28 : Causes de mortalité foetale selon le certificat de naissance. ....	49

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution du nombre de naissances. ....	17
Figure 2 : Évolution des accouchements par maternité. ....	19
Figure 3 : Évolution de l'âge moyen selon la parité. ....	20
Figure 4 : Évolution de la parité. ....	24
Figure 5 : Évolution des taux de surpoids et d'obésité chez les mères de 18 ans et plus. ....	26
Figure 6 : Évolution du taux de diabète. ....	27
Figure 7 : Répartition du type d'accouchement selon les jours de la semaine. ....	29
Figure 8 : Évolution du taux d'induction. ....	30
Figure 9 : Évolution du taux d'induction par maternité. ....	31
Figure 10 : Évolution du taux de péridurale par maternité. ....	32
Figure 11 : Évolution du type de césariennes parmi l'ensemble des grossesses, les grossesses uniques et les grossesses multiples. ....	33
Figure 12 : Évolution du type de césarienne. ....	33
Figure 13 : Évolution du taux de césarienne par maternité. ....	34
Figure 14 : Évolution du taux de césarienne pour les singletons vivants en siège selon la parité. ....	35
Figure 15 : Évolution du taux de césarienne selon la parité et l'antécédent de césarienne. ....	36
Figure 16 : Évolution du taux de naissances avec instrumentation. ....	38
Figure 17 : Évolution du taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse. ....	39
Figure 18 : Évolution du taux d'épisiotomie par maternité pour les accouchements par voie basse. ....	39
Figure 19 : Évolution des petits et des très petits poids à la naissance. ....	41
Figure 20 : Distribution des accouchements selon le statut vital des enfants et l'âge gestationnel (semaines). ..	43
Figure 21 : Distribution des naissances vivantes selon le score d'apgar à 1 et 5 minute(s). ....	45
Figure 22 : Évolution du taux d'admissions en centre néonatal N* et NIC. ....	46
Figure 23 : Taux de mortalité selon les différents critères d'inclusion. ....	48

# ASBL CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP

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

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

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

# ORGANIGRAMME

## Conseil d'administration

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

## Programme périnatalité Comité de gestion

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

### Observateurs bailleurs de fonds

Dr M. Deguerry – OBSS\*

## Gestion journalière

Mlle Ch. Leroy  
Mme V. Van Leeuw

## Centre d'analyse

Mme F. Bercha  
Mme K. El Morabit

## Collaboration externe

### Graphisme

Mme N. da Costa Maya

### Informatique

M. Ph. Révelard

## Programme périnatalité Conseil scientifique

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

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

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

\*\* Observatoire wallon de la  
santé



# 1. INTRODUCTION

## 1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce dossier présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2013 en Région bruxelloise. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de la santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance.

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

## 1.2 MÉTHODOLOGIE

### 1.2.1 DESCRIPTION DU FLUX DES DONNÉES

En Belgique, lors de la déclaration d'une naissance ou d'un décès à l'état civil, un bulletin statistique sous format papier ou électronique est obligatoirement rempli. 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 ont évolué au cours de ces dernières années.

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

La notification de la naissance est initiée par les prestataires de soins qui pratiquent les accouchements, tant au sein des maternités qu'à domicile ou dans les maisons de naissance. Ceux-ci complètent alors les données médicales relatives à la naissance, en certifiant l'identification de la mère et de l'enfant, puis les transmettent vers les services d'État Civil de la commune de naissance. L'administration communale peut alors compléter les informations du formulaire sociodémographique, le plus souvent au moment où un membre de la famille, généralement le père, vient déclarer la naissance. Les déclarations sont ensuite transmises de manière anonyme aux administrations des communautés : la Commission communautaire commune pour les naissances et décès survenus en Région bruxelloise, la Communauté flamande pour ceux survenus en Flandre et la Fédération Wallonie-Bruxelles pour ceux survenus en Wallonie.

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

## 1.2.2 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du volet CEpiP et des volets B, C et D du bulletin statistique de naissance ou de décès. Pour 4 maternités et 2 communes bruxelloises, les données proviennent des formulaires médicaux et sociodémographiques e-Birth. 43,0 % des naissances vivantes de 2013 ont été déclarées via cette application.

L'introduction du volet CEpiP a permis d'ajouter de nouvelles variables, à savoir, le poids initial, le poids en fin de grossesse, la taille, le statut HIV, la conception de la grossesse, la surveillance foetale durant le travail, l'analgésie péridurale, la colonisation par le streptocoque du groupe B et l'épisiotomie. Quelques variables ont également été développées, il s'agit de la parité détaillée, de la différenciation entre césarienne élective et non programmée parmi les modes d'accouchement, des causes précises de césarienne ainsi que des malformations congénitales du nouveau-né. Quatre variables, l'hypertension artérielle, le diabète, l'assistance respiratoire et le transfert en néonatalogie ont, elles, vu leur mode de questionnement évoluer d'une question à choix multiples à une question spécifique par variable avec réponse «oui/non». L'ajout et le développement des variables permettent une analyse de celles-ci à partir de l'année 2009. Les quatre autres variables sont étudiées depuis 2008, mais l'évolution des taux entre les années 2008 et 2009 doit tenir compte de cette évolution du mode de questionnement.

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

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

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

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

### 1.2.3 MÉTHODE ET ANALYSES

Ce rapport décrit les données périnatales pour les naissances survenues dans les maternités bruxelloises ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire de la Région bruxelloise, au cours de l'année 2013. Un nombre important de maternités bruxelloises ont un caractère universitaire ce qui peut avoir une incidence sur les données périnatales.

Pour chaque variable étudiée, différentes mesures de fréquence ont été calculées (par naissance ou par accouchement) afin de répondre aux recommandations internationales tout en permettant de comparer les résultats aux autres publications belges, à savoir celles de la Wallonie de 2013 (1). Elles peuvent être également comparées avec les données publiées par le SPE pour 2013 (2). À ceci près que le SPE prend en compte dans son rapport toutes les naissances survenues en Flandre mais également à l'UZ-VUB de Jette (une des 11 maternités bruxelloises recensées dans le rapport de données périnatales en Région bruxelloise). Il est également important de préciser que le SPE ne prend pas en compte les naissances d'enfants vivants et mort-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 500 g (quel que soit l'âge gestationnel).

Ces données font l'objet de comparaisons temporelles avec les données des années 2008 (3), 2009 (4), 2010 (5), 2011 (6) et 2012 (7) pour les variables présentes à la fois sur le volet C initial et sur le volet CEpiP ou le formulaire médical e-Birth et uniquement avec les données 2009, 2010, 2011 et 2012 pour les nouvelles variables introduites via le volet CEpiP.

Après la description des variables, des analyses bivariées ont été effectuées. Les données médicales ont été croisées avec les données sociodémographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la mère. Pour mesurer la force de l'association entre chaque variable et les outcomes, des risques relatifs (RR) et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95%) ont été présentés. Après cette étape, une analyse entre prédicteurs, des analyses stratifiées et multivariées devraient être envisagées afin de mettre en évidence d'éventuelles corrélations, confusions et modifications d'effets. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 12.0, 2013.

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

Concernant la variable «nationalité», 11 catégories ont été créées :

- **UE15 sans Belgique :** Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Grand-Duché de Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède.
- **UE28 sans UE15 :** Bulgarie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie.
- **Russie et Europe de l'Est non UE28 :** Albanie, Russie/URSS, Ex-Yougoslavie, Serbie, Monténégro, Biélorussie, Ukraine, Moldavie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Turquie.
- **Autres Europe :** Andorre, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse, Saint-Siège, Gibraltar.
- **Amérique du Nord :** Groenland, Canada, Saint-Pierre-et-Miquelon, États-Unis.
- **Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes :** Anguilla, Antigua, Antilles américaines, Antilles britanniques, Antilles néerlandaises, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Caïmanes, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, République dominicaine, République dominique, El Salvador, Equateur, Iles 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, Saint-Vincent, Surinam, Trinidad et Tobago, Uruguay, Vénézuëla.

- **Océanie :** Australie, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Guam, Heard et Mac Donald, Iles mineures éloignées des États-Unis, Iles Samoa, Kiribati, Mariannes du Nord, Marshall, Micronésie, Nauru, Niué, Norfolk, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palou, Papouasie-Nouvelle Guinée, Pitcairn, Polynésie française, Salomon, Samoa, Samoa américaine, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna.
- **Asie du Sud-Est :** Bangladesh, Bhoutan, Brunei Cambodge, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Hong-Kong, Japon, Inde, Indonésie, Laos, Macao, Malaisie, Maldives ,Mongolie, Myanmar (Birmanie), Népal, Philippines, Singapour, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Timor-Leste, Vietnam.
- **Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient :** Afghanistan, Arabie Saoudite, Arménie, Azerbaïdjan, Bahrein, Emirats arabes-unis, Géorgie, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Kazakhstan, Kirghistan, Koweït, Liban, Oman, Ouzbékistan, Pakistan, Palestine, Qatar, Syrie, Tadjikistan, Turkménistan, Yémen,
- **Maghreb et Egypte :** Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Mauritanie, Sahara, Tunisie.
- **Afrique subsaharienne :** Afars et Issas, Afrique du Sud, Angola, Archipel des Comores, Bophutatswana, Botswana, Britanniques d'Outre-Mer, Burkina Faso, Burundi, Cabinda, Cameroun, Côte d'Ivoire, Lesotho, République Centrafricaine, Erythrée, Ethiopie, Fernando Poo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Guinée portugaise, Haute-Volta, Iles duCapVert, Ile Maurice, Ile Sainte-Hélène, Ile de Santhomé, Iles Seychelles, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ngwane, Ouganda, République populaire du Bénin, République populaire du Congo, République de Djibouti, République démocratique de Madagascar, Réunion, Rhodésie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Sud-Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Transkei, Urundi, Zambie, Zimbabwe, Congo.

## 2. DÉFINITIONS

### NAISSANCE VIVANTE

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

### ENFANT MORT-NÉ

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

### PARITÉ

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

### CONCEPTION DE LA GROSSESSE

Traitement hormonal : pour obtenir la grossesse avec ou sans insémination de sperme mais hors FIV. FIV (fécondation in vitro).

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

### HYPERTENSION ARTÉRIELLE

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

### DIABÈTE

Tout diabète gestationnel ou préexistant

### SÉROPOSITIVITÉ HIV

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

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

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

### INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

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

### MODE D'ACCOUCHEMENT

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

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

### N\*

Service de néonatalogie non-intensive

### NIC

Neonatal Intensive Care /Service de néonatalogie intensive

## 3. TABLEAUX SYNOPTIQUES

### 3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

		Nombre	%
<b>Grossesse unique</b>		23 688	97,8
<b>Grossesse gémellaire</b>		535	2,2
<b>Grossesse triple</b>		9	0,04
<b>Parité</b>	Primipare	10 122	41,8
	Multipare	14 083	58,2
<b>Conception de la grossesse</b>	Spontanée	22 014	94,8
	Assistée	1 215	5,2
<b>Hypertension artérielle</b>		1 032	4,3
<b>Diabète</b>		2 014	8,3
<b>Durée de la grossesse</b>	<28 semaines	219	0,9
	28-31 semaines	208	0,9
	32-36 semaines	1 455	6,0
	≥ 37 semaines	22 325	92,2
<b>Induction</b>		6 978	28,8
<b>Analgésie péridurale</b>		17 961	74,3
<b>Mode d'accouchement</b>	Spontané sommet	16 773	69,3
	Siège vaginal	136	0,6
	Acc instrumental	2 292	9,5
	Césarienne	5 005	20,7
<b>Épisiotomie</b>		6 494	26,9

### 3.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

		Nombre	%
<b>Présentation de l'enfant</b>	Céphalique	23 056	94,0
	Siège	1 275	5,2
	Transverse	194	0,8
<b>Poids à la naissance</b>	< 500 g	36	0,2
	500-1 499 g	447	1,8
	1 500-2 499 g	1 520	6,2
	≥ 2 500 g	22 728	91,9
<b>Sexe</b>	Masculin	12 736	51,4
	Féminin	12 047	48,6
<b>Transfert en néonatalogie</b>	N*	1 503	6,1
	NIC	1 499	6,1
<b>Mort-nés</b>		210	0,9

# 4. NAISSANCES EN RÉGION BRUXELLOISE

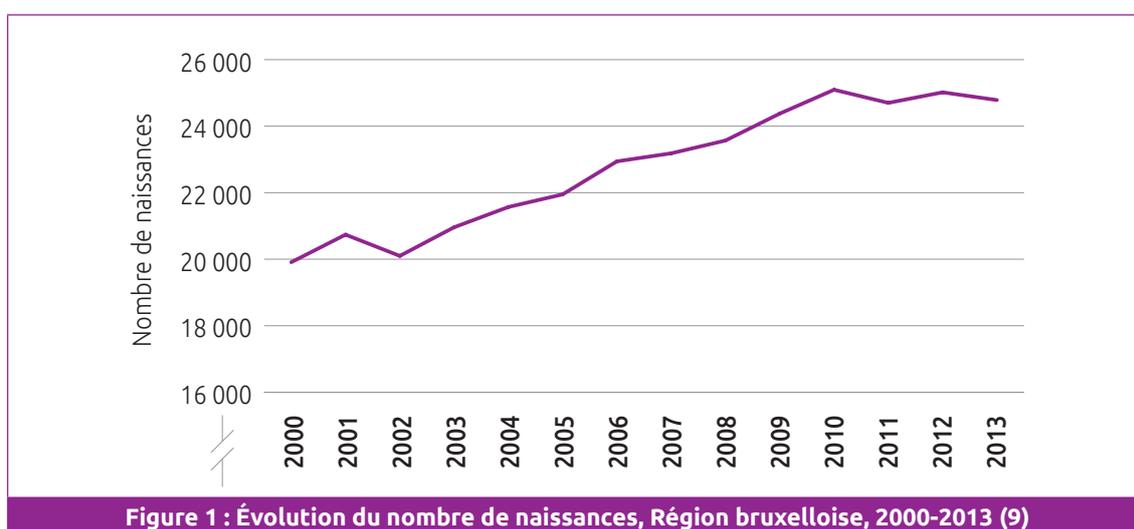
## 4.1 NAISSANCES ET ACCOUCHEMENTS

### 4.1.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

24 785 naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise ont été enregistrées en 2013.

Tableau 1 : Détails des naissances, Région bruxelloise, 2013	
	24 575 naissances VIVANTES
	210 MORT-NÉS de $\geq$ 500 g et/ou $\geq$ 22 semaines
Ou	1 097 naissances multiples
	23 688 naissances uniques
<b>Total :</b>	<b>24 785 naissances</b>

On observe une augmentation constante du nombre de naissances en Région bruxelloise entre 2000 et 2010, suivie d'une stabilisation depuis maintenant 4 années (figure 1).



## 4.1.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

23 688 accouchements de singletons et 544 accouchements multiples ont été enregistrés en 2013 sur le territoire de la Région bruxelloise. Parmi les accouchements multiples, on observe 535 grossesses de jumeaux et 9 grossesses de triplés (2,3 % des grossesses).

<b>Tableau 2 : Détails des accouchements, Région bruxelloise, 2013</b>	
<b>Singletons : 23 688 accouchements</b>	
	23 500 accouchements de singletons vivants
	188 accouchements de singletons mort-nés
<b>Grossesses gémeillaires : 535 accouchements</b>	
	518 grossesses gémeillaires de 2 enfants vivants
	12 accouchements gémeillaires d'1 enfant vivant et d'1 mort-né
	5 accouchements gémeillaires de 2 enfants mort-nés dont 1 grossesse où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau
<b>Grossesses triples : 9 accouchements</b>	
	9 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
<b>Total : 24 232 accouchements</b>	

Le taux de grossesses multiples reste stable sur la période 2008-2013, que ce soit pour les grossesses gémeillaires ou les grossesses triples.

## 4.1.3 LIEU D'ACCOUCHEMENT

Nous avons comptabilisé 24 121 accouchements à l'hôpital et 111 accouchements en extra-hospitaliers (0,5 %).

Le parc hospitalier bruxellois compte 11 maternités dont 3 universitaires. Plus d'une femme sur quatre a accouché dans une maternité universitaire (26,1 %) en 2013. La grande majorité des maternités bruxelloises a augmenté son nombre d'accouchements entre 2008 et 2013, dont 3 fortement. Seule 3 maternités ont légèrement diminué leur nombre (figure 2). Cette évolution a eu lieu entre 2008 et 2010 et est à mettre en parallèle avec l'évolution des accouchements à cette époque, mais également avec la fermeture de 2 maternités dans le courant de l'année 2008. Entre 2011 et 2013, le nombre d'accouchement par maternité s'est stabilisé, tout comme le nombre d'accouchements survenus à Bruxelles.

Parmi les 111 accouchements extra-hospitaliers, on comptabilise 63 accouchements à domicile programmés en présence d'un professionnel et 36 accouchements inopinés. Nous n'avons pas d'information concernant le type d'accouchement extra-hospitalier<sup>2</sup> pour 12 accouchements (10,8 %) et le volet médical de déclaration est non complété dans 16 cas (14,4 %)<sup>3</sup>. Il est donc relativement difficile d'évaluer l'évolution des accouchements hors maternités programmées d'une part et inopinés d'autre part. Seule l'évolution de la proportion des accouchements extra-hospitaliers dans son ensemble peut être analysée. Celle-ci reste stable entre 2008 à 2013 (0,5 %).

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

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.

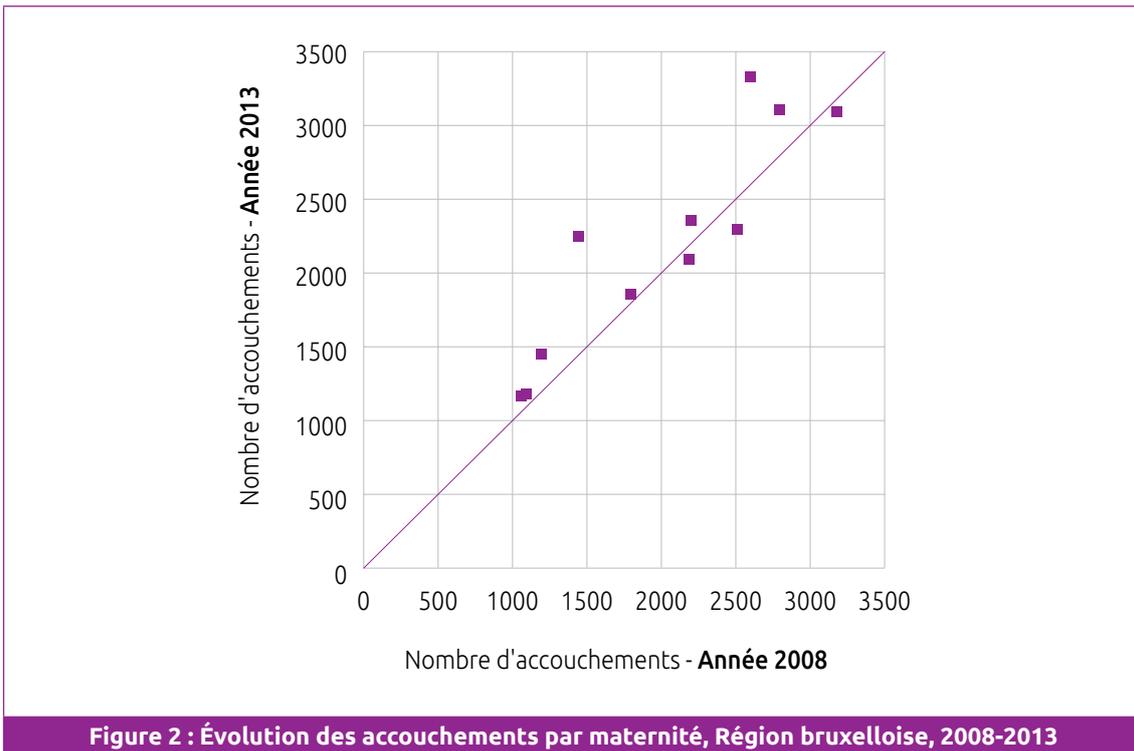


Figure 2 : Évolution des accouchements par maternité, Région bruxelloise, 2008-2013

## 4.2 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS

### 4.2.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS

#### 4.2.1.1 ÂGE MATERNEL

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 31,2 ans (déviation standard : 5,4 ans) (minimum : 13,2 ans – maximum : 54,6 ans). L'âge moyen chez la primipare est de 29,6 ans ce qui est plus élevé qu'en Flandre (28,6 ans) (2) et en Wallonie (27,8 ans) (1). Pour les multipares, l'âge moyen est de 32,4 ans, légèrement plus élevé qu'en Wallonie (31,2 ans) (1) et en Flandre (31,3 ans) (2).

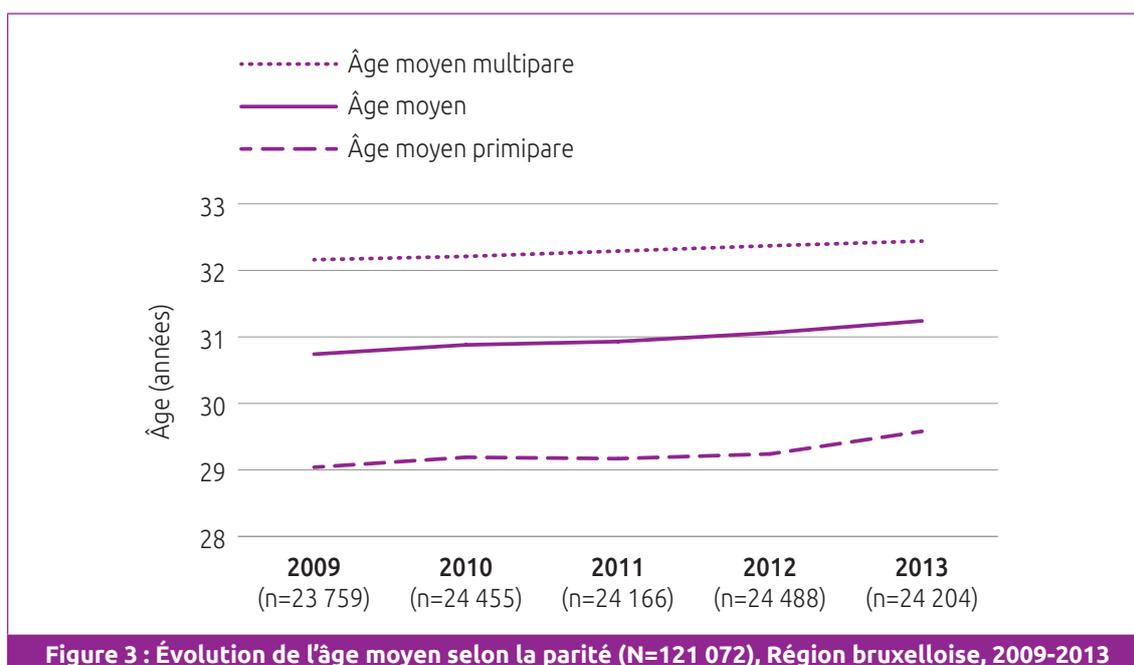
Si l'on s'intéresse aux catégories d'âges extrêmes, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de 1,7 %. Ce taux se situe entre celui de la Flandre (1,4 %) (2) et de la Wallonie (3,0 %) (1). Parmi ces jeunes mères, on note 6 accouchements en-dessous de l'âge de 15 ans (0,02 % des accouchements) et 92 accouchements en-dessous de l'âge de 18 ans (0,4 % des accouchements). À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 24,9 %. Ce résultat est plus important qu'en Wallonie (16,5 %) (1) et en Flandre (15,3 %) (2). Parmi ces mères de 35 ans et plus, 28,0 % sont primipares et 16,5 % sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus). La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est, elle, de 0,6 %.

**Tableau 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement (N=24 231), Région bruxelloise, 2013**

Âge	Nombre	%
< 20 ans	402	1,7
20-24 ans	2 787	11,5
25-29 ans	6 721	27,7
30-34 ans	8 297	34,2
35-39 ans	4 751	19,6
≥ 40 ans	1 273	5,3

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

L'âge moyen des femmes qui accouchent à Bruxelles continue à augmenter passant de 30,7 à 31,2 ans de 2009 à 2013. Cet âge moyen augmente aussi bien chez les primipares que chez les multipares. À Bruxelles, la problématique de l'âge concerne principalement les mères d'un âge avancé et non les jeunes mères. Durant la période 2008-2013, la proportion de mères âgées de 40 ans et plus a augmenté atteignant 5,3 % en 2013 ce qui est plus élevé qu'en Wallonie (3,1 %) (1). L'augmentation de l'âge à l'accouchement s'observe également dans les deux autres régions du pays ainsi que dans la majorité des pays européens.



**Figure 3 : Évolution de l'âge moyen selon la parité (N=121 072), Région bruxelloise, 2009-2013**

Les raisons de l'augmentation du nombre de naissances chez les mères plus âgées sont complexes. Dans le monde développé, il est de plus en plus fréquent pour les femmes de retarder la première naissance jusqu'à ce qu'elles soient dans leur trentaine. Depuis les années 70, la vie sociale moderne a eu des effets considérables sur la vie reproductive des femmes. L'âge plus tardif à la maternité s'explique notamment par le fait que les femmes font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, entrent plus tard en union et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces. Néanmoins, le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications et de facteurs de risque décrits plus loin et dans la littérature tel que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme et la mortalité (8-10).

#### 4.2.1.2 NATIONALITÉ DE LA MÈRE

44,4 % des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**. En outre, 71,4 % des mères sont de nationalité non belge **à l'origine**<sup>4</sup>, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas nées belges. Les nationalités d'origine les plus représentées sont marocaine (21,5 %), française (4,4 %), suivies des nationalités congolaise et roumaine (avec 4,2 % chacune).

Les proportions de mères de nationalité d'origine belge et de nationalité belge à l'accouchement diminuent sur la période 2008 à 2013 et passent respectivement de 36,9 % à 28,6 % et de 59,2 % à 55,6 %. En parallèle, une augmentation de la proportion de mères d'origine roumaine, française et polonaise est observée.

**Tableau 4 : Distribution des accouchements selon la nationalité de la mère, Région bruxelloise, 2013**

Nationalité	Nationalité d'origine (N=24 109)		Nationalité actuelle (N=24 114)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	6 900	28,6	13 395	55,6
UE15 sans Belgique	3 024	12,5	2 832	11,7
UE28 sans UE15	2 306	9,6	2 214	9,2
Russie et Europe de l'Est non UE28	1 844	7,6	863	3,6
Autres Europe	27	0,1	22	0,1
Maghreb et Egypte	5 695	23,6	2 172	9,0
Afrique subsaharienne	2 603	10,8	1 525	6,4
Amérique du Nord	92	0,4	73	0,3
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	514	2,1	372	1,5
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	532	2,2	270	1,1
Asie du Sud-Est	486	2,0	321	1,3
Océanie	6	0,0	6	0,0
Autres (apatride, indéterminé)	96	0,4	61	0,3

La nationalité d'origine est inconnue pour 123 mères (0,5 %) et la nationalité actuelle pour 118 mères (0,5 %).

Avec plus de 175 nationalités représentées, Bruxelles affiche une multiculturalité liée à la fois à la présence d'institutions européenne et internationale sur la Région mais également à l'immigration. L'évolution des types de nationalités est d'ailleurs en lien avec les vagues successives d'immigration bruxelloise. Cette multiculturalité est à prendre en compte dans les analyses. Le statut d'immigration des femmes influence à la fois les facteurs de risque périnataux d'ordre médical et socio-économique (11-12), le recours aux pratiques obstétricales (13-14-15-16) et l'issue de la grossesse (17). Le CEpi a notamment montré l'influence de la nationalité sur l'issue de l'accouchement (13), et a régulièrement montré dans ses précédents rapports un lien entre la nationalité d'origine et certains risques tel que le diabète, l'hypertension et l'indice de masse corporelle (7).

4 Il s'agit cependant ici de la nationalité d'origine de la mère (c'est-à-dire la nationalité que la mère avait à sa propre naissance).

#### 4.2.1.3 LIEU DE RÉSIDENCE DE LA MÈRE

Une femme sur quatre qui accouche en Région bruxelloise n'y réside pas (24,7 %) et provient principalement du Brabant flamand (14,9 %) et du Brabant wallon (4,2 %). Il serait intéressant de s'intéresser au profil de ces mères non résidentes bruxelloises qui viennent accoucher à Bruxelles dans une analyse distincte. En effet, lorsque l'on s'intéresse aux indicateurs périnataux en données de droit, on constate que certains indicateurs sont plus favorables que lorsqu'on les étudie en données de fait comme la prématurité ou la mortinatalité (18). Ces résultats montrent bien que Bruxelles, regroupant des centres de référence universitaire, draine une population plus à risque. Les données du présent rapport (en données de fait) ne peuvent être comparées à d'autres régions sans prendre en compte cette spécificité.

**Tableau 5 : Distribution des accouchements selon le lieu de résidence de la mère (N=24 225), Région bruxelloise, 2013**

Lieu de résidence <sup>5</sup>	Nombre	%
<b>Bruxelles</b>	<b>18 236</b>	<b>75,3</b>
<b>Total Flandre</b>	<b>4 084</b>	<b>16,9</b>
Flandre orientale	327	1,4
Flandre occidentale	17	0,1
Limbourg	8	0,0
Anvers	124	0,5
Brabant flamand	3 608	14,9
<b>Total Wallonie</b>	<b>1 702</b>	<b>7,0</b>
Hainaut	445	1,8
Liège	91	0,4
Luxembourg	36	0,2
Namur	117	0,5
Brabant wallon	1 013	4,2
<b>Pays étrangers</b>	<b>203</b>	<b>0,8</b>

Le lieu de résidence de la mère est inconnu pour 7 mères (0,02 %).

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

69,7 % des mères ont obtenu leur diplôme de secondaire supérieur et 36,9 % un diplôme d'étude supérieure universitaire ou non. Cet indicateur maintient un taux de données manquantes important et ce malgré le travail de sensibilisation du personnel des administrations communales, réalisé par l'Observatoire de la Santé et du Social bruxellois. 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<sup>6</sup>.

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

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

6 La définition du niveau d'études des parents qui ont passé leur enfance, au moins en partie, à l'étranger, peut être complexe pour le personnel des administrations communales.

**Tableau 6 : Distribution des accouchements selon le niveau d'instruction de la mère (N=21 350), Région bruxelloise, 2013**

Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	438	2,1
Primaire	1 543	7,2
Secondaire inférieur	4 373	20,5
Secondaire supérieur	6 999	32,8
Supérieur non universitaire	2 762	12,9
Supérieur universitaire	5 119	24,0
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger)	116	0,5

Le niveau d'instruction de la mère est inconnu pour 2 882 mères (11,9 %).

#### 4.2.1.5 ÉTAT D'UNION DE LA MÈRE

La proportion de mères ayant déclaré vivre seule est de 14,9 %. Sur la période 2008-2013, moins de femmes ont déclaré vivre seul au moment de leur accouchement (16,0 à 14,9 %). Ce taux de 14,9 % même s'il diminue pourrait toutefois être surestimé et être la conséquence du fait que l'Officier d'état civil de la commune représente davantage l'autorité et fait craindre un certain contrôle. Dans certaines situations en effet, la déclaration de vie en couple ou de façon isolée pourrait être plus ou moins avantageuse au regard de la loi belge en matière de droit aux allocations sociales.

L'état d'union de la mère influence également les indicateurs périnataux, comme nous le verrons dans la suite de ce rapport.

**Tableau 7 : Distribution des accouchements selon l'état d'union de la mère (N=23 926), Région bruxelloise, 2013**

État d'union	Nombre	%
Vit seule	3 564	14,9
Vit en union	20 362	85,1

L'état d'union de la mère est inconnu pour 306 mères (1,3 %).

#### 4.2.1.6 SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Près de quatre hommes sur cinq sont actifs au moment de l'accouchement, par contre un peu plus d'une mère sur deux est active. La proportion de père et de mère actifs reste stable sur la période 2008-2013.

**Tableau 8 : Distribution des accouchements selon la situation professionnelle des parents, Région bruxelloise, 2013**

Situation professionnelle	Père (N=21 967)		Mère (N=23 246)	
	nombre	%	nombre	%
Actif	17 539	79,8	12 795	55,0
Chômeur	1 888	8,6	2 451	10,5
Sans profession (CPAS / mutuelle / invalidité / incapacité / sans profession / formation / rentier)	2 307	10,5	7 547	32,5
Pensionné	30	0,1	7	0,0
Étudiant	203	0,9	446	1,9

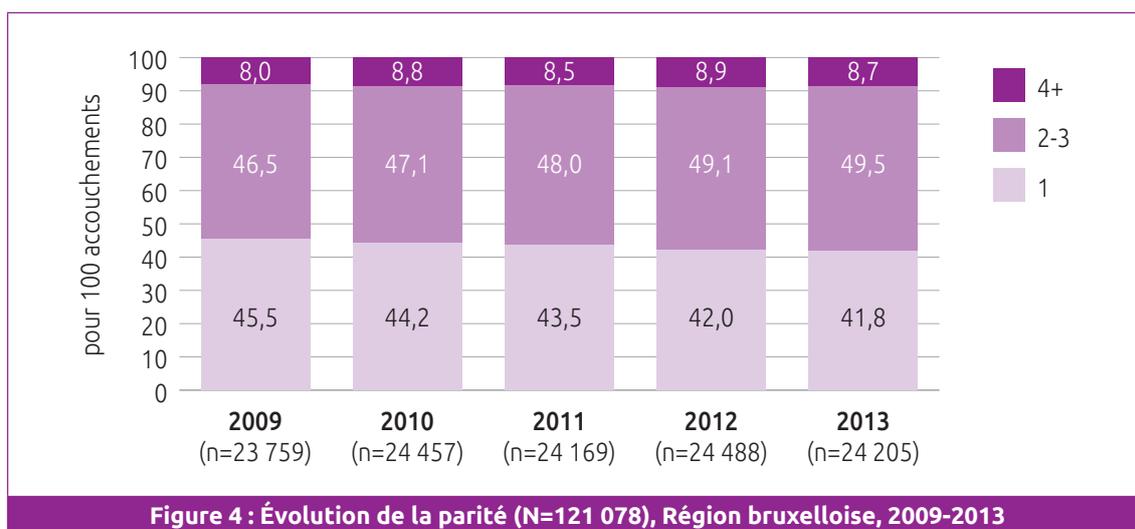
La situation professionnelle de la mère est inconnue pour 986 mères (4,1 %).

## 4.2.2 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

### 4.2.2.1 PARITÉ

Le taux de primipares est de 41,8 %. Ce taux est plus faible qu'en Flandre (44,8 %) (2) et qu'en Wallonie (43,1 %) (1). Le nombre de grandes multipares (4<sup>e</sup> accouchement et plus) est de 2 111 (8,7 %). Parmi les multipares, 223 mères ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (1,6 % des accouchements).

La proportion de primipares diminue chaque année depuis 2009, passant de 45,5 % à 41,8 % en 2013. Par contre, la proportion de grande multipare ne montre pas d'évolution de 2009 à 2013 (figure 4).



### 4.2.2.2 SÉROPOSITIVITÉ HIV

Des 119 accouchements concernés par un statut HIV positif, 125 enfants sont nés dont 5 enfants mort-nés. De 2009 à 2013, aucune évolution de la proportion de mères avec un statut HIV positif n'a été observée.

Parmi les mères dont le statut HIV est positif, la proportion de conception assistée est de 6,8 %. Cette proportion est plus élevée que pour les mères dont le statut HIV est négatif (4,5 %).

Statut HIV	Nombre	%
Positif	119	0,6
Négatif	21 515	99,1
Non testé	80	0,4

Le statut HIV de la mère est inconnu pour 2 518 mères (10,4 %) <sup>7</sup>

<sup>7</sup> Le taux élevé de données inconnues s'explique par le fait qu'une maternité bruxelloise ne collecte pas cette donnée.

#### 4.2.2.3 POIDS ET TAILLE DE LA MÈRE

Le poids médian des mères avant la grossesse est de 63 kg (p25 : 57 kg ; p75 : 72 kg) et la taille moyenne de 165 cm (déviation standard : 6,6 cm). L'indice de masse corporelle (IMC)<sup>8</sup> médian pour les femmes de 18 ans et plus<sup>9</sup>, calculé à partir du poids avant la grossesse et de la taille de la mère est de 23,2 kg/m<sup>2</sup>.

Durant la grossesse, les femmes âgées de 18 ans et plus prennent en moyenne 12,3 kg (déviation standard : 5,6 kg). Une tendance est observée entre la prise de poids durant la grossesse et l'IMC de la mère. La prise de poids moyenne diminue lorsque l'IMC de la mère augmente, avec une prise de poids moyenne de 13,3 kg pour les femmes avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup> et de 6,1 kg pour les femmes avec un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup>, ces résultats correspondant pratiquement aux guidelines de prise de poids par catégories d'IMC<sup>10</sup>. Cette prise de poids ne montre pas d'évolution de 2009 à 2013.

**Tableau 10 : Distribution des accouchements selon l'IMC de la mère (18 ans et plus) en début de grossesse (N=21 264), Région bruxelloise, 2013**

Catégories d'IMC	Nombre	%
< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	1 088	5,1
18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	12 913	60,7
25,0-29,9 kg/m <sup>2</sup>	4 779	22,5
30,0-39,9 kg/m <sup>2</sup>	2 307	10,9
≥ 40 kg/m <sup>2</sup>	177	0,8

L'IMC est inconnu pour 2 902 mères (12,0 %).

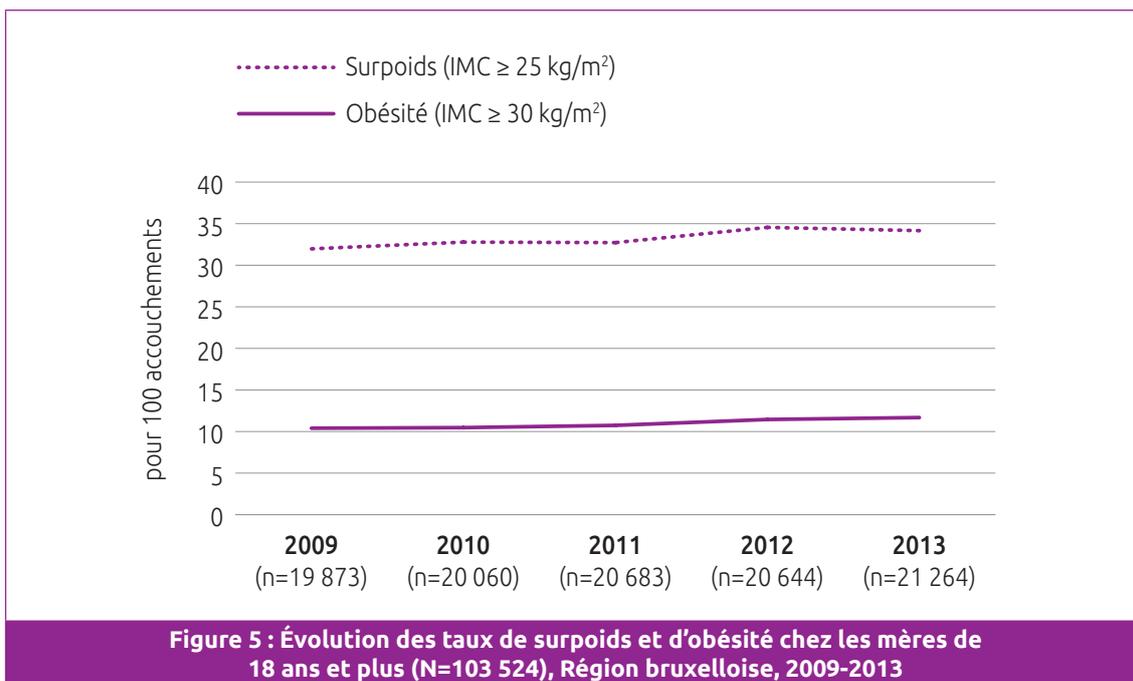
Les proportions de mères en surpoids ou souffrant d'obésité ne cessent d'augmenter depuis la collecte de cet indicateur en 2009, avec actuellement une femme sur trois souffrant de surpoids et plus d'une femme sur dix souffrant d'obésité (tableau 10 et figure 5). Ces proportions sont plus faibles que celles observées en Wallonie (36,5 % de mères en surpoids et 14,7 % de mères obèses).

Ce sont les mères de 40 ans et plus et les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne qui présentent le plus de problème de surpoids avec respectivement 42,6 % et 52,3 %.

8 L'IMC est calculé en prenant le poids avant la grossesse divisé par le carré de la taille. Les catégories utilisées sont celles recommandées par l'OMS, à savoir : IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup> = sous-poids – IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m<sup>2</sup> = poids normal – IMC entre 25 à 29,9 kg/m<sup>2</sup> = surpoids – IMC entre 30,0 et 39,9 kg/m<sup>2</sup> = obésité – IMC ≥ 40 kg/m<sup>2</sup> = obésité sévère.

9 Les seuils de définition du surpoids et de l'obésité pour les femmes à partir de l'âge de 18 ans sont différents de ceux des jeunes femmes de moins de 18 ans. Dans le présent rapport, les analyses croisées selon l'IMC sont réalisées uniquement sur les mères de 18 ans et plus.

10 Les recommandations de prise de poids durant la grossesse, publiées dans le rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" en 2009 (19), sont de 12,7 à 18,1 kg pour les mères dont l'IMC est < 18,5 kg/m<sup>2</sup>, de 11,3 à 15,9 kg pour les mères avec un IMC de 18,5 à 24,9 kg/m<sup>2</sup>, de 6,8 à 11,3 kg pour les mères avec un IMC de 25 à 29,9 kg/m<sup>2</sup> et de 5,0 à 9,1 kg pour les mères avec un IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>.



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 % (8). Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreux facteurs de risque, tels que le diabète, l'hypertension, la macrosomie. Par ailleurs, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivent plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (20).

#### 4.2.2.4 HYPERTENSION ARTÉRIELLE

4,3 % de mères souffrent d'hypertension, qu'elle soit préexistante ou gravidique. La proportion d'hypertension est légèrement inférieure à celle observée en Flandre (4,7 %) (2) et en Wallonie (4,7 %) (1).

L'analyse selon la parité présente des résultats différents avec une proportion d'hypertension artérielle plus élevée parmi les primipares (5,2 % contre 3,6 %). Une tendance est observée entre l'hypertension artérielle et l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant un taux de 3,3 % contre 8,2 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Une association est également constatée entre l'hypertension et l'indice de masse corporelle avec 1,6 % d'hypertension pour les mères en insuffisance pondérale contre 14,7 % pour les femmes en obésité morbide ( $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>).

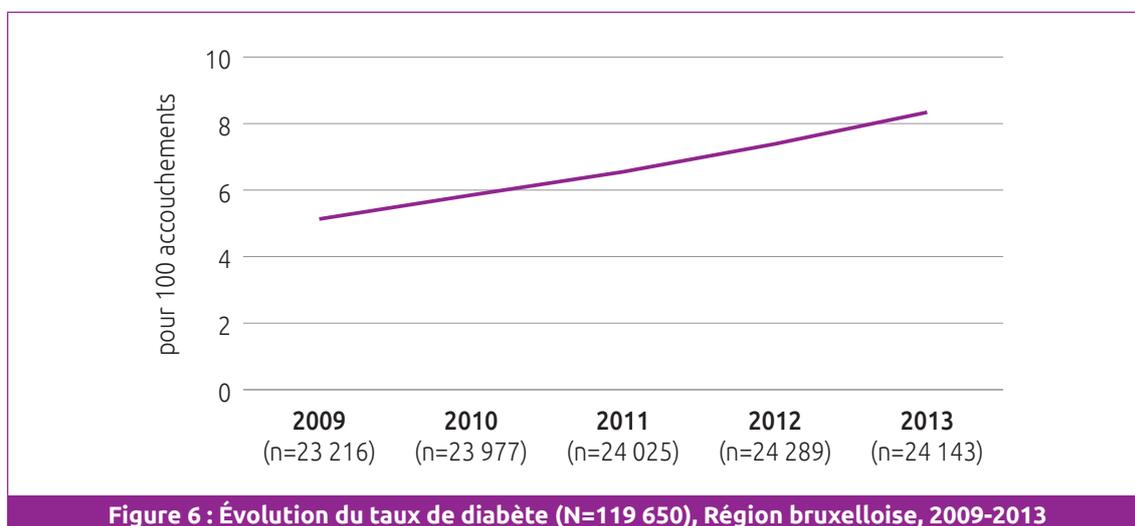
La proportion de femmes souffrant d'hypertension diminue légèrement de 2009 à 2011, suivi d'une stabilisation.

#### 4.2.2.5 DIABÈTE

8,3 % des mères souffrent de diabète, qu'il soit gestationnel ou préexistant. Cette proportion est supérieure à celle de la Wallonie (7,8 %) (1) et beaucoup plus élevée que celle observée en Région flamande (3,3 %) (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 (21).

L'analyse selon la parité présente des résultats différents avec une proportion de diabète plus élevée parmi les multipares (9,1 % contre 7,3 %). Une tendance est observée entre le diabète et l'âge maternel, les femmes âgées de moins de 20 ans présentant un taux de diabète de 2,5 % contre 17,9 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. De plus, les femmes en insuffisance pondérale présentent un taux de diabète plus faible (3,3 %) que les femmes en obésité morbide (30,1 %).

On constate une augmentation constante du taux de diabète depuis 2009, passant de 5,1 % à 8,3 % (figure 6). Cette augmentation est probablement multifactorielle et peut être liée à la nouvelle politique de dépistage du diabète dans le cadre de la grossesse (diminution du seuil glycémique pour le dépistage du diabète gestationnel), mais également à une augmentation réelle de la prévalence en lien notamment avec l'épidémie d'obésité dans la population générale et le recul de l'âge de la grossesse. La grossesse est une période « clé » tant pour l'incidence que pour le dépistage du diabète. Améliorer le dépistage des mères diabétiques permet de limiter les risques associés qui ne sont pas insignifiants. En effet, l'étude HAPO "Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study" (étude prospective) a conduit à abaisser le seuil du diagnostic du diabète gestationnel. Les auteurs ont démontré une meilleure association entre ce seuil abaissé et un poids à la naissance supérieur au percentile 90, un accouchement par césarienne, une hypoglycémie néonatale et un hyperinsulinisme fœtale. L'étude a également démontré une meilleure association entre les nouvelles normes de glycémies maternelles anormales et cinq complications fœto-maternelles: l'accouchement prématuré, le risque de prééclampsie, la dystocie de l'épaule, l'hyperbilirubinémie et les soins intensifs néonataux (22). Le dépistage du diabète et la prise en charge des mères diabétiques et de leur(s) enfant(s) sont très importants afin de limiter les complications.



#### 4.2.2.6 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

94,8 % des grossesses ont été conçues spontanément. Parmi les grossesses multiples, 35,8 % sont des grossesses de conception assistée. Parmi les grossesses triples, 8 ont été conçues par FIV ou ICSI, 1 était spontanée. 15,6 % des grossesses de conception assistée concernent des accouchements multiples. Le taux d'enfants mort-nés en fonction du type de conception est légèrement plus élevé parmi les grossesses de conception assistée avec un taux de 1,1 % contre 0,8 % pour les grossesses spontanées.

La proportion de conception assistée est plus élevée chez les mères plus âgées, passant de 2,6 % chez les mères de 20 à 29 ans à 16,3 % chez les mères de 40 ans et plus. Cette proportion est également plus élevée parmi les mères de nationalité d'origine belge avec 7,1 %.

**Tableau 11 : Distribution des accouchements selon le type de conception et le statut de la grossesse, Région bruxelloise, 2013**

Type de conception	Grossesse unique (N=22 701)		Grossesse multiple (N=528)		Total (N=23 229)
	Nombre	%	Nombre	%	%
Spontanée	21 675	95,5	339	64,2	94,8
Traitement hormonal	210	0,9	26	4,9	1,0
FIV ou ICSI	816	3,6	163	30,9	4,2

Le type de conception est inconnu ou non demandé pour 1 003 mères (4,1 %)

Au cours des années 2009 à 2013, la proportion de grossesse ayant fait suite à un traitement d'ICSI ou de FIV passe de 3,6 à 4,2 %. La proportion de grossesse sous traitement hormonal est stable, mais probablement sous-rapportée.

Au niveau européen, cet indicateur est très difficile à comparer d'un pays à l'autre, les définitions utilisées n'étant pas toujours les mêmes. Néanmoins, Peristat précise qu'à peu près 5 à 6 % des 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 (8).

## 4.3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

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

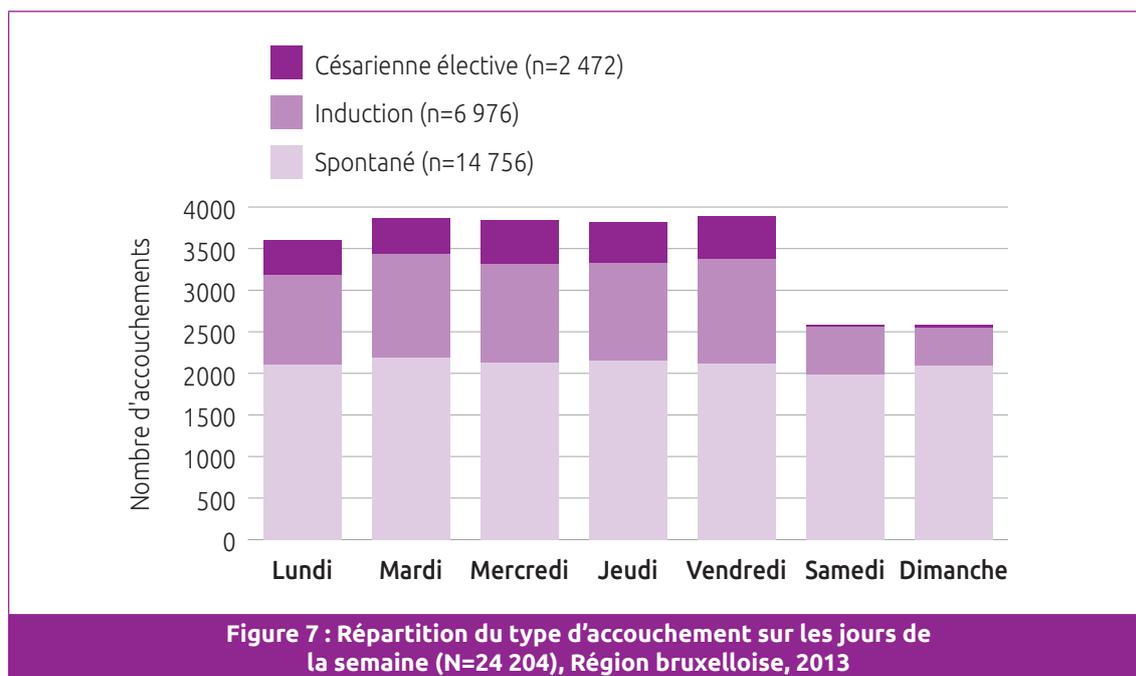
Pour les singletons vivants,

- 95,5 % se présentent en sommet
- 4,1 % se présentent en siège
- 0,4 % se présentent en transverse

La présentation est inconnue pour 233 singletons vivants (1,0 %).

### 4.3.2 TYPE DE DÉBUT DE TRAVAIL

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



Sur la période 2009 à 2013, une évolution progressive du type de début de travail est constatée, marquant une diminution constante du travail spontané au profit de l'induction et de la césarienne élective. Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux accouchements multiples, la répartition du type de début de travail est différente avec 43,8 % de travail spontané, 25,4 % d'induction et 30,9 % de césarienne élective, en 2013 et pas d'évolution sur les années 2009 à 2013.

La proportion de travail non spontané tend à augmenter au fil des années, quatre femmes sur dix ayant un travail induit ou une césarienne élective en 2013. Ces deux indicateurs sont développés dans la suite de ce rapport (tableau 12).

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

**Tableau 12 : Évolution du type de début de travail (N=121 009), Région bruxelloise, 2009-2013**

	Travail spontané		Induction		Césarienne élective	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2009 (n=23 795)	15 251	64,1	6 583	27,7	1 961	8,2
2010 (n=24 436)	15 385	63,0	6 823	27,9	2 228	9,1
2011 (n=24 106)	14 870	61,7	6 926	28,7	2 310	9,6
2012 (n=24 468)	15 042	61,5	7 102	29,0	2 324	9,5
2013 (n=24 204)	14 756	61,0	6 976	28,8	2 472	10,2

Le type de début de travail est inconnu pour 287 accouchements (0,2 %)

### 4.3.3 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

#### 4.3.3.1 PRÉVALENCE

On constate que 28,8 % des accouchements ont été induits, ou :

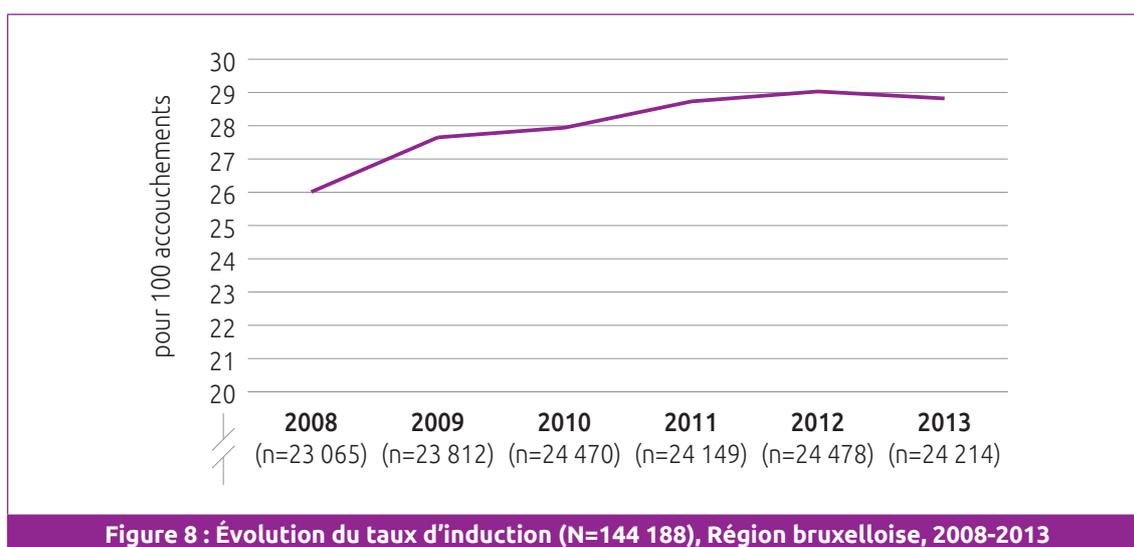
- 29,1 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 30,2 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 34,2 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 27,4 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare
- 32,1 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées

La notification de l'induction est manquante pour 18 accouchements (0,1 %).

*Le projet Euro-Peristat (8) recommande de présenter les taux d'induction comme le nombre d'enfants nés après induction sur le total des naissances vivantes et mortes. De cette manière, on obtient 28,7 % de naissances induites.*

Le taux d'induction en Région bruxelloise est plus élevé que le taux de la Région flamande (23,9 %) (2) et se rapproche du taux de la Wallonie (31,5 %) (1), qui est le taux le plus élevé d'Europe.

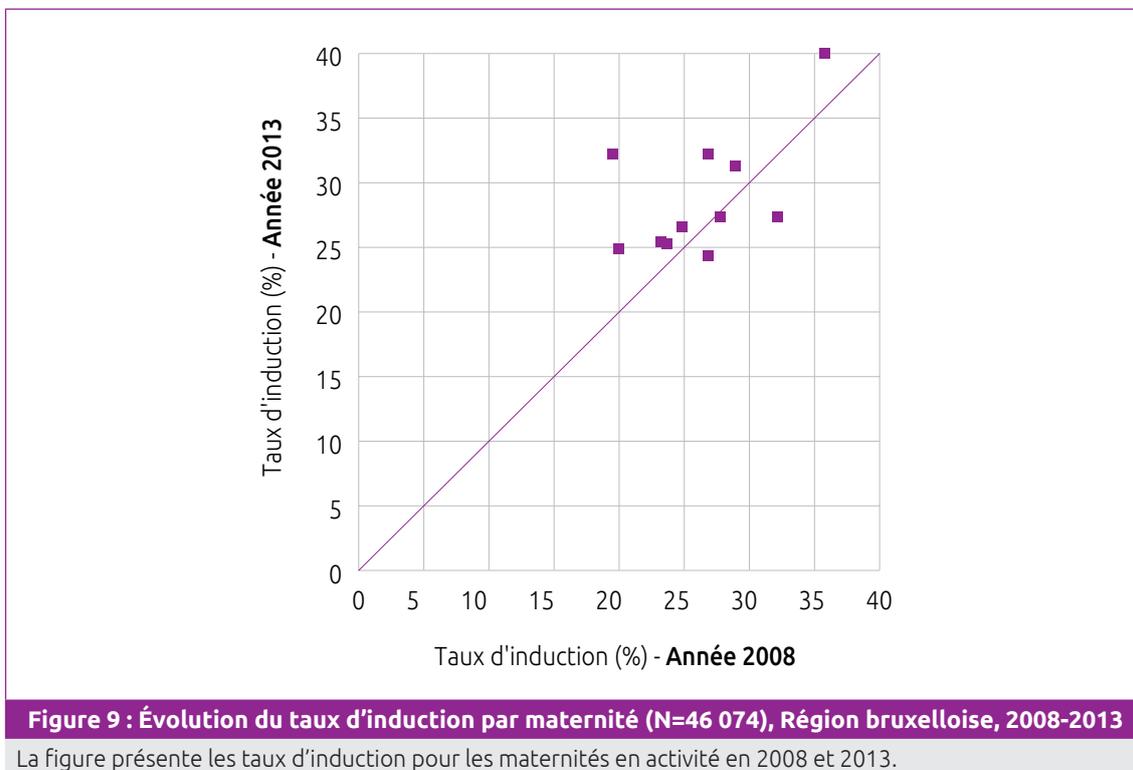
Le taux d'induction augmente entre 2008 et 2011 passant de 26,0 % à 28,7 %, avant de se stabiliser entre 2011 et 2013.



**Figure 8 : Évolution du taux d'induction (N=144 188), Région bruxelloise, 2008-2013**

#### 4.3.3.2 INDUCTION ET MATERNITÉS

Le taux d'induction varie fortement d'une maternité à l'autre, allant de 24,3 % à 40,0 % selon la maternité. Si l'on s'intéresse à l'évolution du taux d'induction par maternité, on constate que huit maternités ont augmenté leur taux d'induction, deux maternités l'ont diminué (figure 9).



#### 4.3.4 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

On constate que 74,3 % des accouchements ont bénéficié d'une péridurale, ou :

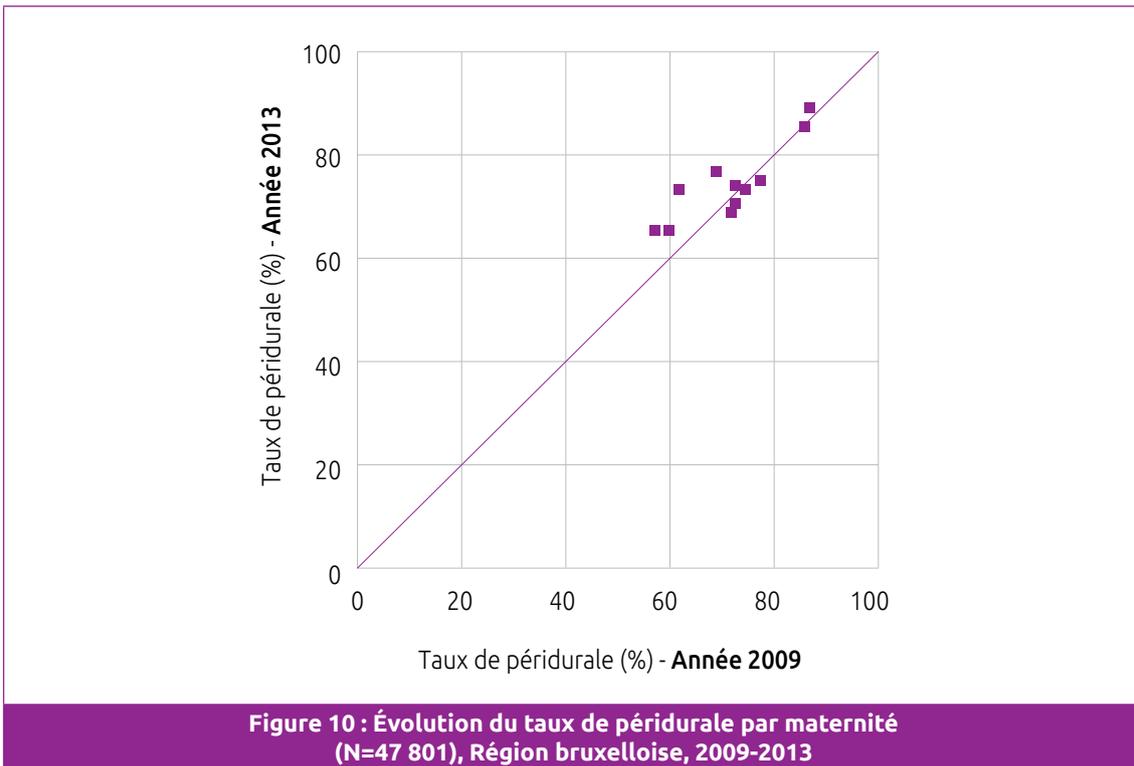
- 71,8 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées
- 82,3 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées chez la primipare
- 63,8 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées chez la multipare
- 68,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse

L'information est manquante pour 45 accouchements (0,2 %).

Le taux de péridurale à Bruxelles se situe entre le taux de la Flandre (70,3 %) (2) et celui de la Wallonie (79,9 %) (1).

Le taux de péridurale augmente légèrement entre 2009 et 2013 (71,0 % à 74,3 %).

Le taux de péridurale global varie de 65,4 % à 89,2 % d'une maternité à l'autre. Pour un singleton vivant en sommet à partir de 37 semaines et hors césariennes programmées, le taux de péridurale varie de 62,2 % à 88,1 %. Entre 2009 et 2013, six maternités ont augmenté leur taux, quatre maternités l'ont diminué et une est restée stable (figure 10).



### 4.3.5 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

#### 4.3.5.1 PRÉVALENCE

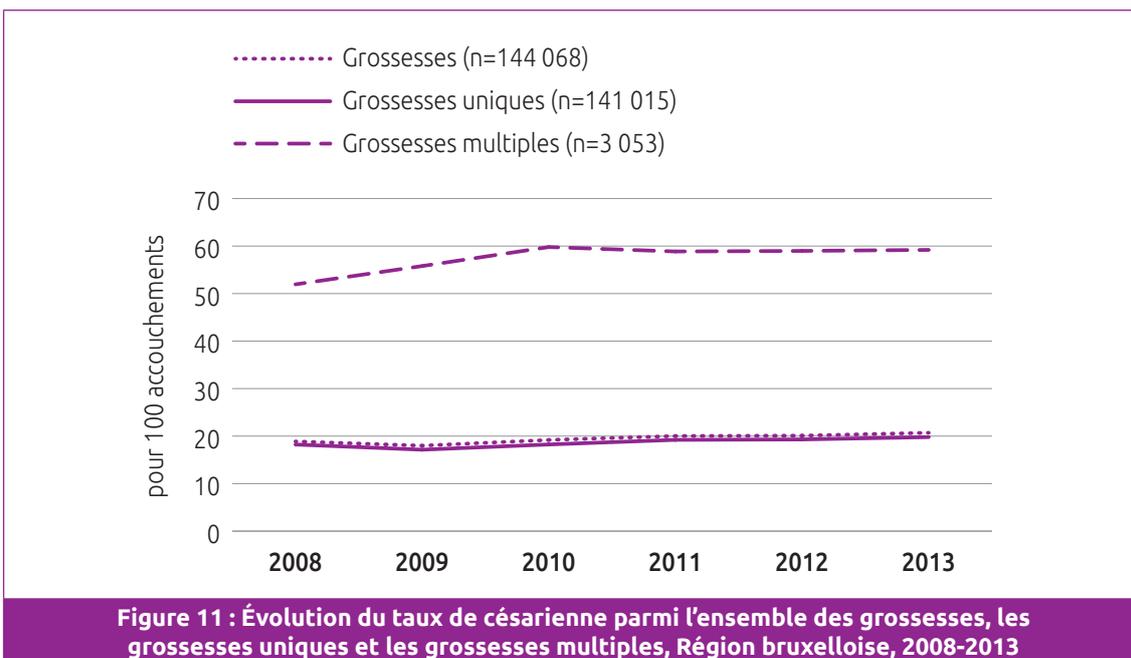
Le taux de césarienne est de 20,7 %, ou

- 19,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements uniques
- 59,2 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements multiples
- 10,2 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes électives
- 10,5 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes non programmées
- 13,1 % si l'on ne s'intéresse qu'aux premières césariennes
- 7,5 % si l'on ne s'intéresse qu'aux césariennes répétées

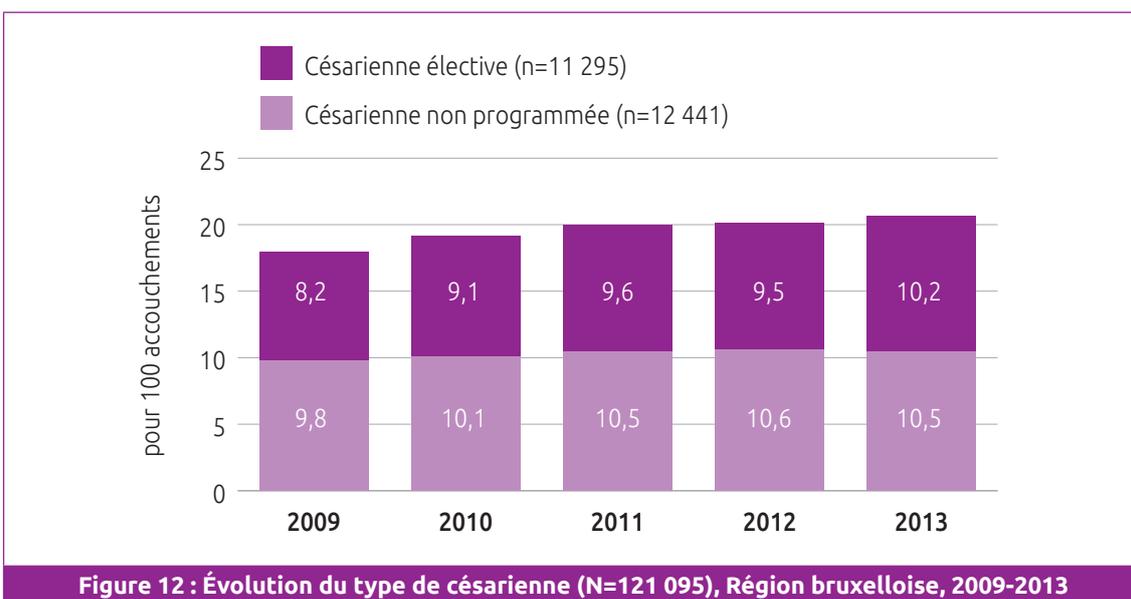
La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 26 accouchements (0,1 %).

*Euro-Peristat (8) recommande de calculer le taux de césarienne sur le nombre total de naissances. On obtient donc 21,6 césariennes pour 100 naissances.*

Le taux de césarienne en Région bruxelloise se situe entre celui de la Flandre (20,3 %) (2) et celui de la Wallonie (21,6 %) (1). Au niveau européen, le taux de césarienne oscille entre 14,8 % (Islande) et 52,2 % (Chypre). La Région bruxelloise fait partie de la majorité des pays qui présente un taux de césarienne inférieur à 30,0 % (8), néanmoins en lente augmentation depuis 2008, passant de 18,9 à 20,7 %. Une augmentation plus prononcée du taux parmi les grossesses multiples est constatée avec un taux passant de 51,6 % en 2008 à 59,8 % en 2010 suivi d'une stabilisation.



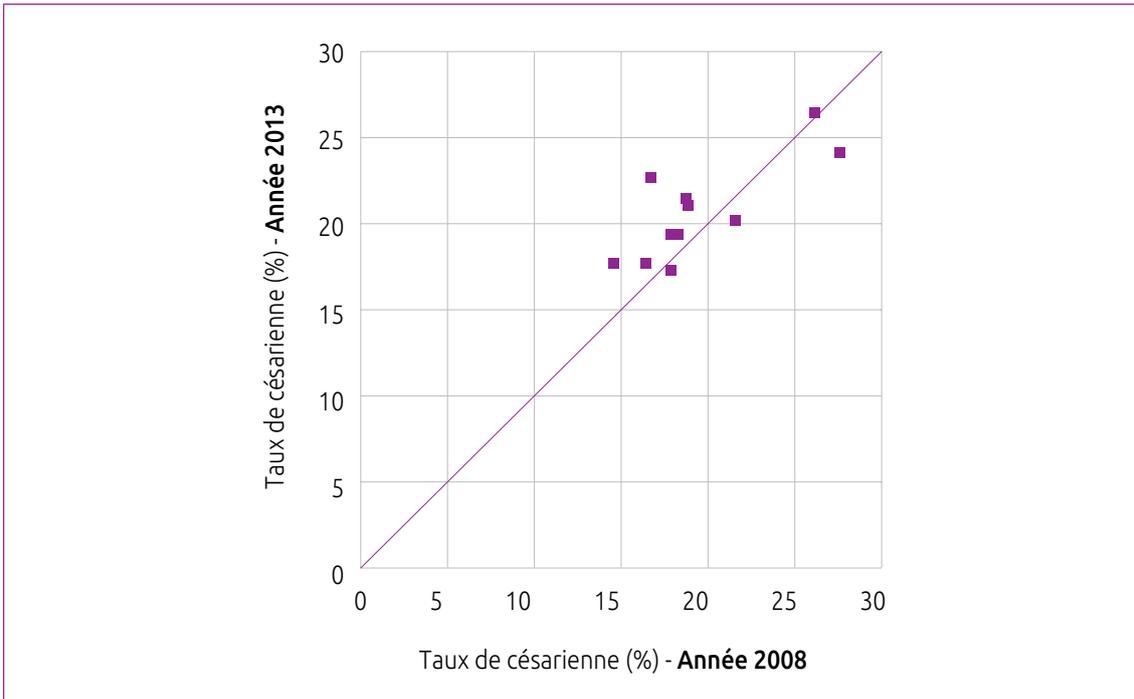
L'évolution du taux de césarienne sur les années 2009 à 2013 concerne principalement les césariennes électives, la part de ces césariennes sur la proportion de césarienne passant de 45,8 à 49,4 %.



#### 4.3.5.2 CÉSARIENNE ET MATERNITÉS

Le taux de césarienne global varie fortement d'une maternité à l'autre (17,4 % à 26,4 %). Il oscille de 6,8 % à 21,5 % lorsque l'on s'intéresse aux accouchements de singletons vivants en sommet et de 84,9 % à 100,0 % pour les singletons vivants en siège.

Entre 2009 et 2013, huit maternités ont augmenté leur taux de césarienne et trois l'ont diminué (figure 13).



**Figure 13 : Évolution du taux de césarienne par maternité (N=46 016), Région bruxelloise, 2008-2013**

La figure présente le taux de césarienne pour les maternités en activité en 2008 et 2013.

#### 4.3.5.3 CÉSARIENNE ET FACTEURS DE RISQUE

<b>Tableau 13 : Association entre la césarienne et les caractéristiques sociodémographiques de la mère, Région bruxelloise, 2013</b>				
		<b>N</b>	<b>Césarienne (%)</b>	<b>RR brut (IC 95 %)</b>
<b>Caractéristiques sociodémographiques de la mère</b>				
<b>Âge</b>	< 20 ans	401	11,5	1
	20-34 ans	17 787	18,5	1,61 (1,23-2,12)
	≥ 35 ans	6 017	27,7	2,41 (1,83-3,18)
<b>Nationalité d'origine</b>	Belgique	6 895	19,1	1
	UE28 moins Belgique	5 318	19,7	1,03 (0,96-1,11)
	Maghreb et Egypte	5 692	18,0	0,94 (0,88-1,01)
	Congo	1 044	30,0	1,57 (1,41-1,74)
	Autre Afrique subsaharienne	1 557	30,2	1,58 (1,44-1,73)
<b>Niveau d'instruction</b>	Pas d'études supérieures	13 344	20,5	1,01 (0,95-1,07)
	Études supérieures	7 872	20,3	1
<b>État d'union</b>	Vit seule	3 558	22,6	1,11 (1,04-1,19)
	Vit en union	20 346	20,3	1

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

Tableau 14 : Association entre la césarienne, les caractéristiques biomédicales de la mère et les caractéristiques de l'accouchement, Région bruxelloise, 2013				
		N	Césarienne (%)	RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques biomédicales de la mère</b>				
<b>Parité</b>	Primipares	10 117	22,8	1,19 (1,13-1,25)
	Multipares	14 081	19,2	1
<b>IMC</b>	< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	1 087	14,3	1
	18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	12 972	18,6	1,31 (1,12-1,52)
	≥ 25,0 kg/m <sup>2</sup>	7 267	24,0	1,68 (1,44-1,96)
<b>Hypertension</b>	Oui	1 032	38,7	1,95 (1,79-2,11)
	Non	23 112	19,9	1
<b>Diabète</b>	Oui	2 013	28,0	1,40 (1,30-1,51)
	Non	22 124	20,0	1
<b>Type de conception</b>	Conception assistée	1 215	33,1	1,66 (1,53-1,81)
	Conception spontanée	22 008	19,9	1
<b>Statut de la grossesse</b>	Multiple	544	59,2	3,00 (2,78-3,22)
	Unique	23 662	19,8	1
<b>Caractéristiques de l'accouchement</b>				
<b>Présentation de l'enfant</b>	Sommet	22 734	16,2	1
	Siège	1 122	87,9	5,44 (5,25-5,65)
	Transverse	124	99,2	6,14 (5,94-6,35)

Les mères souffrant d'hypertension ou souffrant de diabète, les mères en surpoids ainsi que les grossesses de conception assistée ont davantage de risque d'avoir une césarienne. Les grossesses multiples présentent également un risque plus important de césariennes.

Les taux de césarienne sont également plus élevés parmi les femmes avec un singleton vivant en présentation transverse (100,0 %) ou en siège (91,9 %). Les taux de césarienne pour les singletons vivants en siège chez la primipare et la multipare ont augmenté de 2009 à 2013, passant de 91,9 % à 95,5 % pour les primipares et de 80,4 % à 87,4 % pour les multipares.

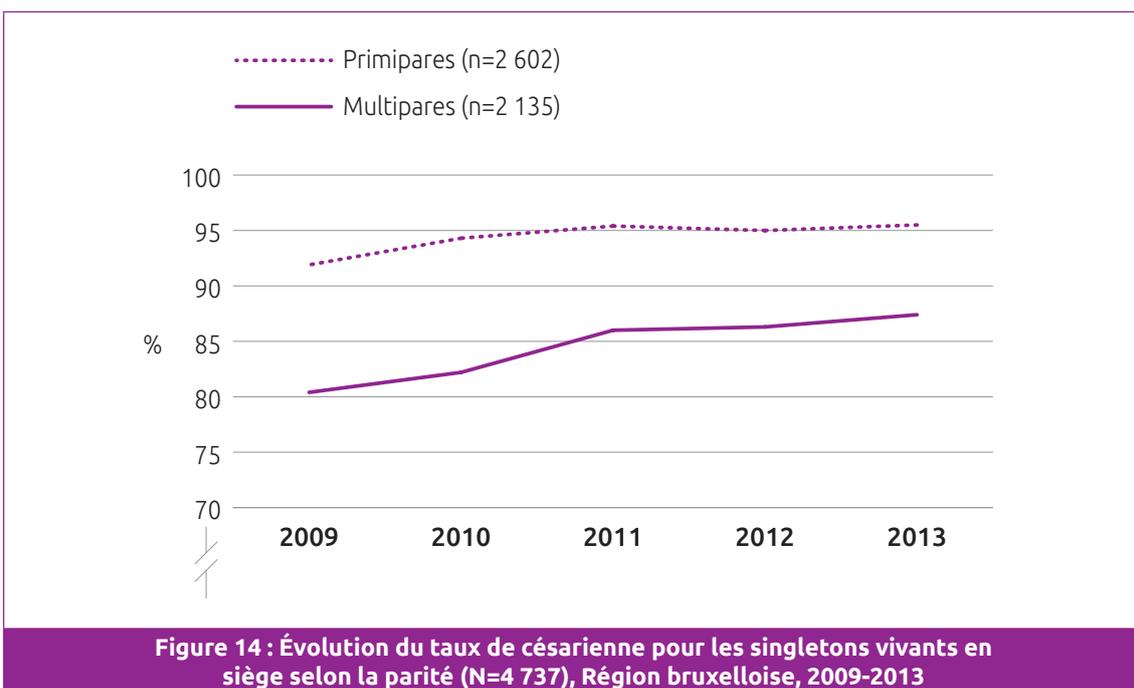
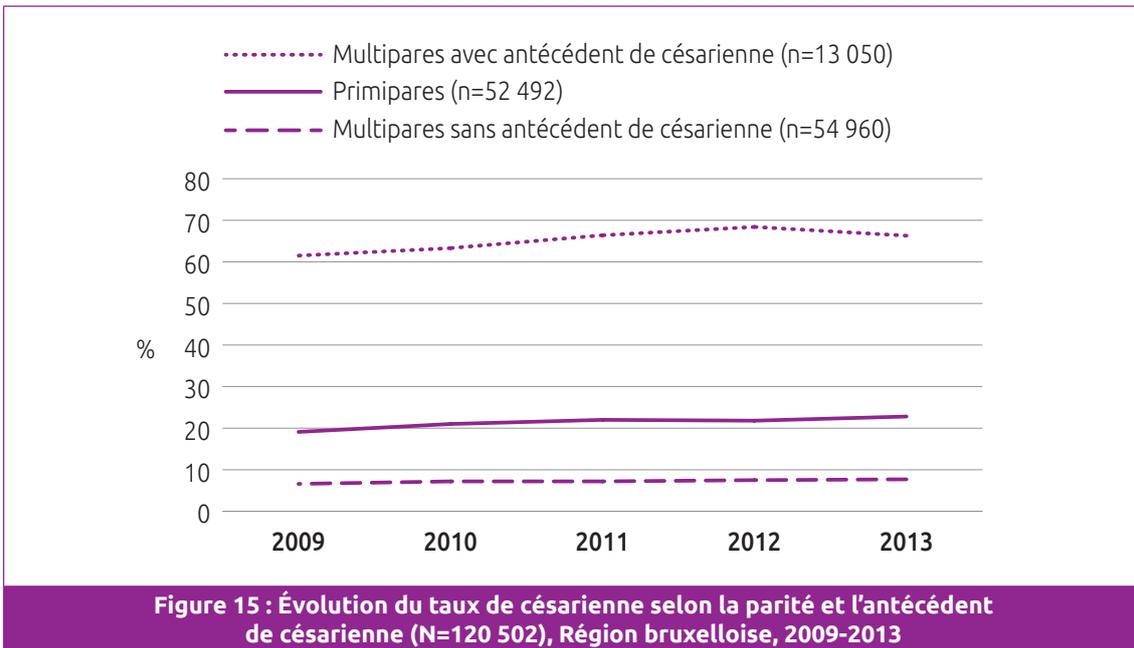


Figure 14 : Évolution du taux de césarienne pour les singletons vivants en siège selon la parité (N=4 737), Région bruxelloise, 2009-2013

Concernant les antécédents de césarienne, 19,6 % des multipares en ont un et parmi celles-ci, 66,4 % ont accouché par césarienne. Parmi les multipares sans antécédent de césarienne, seul 7,7 % ont accouché par césarienne. Entre 2009 et 2013, on constate une augmentation du taux de césarienne principalement chez les primipares et les multipares avec antécédent de césarienne (figure 15).



#### 4.3.5.4 INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Si l'on s'intéresse aux indications de césarienne reprises sur le volet CEpiP pour les naissances uniques vivantes, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel a été signalé comme l'indication de la césarienne dans plus de 1 césarienne sur 4, suivie de près par la souffrance foetale aigüe. Pour les premières césariennes, la première indication de césarienne est la souffrance foetale aigüe (32,4 %) suivie de l'anomalie de présentation (23,6 %). Pratiquement deux tiers des césariennes répétées ont comme indication, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel (64,2 %).

Les systèmes de classification qui suivent ce type d'indications sont très hétérogènes et les comparaisons régionales, nationales et internationales rendues difficiles. Dans sa dernière note, l'OMS recommande d'utiliser le système de classification de Robson<sup>11</sup> (23), 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.

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

**Tableau 15 : Classifications des césariennes selon les catégories de Robson (N=23 948), Région bruxelloise, 2013**

Groupes Robson	Nbre C/S sur le total des mères de chaque groupe	Taille relative des groupes (%)	Taux de césariennes dans chaque groupe (%)	Contribution de chaque groupe dans le taux global de césarienne (%)
1 Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	477/5414	22,6	8,8	2,0
2 Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	877/3167	13,2	27,7	3,7
3 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané	125/6993	29,2	1,8	0,5
4 Multipares (sans antécédent de césarienne), singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective	226/3195	13,3	7,1	0,9
5 Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines	1377/2239	9,4	61,5	5,7
6 Toutes les primipares, singleton en siège	492/539	2,3	91,3	2,1
7 Toutes les multipares, singleton en siège	378/460	1,9	82,2	1,6
8 Toutes les grossesses multiples	322/544	2,3	59,2	1,3
9 Toutes les grossesses, singleton en transverse	109/110	0,5	99,1	0,5
10 Toutes les grossesses, singleton sommet, < 37 semaines	401/1287	5,4	31,2	1,7
<b>TOTAL</b>	<b>4784/23948</b>	<b>100,0</b>		<b>20,0</b>

258 femmes n'ont pu être catégorisées (1,1 %), parmi celles-ci 221 ont été césarisées.

Selon la nomenclature de Robson, 51,8 % des femmes font partie des catégories 1 et 3, avec respectivement 22,6 % de primipares et 29,2 % de multipares. Si l'on regarde la contribution de ces deux groupes dans le taux global de césarienne, on se rend compte qu'elle est faible (2 % pour la catégorie 1 et 0,5 pour la catégorie 3), ce constat est relativement positif. Les taux de césarienne les plus élevés se retrouvent dans les catégories 9 (transverse) et 6 (primipare en siège). Néanmoins, la taille de ces groupes étant très petite, leur contribution dans le taux de césarienne est relativement faible. Les deux catégories de femmes qui contribuent le plus dans les 20 % de taux de césarienne sont les «Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective», avec 3,7 % et les «Multipares avec antécédent de césarienne, singleton sommet, ≥ 37 semaines», avec 5,7 %.

Ce constat ainsi que l'augmentation du taux de césarienne élective et le taux élevé d'induction semblent marquer la tendance actuelle vers une «obstétrique programmée», qui dépassent nos frontières et dont les raisons sont multiples. Préoccupation médico-légale, changements dans la pratique clinique (diminution des essais de travail spontané après un antécédent de césarienne, des accouchements en siège vaginal et des extractions instrumentale), attentes parentales (augmentation des inductions et des césariennes sur demande maternelle), manque d'expérience des accouchements physiologiques chez les jeunes prestataires, préservation de la qualité de vie des praticiens et les questions financières sont une partie des réponses à cette programmation (24-25-26-27-28).

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

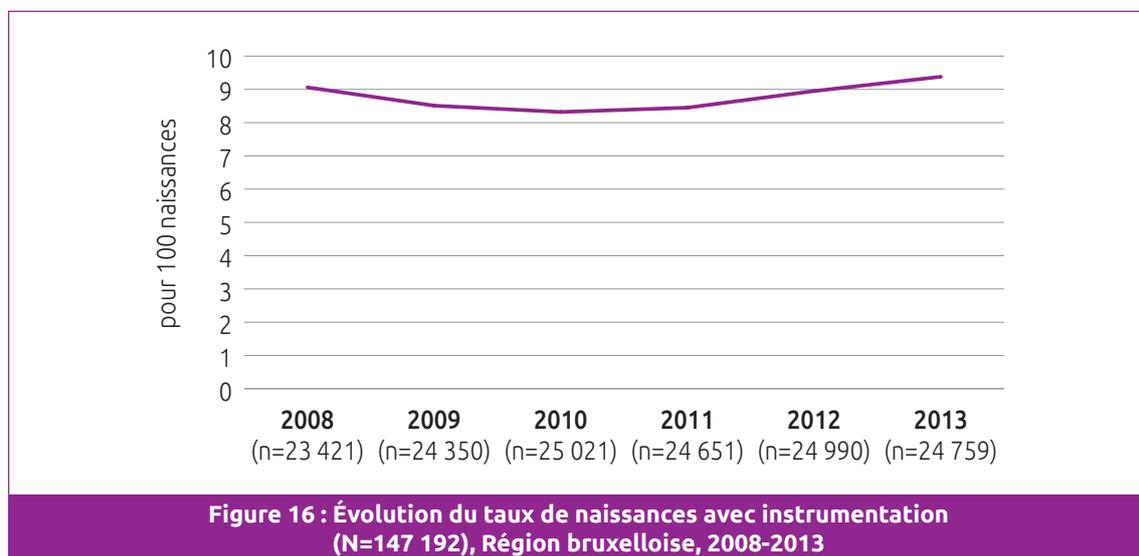
### 4.3.6 NAISSANCE AVEC INSTRUMENTATION

La proportion d'utilisation de la ventouse (8,1 %) est pratiquement six fois plus élevée que l'utilisation du forceps (1,3 %).

La proportion de naissances avec instrumentation est légèrement plus faible qu'en Flandre (9,9 %) (2), mais beaucoup plus élevée qu'en Wallonie (7,5 %) (1). Cette proportion reste relativement stable sur la période 2008-2013 (figure 16).

<b>Tableau 16 : Distribution des naissances selon l'instrumentation (N=24 759), Région bruxelloise, 2013</b>		
	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
Ventouse	2 013	8,1
Forceps	310	1,3
<b>Total</b>	<b>2 323</b>	<b>9,4</b>

Le type d'accouchement est inconnu pour 26 naissances (0,1 %).

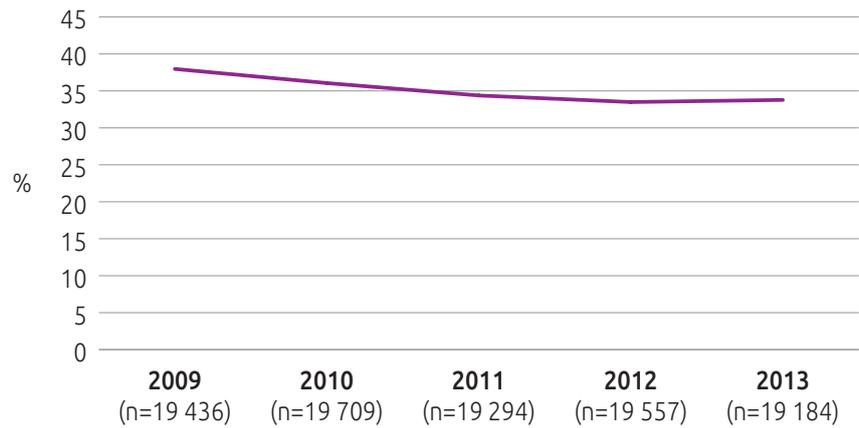


### 4.3.7 ÉPISIOTOMIE

On constate que 26,8 % des accouchements ont eu une épisiotomie, ou :

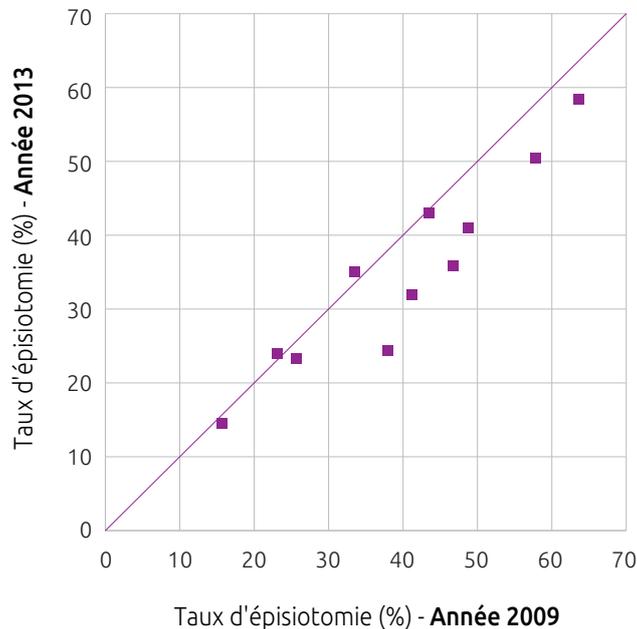
- 33,8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse
  - 53,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la primipare
  - 20,0 % si l'on ne s'intéresse qu'aux accouchements par voie basse chez la multipare
- Cette information est manquante pour 41 accouchements (0,2 %).

La Région bruxelloise présente un taux d'épisiotomie nettement plus faible qu'en Wallonie (31,8 %) (1) et qu'en Flandre (51,9 %) (2). Par ailleurs, une diminution du taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse s'observe entre 2009 et 2013 allant de 38,0 % à 33,8 % (figure 17).



**Figure 17 : Évolution du taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse (N=97 180), Région bruxelloise, 2009-2013**

Neuf maternités ont diminué leur taux d'épisiotomie entre 2009 et 2013 et deux l'ont augmenté (figure 18). On constate également sur ce graphe la très grande variation dans les taux d'épisiotomie d'une maternité à l'autre, le taux d'épisiotomie en 2013 variant de 11,9 % à 44,3 %, et de 14,7 % à 58,3 % en cas d'accouchement par voie basse. Ce constat est probablement lié au fait que cette pratique est moins standardisée que celle de la césarienne ou de l'induction et que contrairement à ces deux dernières pratiques, l'épisiotomie fait très rarement l'objet de discussion au sein des équipes.



**Figure 18 : Évolution du taux d'épisiotomie par maternité pour les accouchements par voie basse (N=38 507), Région bruxelloise, 2009-2013**

## 4.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

### 4.4.1 POIDS À LA NAISSANCE

#### 4.4.1.1 POIDS MOYEN DE L'ENFANT

Pour les enfants nés vivants, le poids moyen de l'enfant à la naissance est de 3 280 g (minimum : 380 g – maximum : 5 530 g).

Celui-ci est de 3 263 g si l'on prend en compte tous les enfants (mort-nés et nés vivants) (minimum : 150 g – maximum : 5 530 g).

Le poids moyen de l'enfant à la naissance n'évolue pas sur la période 2008-2013.

#### 4.4.1.2 RÉPARTITION DU POIDS À LA NAISSANCE

*Euro-Peristat (8) définit cet indicateur comme le nombre de naissances par intervalle de 500 g, sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. De plus les proportions d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g et 1 500 g sont habituellement présentées à des fins de comparaisons internationales. Il propose d'également calculer ce taux sur l'ensemble des naissances vivantes uniquement, pour éviter le biais lié à la déclaration des mort-nés qui n'est pas égale dans chaque pays et région. C'est la raison pour laquelle, les figures ci-dessous présentent les catégories de poids à la naissance pour les enfants singletons et issus de grossesse multiple, nés vivants et mort-nés, séparément.*

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

**Tableau 17 : Répartition du poids à la naissance (N=24 731), Région bruxelloise, 2013**

Poids (g)	Naissances vivantes (n=24 526)				Mort-nés (n=205)			
	Singletons (n=23 455)		Multiples (n=1 071)		Singletons (n=183)		Multiples (n=22)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
< 500	4	0,0	0	0,0	24	13,1	8	36,4
500-1 499	221	0,9	116	10,8	98	53,6	12	54,6
1 500-2 499	1 005	4,3	478	44,6	35	19,1	2	9,1
≥ 2 500	22 225	94,7	477	44,5	26	14,2	0	0,0

Le poids est inconnu pour 54 naissances (0,2 %).

#### 4.4.1.3 PRÉVALENCE DU FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

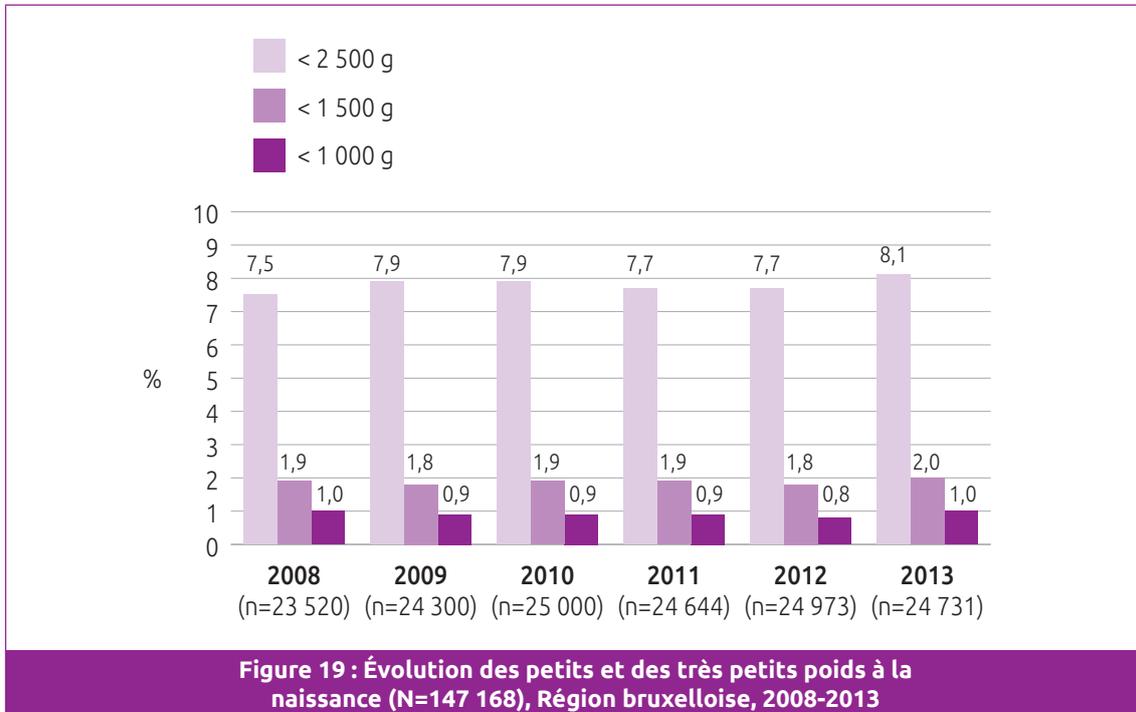
Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g est de 2 003 pour 24 731 naissances (8,1 %) au total, et de 1 824 pour 24 526 naissances vivantes (7,4 %). Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 9,5 %, contre 5,4 % dans les autres maternités.

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 500 g est 483 pour 24 731 naissances (2,0 %) au total, et de 341 pour 24 526 naissances vivantes (1,4 %).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 000 g est 247 pour 24 731 naissances (1,0 %) au total, et de 134 pour 24 526 naissances vivantes (0,6 %).

La proportion de petit poids à la naissance (moins de 2 500 g) à Bruxelles se situe entre celle de la Flandre (6,8 %) (2) et celle de la Wallonie (8,6 %) (1).

Les proportions de petit poids à la naissance (moins de 2 500 g) et de très petit poids à la naissance (moins de 1 500 g et de 1 000 g) fluctuent durant la période 2008 à 2013, tout en atteignant des taux plus importants en 2013 (figure 19).



Les recommandations européennes (8) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines. On obtient alors un taux de 2,5 pour 100 naissances vivantes (569/22 517) de 37 semaines et plus, et de 26,1 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (6/23).

Les proportions d'enfant de petit poids à la naissance mais d'un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines fluctuent également au cours des années 2008 à 2013 et passent de 2,3 % à 2,6 %.

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

Le petit poids à la naissance peut être la conséquence d'une courte durée de gestation ou d'un retard de croissance intra-utérin ou de la combinaison des deux (29). C'est l'un des plus importants facteurs de risque de la mortalité néonatale et également un déterminant de la morbidité et mortalité infantile (30).

Les principaux déterminants du retard de croissance du fœtus sont l'alcool, le tabac, la drogue, un faible indice de masse corporel, l'âge de la mère, sa petite taille, la primiparité, l'hypertension gravidique, les anomalies congénitales et génétiques (31), et les facteurs socio-économiques (32).

**Tableau 18 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (naissances vivantes), Région bruxelloise, 2013**

		N	Petit poids à la naissance (< 2 500 g) (%)	RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques sociodémographiques de la mère</b>				
<b>Âge</b>	< 20 ans	402	7,7	1,10 (0,78-1,55)
	20-34 ans	17 977	7,0	1
	≥ 35 ans	6 147	8,7	1,25 (1,13-1,37)
<b>Nationalité d'origine</b>	Belgique	6 999	9,1	1
	UE28 moins Belgique	5 398	6,4	0,70 (0,62-0,80)
	Maghreb et Egypte	5 787	5,6	0,61 (0,53-0,69)
	Congo	1 059	10,3	1,13 (0,93-1,37)
	Autre Afrique subsaharienne	1 588	8,8	0,96 (0,80-1,14)
<b>Niveau d'instruction</b>	Pas d'études supérieures	13 589	7,6	1,25 (1,13-1,39)
	Études supérieures	8 021	6,1	1
<b>État d'union</b>	Vit seule	3 586	9,1	1,28 (1,14-1,43)
	Vit en union	20 704	7,1	1

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

**Tableau 19 : Association entre le petit poids à la naissance et les caractéristiques biomédicales de la mère (naissances vivantes), Région bruxelloise, 2013**

		N	Petit poids à la naissance (< 2 500 g) (%)	RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques biomédicales de la mère</b>				
<b>Parité</b>	Primipares	10 265	9,1	1,45 (1,33-1,59)
	Multipares	14 253	6,3	1
<b>IMC</b>	< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	1 095	9,9	1,52 (1,25-1,84)
	18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	13 169	6,5	1
	≥ 25,0 kg/m <sup>2</sup>	7 387	6,0	0,92 (0,83-1,03)
<b>Hypertension</b>	Oui	1 064	28,5	4,41 (3,96-4,90)
	Non	23 410	6,5	1
<b>Diabète</b>	Oui	2 064	9,1	1,25 (1,08-1,44)
	Non	22 403	7,3	1
<b>Type de conception</b>	Conception assistée	1 397	22,6	3,46 (3,10-3,86)
	Conception spontanée	22 152	6,5	1
<b>Statut de la grossesse</b>	Multiple	1 071	55,5	10,58 (9,80-11,42)
	Unique	23 455	5,2	1

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

## 4.4.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

### 4.4.2.1 DURÉE MOYENNE DE LA GROSSESSE

La durée moyenne de la grossesse est de 38 semaines (minimum : 21 semaines – maximum : 42 semaines). La durée moyenne de la grossesse pour les grossesses uniques est de 38 semaines (minimum : 21 semaines maximum : 42 semaines) et de 35 semaines (minimum : 22 semaines – maximum : 39 semaines) pour les grossesses multiples.

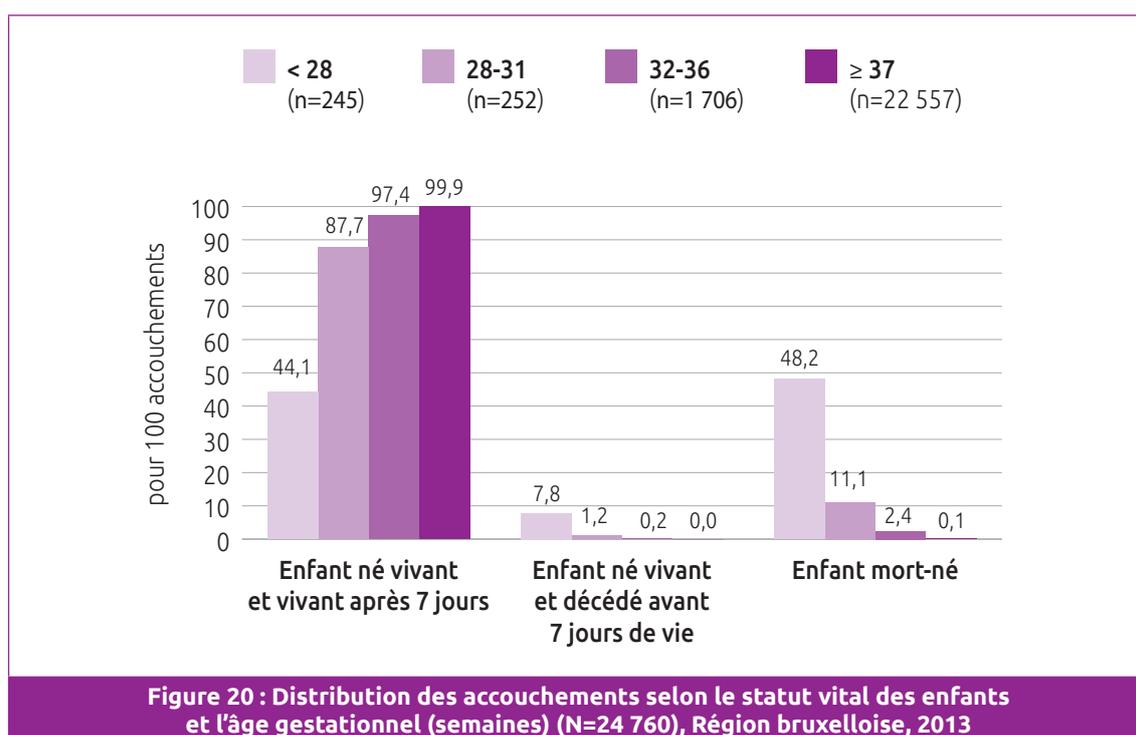
### 4.4.2.2 RÉPARTITION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

6,0 % des grossesses uniques accouchent avant terme. Pour les grossesses multiples, ce résultat atteint 57,3 % dont 12,3 % n'atteignent pas les 32 semaines de grossesse.

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n=23 663)		Multiples (n=544)	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23	51	0,2	5	0,9
24	27	0,1	3	0,6
25	24	0,1	7	1,3
26-27	93	0,4	9	1,7
28-31	165	0,7	43	7,9
32-36	1 210	5,1	245	45,0
≥ 37	22 093	93,4	232	42,7

L'âge gestationnel est inconnu pour 25 accouchements (0,1 %).

Lorsque l'âge gestationnel augmente, la proportion d'enfants nés vivants et encore en vie après 7 jours de vie devient de plus en plus importante. Cette tendance est inversée pour les mort-nés et les enfants nés vivants et décédés avant 7 jours de vie (figure 20).



#### 4.4.2.3 PRÉVALENCE DE LA PRÉMATURITÉ

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 1 882 pour un total de 24 207 accouchements (7,8 %), 6,6 % pour les accouchements de singletons et 57,4 % pour les accouchements de jumeaux. Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint 8,9 %, contre 5,6 % dans les autres maternités.

Le taux de prématurité à Bruxelles se situe entre celui de la Flandre (7,4 %) (2) et celui de la Wallonie (8,2 %) (1). Les proportions d'accouchements prématurés ne diffèrent pas durant la période 2008-2013, quel que soit le statut de la grossesse (unique ou multiple).

*Euro-Peristat (8) définit cet indicateur comme le nombre de naissances vivantes et mortes entre 22 et 37 semaines de gestation sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. En Région bruxelloise, on obtient alors 8,9 % de naissances prématurées.*

La plupart des données disponibles en Europe ne concernent que le nombre de naissances vivantes prématurées sur le total des naissances vivantes. Avec ce calcul, on obtient un taux de 8,2 %. Des variations d'attitude face à des situations obstétricales difficiles à des âges gestationnels précoces, peuvent entraîner des différences importantes dans les taux retrouvés. En effet, certaines naissances «vivantes» sont des naissances d'enfants «destinés à mourir», du fait de leur prématurité extrême (< 24 semaines) ou d'une pathologie non compatible avec la vie.

#### 4.4.2.4 PRÉMATURITÉ ET FACTEURS DE RISQUE

Les accouchements pour cause de détresse de la mère ou de l'enfant (déclenchement du travail ou césarienne avant le début du travail), le travail spontané prématuré avec membranes intactes et la rupture prématurée des membranes avant terme sont à l'origine d'accouchements prématurés (33).

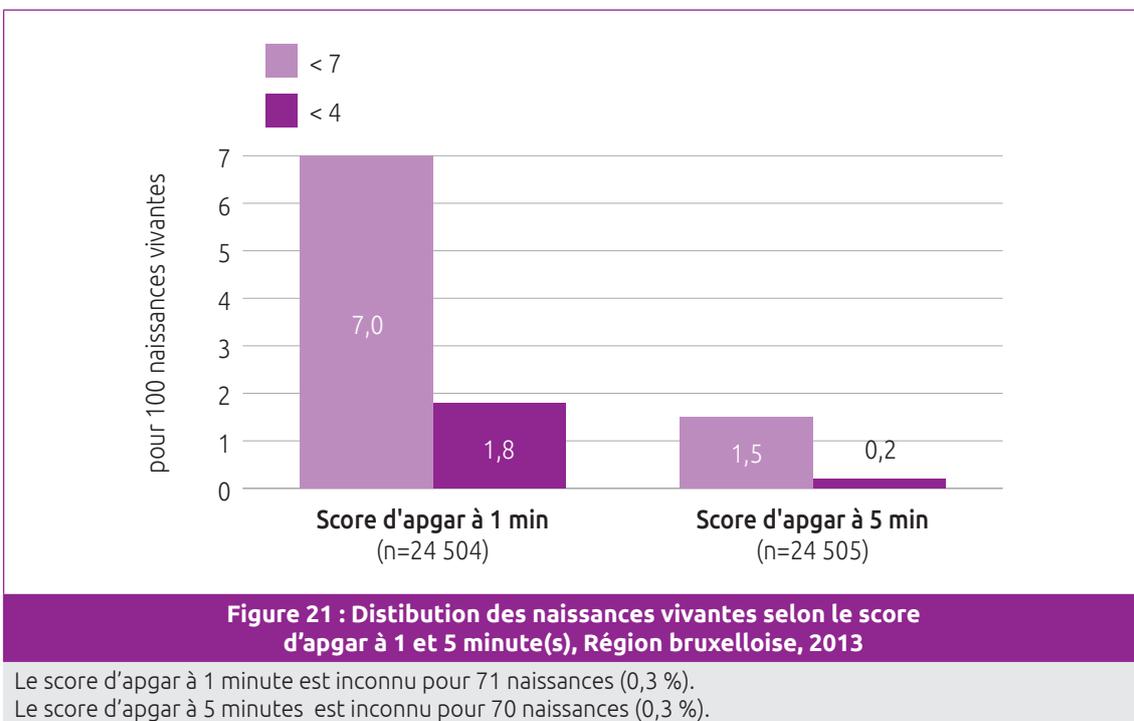
Tableau 21 : Association entre la prématurité et les caractéristiques sociodémographiques de la mère (accouchements vivants), Région bruxelloise, 2013				
		N	Prématurité (%)	RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques sociodémographiques de la mère</b>				
<b>Âge</b>	< 20 ans	398	5,0	0,73 (0,47-1,12)
	20-34 ans	17 654	6,9	1
	≥ 35 ans	5 957	7,9	1,14 (1,03-1,26)
<b>Nationalité d'origine</b>	Belgique	6 842	8,4	1
	UE28 moins Belgique	5 291	6,3	0,76 (0,66-0,86)
	Maghreb et Egypte	5 675	5,6	0,67 (0,59-0,77)
	Congo	1 034	10,2	1,21 (0,99-1,48)
	Autre Afrique subsaharienne	1 549	7,8	0,93 (0,77-1,13)
<b>Niveau d'instruction</b>	Pas d'études supérieures	13 317	7,2	1,22 (1,09-1,36)
	Études supérieures	7 864	5,9	1
<b>État d'union</b>	Vit seule	3 533	8,4	1,23 (1,09-1,39)
	Vit en union	20 247	6,9	1

Tout comme observé pour le petit poids à la naissance, le risque de prématurité est plus important parmi les mères âgées de moins de 20 ans et de 35 ans et plus comparées aux mères de 20-34 ans. Les mères d'origine congolaises, n'ayant pas un niveau d'études supérieures ou vivant seules présentent également un risque de prématurité plus important.

Tableau 22 : Association entre la prématurité et les caractéristiques biomédicales de la mère (accouchements vivants), Région bruxelloise, 2013				
		N	Prématurité (%)	RR brut (IC 95 %)
<b>Caractéristiques biomédicales de la mère</b>				
<b>Parité</b>	Primipares	10 019	8,1	1,27 (1,16-1,39)
	Multipares	13 982	6,4	1
<b>IMC</b>	< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	1 079	7,9	1,32 (1,06-1,63)
	18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	12 911	6,0	1
	≥ 25,0 kg/m <sup>2</sup>	7 224	6,2	1,03 (0,92-1,16)
<b>Hypertension</b>	Oui	1 019	25,0	3,99 (3,54-4,48)
	Non	22 940	6,3	1
<b>Diabète</b>	Oui	2 005	10,4	1,53 (1,33-1,76)
	Non	21 947	6,8	1
<b>Type de conception</b>	Conception assistée	1 202	16,1	2,41 (2,10-2,77)
	Conception spontanée	21 847	6,7	1
<b>Statut de la grossesse</b>	Multiple	534	56,7	9,50 (8,68-10,39)
	Unique	23 475	6,0	1

Comme constaté pour le petit poids à la naissance, les mères primipares, souffrant d'hypertension ou souffrant de diabète ainsi que les mères en sous-poids ont davantage de risque de prématurité. Les grossesses multiples ainsi que les grossesses de conception assistée présentent également un risque de prématurité plus important.

#### 4.4.3 APGAR



#### 4.4.4 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

6,6 % des naissances vivantes sont ventilées dont 90,7 % au ballon et masque.

<b>Tableau 23 : Distribution des naissances vivantes selon la ventilation (N=24 281), Région bruxelloise, 2013</b>			
		<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<b>Ventilation</b>		<b>1 607</b>	<b>6,6</b>
dont :	Intubation	149	9,3
	Ballon et masque	1 454	90,7

La ventilation du nouveau-né vivant est inconnue pour 294 naissances vivantes (1,2 %) et le type de ventilation pour 4 naissances vivantes (0,2 %).

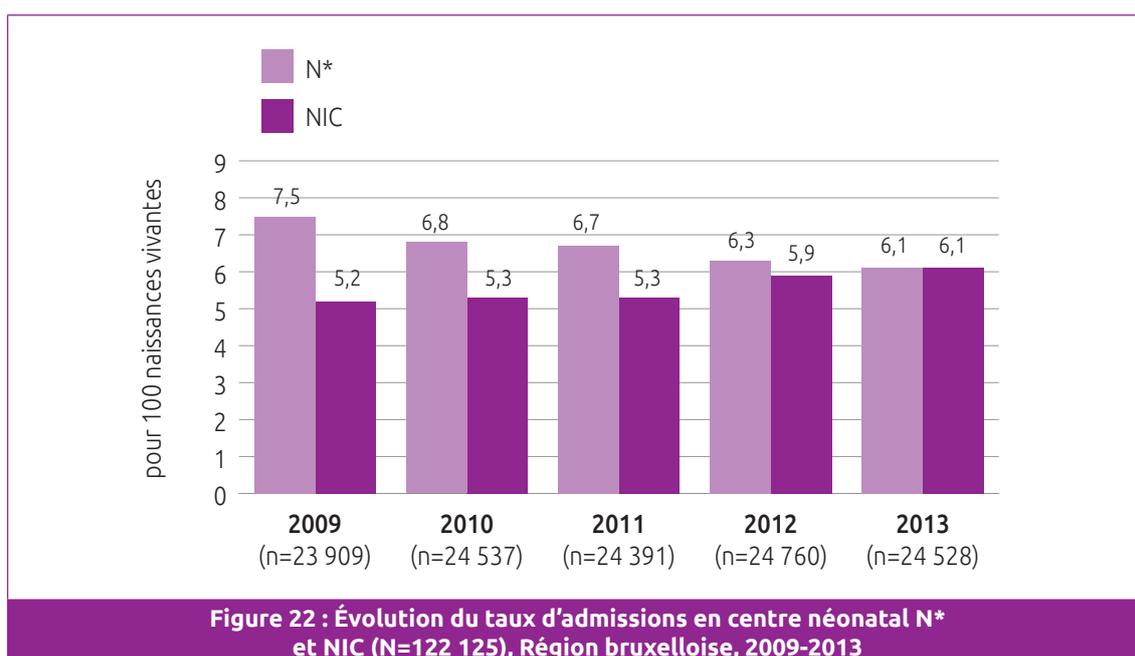
#### 4.4.5 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 12,2 % des naissances vivantes avec un enfant sur deux transféré en N\* et l'autre en NIC.

<b>Tableau 24 : Distribution des naissances vivantes selon l'admission dans un centre néonatal (N=24 529), Région bruxelloise, 2013</b>			
		<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<b>Transfert</b>		<b>3 003</b>	<b>12,2</b>
dont :	N*	1 503	50,1
	NIC	1 499	49,9

L'admission du nouveau-né vivant dans un centre néonatal est inconnue pour 46 naissances vivantes (0,2 %) et le type de centre pour 1 naissance vivante (0,0 %).

La proportion d'enfants transférés en service de néonatalogie ne diffère pas entre 2009 et 2013. Par contre, le type de service néonatal montre une évolution, avec davantage d'admissions en service NIC et moins de transferts en service N\*.



#### 4.4.6 SEXE DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Le tableau montre une légère différence entre les proportions de filles (48,6 %) et de garçons (51,4 %).

Tableau 25 : Distribution des naissances selon le sexe de l'enfant (n=24 785), Région bruxelloise, 2013		
Sexe	Nombre	%
Masculin	12 736	51,4
Féminin	12 047	48,6
Indéterminé*	2	0,0
*2 mort-nés		

#### 4.4.7 ALLAITEMENT DE L'ENFANT<sup>12</sup>

94,8 % des mères ont notifié leur intention d'allaiter leur(s) enfant(s) au moment de l'accouchement. La proportion est de 94,8 % parmi les grossesses uniques et de 94,3 % parmi les grossesses multiples. Une légère différence dans les proportions s'observe lorsque l'on s'intéresse à l'âge gestationnel où 95,2 % des mères ayant accouché à partir de 37 semaines ont signifié leur intention d'allaiter, contre 90,7 % des mères ayant accouché prématurément.

Cette proportion, bien que ne donnant aucune information sur la poursuite de l'allaitement dans la durée, est très proche du taux d'initiation relevé lors de l'enquête de couverture vaccinale où le taux était de 93,0 % à Bruxelles (34).

En Wallonie, la proportion s'élève à 81,3 % (1) ce qui est plus faible qu'en Région bruxelloise.

#### 4.4.8 MALFORMATIONS

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

Tableau 26 : Malformations les plus enregistrées, Région bruxelloise, 2013	
Nombre	Malformations
21	Fente labiale/palatine
21	Trisomie 21
20	Transposition des gros vaisseaux
20	Communication interventriculaire
14	Hypospade
12	Dysplasie squelettique/nanisme
12	Tétralogie de Fallot
12	Anomalie obstructive bassin/uretère
11	Dysplasie rénale poly/multikystique
10	Atrésie de l'oesophage
10	Hydrocéphalie

<sup>12</sup> La variable «Allaitement maternel» apparaît sur le nouveau formulaire e-Birth et n'est donc étudiée que pour les accouchements déclarés via cette application.

## 4.5 MORTINATALITÉ

### 4.5.1 CHIFFRES

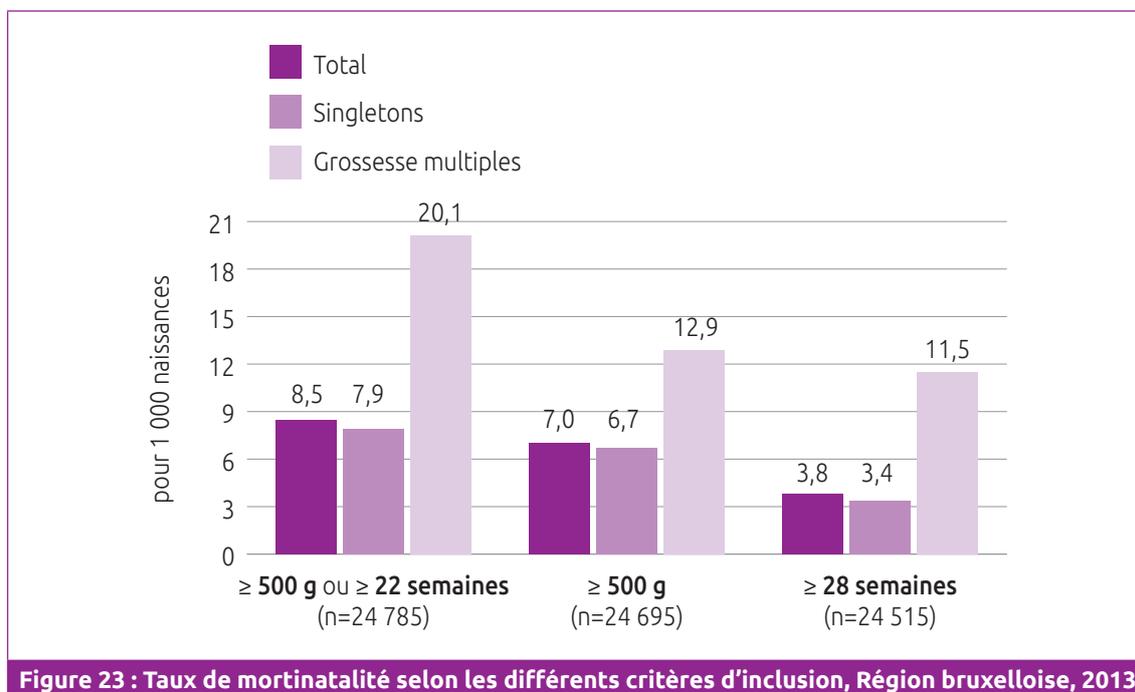


Figure 23 : Taux de mortinatalité selon les différents critères d'inclusion, Région bruxelloise, 2013

*Euro-Peristat (8) recommande de collecter les mort-nés de 500 g et plus ou de minimum 22 semaines. Il définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. On compte 210 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (8,5 ‰ naissances), dont 22 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mortinatalité est de 7,9 et 20,1 pour 1 000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.*

Le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 7,0 ‰. Ce taux peut paraître élevé, mais il faut bien rappeler que ce rapport analyse les données de fait et que de nombreuses maternités bruxelloises ont un caractère universitaire, ce qui peut avoir une incidence sur le type de patientes qui y est référé. Par ailleurs, ce taux prend également en compte certaines interruptions médicales de grossesse. En Belgique, aucune distinction n'est faite de manière systématique entre les décès spontanés et provoqués. Si l'on ne considère que les enfants nés vivants et les mort-nés à partir de 28 semaines d'âge gestationnel, comme le recommande l'OMS afin de pouvoir comparer les pays et les régions, on obtient un taux de 3,8 ‰ (3,4 ‰ pour les singletons et 11,5 ‰ pour les grossesses multiples de  $\geq 28$  semaines). Ce taux de mortinatalité pour les naissances d'au moins 28 semaines est très proche de celui de la Wallonie (3,5 ‰) (1). Ce taux ne montre pas d'évolution entre 2008 et 2013.

L'analyse des taux de mortinatalité en fonction des différents critères d'inclusion des morts-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 foeto- infantile de 2000 à 2010 (9).

## 4.5.2 TAUX DE MORTINATALITÉ SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Le taux de mort-nés singletons décroît lorsque l'âge gestationnel augmente avec un minimum de 0,1 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines et un maximum de 80,0 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 23 semaines.

**Tableau 27 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel (N=24 760), Région bruxelloise, 2013**

Âge gestationnel (semaines)	Mort-nés singletons		Mort-nés jumeaux	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=60)	48	80,0	8	13,3
24 (n=34)	18	52,9	1	2,9
25 (n=38)	9	23,7	1	2,6
26-27 (n=113)	33	29,2	0	0,0
28-31 (n=252)	22	8,7	6	2,4
32-36 (n=1 706)	38	2,2	3	0,2
≥ 37 (n=22 557)	20	0,1	3	0,0

L'âge gestationnel est inconnu pour 25 naissances vivantes (0,1 %).

## 4.5.3 CAUSES DE MORTALITÉ FŒTALE

**Tableau 28 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=210), Région bruxelloise, 2013**

	Nombre
<b>Causes fœtales</b>	<b>97</b>
Malformations congénitales	73
Infections périnatales	16
Autres	8
<b>Causes maternelles et obstétricales</b>	<b>49</b>
Causes placentaires	20
Pathologies maternelles	16
Anoxie pendant le travail et complication mécanique	13
<b>Causes inexpliquées</b>	<b>32</b>
En dehors de la prématurité	18
Dans un contexte de prématurité extrême	14
<b>Causes non transmises</b>	<b>32</b>

## 5. CONCLUSION

Ce rapport présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de l'année 2013 en Région bruxelloise, un des objectifs du CEpiP étant de récolter les données en matière de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale permettant la constitution d'un registre permanent et exhaustif de données périnatales. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise (données de fait). Suite au traitement et à l'analyse de ces données, des analyses descriptive et analytique des variables médicales et sociodémographiques disponibles sont réalisées.

Cette sixième année de publication a permis au CEpiP 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.

Ce programme se consacre au développement de l'épidémiologie périnatale au bénéfice des acteurs de terrain (en priorité les maternités), des décideurs politiques et du monde scientifique.

En ce qui concerne le nombre de naissances survenues en Région bruxelloise, une stabilisation est observée depuis 4 années avec un nombre maximal pour 2010 (25 095 naissances).

### CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Tout comme observé dans les deux autres régions du pays ainsi que dans la majorité des pays européens, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus augmente en Région bruxelloise. Les raisons de cette augmentation sont complexes. Les femmes retardent de plus en plus la première naissance notamment par le fait qu'elles font des études plus longues, ont un meilleur accès au marché du travail, se mettent en union plus tard et ont accès à des méthodes de contrôle des naissances plus efficaces. Toutefois, comme nous l'avons montré dans ce rapport ainsi que dans le rapport sur les données 2008-2012 (7), le report de l'âge de la grossesse expose les mères à davantage de complications et de facteurs de risque tel que le diabète, l'hypertension, l'accouchement par césarienne, l'accouchement avant terme, le petit poids à la naissance et la mortalité (8-10).

Lors de l'analyse des données biomédicales de la mère, les constats observés les années précédentes persistent et s'accroissent en 2013 : les proportions de mères en surpoids et diabétiques ne cessent d'augmenter.

En 2013, plus d'une femme sur trois souffre de surpoids et plus d'une femme sur dix d'obésité. Plusieurs études ont montré que le surpoids et l'obésité exposaient les mères et les futurs enfants à de nombreux facteurs de risque, comme le diabète, l'hypertension artérielle et la macrosomie. D'autre part, une étude réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivaient plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (20).

Pour ce qui est du diabète, une augmentation constante de la proportion est observée passant de 5,1 % à 8,3 %. Si l'augmentation de ce taux de diabète est en partie le résultat d'un changement de définition, elle reflète une augmentation réelle de la prévalence que l'on peut rapprocher de l'obésité maternelle et du recul de l'âge de la grossesse. Lutter contre l'obésité et améliorer le dépistage des mères diabétiques permettent de limiter les risques associés (un poids de naissance élevé, un accouchement compliqué ou par césarienne, une hypoglycémie néonatale due à l'hyperinsulinisme fœtal) et est donc une priorité croissante en santé publique.

### CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

La proportion de travail non spontané tend à augmenter au fil des années, quatre femmes sur dix ayant un travail induit ou une césarienne électorive en 2013. Le taux d'induction augmente entre 2008 et 2011 passant de 26,0 % à 28,7 %, avant de se stabiliser entre 2011 et 2013. Ce taux en Région bruxelloise est plus élevé que le taux de la Région flamande (23,9 %) (2) et se rapproche du taux de la Wallonie (31,5 %) (1), qui est le taux le plus élevé d'Europe.

Au niveau européen, le taux de césarienne oscille entre 14,8 % (Islande) et 52,2 % (Chypre). La Région bruxelloise fait partie de la majorité des pays qui présente un taux de césarienne inférieur à 30,0 % (8). Néanmoins, une lente augmentation du taux de césarienne est observée entre 2008 et 2013 passant de 18,9 % à 20,7 % et concerne principalement les césariennes électorives (8,2 % en 2009 à 10,2 % en 2013). Les analyses de l'association entre le taux de césarienne et les caractéristiques de la mère montrent que le taux est plus élevé parmi les mères plus âgées, multipares avec antécédent de césarienne, originaires d'Afrique subsaharienne, souffrant d'hypertension ou de diabète. Les grossesses multiples ou de conception assistée ont davantage de risque d'avoir une césarienne. Pour les mères ayant un singleton vivant, les taux de césarienne les plus élevés s'observent parmi les enfants en présentation «transverse» ou «siège».

L'augmentation du taux de césarienne électorive et le taux élevé d'induction semblent indiquer que la Belgique s'inscrit dans la tendance mondiale actuelle vers une «obstétrique programmée», génératrice d'effets secondaires. Il est bien connu que l'induction du travail et la césarienne ne sont pas sans risque et que leurs indications doivent être posées au cas par cas pour éviter les effets iatrogènes. Suite à ces analyses, les deux pistes recommandées pour diminuer le taux de césarienne sont d'éviter chaque fois que possible la première césarienne et de tenter un accouchement par voie basse après un antécédent de césarienne.

L'analyse des pratiques de l'accouchement montre également de grandes disparités entre les maternités. Les taux varient fortement d'une maternité à l'autre pour l'induction (24,3 % à 40,0 %), la péridurale (65,4 % à 89,2 %), la césarienne (17,4 % à 26,4 %) et l'épisiotomie (11,9 % à 44,3 %).

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

La proportion de petit poids à la naissance (moins de 2 500 g) fluctue durant la période 2008 à 2013, tout en atteignant un taux plus important en 2013 (8,1 %). La proportion d'enfants de petit à poids à la naissance à terme ( $\geq$  37 semaines) fluctue également au cours de la même période, passant de 2,3 à 2,6 %.

La proportion de prématurité ne diffère pas durant la période 2008-2013, que ce soit pour les grossesses uniques ou multiples.

Pour le petit poids à la naissance et la prématurité, les caractéristiques médicales de la mère sont fortement associées. Les mères souffrant d'hypertension ou de diabète ainsi que les mères en sous poids ont davantage de risque de prématurité et de petit poids à la naissance. Les grossesses multiples ainsi que les grossesses de conception assistée présentent également un risque plus important.

## MORTINATALITÉ

En Région bruxelloise, le taux de mortinatalité pour les enfants dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 7,0 ‰ en 2013. La recommandation de l'OMS est de comparer les naissances d'au moins 28 semaines, le taux de mortinatalité est alors de 3,8 ‰ et ne diffère pas du taux en Wallonie (3,5 ‰) (6). Ce taux ne montre pas d'évolution sur la période 2008-2013.

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 (9).

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

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

## 6. RÉFÉRENCES

- (1) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Années 2013. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2015.
- (2) Cammu H, Martens E, Van Mol C, Jacquemyn Y. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2013. Studiecentrum voor perinatale Epidemiologie 2014.
- (3) Minsart AF, Wilen G, De Spiegelare M, Van de Putte S, Verdoot C, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2010.
- (4) Minsart AF, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelare M, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (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) EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013.
- (9) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Évolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013
- (10) Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, et al. (2013) Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome : Evidence from a Large Contemporary Cohort. PLoS ONE 8(2) : e56583. doi :10.1371/journal.pone.0056583
- (11) Gissler M, Alexander S, Macfarlane A, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2009;88 :134-48.
- (12) 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.
- (13) Minsart A-F, De Spiegelare M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92 :204-209.
- (14) Essen B, Hanson BS, Ostergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica* 2000;79 :737-43.
- (15) Beeckman K, Louckx F, Putman K. Content and timing of antenatal care : predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of antenatal care trajectories. *European journal of public health* 2012.
- (16) Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *American journal of preventive medicine* 2001;21 :52-9.
- (17) Racape J, De Spiegelare M, Alexander S, Dramaix M, Buekens P, Haelterman E. High perinatal mortality rate among immigrants in Brussels. *The European Journal of Public Health*, 2010; 16 : 1-7

- (18) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Naître bruxellois – Indicateur de santé périnatale des bruxelloises 2000-2012, Commission Communautaire Commune, à paraître mai 2015.
- (19) IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC : The National Academies Press.
- (20) Minsart et al. : Neonatal outcomes in obese mothers : a population-based analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2013 13 :36.
- (21) Benhalima, C., Devlieger, R., 2012. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap (swens), en zwangerschapsdiabetes : consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012. Vlaams Tijdschr. Voor Diabetol.
- (22) HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008; 358 : 1991-2002.
- (23) Robson, M.S., Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review, 2001. 12 : p. 2339
- (24) Absil G, Van Parys AS, Bednarek S, Bekaert A, Lecart Cl, Vandoorne C, Martens G, Temmerman M, Foidart JM. Determinants of high, median and low rates of caesarean deliveries in Belgium. A report of the college mother and new born. 2011
- (25) Porter M, Bhattacharya S. Preventing unnecessary caesarean sections : marginal benefit of a second opinion. Lancet 2004; 363 :1921.
- (26) Ecker JL, Frigoletto FD Jr. Caesarean delivery and the risk-benefit calculus. N Engl J Med 2007; 356 :885.
- (27) Localio AR, Lawthers AG, Bengtson JM, et al. Relationship between malpractice claims and caesarean delivery. JAMA 1993; 269 :366.
- (28) Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association between rising professional liability insurance premiums and primary caesarean delivery rates. Obstet Gynecol 2007; 110 :1264.
- (29) Kramer M.S. Determinants of low birth weight : methodological assessment and meta-analysis Bulletin of the World Health Organization, 65 (5) :663-737 (1987)
- (30) McCormick M. C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. New England journal of medicine, 312 : 82-90 (1985).
- (31) Valero de Bernabe J et al. Risk factors for low birth weight : a review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 116 (2004) 3-15.
- (32) Kramer MS, Seguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome : why do the poor fare so poorly? Paediatric and perinatal epidemiology 2000; 14 : 194-210.
- (33) Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet.2008;371(9606) :75-84.
- (34) Robert, E., & Swennen, B. (2013, October 01). Allaitement maternel en Wallonie et à Bruxelles, 2012. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 61, 288

# 7. ANNEXE

## Variables e-Birth

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

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

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

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

#### State at birth

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

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

#### Hospital & Medical Practitioner

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

#### e-Birth - Socio-economic form

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

#### TRACKING & STATUS INFORMATION

##### Version

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

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

##### City of Birth

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Information related to the Father

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



