

Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2011





Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2011

Rédaction

Ch. Leroy, V. Van Leeuw et Y. 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:

Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.

Colophon

Auteurs

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Yvon Englert

Lay-out

E & P Consult

Secrétariat

Nadia Di Benedetto
Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Avec nos remerciements tout particuliers

Aux interlocuteurs privilégiés des maternités : Yves Baukens des Cliniques de l'Europe Saint-Michel, Marie-France Beautrix, Patricia Barlow, Bernadette Sommereijns et Julien Vandeveld de du Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, Nathalie Chiampo, Pascal Vandenhouweele, Clotilde Lamy, Axel François et Sandrine Togna du Centre hospitalier Etterbeek-Ixelles, Rita De Bock et Nathalie Lauwers du Centre hospitalier interrégional Edith Cavell, Viviane Delendecker et Martine Van Melle du Centre hospitalier universitaire Brugmann, Thérèse Guilmot des Cliniques universitaires Saint-Luc, Marisa Segers et Cindy Rousseau de la Clinique Sainte-Anne Saint-Rémi, Sabine Van de Putte, Christine Kirkpatrick et Philippe Revelard des Cliniques universitaires Erasme, Carine Vanden Hende, Valérie Maes et Caroline Bersier de la Clinique Saint-Jean et Kris Werbrouck des Cliniques de l'Europe Sainte-Elisabeth.

Nous remercions également le personnel des maternités, les sages-femmes indépendantes et le 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

INTRODUCTION

The objective of the "Centre for Perinatal Epidemiology" (CEpiP) is to collect maternal and perinatal health statistics using routine exhaustive register of perinatal data (births and perinatal deaths) in Wallonia and in Brussels. The process has functioned since 2008. This report presents the results of the statistical analyses of live births and stillbirths in 2011 in Brussels Capital City Region (all births occurring in the Brussels'area).

METHODOLOGY

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

RESULTS

In total, 24 700 births were registered in Brussels Region, of which 227 were stillbirths. Fetal mortality rates with gestation age of 22 weeks or with birth weights of 500 g was 9,2‰, this rate were respectively 4,8 ‰ with gestation age from 28 weeks and 7,9 ‰ with birth weights from 500 g. Since 2009 we observed an important increase in diabetes rate, a decline rate for arterial high blood pressure and stabilization for the proportion of overweight (32,7 %) and obesity of the pregnant women (10,7 %). The overall caesarean rates remains stable from 2008 to 2011 (20 %), but caesarean rates rose among the women with multiple pregnancies. The inductions rates increased from 26,0 % in 2008 to 28,7 % in 2011, this rates was situated between the rates of Flanders and the Wallonia and appeared among the highest of Europe. Contrary to the caesarean and the induction, the rate of episiotomies decreased over these four years (from 38,0 % to 34,4 %).

DISCUSSION-CONCLUSION

The changes observed over the three to four year, period since the start of CEpiP may simply reflect random variation rather than secular trend. However, it is noteworthy that there has been a decline albeit small in the number of births in Brussels Region, for the first time since almost 10 years. Fetal mortality rates according to the various criteria showed that the interpretation and comparisons had to take into account the definition used in the fetal mortality. The improving in the quality of the medical data for some variables probably owed to the interaction between the maternity units and the CEpiP. On the negative side, completion of the socio-demographic data was less good than in previous years, in particular for educational and professional status.

Table des matières

COLOPHON	3
ABSTRACT	5
TABLE DES MATIÈRES	6
ASBL CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP.....	9
ORGANIGRAMME	10
1 INTRODUCTION	11
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
1.2 MÉTHODOLOGIE	11
1.2.1 Description du flux des données.....	11
1.2.2 Méthode et analyses	12
1.2.3 Données	12
2 COMPARAISONS GÉOGRAPHIQUES ET TEMPORELLES DES DONNÉES	14
3 DÉFINITIONS	15
4 TABLEAU SYNOPTIQUE : REGION BRUXELLOISE 2011.....	16
4.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE	16
4.2 CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ	16
5 NAISSANCES EN REGION BRUXELLOISE EN 2011	17
5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES	17
5.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES	18
5.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS	18
5.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents.....	18
5.3.2 Caractéristiques biomédicales de la mère	23
5.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT.....	28
5.4.1 Présentation de l'enfant à la naissance	28
5.4.2 Type de surveillance fœtale	28
5.4.3 Accouchement par césarienne.....	29
5.4.4 Naissance avec instrumentation	35
5.4.5 Induction de l'accouchement	35
5.4.6 Péridurale obstétricale.....	39
5.4.7 Épisiotomie	40
5.4.8 Accouchement sans intervention obstétricale.....	41
5.5 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES	42
5.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT	44
5.6.1 Poids de naissance	44
5.6.2 Durée de la grossesse.....	45
5.6.3 Streptocoque du groupe B	48
5.6.4 Apgar	48
5.6.5 Ventilation du nouveau-né	49
5.6.6 Admission dans un centre néonatal	49
5.6.7 Sexe de l'enfant à la naissance	50
5.6.8 Malformations.....	50
5.7 LIEU D'ACCOUCHEMENT	51
5.7.1 Accouchements en maternité.....	51
5.7.2 Accouchements hors maternité	51
5.8 MORTINATALITÉ	53
5.8.1 Chiffres	53
5.8.2 Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel	54
5.8.3 Causes de mortalité fœtale	55
6 CONCLUSION	56
7 RÉFÉRENCES	59

8	ANNEXES	60	
	Annexe 1.	Bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant	60
	Annexe 2.	Bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né	66
	Annexe 3.	Volet CEpiP	72
	Annexe 4.	Variables e-Birth	74

TABLEAUX

Tableau 1 :	Détails des naissances	17
Tableau 2 :	Détails des accouchements	18
Tableau 3 :	Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement	19
Tableau 4 :	Nationalité de la mère par accouchement	21
Tableau 5 :	Lieu de résidence de la mère à l'accouchement	21
Tableau 6 :	Niveau d'instruction de la mère à l'accouchement	22
Tableau 7 :	État civil et état d'union de la mère par accouchement	22
Tableau 8 :	Situation professionnelle des parents à l'accouchement	23
Tableau 9 :	Parité et accouchement	23
Tableau 10 :	Activité professionnelle selon la parité	24
Tableau 11 :	Statut HIV des patientes à l'accouchement	24
Tableau 12 :	Type de conception en cas de séropositivité HIV maternelle	24
Tableau 13 :	Description du poids en début de grossesse et de la taille de la mère	24
Tableau 14 :	Taux de surpoids et d'obésité chez les mères de 18 ans et plus selon l'âge maternel	25
Tableau 15 :	Prise de poids moyenne selon l'IMC chez les mères de 18 ans et plus	25
Tableau 16 :	Taux d'hypertension artérielle par accouchement	25
Tableau 17 :	Taux de diabète par accouchement	25
Tableau 18 :	Taux de diabète selon la nationalité d'origine de la mère	26
Tableau 19 :	Taux de diabète selon l'âge de la mère	26
Tableau 20 :	Taux de diabète selon l'IMC de la mère	26
Tableau 21 :	Type de conception par accouchement	27
Tableau 22 :	Taux d'accouchements multiples selon le type de conception	27
Tableau 23 :	Taux d'enfants mort-nés selon le type de conception pour les singletons	27
Tableau 24 :	Type de conception selon l'âge maternel	27
Tableau 25 :	Présentation de l'enfant à la naissance pour les singletons vivants	28
Tableau 26 :	Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons	28
Tableau 27 :	Type de surveillance fœtale pendant le travail pour les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues)	28
Tableau 28 :	Type d'accouchement selon l'antécédent de césarienne pour les multipares	30
Tableau 29 :	Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants	30
Tableau 30 :	Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons vivants en sommet chez la primipare	31
Tableau 31 :	Taux de césariennes et nationalité d'origine pour les singletons vivants en sommet chez la primipare	31
Tableau 32 :	Indication de césarienne pour les naissances uniques vivantes	32
Tableau 33 :	Indication de césarienne pour les accouchements multiples d'enfants nés vivants et mort-nés	33
Tableau 34 :	Taux de ventouses et de forceps par naissance	35
Tableau 35 :	Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare	37
Tableau 36 :	Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne	38
Tableau 37 :	Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne	38
Tableau 38 :	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines chez la primipare selon la nationalité d'origine	41
Tableau 39 :	Détails des accouchements multiples	42
Tableau 40 :	Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation	43
Tableau 41 :	Répartition du poids de naissance	44
Tableau 42 :	Répartition de l'âge gestationnel par accouchement	45
Tableau 43 :	Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel	46
Tableau 44 :	Répartition du type de début de travail selon l'âge gestationnel	46
Tableau 45 :	Accouchement < 37 semaines et âge maternel pour les singletons vivants chez la primipare	47
Tableau 46 :	Accouchement < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	47

Tableau 47:	Accouchement < 37 semaines et IMC pour les singletons vivants chez la primipare	47
Tableau 48:	Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare.	47
Tableau 49:	Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	48
Tableau 50:	Statut du GBs par accouchement	48
Tableau 51:	Ventilation du nouveau-né vivant	49
Tableau 52:	Admission du nouveau-né vivant dans un centre néonatal	49
Tableau 53:	Sexe de l'enfant	50
Tableau 54:	Types de malformations	50
Tableau 55:	Nombre de maternités par nombre d'accouchements	51
Tableau 56:	Accouchement à domicile et âge maternel	51
Tableau 57:	Accouchement à domicile et situation professionnelle de la mère	52
Tableau 58:	Accouchement à domicile et parité	52
Tableau 59:	Taux de mortalité selon l'âge gestationnel	54
Tableau 60:	Taux de mortalité selon l'âge gestationnel pour les enfants avec poids de naissance supérieur ou égal à 500g	54
Tableau 61:	Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance	55

FIGURES

Figure 1:	Evolution du nombre de naissances	17
Figure 2:	Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements	20
Figure 3:	Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements	20
Figure 4:	Evolution du taux de l'hypertension artérielle et de diabète	26
Figure 5:	Evolution du taux de césariennes parmi l'ensemble des grossesses, les grossesses uniques et les grossesses multiples.	29
Figure 6:	Evolution du taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon la parité	30
Figure 7:	Taux de césariennes selon l'IMC pour les singletons vivants en sommet chez la primipare de 18 ans et plus	31
Figure 8:	Evolution du taux de césariennes par maternité	33
Figure 9:	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines	34
Figure 10:	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en siège de ≥ 37 semaines	34
Figure 11:	Evolution du taux de naissances avec instrumentation.	35
Figure 12:	Evolution du taux d'inductions	36
Figure 13:	Evolution du taux d'inductions par maternité.	36
Figure 14:	Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclu)	36
Figure 15:	Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 34 et 36 semaines	37
Figure 16:	Taux d'inductions par âge gestationnel pour un singleton vivant en sommet de ≥ 37 semaines sans hypertension et sans diabète	37
Figure 17:	Evolution du taux de péridurales (hors césariennes programmées) par maternité	39
Figure 18:	Taux de péridurales par maternité pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines, hors césariennes programmées	39
Figure 19:	Evolution du taux d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse	40
Figure 20:	Taux d'épisiotomies par maternité pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines	40
Figure 21:	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale par maternité pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines.	41
Figure 22:	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC	41
Figure 23:	Evolution des proportions de grossesses multiples	43
Figure 24:	Evolution du taux d'admissions en centre néonatal N* et NIC parmi les naissances vivantes .	49
Figure 25:	Evolution du taux de mortalité.	53

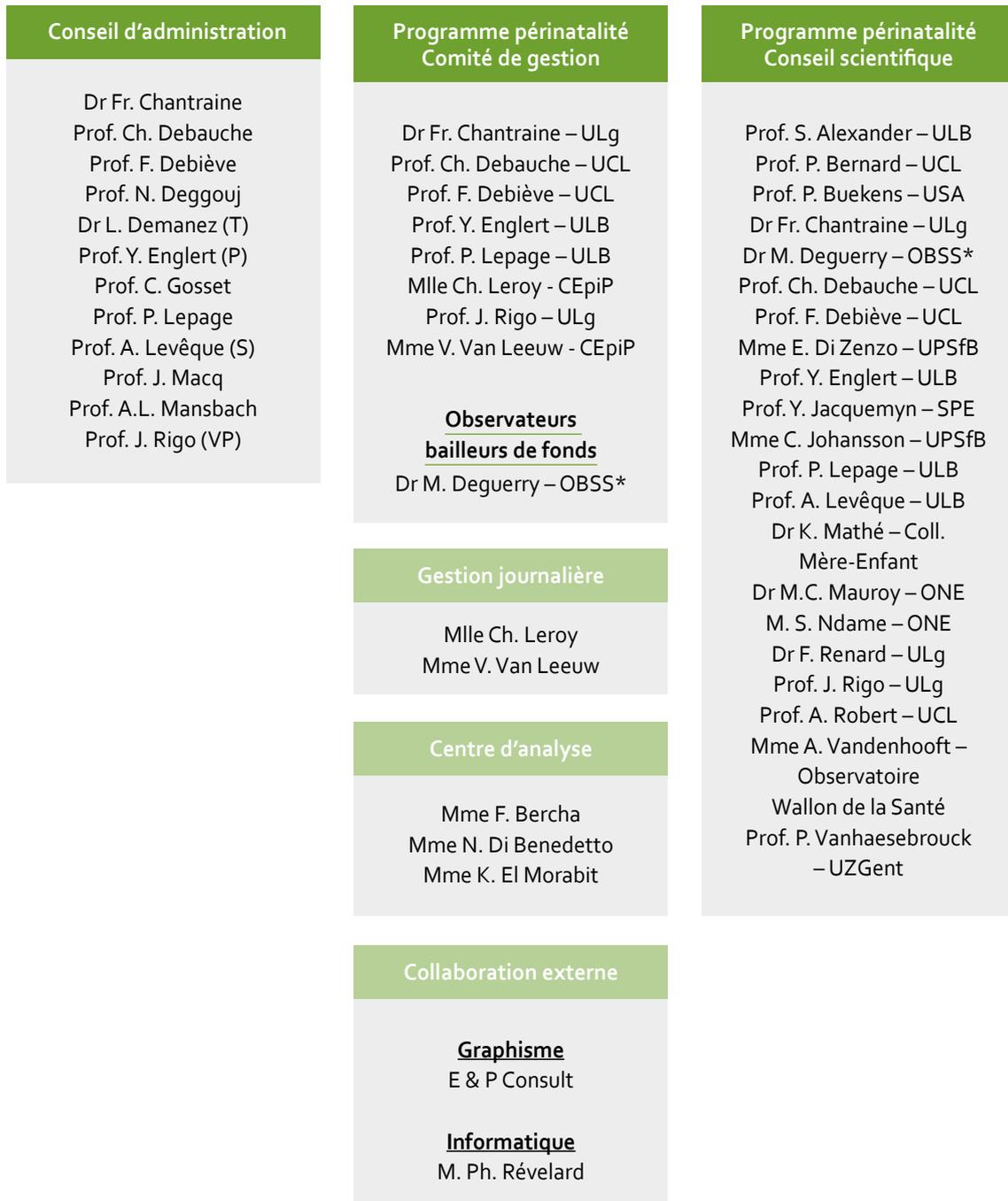
ASBL Centre d'Épidémiologie Périnatale, CEpiP

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 but la récolte de données en matière de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale par la constitution d'un registre permanent et exhaustif de données périnatales (naissances et décès périnataux). Dans ce cadre, la tâche du CEpiP consiste à traiter les données périnatales qu'il reçoit de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les naissances et les décès survenus en Wallonie et de l'Observatoire de la santé et du social pour ceux survenus à Bruxelles. 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 la Fédération Wallonie-Bruxelles et l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.

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



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

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

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 2011 en Région bruxelloise. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de 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.** 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 est obligatoirement rempli. Trois types de bulletins sont utilisés : le Modèle I «bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant» (annexe 1), le Modèle IIID «bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né» (annexe 2) et le «bulletin statistique de décès d'une personne âgée d'un an ou plus». Seuls les deux premiers, dénommés ci-après «bulletins statistiques de naissance et de décès», sont utilisés pour les analyses reprises dans ce rapport.

Ces bulletins sont composés de différents volets. Les données médicales, reprises dans le volet C et/ou le volet CEpiP (introduit en janvier 2009 dans les maternités bruxelloises pour remplacer le volet C des naissances vivantes), sont remplies par les sages-femmes et les médecins lors de l'accouchement. Ces volets confidentiels et anonymes sont envoyés directement au CEpiP. Le médecin ou la sage-femme remplit également le volet B (contenant les informations de base : date et heure de naissance, sexe, lieu de l'accouchement, et indiquant si la grossesse est multiple) et les données nominatives sur un volet A détachable. Ces volets sont transmis au service d'état civil de la commune de naissance de l'enfant. Là, les données sociodémographiques (volet D) vont être recueillies par le fonctionnaire de l'état civil, le plus souvent au moment où un membre de la famille, généralement le père, vient déclarer la naissance. Le volet A est détaché et le bulletin devient alors tout à fait anonyme. Il est transmis aux administrations des communautés : la Commission communautaire commune pour la Région bruxelloise, la Communauté flamande pour les naissances et décès survenus en Flandre et la Fédération Wallonie-Bruxelles pour ceux survenus en Wallonie.

Par ailleurs, depuis 2010, un système d'enregistrement électronique des naissances d'enfant né vivant a été introduit au niveau fédéral sous le nom d'e-Birth et prend petit-à-petit la place du bulletin de naissance format papier.

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. 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 une série

d'informations médicales relatives aux naissances reprises de l'ancien formulaire CEpiP/SPE¹, en certifiant l'identification de la mère et de l'enfant, puis transmettent vers les services de l'État Civil dans la commune de naissance et ce par voie électronique sécurisée. L'administration communale peut alors compléter les informations du formulaire sociodémographique.

En Région bruxelloise, une maternité (Cliniques universitaires - Saint-Luc) et une commune (Woluwé-Saint-Lambert) sont passées à un encodage e-Birth au cours de l'année 2011. 1,8 % des naissances vivantes de 2011 ont été déclarées via l'application e-Birth.

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 MÉTHODE ET ANALYSES

Ce rapport décrit de manière synthétique et agrégée des données périnatales pour les naissances survenues en Région bruxelloise. Pour certaines analyses, les données médicales ont été croisées avec les données sociodémographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la mère. L'âge, la nationalité d'origine, le niveau d'instruction et l'indice de masse corporelle de la mère ont été utilisés pour les analyses en fonction de l'intérêt ou d'analyses similaires dans la littérature. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 12.0, 2013.

1.2.3 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du volet CEpiP et des volets B et D du bulletin statistique de naissance et des volets B, C et D du bulletin statistique de décès. Pour une maternité bruxelloise, les données proviennent en partie des formulaires médicaux et sociodémographique e-Birth.

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 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.

¹ 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.

La variable « nationalité » a également été recodée en 16 catégories :

- **UE15 sans Belgique** : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Grand-Duché de Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède
- **UE27 sans UE15** : Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovénie, Slovaquie
- **Russie et Europe de l'Est non UE27** : Albanie, Russie/URSS, Ex-Yougoslavie, Serbie, Monténégro, Biélorussie, Ukraine, Moldavie, Croatie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie
- **Autres Europe** : Andorre, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse, Saint-Siège, Gibraltar
- **Amérique du Nord** : Groenland, Canada, Saint-Pierre-et-Miquelon, Etats-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, Guatémale, Guyane, Guyane française, Guyane hollandaise, Haïti, Honduras, Ile de Dominica, Iles Turks et Caicos, 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, Vénézuéla
- **Océanie** : Australie, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Guam, Heard et Mac Donald, Iles mineures éloignées des Etats-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,
- **Autres Maghreb et Egypte** : Algérie, Egypte, Libye, Mauritanie, Sahara, Tunisie
- **Autres 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 du Cap Vert, 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 Principe, Sénégal, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Sud-Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Transkei, Urundi, Zambie, Zimbabwe

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. De plus, une nouvelle variable concernant l'«intention d'allaiter son enfant» apparaît sur le nouveau formulaire e-Birth mais ne sera pas analysée étant donné le faible pourcentage de naissances vivantes déclarées via e-Birth (1,8 %).

Les variables e-Birth se trouvent en annexe 4.

2. Comparaisons géographiques et temporelles des données

Les données présentées dans ce rapport concernent donc les naissances survenues dans les 11 maternités bruxelloises, en activité en 2011, ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire de la Région bruxelloise. Un nombre important de maternités bruxelloises ont un caractère universitaire ce qui peut avoir une incidence sur les données périnatales.

Ces données peuvent être comparées avec celles de la Wallonie de 2011 (1). Elles peuvent être également comparées avec les données publiées par le SPE pour 2011 (2). A 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 présent rapport). 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 de naissance inférieur à 500 g (quel que soit l'âge gestationnel).

Les données peuvent également faire l'objet de comparaisons temporelles avec les données de la Région bruxelloise des années précédentes ; de 2008 (3), 2009 (4) et 2010 (5), pour les variables présentes à la fois sur le volet C et le volet CEpiP et uniquement avec les années 2009 et 2010 pour les nouvelles variables introduites via le volet CEpiP.

3. Définitions

NAISSANCE VIVANTE

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

ENFANT MORT-NÉ

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

PARITÉ

Toute naissance vivante quel que soit l'âge gestationnel et toute naissance d'un enfant mort-né d'un âge ≥ 22 semaines **et/ou** d'un poids ≥ 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 de $\geq 14/ \geq 9$, 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.

SURVEILLANCE FŒTALE

Cardiotocogramme : enregistrement en continu des variations du rythme cardiaque fœtal et de leur relation temporelle aux contractions utérines (OMS).

STAN : enregistrement, complémentaire au cardiotocogramme, du segment ST de l'ECG fœtal qui permet la détection de l'aptitude du fœtus à se défendre contre une carence en oxygène.

pH au scalp : mesure du pH du sang fœtal par prélèvement d'une goutte de sang au scalp du fœtus.

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 spontanée 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

4. Tableau synoptique : Région bruxelloise 2011

4.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Grossesse unique		23 708	(98,0 %)
Grossesse gémellaire		484	(2,0 %)
Grossesse triple		8	(0,03 %)
Parité	Primipare	10 518	(43,5 %)
	Multipare	13 651	(56,5 %)
Conception de la grossesse	Spontanée	22 029	(95,2 %)
	Assistée	1 105	(4,8 %)
Hypertension artérielle		1 007	(4,2 %)
Diabète		1 574	(6,6 %)
Durée de la grossesse	<28 semaines	180	(0,7 %)
	28-31 semaines	218	(0,9 %)
	32-36 semaines	1 474	(6,1 %)
	≥ 37 semaines	22 293	(92,3 %)
Induction		6 938	(28,7 %)
Analgésie péridurale		17 538	(72,8 %)
Césarienne		4 835	(20,0 %)
Épisiotomie		6 658	(27,6 %)

4.2 CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ

Présentation de l'enfant	Sommet fléchi	21 921	(89,0 %)
	Autre présentation céphalique	1 277	(5,2 %)
	Siège	1 278	(5,2 %)
	Transverse	158	(0,6 %)
Poids de naissance	< 500 g (si plus de 22 semaines)	30	(0,1 %)
	500 -1 499 g	426	(1,7 %)
	1 500 -2 499 g	1 443	(5,9 %)
	≥ 2 500 g	22 745	(92,3 %)
Sexe	Masculin	12 640	(51,2 %)
	Féminin	12 058	(48,8 %)
Admission dans un centre néonatal	N*	1 621	(6,6 %)
	NIC	1 284	(5,3 %)
Mort-nés		227	(0,9 %)

5. Naissances en Région bruxelloise en 2011

5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

24 700 naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise ont été enregistrées par l'état civil.

Tableau 1 : Détails des naissances, Région bruxelloise, 2011	
	24 473 naissances VIVANTES
	227 MORT-NÉS de ≥ 500 g et/ou ≥ 22 semaines
Ou	994 naissances multiples
	23 706 naissances uniques
Total:	24 700 naissances

En 2010, on notait 25 095 naissances (5).

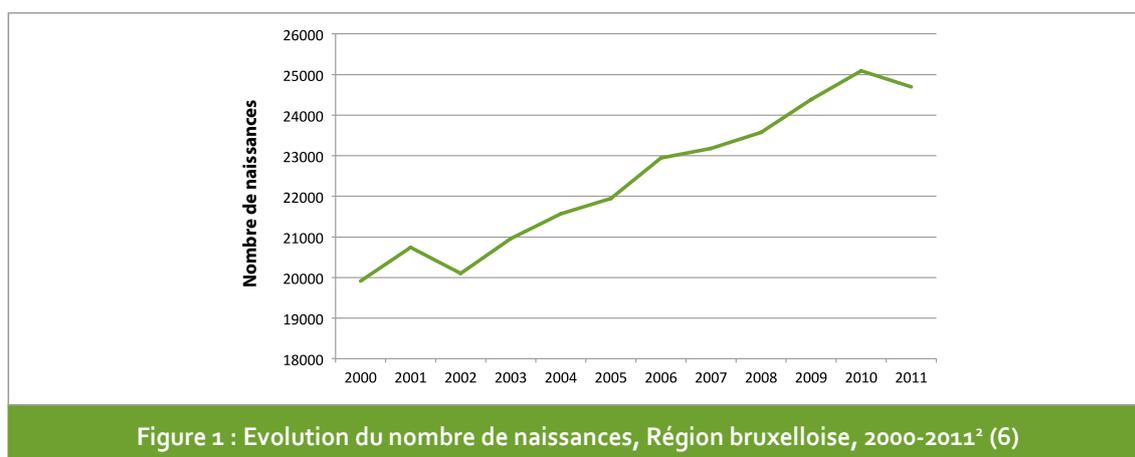


Figure 1 : Evolution du nombre de naissances, Région bruxelloise, 2000-2011² (6)

La Figure 1 montre une augmentation constante du nombre de naissances survenues en Région bruxelloise de 2002 à 2010 (plus de 25 000 naissances en 2010), avec un léger déclin de 2010 et 2011.

² Données de 2000 à 2007 : source : Bulletins Statistiques de naissance et de décès, Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles

5.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

Tableau 2 : Détails des accouchements, Région bruxelloise, 2011	
Singletons : 23 706 accouchements	
	23 504 accouchements de singletons vivants
	202 accouchements de singletons mort-nés
Grossesses multiples : 494 accouchements	
	465 accouchements gémellaires de 2 enfants vivants
	13 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	2 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utéro avant 22 semaines
	6 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	8 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
Total : 24 200 accouchements	

En 2010, on notait 24 516 accouchements (5).

Dans ce rapport, pour chaque variable étudiée, différents taux ont été calculés (par naissance ou par accouchement) afin de répondre aux recommandations internationales tout en permettant de comparer les résultats aux autres publications belges.

5.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS

5.3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS

5.3.1.1 ÂGE MATERNEL

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de **30,9 ans** (minimum : 12,6 ans – maximum : 51,5 ans), l'âge médian est de **31,0 ans** (p25 : 27,1 ans – p75 : 34,7 ans).

Chez la primipare, l'âge médian est de **29,0 ans** (p25 : 25,3 ans – p75 : 32,8 ans).

L'âge moyen est de **29,2 ans** (min. : 12,6 ans – max. : 51,5 ans).

Chez la multipare, l'âge médian est de **32,3 ans** (p25 : 28,9 ans – p75 : 35,8 ans).

L'âge moyen est de **32,3 ans** (min. : 13,9 ans – max. : 51,0 ans).

Tableau comparatif	
Flandre 2011(2) :	
Âge moyen primipare	: 28,3 ans
Âge moyen multipare	: 31,2 ans
Wallonie 2011(1) :	
Âge moyen	: 29,5 ans
Âge moyen primipare	: 27,4 ans
Âge moyen multipare	: 31,1 ans
Bruxelles 2010(5) :	
Âge moyen	: 30,9 ans
Âge moyen primipare	: 29,2 ans
Âge moyen multipare	: 32,2 ans

3 dates de naissance de la mère n'ont pu être obtenues.

Le projet Euro-Peristat (7) recommande de calculer l'âge maternel moyen sur le nombre d'accouchements et pas sur le nombre de naissances (qui inclut donc toutes les naissances issues des grossesses multiples), comme c'est le cas dans ce rapport.

Tableau 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement (N=24 197), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives	
Âge (années)	Nombre d'accouchements	%	Wallonie 2011(1) %	Flandre 2011(2) %
10-14	8	0,0	0,0	1,8
15-19	491	2,0	3,7	
20-24	3 128	12,9	17,2	13,0
25-29	6 766	28,0	33,8	36,9
30-34	8 115	33,5	29,1	34,0
35-39	4 449	18,4	13,3	12,0
40-44	1 163	4,8	2,8	2,2
45-49	72	0,3	0,1	0,1
≥ 50	5	0,0	0,0	

La date de naissance de la mère est inconnue pour 3 mères (0,01 %).

On note 8 accouchements en-dessous de l'âge de 15 ans (0,03 % des accouchements) et 102 accouchements en-dessous de l'âge de 18 ans (0,4 % des accouchements). Parmi les mères âgées de moins de 18 ans, 30 sont d'origine belge (30 %).

La proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de **2,0 %** ce qui est plus faible qu'en Wallonie (3,7 %) (1). À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de **23,5 %**. Ce résultat est plus important qu'en Wallonie (16,2 %) (1).

Parmi les mères de 35 ans et plus, **27,9 %** sont primipares (ont accouché pour la première fois) et **18,1 %** sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus).

La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est de **0,3 %**. Parmi celles-ci, 20 (26,0 %) sont de nationalité d'origine belge et 18 (23,4 %) de nationalité d'origine marocaine.

De 2008 à 2011, la distribution de l'âge de la mère est similaire. Durant ces quatre années, l'âge moyen de la mère à l'accouchement reste très stable passant 30,8 de à 30,9 ans.

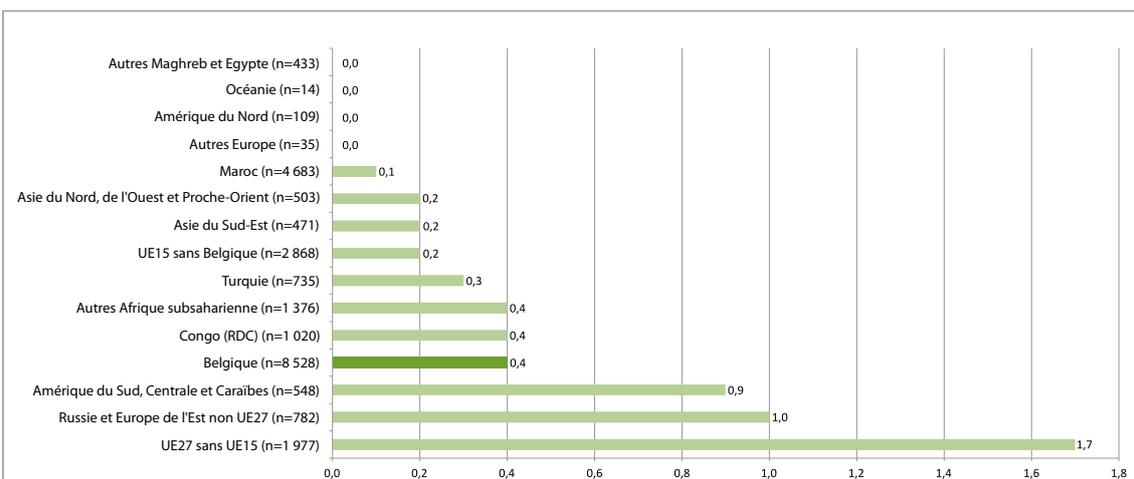


Figure 2: Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements (N=24 082), Région bruxelloise, 2011

La nationalité de la mère est inconnue pour 94 mères (0,4 %).
La nationalité de la mère est indéterminée, apatride,... pour 24 mères (0,1 %).

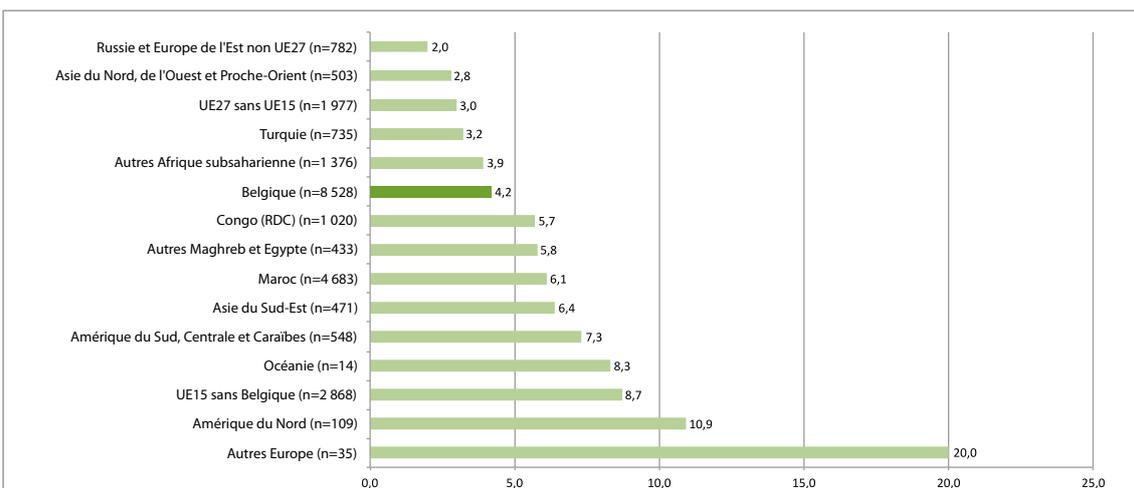


Figure 3 : Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements (N=24 082), Région bruxelloise, 2011

La nationalité de la mère est inconnue pour 94 mères (0,4 %).
La nationalité de la mère est indéterminée, apatride,... pour 24 mères (0,1 %).

Parmi les mères de nationalité d'origine belge, les taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans et à partir de 40 ans et plus ne diffèrent pas de 2008 à 2011.

5.3.1.2 NATIONALITÉ DE LA MÈRE

Tableau 4 : Nationalité de la mère par accouchement, Région bruxelloise, 2011				
Nationalité	Nationalité d'origine (N=24 106)		Nationalité actuelle (N=24 118)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	8 528	35,4	13 229	54,9
UE15 sans Belgique	2 868	11,9	2 735	11,3
UE27 sans UE15	1 977	8,2	1 912	7,9
Russie et Europe de l'Est non UE27	782	3,2	583	2,4
Autres Europe	35	0,1	24	0,1
Turquie	735	3,0	340	1,4
Maroc	4 683	19,4	2 238	9,3
Autres Maghreb et Egypte	433	1,8	262	1,1
Congo (RDC)	1 020	4,2	586	2,4
Autres Afrique subsaharienne	1 376	5,7	1 013	4,2
Amérique du Nord	109	0,5	97	0,4
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	548	2,3	415	1,7
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	503	2,1	336	1,4
Asie du Sud-Est	471	2,0	329	1,4
Océanie	14	0,1	13	0,1
Autres (apatride, indéterminé)	24	0,1	6	0,0

La nationalité d'origine de la mère est inconnue pour 94 mères (0,4 %) et l'actuelle pour 82 mères (0,3 %).

45,1 % des mères sont non belges au moment de l'accouchement. En outre, 64,6 % des mères sont de nationalité non belge à l'origine³, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas nées belges. Les nationalités d'origine les plus représentées sont marocaines (19,4 %), congolaises (4,2 %), françaises (4,0 %) et turques (3,0 %). La proportion de mères de nationalité non belge au moment de l'accouchement passe de 40,8 % à 45,1 % de 2008 à 2011.

5.3.1.3 LIEU DE RÉSIDENCE DE LA MÈRE

Tableau 5 : Lieu de résidence de la mère à l'accouchement (N=24 162), Région bruxelloise, 2011		
Lieu de résidence	Nombre	%
Bruxelles	18 307	75,8
Total Flandre :	3 859	16,0
Flandre orientale	268	1,1
Flandre occidentale	23	0,1
Limbourg	33	0,1
Anvers	196	0,8
Brabant flamand	3 339	13,8
Total Wallonie :	1 814	7,5
Hainaut	480	2,0
Liège	105	0,4
Luxembourg	31	0,1
Namur	118	0,5
Brabant wallon	1 080	4,5
Pays étrangers	182	0,8

Le lieu de résidence de la mère est inconnu pour 38 mères (0,2 %).

La très grande majorité des mères (75,8 %) ayant accouché sur le territoire bruxellois réside en Région bruxelloise.

³ 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, qui ne tient pas compte des nationalités d'origine de la génération précédente).

5.3.1.4 NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MÈRE

Tableau 6 : Niveau d'instruction de la mère à l'accouchement (N=21 461), Région bruxelloise, 2011		
Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	323	1,5
Primaire	2 087	9,7
Secondaire inférieur	3 282	15,3
Secondaire supérieur	7 872	36,7
Supérieur non universitaire	3 198	14,9
Supérieur universitaire	4 673	21,8
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger)	26	0,1
Le niveau d'instruction de la mère est inconnu pour 2 739 mères (11,3 %).		

73,4 % des mères ont obtenu leur diplôme de secondaire supérieur. Parmi celles-ci, 15 % ont un diplôme de supérieur non universitaire et un peu plus de 20 % un diplôme universitaire.

Cette variable est souvent délaissée par les officiers d'état civil, comme le suggèrent les taux importants d'abstention : 2 739 réponses manquantes (11,3 %), avec des taux assez variables d'une commune à l'autre (0,1 % à 57,5 %). Cette donnée est encore nettement moins bien recueillie en cas de naissance d'un enfant mort-né, où 81,4 % des données manquent cette année.

Par ailleurs, une hausse constante des données manquantes est observée pour le niveau d'instruction de 2009 à 2011 (7 à 11,3 %).

5.3.1.5 ETAT CIVIL ET ÉTAT D'UNION DE LA MÈRE

Tableau 7 : État civil et état d'union de la mère par accouchement (N= 24 062), Région bruxelloise, 2011		
État civil et état d'union	Nombre	%
Célibataire et vit seule	2 787	11,6
Célibataire et en union	5 041	21,0
Mariée en union	14 948	62,1
Mariée vit seule	444	1,8
Veuve, divorcée, séparée en union	411	1,7
Veuve, divorcée, séparée et vit seule	431	1,8
L'état civil et l'état d'union de la mère sont inconnus pour 138 mères (0,6 %).		

La proportion de mère célibataire et ayant déclaré vivre seul est de **11,6 %**.

Le dernier rapport reprenant les naissances suivies par l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) de 2008 à 2010 (8) fait état de 7,3 % de mères isolées (Wallonie et Bruxelles confondues). Si l'on comptabilise les mères célibataires et ayant déclaré vivre seul en Région bruxelloise et en Wallonie, la proportion s'élève à **13,9 %**, ce qui est largement au-dessus des estimations données par l'ONE dans leurs rapports. La collecte de l'ONE est réalisée par du personnel social et paramédical sur le terrain, alors que l'Officier de l'état civil 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, et pousse à l'abstention de déclaration.

5.3.1.6 SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Tableau 8 : Situation professionnelle des parents à l'accouchement, Région bruxelloise, 2011				
Situation professionnelle	Père (N=21 886)		Mère (N=23 562)	
	nombre	%	nombre	%
Actif	17 280	79,0	12 439	52,8
Chômeur	1 530	7,0	2 312	9,8
Sans profession (CPAS / mutuelle / invalidité / incapacité / sans profession / formation / rentier)	2 919	13,3	8 399	35,6
Pensionné	17	0,1	0	0,0
Etudiant	140	0,6	412	1,7

La situation professionnelle du père est inconnue pour 2 314 pères (9,6%) et celle de la mère pour 638 mères (2,6 %).

La proportion de pères actifs est restée stable de 2008 à 2011, passant de **80,7 % à 79,0 %**. Quant aux mères actives, la proportion a elle diminué durant ces quatre années (de 54,4 % à 52,8 %).

Par ailleurs, une légère hausse des données manquantes est observée pour la situation professionnelle des parents de 2008 à 2011 (1,1 à 2,6 % pour les mères).

5.3.2 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

5.3.2.1 PARITÉ

Taux de primipares : **43,5 %**.

Tableau 9 : Parité et accouchement (N=24 169), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives	
Parité	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %	Taux de primipares :
1	10 518	43,5	44,2	Flandre 2011 (2) : 45,8 %
2	7 793	32,2	31,2	Wallonie 2011 (1) : 43,9 %
3	3 816	15,8	16,0	
4	1 382	5,7	6,0	
5	432	1,8	1,9	
6	138	0,6	0,6	
7	55	0,2	0,2	
8	19	0,1	0,1	
9	9	0,0	0,0	
10	4	0,0	0,0	
11	2	0,0	0,0	
12	1	0,0	0,0	

La parité est inconnue pour 31 mères (0,1 %).

Le nombre de grandes multipares (4^e accouchement et plus) est de 2 042 (**8,5 %**).

Parmi les multipares, 198 patientes ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (**1,5 %** des accouchements).

De 2008 à 2011, les proportions de primipares et de multipares sont restées stables avec environ 44 % de primipares.

Tableau 10 : Activité professionnelle selon la parité (N=23 499), Région bruxelloise, 2011

Parité	Active		Étudiante		Chômage		Sans profession	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	5 858	57,3	295	2,9	863	8,4	3 202	31,3
2-3	5 947	52,6	112	1,0	1 176	10,4	4 063	36,0
4+	625	31,5	5	0,3	270	13,6	1 083	54,6

5.3.2.2 SÉROPOSITIVITÉ HIV

Tableau 11 : Statut HIV des mères à l'accouchement (N=21 790), Région bruxelloise, 2011

Statut HIV	Nombre	%	Données comparatives	
			Bruxelles 2010 (5)	%
Positif	125	0,6		0,5
Négatif	21 456	98,5		98,7
Ne sait pas	123	0,6		0,8
Non testé	86	0,4		0,1

Le statut HIV de la mère est inconnu pour 2 410 mères (10,0 %).

Le taux élevé de données inconnues s'explique par le fait qu'une maternité bruxelloise ne collecte pas cette donnée. Des 125 accouchements concernés par un statut HIV positif, 126 enfants sont nés dont 3 enfants mort-nés.

De 2009 à 2011, aucune évolution de la proportion de mères avec un statut HIV positif n'a été observée.

Tableau 12 : Type de conception en cas de séroposivité HIV maternelle (N=122), Région bruxelloise, 2011

Type de conception	Nombre	%
Spontanée	115	94,3
Assistée	7	5,7

Le type de conception en cas séroposivité HIV est inconnu pour 3 mères (2,4 %).

5.3.2.3 POIDS ET TAILLE DE LA MÈRE

Tableau 13 : Description du poids en début de grossesse et de la taille de la mère, Région bruxelloise, 2011

Poids de départ : N=21 634	Médiane	63 kg (p25 : 56 kg ; p75 : 72 kg)
Taille de la mère : N=21 668	Médiane	165 cm (p25 : 160 cm ; p75 : 170 cm)

Le poids de départ de la mère est inconnu pour 2 566 mères (10,6 %) et la taille pour 2 532 (10,5 %).
L'IMC est inconnu pour 3 437 accouchements (14,2% des accouchements).

Le taux de mères de plus de 18 ans en surpoids (Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m²) en début de grossesse est de **32,7 %**, le taux de mères obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) est de **10,7 %**, et le taux de mères en obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m²) est de **0,7 %**. Ces proportions sont plus faibles que celles observés en Wallonie (35,9 % de mères en surpoids, 14,2 % de mères obèses et 1,4 % de mères en obésité morbide) (1). Parmi les 13 pays/régions européen(ne)s possédant des données sur l'IMC de la mère, la proportion de mères en surpoids en Région bruxelloise en 2010 (**32,8 %**) se situe parmi les plus faibles résultats observés (10^{ème} position) (7).

Le taux de mères de plus de 18 ans en insuffisance pondérale (IMC < 18,5 kg/m²) en début de grossesse est de **5,8 %**.

De 2009 à 2011, les taux de surpoids et d'obésité restent relativement stables.

Tableau 14 : Taux de surpoids et d'obésité chez les mères de 18 ans et plus selon l'âge maternel (N=20 682), Région bruxelloise, 2011

Âge (années)	Surpoids (IMC \geq 25 kg/m ²)		Obésité (IMC \geq 30 kg/m ²)	
	Nombre	%	Nombre	%
18-19 (n=337)	76	22,6	21	6,2
20-29 (n=8 403)	2 653	31,6	844	10,0
30-39 (n=10 882)	3 590	33,0	1 195	11,0
40-49 (n=1 056)	448	42,4	162	15,3
50+ (n=4)	1	25,0	0	0,0

Les mères de 40 à 49 ans présentent les taux de surpoids et d'obésité les plus élevés avec respectivement **42,4 et 15,3 %**.

Tableau 15 : Prise de poids moyen selon l'IMC chez les mères de 18 ans et plus (N=19 411), Région bruxelloise, 2011

IMC (kg/m ²)	Prise de poids moyen (sd)(kg)
< 18,5 (n=1 099)	13,9 (5,5)
18,5-24,9 (n=11 929)	13,5 (5,3)
25,0-29,9 (n=4 283)	11,7 (6,2)
30,0-39,9 (n=1 958)	9,4 (7,0)
40,0 et plus (n=142)	6,5 (7,5)

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

5.3.2.4 HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET DIABÈTE

Tableau 16 : Taux d'hypertension artérielle par accouchement (N=24 108), Région bruxelloise, 2011

Parité	Nombre	%	Données comparatives
			Bruxelles 2010 (5) %
Primipares (n=10 492)	530	5,1	5,7
Multipares (n=13 604)	477	3,5	3,5
Total (n=24 108)	1 007	4,2	4,5

L'hypertension artérielle de la mère est inconnue pour 92 mères (0,4 %).

Tableau 17: Taux de diabète par accouchement (N= 24 025), Région bruxelloise, 2011

Parité	Nombre	%	Données comparatives
			Bruxelles 2010 (5) %
Primipares (n=10 463)	580	5,5	5,1
Multipares (n=13 551)	994	7,3	6,5
Total (n=24 025)	1 574	6,6	5,8

Le diabète de la mère est inconnu pour 175 mères (0,7 %).

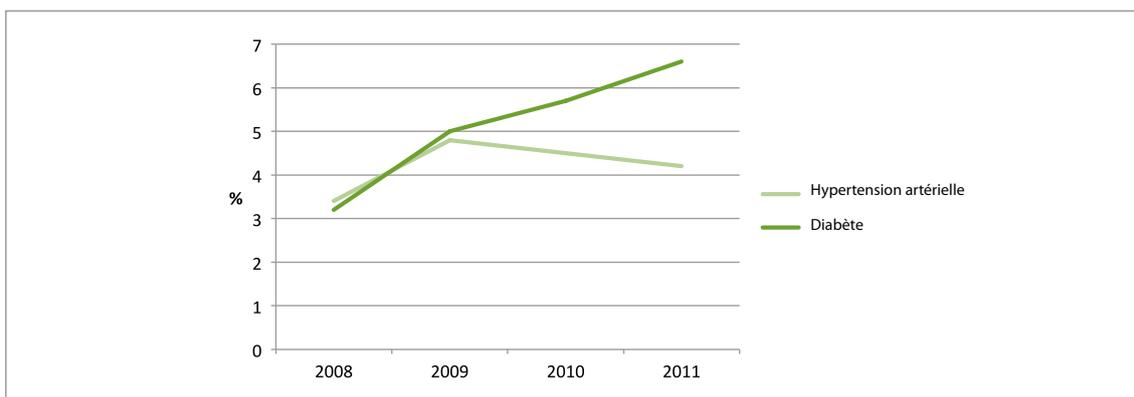


Figure 4: Evolution du taux d'hypertension artérielle et de diabète, Région bruxelloise, 2008-2011

La proportion de diabète évolue depuis 2008. Par contre, la proportion de mères souffrant d'hypertension artérielle diminue depuis 2009.

Tableau 18 : Taux de diabète selon la nationalité d'origine de la mère (N=23 938), Région bruxelloise, 2011

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=8 484)	440	5,2
Europe moins Belgique (n=4 807)	229	4,8
Turquie (n=728)	41	5,6
Maghreb et Egypte (=5 075)	526	10,4
Afrique subsaharienne (n=1 363)	100	7,3
Autres (n=3 481)	234	6,7

Selon la nationalité d'origine de la mère, le taux de diabète le plus élevé concerne les mères d'origine maghrébine et égyptienne avec 10,4 %.

Tableau 19 : Taux de diabète selon l'âge de la mère (N= 24 023), Région bruxelloise, 2011

Age (années)	Nombre	%
< 20 (n=484)	9	1,9
20-29 (n=9 816)	453	4,6
30-39 (n=12 498)	947	7,6
40-49 (n=1 220)	165	13,5
50+ (n=5)	0	0,0

Tableau 20 : Taux de diabète selon l'IMC de la mère (N=20 665), Région bruxelloise, 2011

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18,5 (n=1 203)	42	3,5
18,5-24,9 (n=12 716)	566	4,5
25,0-29,9 (n=4 540)	436	9,6
30,0-39,9 (n=2 060)	311	15,1
40,0 et plus (n=146)	34	23,3

Les deux tableaux ci-dessus montrent une tendance pour les associations « diabète » et « âge de la mère » ainsi que « diabète » et « IMC » de la mère. Plus l'âge de la mère augmente, plus le taux de diabète augmente avec un taux de 13,5 % pour les mères âgées de 40 à 49 ans. Pour l'IMC, le taux atteint un maximum de 23,3 % pour les mères avec un IMC de 40,0 kg/m² et plus.

5.3.2.5 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

Tableau 21 : Type de conception par accouchement (N=23 134), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives		
Type de conception	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %	Wallonie 2011 (1) %	Flandre 2011 (2) %
Spontanée	22 029	95,2	95,3	95,9	94,0
Traitement hormonal	247	1,1	1,1	1,0	2,3
ICSI	287	1,2	1,1	0,3	1,5
FIV	571	2,5	2,5	2,9	2,1

Le type de conception est inconnu ou non demandé pour 4,4 % des singletons et 3,6 % des accouchements multiples.

95,2 % des grossesses ont été conçues spontanément.

Seul 1,2 % d'ICSI ont été enregistrés, ce qui laisse à penser que de nombreux traitements d'ICSI ont probablement été enregistrés comme des FIV. C'est pourquoi, dans les tableaux suivants, les variables «traitement hormonal, ICSI et FIV» ont été regroupées sous l'item «conception assistée».

Tableau 22: Taux d'accouchements multiples selon le type de conception (N=23 134), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Type de conception	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Spontanée (n=22 029)	323	1,5	1,7
Conception assistée (n=1 105)	153	13,9	16,5

13,9 % des grossesses de conception assistée concernent des accouchements multiples.

Parmi les grossesses multiples, on note 65,5 % de grossesses spontanées et 31,0 % de conceptions assistées. Ces chiffres sont assez comparables à ceux présentés en 2011 au Congrès de l'ESHRE par une équipe suisse (10) : 72,8 % des grossesses multiples étaient spontanées, 11,2 % faisaient suite à une stimulation de l'ovulation avec ou sans insémination et 16,0 % étaient issues d'une FIV ou d'une ICSI.

Tableau 23 : Taux d'enfants mort-nés selon le type de conception pour les singletons (N=22 658), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Type de conception	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Spontanée (n=21 706)	155	0,7	0,6
Conception assistée (n=952)	11	1,2	1,7

Le taux d'enfants mort-nés en fonction du type de conception est pratiquement deux fois plus élevé parmi les grossesses de conception assistée (1,2 %).

Tableau 24 : Type de conception selon l'âge maternel (N=23 134), Région bruxelloise, 2011					
Singletons (n=22 658)			Grossesses multiples (n=476)		
Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %	Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %
<20 (n=473)	100,0	0,0	<20 (n=4)	100,0	0,0
20-29 (n=9 313)	97,7	2,3	20-29 (n=142)	87,3	12,7
30-39 (n=11 733)	95,0	5,0	30-39 (n=291)	63,6	36,4
40-49 (n=1 134)	87,0	13,0	40-49 (n=39)	25,6	74,4
50+ (n=5)	20,0	80,0	50+ (n=0)	0,0	0,0

Pour les singletons comme pour les grossesses multiples, la proportion de conception spontanée diminue en fonction de l'âge de la mère. Plus la mère est âgée, plus la proportion de conception spontanée diminue. Le type de conception ne diffère pas en fonction de la nationalité d'origine et l'IMC de la mère.

5.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

5.4.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Tableau 25: Présentation de l'enfant à la naissance pour les singletons vivants (N=23 444), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Sommet fléchi	21 251	90,6	91,4
Sommet autre	1 160	4,9	4,0
Siège	953	4,1	4,1
Transverse	80	0,3	0,4
La présentation est inconnue pour 60 singletons vivants (0,3 %).			

90,6 % des singletons vivants se présentent en sommet fléchi lors de l'accouchement.

Tableau 26: Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons (N=199), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Sommet fléchi	121	60,8	67,2
Sommet autre	25	12,6	5,6
Siège	52	26,1	24,2
Transverse	1	0,5	3,0
La présentation est inconnue pour 3 enfants mort-nés singletons (1,5 %).			

Presque deux-tiers des enfants mort-nés singletons se présentent en sommet fléchi à l'accouchement et un quart en siège. Ce résultat élevé de présentation en siège s'explique par le nombre important de grands prématurés à des âges gestationnels où la présentation en siège est habituelle.

Pour les singletons vivants à terme, les taux de présentation en siège diffèrent en fonction de la parité avec 4,8 % de présentation en siège pour les primipares et 2,6 % pour les multipares.

Les taux de présentation en siège ne diffèrent ni en fonction de l'âge de la mère ni en fonction de l'IMC. Par contre en 2009 et 2010, ces taux étaient plus élevés parmi les mères de 40-49 ans et les mères avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m².

5.4.2 TYPE DE SURVEILLANCE FŒTALE

Tableau 27: Type de surveillance fœtale pendant le travail pour les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues) (N=20 165), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Monitoring	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Cardiotocogramme seul (CTG)	17 668	87,6	87,0
STAN*	2 267	11,2	11,3
CTG + pH au scalp	137	0,7	0,4
Auscultation intermittente seule	86	0,4	0,4
CTG + auscultation intermittente	7	0,0	0,1
* dont 2 avec pH au scalp			

La majorité des enfants nés vivants avec un âge gestationnel supérieur ou égale à 37 semaines ont eu un cardiotocogramme seul (87,6 %).

5.4.3 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

5.4.3.1 PRÉVALENCE

La prévalence globale est de **20,0** pour 100 accouchements, et de **19,2 %** et **59,0 %** pour les accouchements uniques et multiples respectivement.

Pour les césariennes électorives, la prévalence est de 9,6 pour 100 accouchements et de 10,4 pour les césariennes non-programmées.

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 49 accouchements (**0,2 %**).

15 césariennes de grossesses gémellaires ont été réalisées en cours d'accouchement, pour le deuxième jumeau (3,0 % des accouchements multiples). On approche donc les taux retrouvés aux États-Unis et au Canada (plus de 3 %) où la version grande extraction n'est pas recommandée, mais on est bien au-delà des taux français ($\leq 0,5$ %) où cette attitude est répandue (11).

Le taux de césariennes est élevé en Région bruxelloise, mais varie fortement d'une maternité à l'autre (14,9 à 27,4 %).

Données comparatives

Prévalence :

Flandre 2011 (2)	: 19,7 %
Wallonie 2011 (1)	: 20,9 %
Bruxelles 2010 (5)	: 19,2 %

Euro-Peristat (7) recommande de calculer le taux de césarienne sur le nombre total de naissances. On obtient donc 20,8 césariennes pour 100 naissances.

Pour 2010, au niveau européen, le taux de césariennes oscille entre 14,8 % (Islande) et 52,2 % (Chypre). La Région bruxelloise (20,2 %) fait partie de la majorité des pays qui présente un taux de césarienne inférieur à 30 % (7).

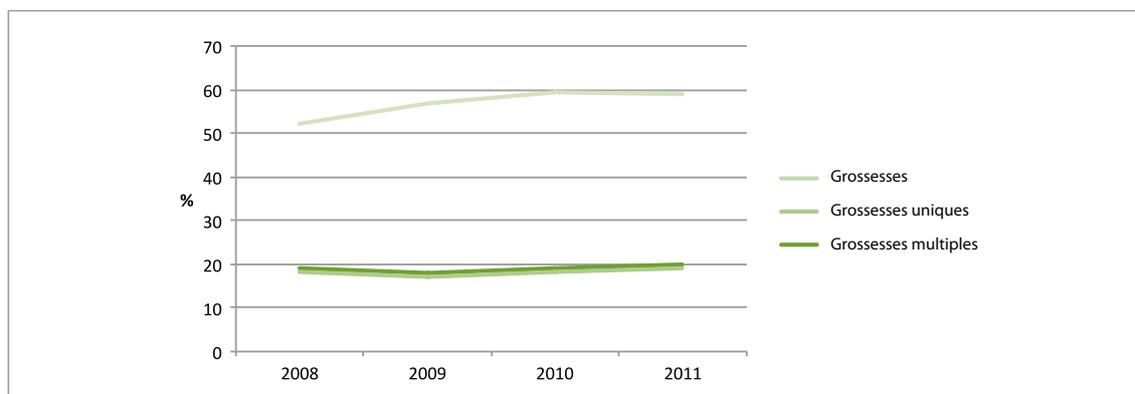


Figure 5 : Evolution du taux de césariennes parmi l'ensemble des grossesses, les grossesses uniques et les grossesses multiples, Région bruxelloise, 2008-2011

La figure 5 montre un taux de césariennes relativement constant parmi les grossesses uniques mais une augmentation plus prononcée du taux parmi les grossesses multiples, passant de **52,1 %** en 2008 à **59,0 %** en 2011.

5.4.3.2 ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

Tableau 28 : Type d'accouchement selon l'antécédent de césarienne pour les multipares (N=13 558), Région bruxelloise, 2011				
Antécédent de césarienne	Accouchements par voie basse		Accouchements par césarienne	
	Nombre	%	Nombre	%
Oui (n=2 609)	878	33,7	1 731	66,3
Non (n=10 949)	10 167	92,9	782	7,1

L'antécédent de césarienne est inconnu pour 3 modes d'accouchements (0,02 %).

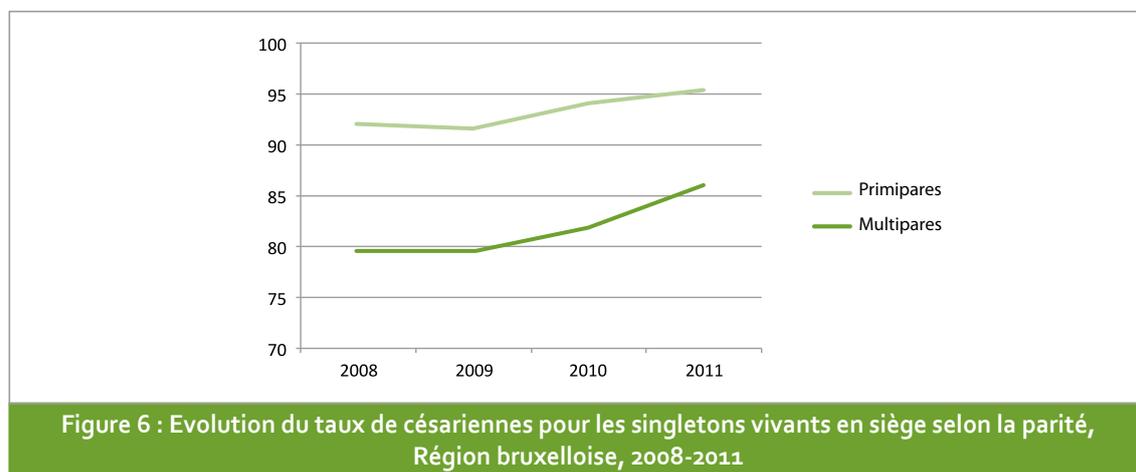
19,2 % des multipares ont un antécédent de césarienne. Parmi ces 19,2 %, un tiers sont des accouchements par voie basse et deux tiers des césariennes.

5.4.3.3 CÉSARIENNE ET FACTEURS DE RISQUE

Tableau 29 : Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants (N=23 444), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Sommet fléchi (n=21 251)	3 096	14,6	13,7
Sommet autre (n=1 160)	456	39,3	40,8
Siège (n=953)	870	91,3	88,7
Transverse (n=80)	80	100,0	100,0

La présentation est inconnue pour 60 singletons vivants (0,3 %).

Les taux de césariennes les plus élevés s'observent parmi les singletons vivants ayant une présentation en transverse (100 %) et en siège (91,3 %).



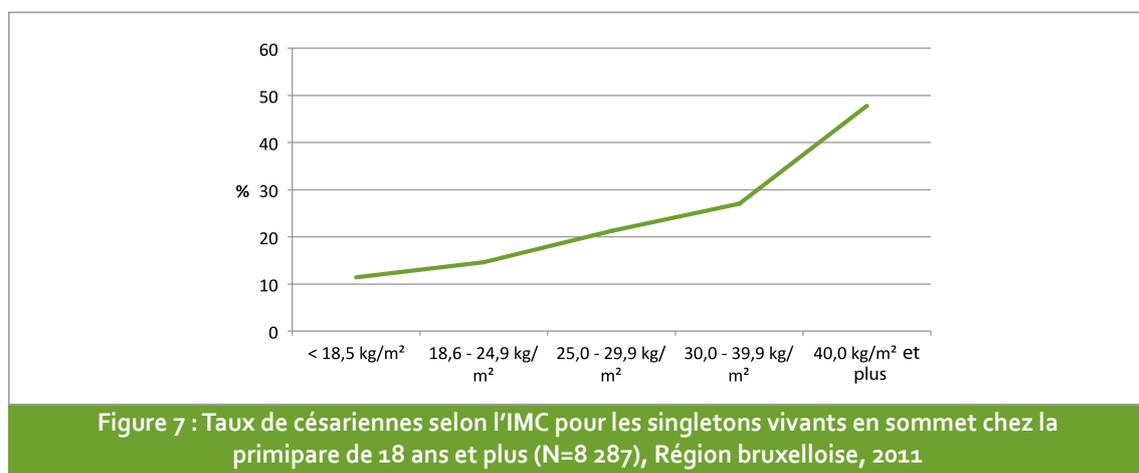
Les taux de césariennes pour les singletons vivants en siège chez la primipare et la multipare ont augmenté de 2009 à 2011, passant de 91,6 % à 95,4 % pour les primipares et de 79,6 % à 86,0 % pour les multipares.

Tableau 30 : Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=9 608), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Âge (années)	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
10-14 (n=7)	0	0,0	33,3
15-19 (n=395)	28	7,1	6,2
20-24 (n=1 955)	248	12,7	12,8
25-29 (n=3 215)	484	15,1	12,0
30-34 (n=2 653)	464	17,5	14,5
35-39 (n=1 094)	281	25,7	22,3
40-44 (n=272)	98	36,0	34,1
45-49 (n=16)	8	50,0	50,0
50 + (n=1)	1	100,0	0,0

Le tableau 30 montre que chez les primipares le taux de césariennes pour les singletons vivants en sommet augmente avec l'âge de la mère.

Tableau 31 : Taux de césariennes et nationalité d'origine pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=9 602), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Nationalité	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Belgique (n=3 630)	537	14,8	12,3
Europe moins Belgique (n=2 159)	364	16,9	13,0
Turquie (n=253)	43	17,0	13,1
Maghreb et Egypte (n=1 763)	284	16,1	15,5
Afrique subsaharienne (n=455)	126	27,7	29,0
Autres (n=1 342)	258	19,2	15,5

Pour les singletons vivants en sommet chez la primipare, le taux de césariennes est le plus élevé parmi les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne avec 27,7 %.



Cette figure montre que lorsque l'IMC de la mère augmente, le taux de césariennes augmente passant de **11,4 %** pour les mères avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m² à **47,8 %** pour celles avec un IMC supérieur ou égale à 40 kg/m².

5.4.3.4 INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Le nombre total de césariennes est de 4 850. 0,6 % des causes (27) n'ont pu être obtenues, pour les grossesses uniques uniquement.

Pour 5 enfants singletons déclarés mort-nés une césarienne avait été réalisée : dans 2 cas pour pathologie placentaire ou maternelle, dans 1 cas pour souffrance fœtale, dans 1 cas pour présentation transverse et dans 1 cas pour rupture utérine.

Les causes des césariennes des grossesses gémellaires sont présentées à part (tableau 33).
L'indication de la césarienne dans le cadre de 7 grossesses triples était la grossesse triple elle-même dans tous les cas.

Tableau 32 : Indication de césarienne pour les naissances uniques vivantes (N=4 513), Région bruxelloise, 2011		
	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel : TOTAL	1201	26,6
Antécédent de césarienne	1 061	23,5
Utérus mult cicatriciel	109	2,4
Antécédent d'hystérotomie/myomectomie (hors césarienne)	26	0,6
Antécédent de césarienne et (suspicion de) rupture utérine	5	0,1
Anomalie de la présentation : TOTAL	809	17,9
Siège	666	14,8
Transverse	50	1,1
Face, front et autres présentations	16	0,4
Anomalie de la présentation et antécédent de césarienne	77	1,7
Dystocie, pas en travail : TOTAL	192	4,3
Dystocie, pas en travail	180	4,0
Echec de déclenchement/induction/épreuve travail	12	0,3
Dystocie arrêt dilatation : TOTAL	450	10,0
Dystocie arrêt dilatation	424	9,4
Dystocie arrêt dilatation et antécédent de césarienne	23	0,5
Dystocie arrêt dilatation et siège	3	0,1
Dystocie arrêt progression à dilatation complète : TOTAL	165	3,7
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	150	3,3
Echec ventouse/forceps	15	0,3
Souffrance fœtale aiguë (SFA) : TOTAL	1042	23,1
SFA	803	17,8
SFA et dystocie arrêt progression à dilatation complète	37	0,8
SFA et dystocie arrêt dilatation	160	3,5
SFA et pathologie maternelle	34	0,8
Pathologie foetale	8	0,2
Pathologie maternelle : TOTAL	332	7,4
Hypertension/Prééclampsie/Eclampsie	17	0,4
Pathologie maternelle sans précision	242	5,4
Pathologie maternelle sans précision et antécédent de césarienne	67	1,5
Chorioamniotite	6	0,1
Cause placentaire : TOTAL	212	4,7
Cause placentaire sans précision	193	4,3
Décollement placentaire	10	0,2
Placenta praevia/vasa	9	0,2
Demandée par la patiente : TOTAL	59	1,3
Demandée par la patiente et siège	8	0,2
Demandée par la patiente et antécédent de césarienne	27	0,6
Demandée par la patiente sans précision	24	0,5
Autres : TOTAL	51	1,1
Procidence cordon	14	0,3
Retard de croissance intra-utérin	11	0,2
Cerclage abdominal	8	0,2
Prématurité	5	0,1
Myome praevia / Fibrome	4	0,1
Malformation utérine	4	0,1
Spina bifida maternel	2	0,0
Antécédent de Mort in utéro	2	0,0
Hémorragie obstétricale	1	0,0

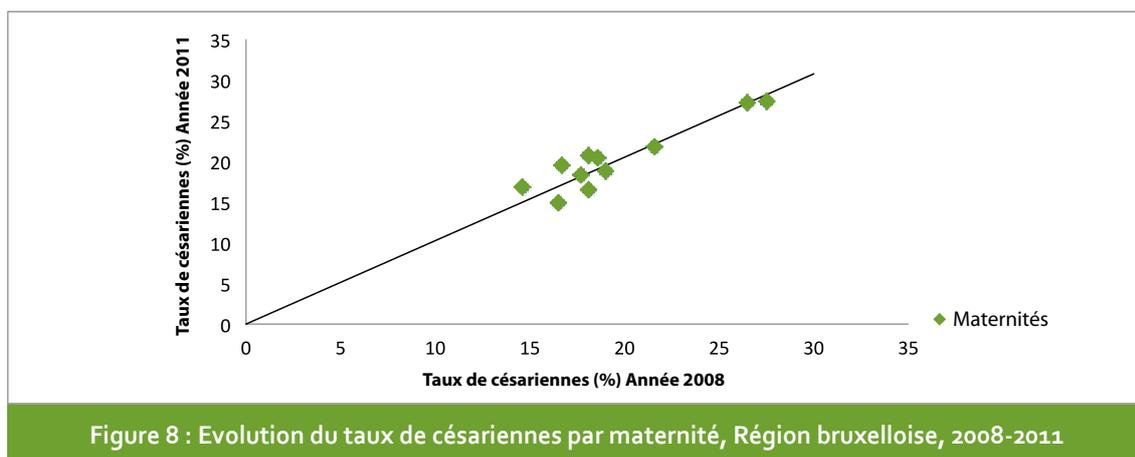
Pour les naissances uniques vivantes, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel sont l'indication de la césarienne dans plus de 1 césarienne sur 4 tout comme les années 2009 et 2010.

Tableau 33 : Indication de césarienne pour les accouchements multiples d'enfants nés vivants et mort-nés (N=298), Région bruxelloise, 2011

	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel	32	10,7
Anomalie de la présentation (siège et transverse)	90	30,2
Dystocie, pas en travail	3	1,0
Dystocie arrêt dilatation	8	2,7
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	3	1,0
Souffrance fœtale aiguë (SFA)	40	13,4
Pathologie maternelle	23	7,7
Cause placentaire	6	2,0
Demandée par la patiente	1	0,3
Retard de croissance intra-utérin	5	1,7
Prématurité	1	0,3
Cerclage abdominal	1	0,3
Grossesse multiple sans précision	66	22,1
Mort in utéro	4	1,3
1er jumeau voie basse, 2ème jumeau par césarienne pour anomalie de la présentation ou SFA	15	5,0

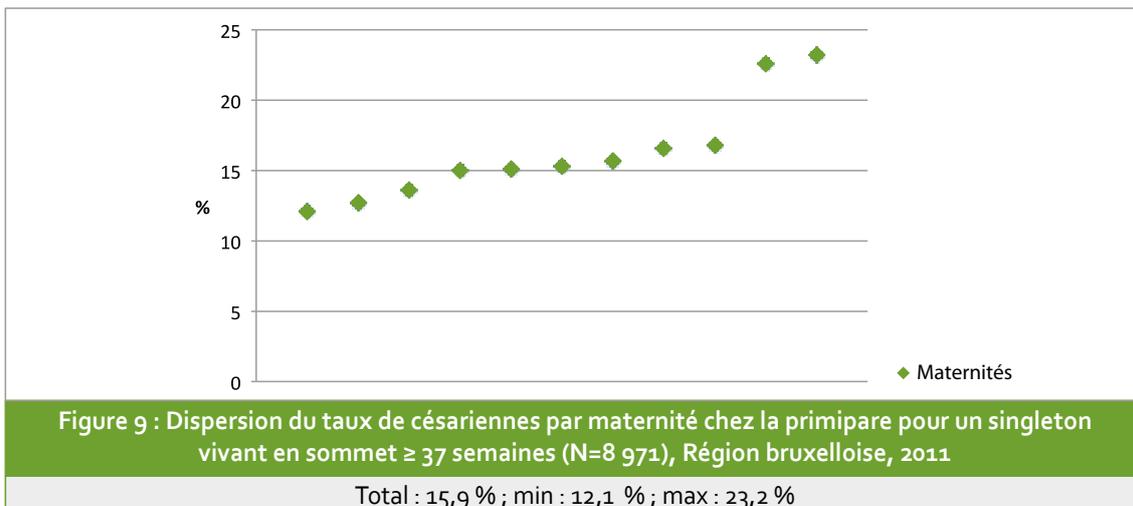
Concernant les grossesses multiples, les deux indications de césariennes prédominantes sont l'anomalie de la présentation (près d'1 cas sur 3) et la grossesse multiple en elle-même.

5.4.3.5 CÉSARIENNES ET MATERNITÉS



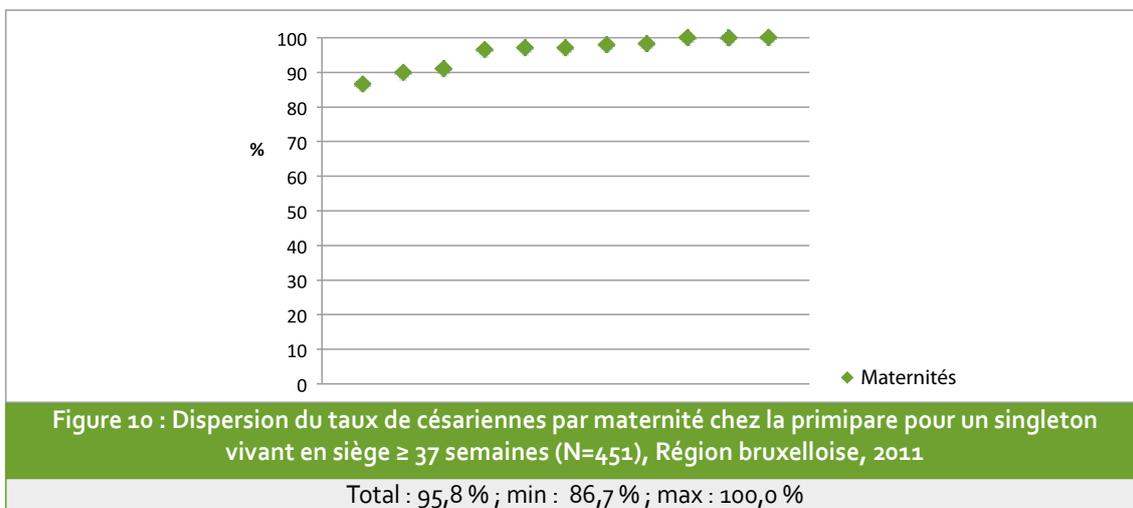
La figure ci-dessus présente le taux de césariennes pour les maternités en activité en 2008 et 2011. Quatre maternités ont augmenté leur taux de césariennes et deux l'ont diminué.

Afin de réduire le risque de comparer des populations très hétérogènes issues de maternités différentes, nous avons comparé les taux de césariennes pour les grossesses uniques à terme en sommet chez la primipare.



Pour les primipares ayant accouché d'un singleton vivant en sommet, le taux de césariennes varie très fortement d'une maternité à l'autre.

En 2010, la proportion totale était de 13,7 % avec un minimum de 5,7 % et un maximum de 24,2 %.



Un tiers des maternités de la Région bruxelloise pratiquent automatiquement une césarienne chez les primipares ayant un singleton vivant en siège avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines.

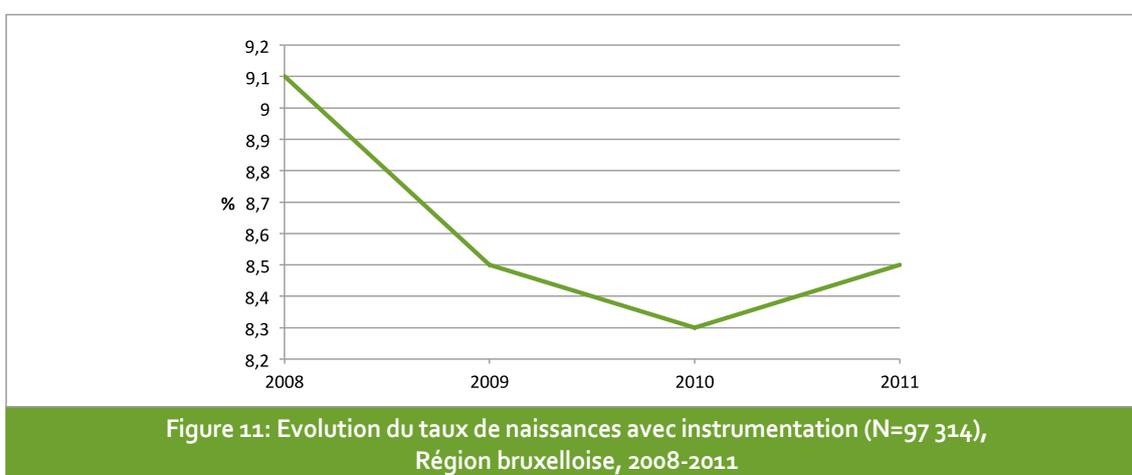
En 2010, la proportion totale était de 95,0 % avec un minimum de 83,7 % et un maximum de 100,0 %. L'écart entre les différents taux a diminué entre 2010 et 2011.

5.4.4 NAISSANCE AVEC INSTRUMENTATION

Tableau 34 : Taux de ventouses et de forceps par naissance (N=24 651), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives		
	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %	Wallonie 2011 (1) %	Flandre 2011 (2) %
Ventouse	1 800	7,3	7,0	4,6	9,4
Forceps	283	1,1	1,2	2,5	0,5
Total	2 083	8,4	8,3	7,6	10,0

Le type d'accouchement est inconnu pour 49 naissances (0,2 %).

La proportion d'utilisation de la ventouse (7,3 %) est pratiquement sept fois plus élevée que l'utilisation du forceps (1,1 %).



Le taux de naissances avec instrumentation diminue nettement de 2008 à 2010 (9,1 à 8,3 %) avec une légère augmentation entre 2010 et 2011.

5.4.5 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

5.4.5.1 PRÉVALENCE

On constate que 28,7 % des accouchements ont été induits, ou :

- 28,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 29,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 34,6 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 26,5 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare
- 31,8 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées

Données comparatives

Induction :

Flandre 2011 (2) : 23,8 %
 Wallonie 2011 (1) : 32,5 %
 Bruxelles 2010 (5) : 27,9 %

La notification de l'induction est manquante pour 51 accouchements (0,2 %).

Le taux d'inductions en Région bruxelloise (28,7 %) se situe entre le taux de la Région flamande (23,8 %) (2) et le taux en Wallonie (32,5 %) (1).

Le projet Euro-Peristat (7) recommande de présenter les taux d'inductions 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.

Parmi les pays européens possédant des données sur l'induction (2010), la Région bruxelloise présente un des taux d'inductions les plus élevés (27,9 %) (7).

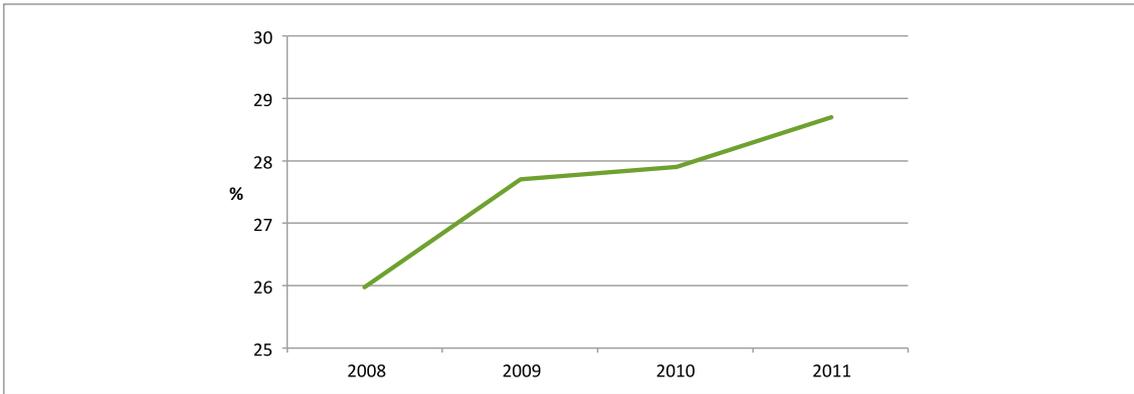


Figure 12: Evolution du taux d'inductions (N=95 479), Région bruxelloise, 2008-2011

Le taux d'inductions augmente entre 2008 et 2011 passant de 26,0 % à 28,7 %. Il varie également fortement d'une maternité à l'autre, allant de 23,3 % à 37,7 % selon la maternité.

5.4.5.2 INDUCTIONS ET MATERNITÉS

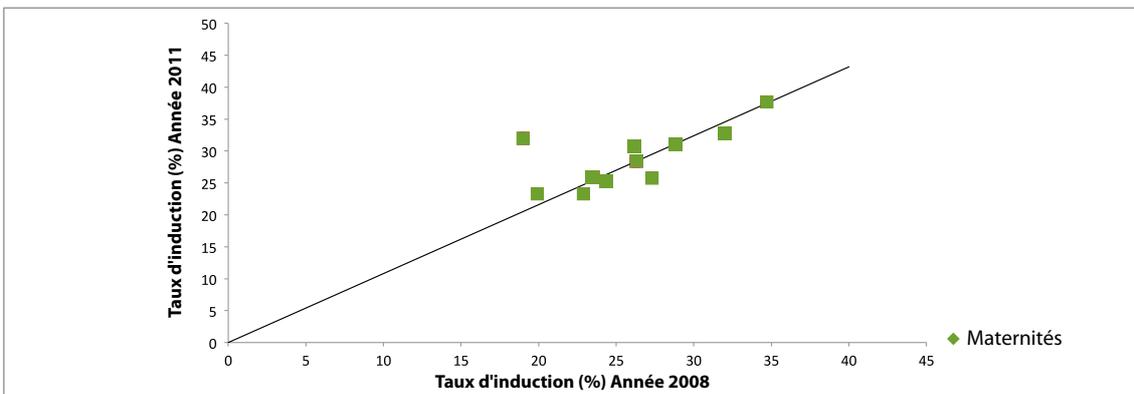


Figure 13 : Evolution du taux d'inductions par maternité, Région bruxelloise 2008-2011

La Figure ci-dessus présente les taux d'inductions pour les maternités en activité en 2008 et 2011. Plus de deux tiers des maternités ont augmenté leur taux d'inductions et une seule l'a diminué.

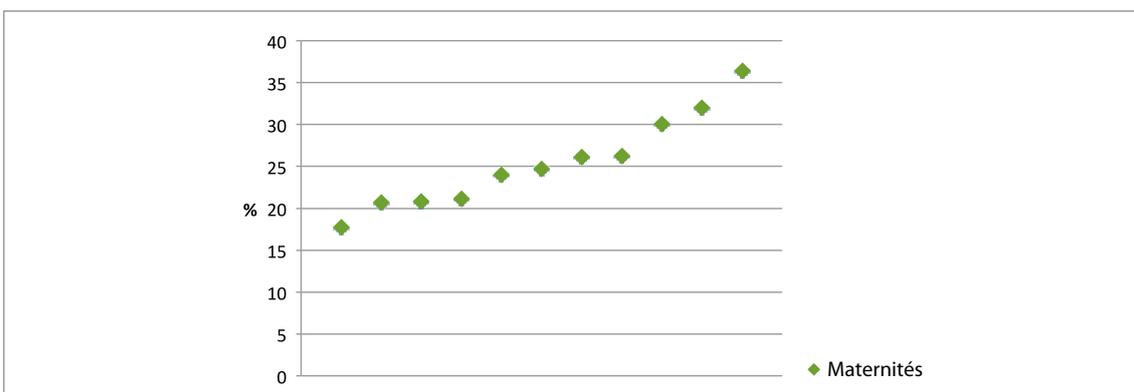


Figure 14 : Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclu) (N=18 021), Région bruxelloise, 2011

Total : 25,4 % ; min : 17,7 % ; max : 36,4 %

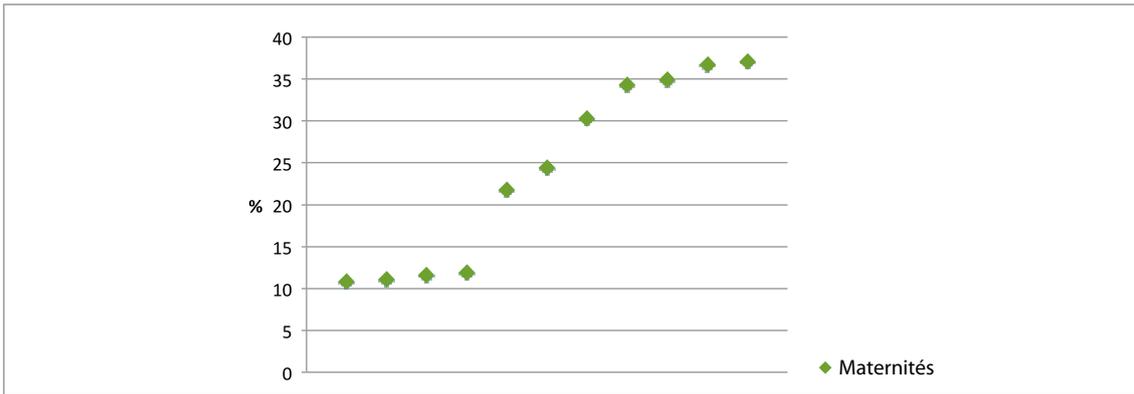


Figure 15 : Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 34 et 36 semaines (N=939), Région bruxelloise, 2011
 Total : 26,1 % ; min : 10,8 % ; max : 37,1 %

Comme le montrent les figures 14 et 15, les taux d'inductions sont extrêmement variables d'une maternité à l'autre.

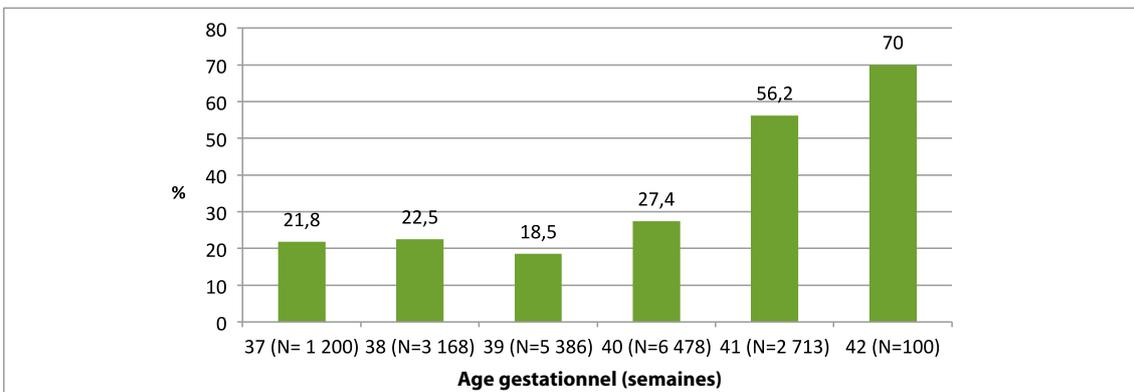


Figure 16 : Taux d'inductions par âge gestationnel pour un singleton vivant en sommet de ≥37 semaines sans hypertension et diabète (N=19 045), Région bruxelloise, 2011

5.4.5.3 INDUCTION ET CÉSARIENNE

Tableau 35 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare (N=8 979), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Induction	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Induction (n=3 109)	675	21,7	18,8
Pas d'induction (n=5 870)	752	12,8	11,2
Total (n=8 979)	1 427	15,9	13,6

L'induction est inconnue pour 1 césarienne (0,1 %).

Tableau 36: Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne (N=9 851), Région bruxelloise, 2011

Induction	Nombre	%
Induction (n=2 947)	117	4,0
Pas d'induction (n=6 904)	206	3,0
<i>Dont : Programmée</i>		1,2
<i>Non programmée</i>		1,8
Total (n=9 851)	323	3,3

Données comparatives
Bruxelles 2010 (5) %
3,3
2,8
1,1
1,7
3,0

Tableau 37: Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de \geq 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne (N=2 200), Région bruxelloise, 2011

Induction	Nombre	%
Induction (n=249)	68	27,3
Pas d'induction (n=1 951)	1 330	68,2
<i>Dont : Programmée</i>		55,5
<i>Non programmée</i>		12,7
Total (n=2 200)	1 398	63,5

Données comparatives
Bruxelles 2010 (5) %
25,7
63,0
50,3
12,7
58,0

Pour les primipares avec un singleton vivant en présentation sommet avec un âge gestationnel supérieur ou égale à 37 semaines, le taux de césariennes est nettement plus élevé parmi les mères ayant eu une induction (**21,7 %**) que parmi celles ayant accouché spontanément (**12,8 %**). Ce constat s'observe également pour les multipares sans antécédent de césarienne mais avec une plus faible différence entre les deux taux de césariennes. Les taux augmentent très fortement pour les multipares avec antécédent de césarienne où le taux de césariennes concerne **27,3 %** des accouchements avec induction et **68,2 %** des accouchements spontanés.

5.4.6 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

15 320 accouchements ont bénéficié d'une péridurale (70,3 %) (hors césariennes programmées). Ce taux est de 80,9 % chez la primipare et 61,8 % pour la multipare. L'information est manquante pour 105 accouchements (0,4 %). Si l'on ne considère que les accouchements par voie basse, on observe 12 936 péridurales pour 19 233 accouchements (67,3 %), et 0,5 % de données manquantes par voie basse ; ce taux varie de 53,3 % à 86,1 % selon la maternité.

Données comparatives

Péridurale :

Flandre 2011 (2)	: 68,6 %
Wallonie 2011 (1)	: 76,9 %
Bruxelles 2010 (5)	: 70,9 %

Les taux de péridurales diminuent très légèrement mais restent stables en Région bruxelloise entre 2009 et 2011 (70 %). Ce constat est également observé dans la figure ci-dessous. Pour la majorité des maternités, le taux de péridurales n'a pas augmenté durant la période 2009-2011. Seules deux maternités ont très légèrement augmenté leur taux et deux l'ont très légèrement diminué.

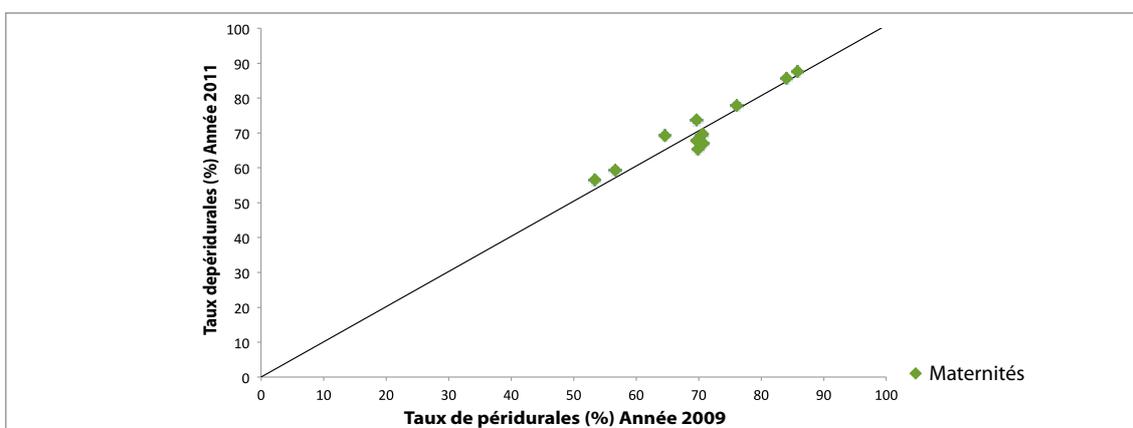


Figure 17 : Evolution du taux de péridurales (hors césariennes programmées) par maternité (N=21 673), Région bruxelloise 2009-2011

La figure ci-dessus présente les taux de péridurales pour les maternités en activité en 2009 et 2011.

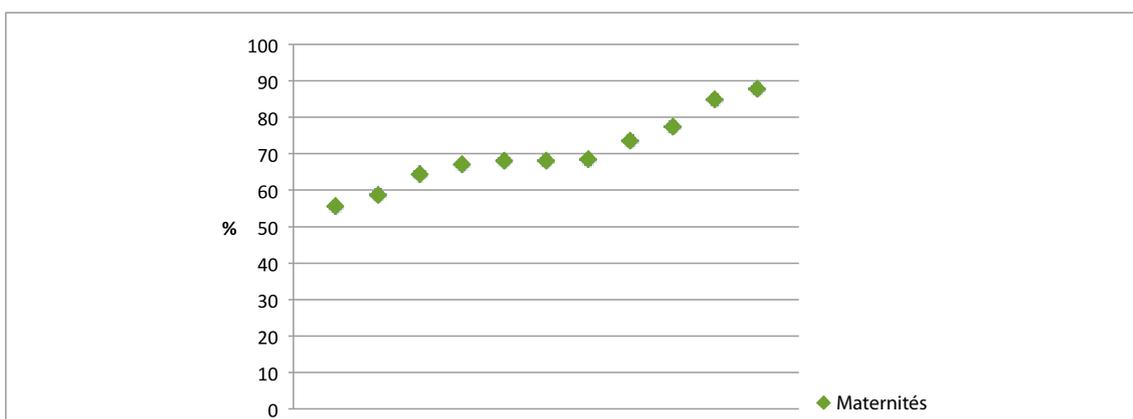


Figure 18 : Taux de péridurales par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines, hors césariennes programmées (N=19 614), Région bruxelloise, 2011

Total : 69,6 % ; min : 55,6 % ; max : 87,7 %

Pour un singleton vivant en sommet à 37 semaines gestationnelles ou plus hors césariennes programmées, le taux de péridurales varie de 56 à 88 % d'une maternité à l'autre.

5.4.7 ÉPISIOTOMIE

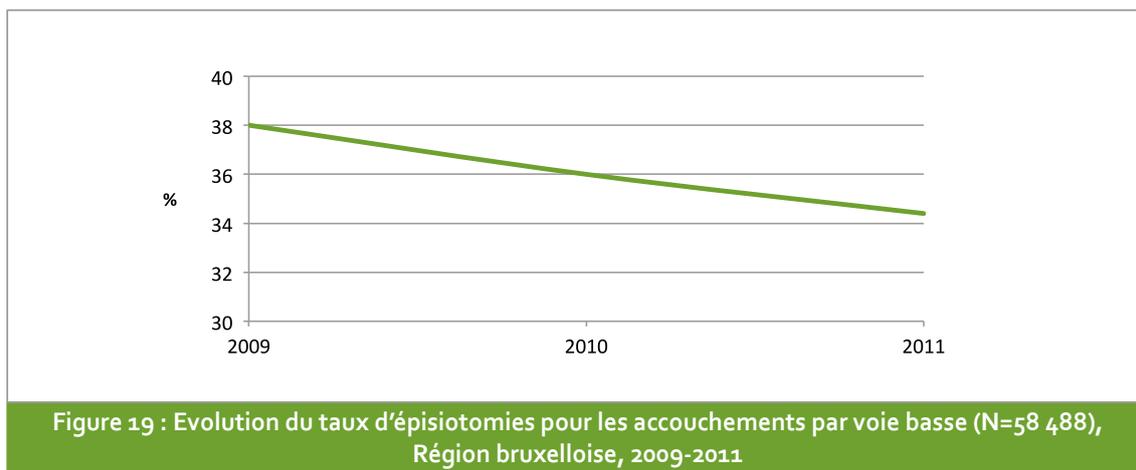
On compte 6 655 épisiotomies pour 24 141 accouchements (27,6 %) et 6 643 épisiotomies pour 19 312 accouchements par voie basse (34,4 %). Cette information est manquante pour 49 accouchements par voie basse (0,3 %). On observe 52,7 % d'épisiotomie chez la primipare et 20,9 % chez la multipare en cas d'accouchement par voie basse. Ce taux va de 12,2 % à 46,8 % selon la maternité, et de 15,3 % à 64,4 % en cas d'accouchement par voie basse.

Données comparatives

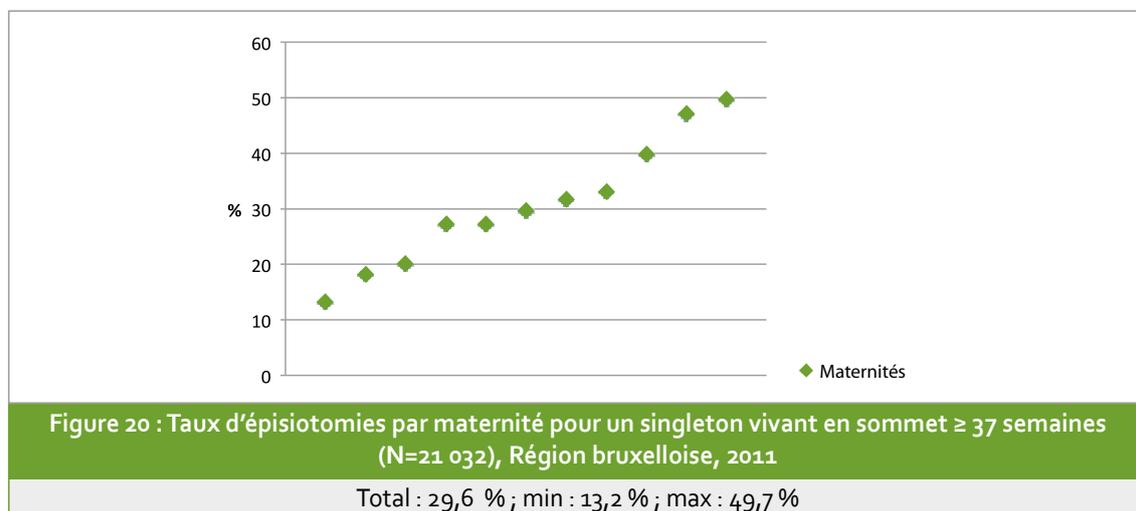
Épisiotomie :

Flandre 2011 (2)	: 53,3 %
Wallonie 2011 (1)	: 44,7 %
Bruxelles 2010 (5)	: 36,1 %

La Région bruxelloise présente un taux d'épisiotomies nettement plus faible qu'en Wallonie (1).



Une diminution du taux d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse s'observe entre 2009 et 2011 allant de 38,0 % à 34,4 %.



Pour un singleton vivant en présentation sommet à 37 semaines gestationnelles ou plus, le taux d'épisiotomies varie fortement en fonction des maternités bruxelloises allant de 13 % à 50 %.

5.4.8 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Il s'agit des accouchements à partir de 37 semaines, sans instrumentation, sans induction et sans épisiotomie.

On comptabilise 33,5 % d'accouchements sans intervention obstétricale et 15,6 % d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale.

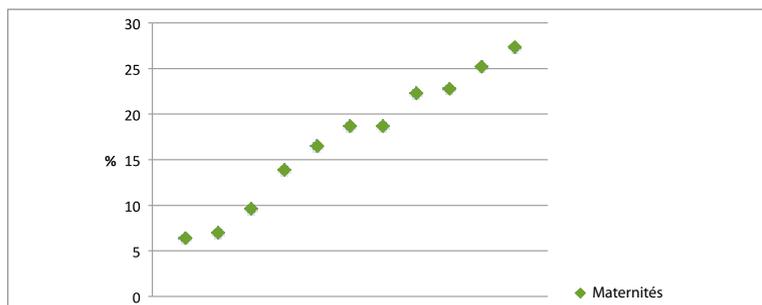


Figure 21 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale par maternité pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines (N=21 057), Région bruxelloise, 2011

Total : 17,9 % ; min : 6,4 % ; max : 27,3 %

La figure 21 montre que le taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines gestationnelles oscille fortement d'une maternité à l'autre (de 6,4 % à 27,3 %).

Pour les singletons vivants en présentation sommet à terme chez les primipares âgées de plus de 18 ans, une diminution du taux d'accouchements sans intervention obstétricale et sans péridurale est observée lorsque l'âge de la mère augmente passant de 14,0 % pour les mères de 18-19 ans à 6,4 % pour les mères de 40-49 ans.

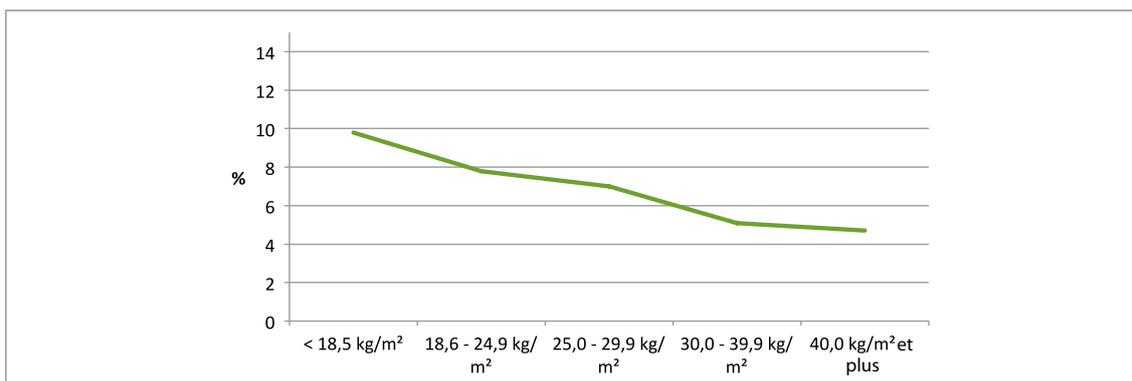


Figure 22: Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC (N=7 814), Région bruxelloise, 2011

Ce constat est identique pour l'IMC de la mère: plus l'IMC augmente, plus le taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale diminue allant de 9,8 % pour les mères avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m² à 4,7 % pour les mères avec un IMC supérieur ou égale à 40 kg/m².

Tableau 38 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines chez la primipare selon la nationalité d'origine (N=9 001), Région bruxelloise, 2011

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 379)	280	8,3
Europe moins Belgique (n=2 014)	158	7,8
Turquie (n=229)	6	2,6
Maghreb et Egypte (n=1 682)	131	7,8
Afrique subsaharienne (n=419)	49	11,7
Autres (n=1 278)	120	9,4

Pour les singletons vivants en présentation sommet à terme chez les primipares, le taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale est plus élevé parmi les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne (11,7 %).

5.5 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

Données comparatives

Accouchements multiples

Flandre 2011 (2)	: 1,8 %
Wallonie 2011 (1)	: 1,6 %
Bruxelles 2010 (5)	: 2,3 %

Tableau 39: Détails des accouchements multiples, Région bruxelloise, 2011

Grossesses gémellaires : 486 accouchements	
	465 accouchements gémellaires de 2 enfants vivants
	13 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	2 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utéro avant 22 semaines
	6 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
Grossesses triples : 8 accouchements	
	8 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants

Euro-Peristat (7) définit le taux de grossesses multiples par le nombre de femmes ayant donné naissance à ≥ 2 enfants sur le nombre total de femmes qui ont accouché. D'après ces recommandations, le taux de grossesses multiples en Région bruxelloise en 2011 est de 2,0 %.

On observe 8 grossesses de triplés (0,03 % des grossesses) ayant mené à des naissances. Parmi ces grossesses, 3/4 ont été conçues par ICSI ou FIV, 1 grossesse triple s'est présentée spontanément et 1 après traitement hormonal.

On compte 4 grossesses gémellaires avec syndrome transfuseur-transfusé (0,8 % des grossesses multiples). Cette donnée est probablement sous-estimée puisque selon la littérature le syndrome transfuseur-transfusé affecte environ 2 % des grossesses gémellaires (10 % des grossesses monochoriales), ou 0,04 % des naissances totales (12). Il est également possible que certaines grossesses gémellaires aient été affectées par la perte d'un fœtus, et que la grossesse ait finalement été déclarée comme une grossesse unique et non une grossesse gémellaire.

Tableau 40 : Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation (N=23 134), Région bruxelloise, 2011

Type de conception	Âge (années)	Nombre	%
Conception spontanée (n=22 029)	< 20 (n=477)	4	0,8
	20-29 (n=9 224)	124	1,3
	30-39 (n=11 330)	185	1,6
	40-49 (n=997)	10	1,0
	50 + (n=1)	0	0,0
Conception assistée (n=1 105)	< 20 (n=0)	0	0,0
	20-29 (n=231)	18	7,8
	30-39 (n=694)	106	15,3
	40-49 (n=176)	29	16,5
	50 + (n=4)	0	0,0

La conception est inconnue ou non demandée pour 1 066 accouchements (4,4 %).

Le taux d'accouchements multiples le plus élevé s'observe parmi les grossesses de conception assistée chez les mères âgées de 40 à 49 ans (**16,5 %**).

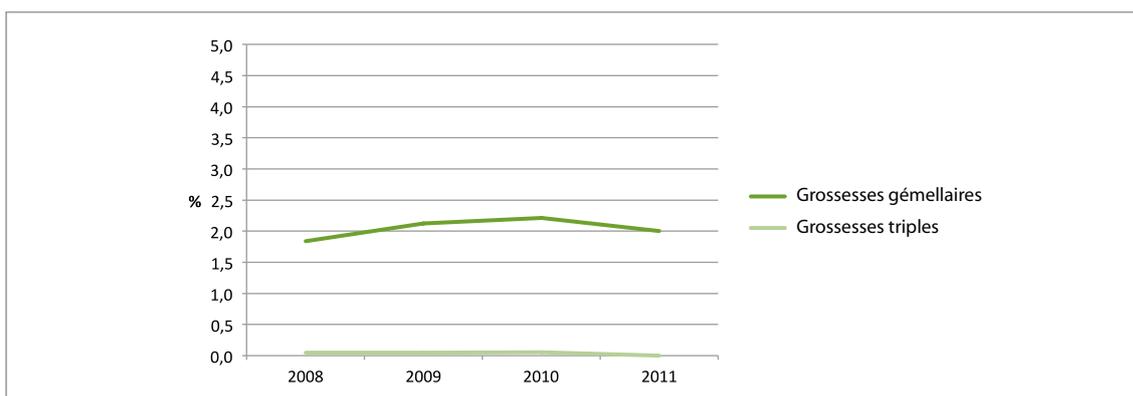


Figure 23 : Evolution des proportions de grossesses multiples (N=95 681), Région bruxelloise, 2008-2011

La figure ci-dessus montre que les proportions de grossesse multiples restent stables sur la période 2008-2011.

5.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

5.6.1 POIDS DE NAISSANCE

5.6.1.1 POIDS MOYEN DE L'ENFANT

Le poids moyen de l'enfant à la naissance est de **3 274 g** (minimum : 110 g – maximum : 5 870 g).
Pour les enfants nés vivants, celui-ci est de **3 291 g** (minimum : 470 g – maximum : 5 870 g).

Le poids n'a pu être obtenu pour 56 naissances (0,2 %).

5.6.1.2 RÉPARTITION DU POIDS DE NAISSANCE

Euro-Peristat (7) 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 est proposé 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, le tableau ci-dessous présente les catégories de poids de naissance pour les enfants singletons et issus de grossesse multiple, nés vivants et mort-nés.

Tableau 41 : Répartition du poids de naissance (N=24 644), Région bruxelloise, 2011								
	Naissances vivantes (n= 24 421)				Mort-nés (n=223)			
	Singletons (n=23 455)		Grossesses multiples (n=966)		Singletons (n=199)		Grossesses multiples (n=24)	
Poids (g)	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
< 500	2	0,0	0	0,0	22	11,1	6	25,0
500-999	72	0,3	34	3,5	76	38,2	10	41,7
1 000-1 499	115	0,5	86	8,9	32	16,1	1	4,2
1 500-1 999	203	0,9	129	13,4	16	8,0	4	16,7
2 000-2 499	840	3,6	288	29,8	12	6,0	3	12,5
2 500-2 999	4 040	17,2	349	36,1	17	8,5	0	0,0
3 000-3 499	9 572	40,8	77	8,0	19	9,5	0	0,0
3 500-3 999	6 726	28,7	3	0,3	3	1,5	0	0,0
4 000-4 499	1 667	7,1	0	0,0	2	1,0	0	0,0
≥ 4 500	218	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Le poids de naissance est inconnu pour 52 enfants nés vivants (0,2 %) et 4 mort-nés (1,8%).

5.6.1.3 PRÉVALENCE DU FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g est de 1 951 pour 24 644 naissances (7,9 %) au total, et de 1 769 pour 24 421 naissances vivantes (7,2%). Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 9,5 %, contre 5,0 % dans les autres maternités.

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 500 g est de 456 pour 24 644 naissances (1,9 %) au total, et de 309 pour 24 421 naissances vivantes (1,3 %).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 000 g est de 222 pour 24 644 naissances (0,9 %) au total, et de 108 pour 24 421 naissances vivantes (0,4 %).

Données comparatives

Poids de naissance < 2 500 g :

Flandre 2011 (2)	: 6,7 %
Wallonie 2011 (1)	: 8,4 %
Bruxelles 2010 (5)	: 7,9 %

Poids de naissance < 1 500 g :

Flandre 2011 (2)	: 1,2 %
Wallonie 2011 (1)	: 1,3 %
Bruxelles 2010 (5)	: 1,9 %

La proportion de petit poids de naissance (moins de 2 500 g) et très petit poids de naissance (moins de 1 500 g) ne varient pas durant la période 2008-2011.

Les recommandations européennes (7) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g et à un âge gestationnel supérieur à 37 semaines. On obtient alors un taux de 2,5 pour 100 naissances vivantes (563/22 453) de 37 semaines et plus, et de 22,2 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (8/36).

5.6.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

5.6.2.1 DURÉE MOYENNE DE LA GROSSESSE

La durée moyenne de la grossesse est de **38 semaines** (minimum : 20 semaines* – maximum : 43 semaines).

La durée moyenne de la grossesse pour les grossesses uniques est de 38 semaines (minimum : 20 semaines* – maximum : 43 semaines) et de 35 semaines (minimum : 22 semaines – maximum : 41 semaines) pour les grossesses multiples.

*Cette naissance concernait un enfant de plus de 500 g.

L'âge gestationnel n'a pu être obtenu pour 35 accouchements (0,1 %).

5.6.2.2 RÉPARTITION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

Tableau 42 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=24 165), Région bruxelloise, 2011

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n= 23 671)		Grossesses multiples (n= 494)	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23	46	0,2	4	0,8
24	28	0,1	2	0,4
25	25	0,1	3	0,6
26-27	64	0,3	8	1,6
28-31	173	0,7	45	9,1
32-36	1 273	5,4	201	40,7
≥ 37	22 062	93,2	231	46,8

L'âge gestationnel est inconnu pour 35 accouchements (0,1 %).

Données comparatives

Wallonie 2011 (1) %		Flandre 2011 (2) %	
Singletons	Grossesses multiples	Singletons	Grossesses multiples
0,1	0,5	0,4	3,3
0,1	0,7		
0,1	0,8		
0,2	1,3	0,6	8,1
0,6	6,5	5,3	44,2
6,1	47,1	93,7	44,4
92,9	43,1		

Moins de **10 %** des grossesses uniques accouchent avant terme. Pour les grossesses multiples, ce résultat atteint **53 %** dont **13 %** n'atteignent pas les 32 semaines de grossesse.

5.6.2.3 PRÉVALENCE DE LA PRÉMATURITÉ

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 1 872 pour un total de 24 164 accouchements (7,8 %), 6,8 % pour les accouchements de singletons et 53,2 % pour les accouchements de jumeaux. Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint 9,1 %, contre 5,2 % dans les autres maternités.

Données comparatives

Accouchement < 37 semaines :

Flandre 2011 (2)	: 7,1 %
Wallonie 2011 (1)	: 7,9 %
Bruxelles 2010 (5)	: 8,0 %

Euro-Peristat (7) 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 en 2011, on obtient alors 8,7 % 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 8,0 % en Région bruxelloise.

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.

Tableau 43: Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel (N=24 665), Région bruxelloise, 2011

Âge gestationnel (semaines)	Enfant né vivant et vivant après 7 jours (n=24 378)		Enfant né vivant et décédé avant 7 jours de vie (n=61)		Enfant mort-né (n=226)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=54)	1	1,9	5	9,3	48	88,9
24 (n=33)	2	6,1	10	30,3	21	63,6
25 (n=32)	11	34,4	8	25,0	13	40,6
26-27 (n=80)	45	56,3	7	8,8	28	35,0
28-31 (n=266)	225	84,6	7	2,6	34	12,8
32-36 (n=1 677)	1 623	96,8	8	0,5	46	2,7
≥ 37 (n=22 523)	22 471	99,8	16	0,1	36	0,2

L'âge gestationnel est inconnu pour 35 accouchements (0,1 %).

Sans surprise, lorsque l'âge gestationnel augmente, la proportion d'enfants nés vivants et vivants toujours 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.

Tableau 44: Répartition du type de début de travail selon l'âge gestationnel, Région bruxelloise, 2011

Âge gestationnel (semaines)	Type de début de travail (N=24 121)					
	Travail spontané (n=14 874)		Induction (n=6 937)		Césarienne électorale (n=2 310)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=49)	19	38,8	30	61,2	0	0,0
24 (n=30)	10	33,3	19	63,3	1	3,3
25 (n=28)	16	57,1	11	39,3	1	3,6
26-27 (n=72)	34	47,2	29	40,3	9	12,5
28-31 (n=218)	122	56,0	50	22,9	46	21,1
32-36 (n=1 472)	943	64,1	331	22,5	198	13,5
≥ 37 (n=22 252)	13 730	61,7	6 467	29,1	2 055	9,2

L'âge gestationnel est inconnu pour 35 accouchements (0,1 %) et le type de début de travail pour 44 accouchements (0,2 %).

5.6.2.4 ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET FACTEURS DE RISQUE

Tableau 45 : Accouchement < 37 semaines et âge maternel pour les singletons vivants chez la primipare (N=10 188), Région bruxelloise, 2011

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=7)	1	14,3
15-19 (n=406)	32	7,9
20-24 (n=2 016)	126	6,3
25-29 (n=3 396)	211	6,2
30-34 (n=2 864)	214	7,5
35-39 (n=1 179)	88	7,5
40-44 (n=302)	28	9,3
45-49 (n=17)	2	11,8
50+ (n=1)	0	0,0

Les proportions d'accouchements prématurés les plus élevées pour les singletons vivants chez la primipare s'observent aux âges extrêmes.

Tableau 46 : Accouchement < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=10 188), Région bruxelloise, 2011

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 885)	298	7,7
Europe moins Belgique (n=2 316)	155	6,7
Turquie (n=263)	25	9,5
Maghreb et Egypte (n=1 824)	82	4,5
Afrique subsaharienne (n=463)	37	8,0
Autres (n=1 437)	93	6,5

Les mères de nationalité d'origine turque présentent la proportion d'accouchements prématurés la plus élevée avec 9,5 %.

Tableau 47 : Accouchement <37semaines et IMC pour les singletons vivants chez la primipare (N=8 850), Région bruxelloise, 2011

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18,5 (n=640)	50	7,8
18,5-24,9 (n=5 956)	344	5,8
25,0-29,9 (n=1 578)	108	6,8
30,0-39,9 (n=627)	41	6,5
40,0 et plus (n=49)	4	8,2

Les mères avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m² et supérieur ou égale à 40 kg/m² présentent les proportions les plus élevées d'accouchements prématurés.

Tableau 48 : Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N= 9 947), Région bruxelloise, 2011

Situation professionnelle	Nombre	%
Active (n=5 686)	397	7,0
Étudiante (n=291)	18	6,2
Sans profession (chômage / invalidité / CPAS / femme au foyer) (n=3 970)	258	6,5

Toujours pour ce même sous-groupe de population, le tableau 48 montre que la proportion d'accouchements prématurés est légèrement plus élevée parmi les mères qui sont actives (7,0 %).

Tableau 49 : Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=9 106), Région bruxelloise, 2011

Niveau d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction (n=101)	7	6,9
Primaire (n=690)	45	6,5
Secondaire inférieur (n=1 211)	73	6,0
Secondaire supérieur (n=3 301)	224	6,8
Supérieur non-universitaire (n=1 509)	105	7,0
Supérieur universitaire (n=2 280)	125	5,5
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger) (n=14)	2	14,3

Aucun niveau d'instruction ne se démarque fortement. Les mères ayant un niveau d'instruction « supérieur universitaire » présentent la proportion d'accouchements prématurés la plus faible (5,5 %).

5.6.3 STREPTOCOQUE DU GROUPE B

Les taux sont calculés pour les accouchements d'enfants nés vivants, à partir de 35 semaines uniquement, hors césarienne programmée.

Tableau 50: Statut du GBS par accouchement (N=21 027), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Statut du GBS	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
oui	4 277	20,3	20,7
non	15 371	73,1	72,1
non testé/non connu	1 379	6,6	7,2
Pour les accouchements à partir de 35 semaines, le statut du GBS de la mère est inconnu pour 87 accouchements (0,4 %).			

Le taux de traitement par antibiothérapie en cas de dépistage positif du streptocoque B est de **92,5 %** pour les naissances vivantes à partir de 35 semaines. 92 données sont manquantes (0,4 %).

5.6.4 APGAR

5.6.4.1 SCORE D'APGAR À 1 MINUTE

Score d'apgar inférieur à 7 à 1 minute : **6,9 %** de toutes les naissances vivantes.

Score d'apgar inférieur à 4 à 1 minute : **2,0 %** de toutes les naissances vivantes.

Le score d'apgar à 1 minute manque pour 82 naissances (0,3 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 à 1 minute est de 12,2 % après l'utilisation d'un STAN, et de 6,2 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.4.2 SCORE D'APGAR À 5 MINUTES

Score d'apgar inférieur à 7 à 5 minutes : **1,6 %** de toutes les naissances vivantes.

Score d'apgar inférieur à 4 à 5 minutes : **0,3 %** de toutes les naissances vivantes.

Le score d'apgar à 5 minutes manque pour 83 naissances (0,3 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 à 5 minutes est de 2,6 % après l'utilisation d'un STAN, et de 1,4 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.5 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

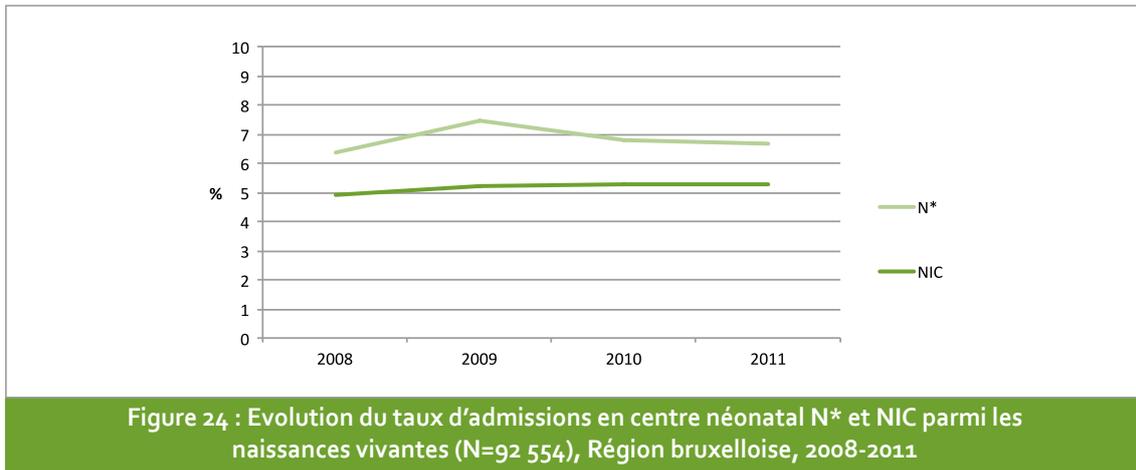
Tableau 51: Ventilation du nouveau-né vivant (N=24 412), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Ventilation	1 532	6,3	6,7
<i>Dont : Intubation</i>	201	13,1	12,8
<i>Ballon et masque</i>	1 330	86,8	85,2
La ventilation du nouveau-né vivant est inconnue pour 61 naissances vivantes (0,2 %) et le type de ventilation pour 1 naissance vivante (0,1 %).			

6,3 % des naissances vivantes sont ventilées dont 86,8 % au ballon et masque.

5.6.6 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

Tableau 52: Admission du nouveau-né vivant dans un centre néonatal (N=24 399), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Transfert	2 913	11,9	12,1
<i>Dont : N*</i>	1 621	55,6	55,8
<i>NIC</i>	1 284	44,1	43,3
L'admission du nouveau-né vivant dans un centre néonatal est inconnue pour 74 naissances vivantes (0,3 %) et le type de centre pour 8 naissances vivantes (0,3 %).			

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 11,9 % des naissances avec plus de la moitié de transfert en service N*.



Le taux d'admissions en service N* augmente de 2008 à 2009 avec une légère diminution de 2009 à 2011. Pour ce qui est des admissions en service NIC, le taux est resté relativement stable.

5.6.7 SEXE DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Tableau 53: Sexe de l'enfant (N=24 700), Région bruxelloise, 2011			Données comparatives
Sexe	Nombre	%	Bruxelles 2010 (5) %
Masculin	12 640	51,2	51,2
Féminin	12 058	48,8	48,8
Indéterminé*	2	0,0	0,0
* 2 mort-nés			

Le tableau montre une légère différence entre les proportions de filles (48,8 %) et de garçons (51,2%) ce qui s'observe également pour les trois années précédentes.

5.6.8 MALFORMATIONS

329 malformations ont été enregistrées en 2011. Il s'agit bien des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance de l'enfant. Le tableau ci-dessous reprend uniquement les 207 malformations précisées sur le volet CEpiP. En effet, le volet CEpiP ne reprend qu'un nombre limité de malformations, mais les soignants ajoutent régulièrement d'autres malformations à la main.

Du fait que nous n'enregistrons systématiquement qu'un nombre limité de malformations et du fait qu'il s'agisse des malformations déclarées à la naissance de l'enfant, nous ne calculerons pas de taux de malformations globales.

Tableau 54 : Types de malformations (N=207), Région bruxelloise, 2011		
Nombre	Malformations	
30	Fente labiale/palatine	dont 1 avec hypospade
15	Trisomie 21	
15	Communication interventriculaire	
15	Transposition des gros vaisseaux	dont 1 avec communication interventriculaire
14	Tétralogie de Fallot	
13	Hypospade	
12	Spina bifida	dont 2 avec hydrocéphalie
10	Hernie diaphragmatique	
10	Hydrocéphalie	
10	Anomalie obstructive bassin/uretère	
8	Anomalie réductionnelle des membres	dont 1 avec fente labiale/palatine
7	Dysplasie rénale polykystique	
6	Dysplasie squelettique/nanisme	
5	Imperforation anale	
5	Trisomie 18	
5	Gastroschisis	
4	Atrésie de l'intestin grêle	
4	Agénésie rénale	
4	Trisomie 13	
4	Malformation adénomatoïde du poumon	
4	Atrésie de l'œsophage	dont 1 avec atrésie de l'anus
3	Hydrops foetal	
1	Atrésie de l'anus	
1	Craniosténose	
1	Omphalocèle	
1	Syndrome de Turner	avec hydrops foetal

5.7 LIEU D'ACCOUCHEMENT

5.7.1 ACCOUCHEMENTS EN MATERNITÉ

Tableau 55: Nombre de maternités par nombre d'accouchements (N=24 079), Région bruxelloise, 2011

Nombre d'accouchements	Nombre de maternités
< 1 000	0
1 000 - 1 499	3
1 500 - 1 999	2
2 000 - 2 499	2
2 500 +	4

5.7.2 ACCOUCHEMENTS HORS MATERNITÉ

121 naissances extrahospitalières ont été comptabilisées, c'est-à-dire 4,9 pour 1 000 naissances.

Ces accouchements sont répartis comme suit :

- 64 à domicile programmés en présence d'un professionnel (2,6 ‰ des naissances)
- 57 hors maternité non prévus (dont 2 mort-nés), parmi lesquels 12 enfants nés sans professionnel présent au moment de l'accouchement

Données comparatives

Wallonie 2011 (1) : 6,4 ‰
Bruxelles 2010 (5) : 5,0 ‰

Il est à noter que, dans la majorité des cas, lorsqu'une parturiente débute son travail à domicile mais que pour une raison ou une autre, elle doit être transférée vers un service de maternité, l'accouchement est comptabilisé dans les accouchements de la maternité en question. Nous n'avons plus de trace du début de travail à domicile. À cette fin, de nouvelles variables concernant les transferts ont été mises en place depuis janvier 2012, à destination des sages-femmes effectuant des accouchements extrahospitaliers.

Dans les accouchements à domicile prévus, le taux d'épisiotomies est de 1,6 %.

Le taux d'accouchements hors maternité est resté stable de 2008 à 2011 (environ 5 ‰).

Tableau 56: Accouchement à domicile et âge maternel (N=121), Région bruxelloise, 2011

Âge (années)	Accouchement non programmé (n=57)	Accouchement programmé (n=64)
	Nombre	Nombre
<20 (n=3)	2	1
20-29 (n=50)	21	29
30-39 (n=61)	30	31
40-49 (n=7)	4	3

Tableau 57 : Accouchement à domicile et situation professionnelle de la mère (N=115), Région bruxelloise, 2011

Situation professionnelle	Accouchement non programmé (n=54)	Accouchement programmé (n=61)
	Nombre	Nombre
Active (n=50)	14	36
Étudiante (n=7)	3	4
Chômage (n=7)	4	3
Sans profession (n=51)	33	18

La situation professionnelle de la mère est inconnue pour 6 accouchements (5 %).

Tableau 58 : Accouchement à domicile et parité (N=105), Région bruxelloise, 2011

Parité	Accouchement non programmé (n=44)	Accouchement programmé (n=61)
	Nombre	Nombre
Primipare (n=32)	12	20
2-3 (n=55)	20	35
4+ (n=18)	12	6

La parité est inconnue pour 16 accouchements (13,2 %).

5.8 MORTINATALITÉ

5.8.1 CHIFFRES

Euro-Peristat (7) définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. On compte 227 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (9,2‰ naissances), dont 25 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mort-nés est de 8,5 et 25,2 pour 1 000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.

Le taux de mort-nés pour les mort-nés dont le poids de naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 7,9 ‰. Ce taux est de 4,7 ‰ en Flandre et 4,9 ‰ en Wallonie.

La recommandation de l'OMS est de comparer les naissances d'au moins 28 semaines, le taux de mort-nés est alors de 4,8 ‰ (4,2 ‰ pour les singletons et 17,7 ‰ pour les grossesses multiples de ≥ 28 semaines).

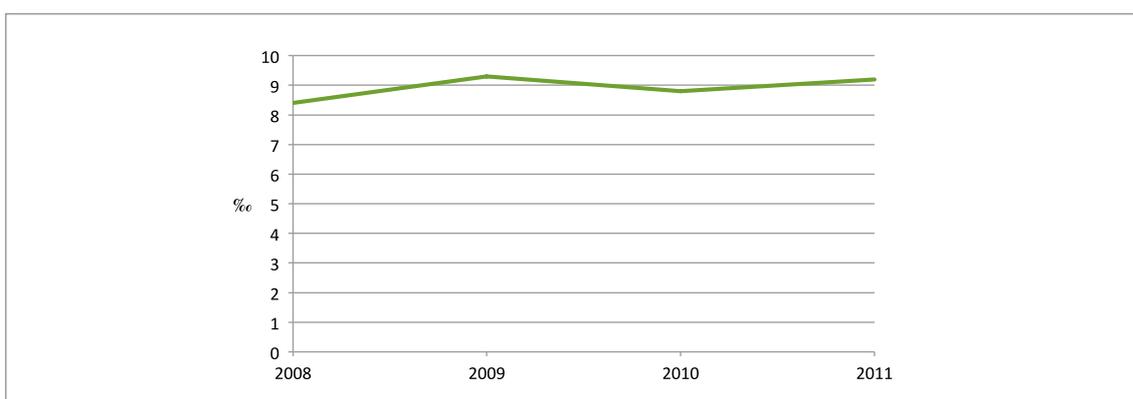


Figure 25 : Evolution du taux de mortinatalité (N=97 748), Région bruxelloise, 2008-2011

Le taux de mortinatalité a légèrement augmenté de 2008 à 2009 et est resté stable de 2009 à 2011.

L'augmentation concerne essentiellement les enfants mort-nés extrêmement prématurés (22-23 semaines d'âge gestationnel). Cette croissance semble être liée en très grande partie à la sensibilisation du CEpiP auprès des maternités à appliquer l'Arrêté Royal du 17 juin 1999⁴ ce qui a augmenté le nombre de bulletins de naissance d'enfant mort-né remplis dans les maternités.

Par ailleurs, la concentration plus élevée de maternités spécialisées en Région bruxelloise pourrait également expliquer le nombre de mort-nés plus élevé à Bruxelles qu'en Wallonie.

⁴ L'Arrêté royal du 17 juin 1999 prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle de tous les décès définit la mortinaissance comme « toute mort fœtale dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 500 grammes ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 centimètres du vortex au talon) ». Une circulaire du Ministère de la justice du 10 juin 1999 relative à l'acte de déclaration d'un enfant sans vie précise que l'acte de déclaration d'un enfant sans vie n'est dressé que si la naissance a eu lieu plus de six mois après la conception (il s'agit ici de ce que l'on appelle communément la « règle des 180 jours »). D'autres règlements fixent également une limite de 180 jours de grossesse (soit 26 semaines) : par exemple, dans la nomenclature de l'INAMI, un accouchement est une intervention effectuée à partir du 180^{ième} jour de gestation. Une circulaire du Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement du 27 mars 2000 précise que l'allocation de naissance peut être accordée pour un enfant mort-né pour autant que la durée de grossesse soit au minimum de 180 jours. Voir aussi dans l'introduction la définition utilisée dans cette note.

5.8.2 TAUX DE MORT-NÉS SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Tableau 59: Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel (N=24 665), Région bruxelloise, 2011				
Âge gestationnel (semaines)	Mort-nés singletons		Mort-nés jumeaux*	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=54)	42	77,8	6	11,1
24 (n=33)	21	63,6	0	0,0
25 (n=32)	11	34,4	2	6,3
26-27 (n=80)	28	35,0	0	0,0
28-31 (n=266)	32	12,0	2	0,8
32-36 (n=1 677)	36	2,1	10	0,6
≥ 37 (n=22 523)	31	0,1	5	0,0

L'âge gestationnel est inconnu pour 35 naissances (0,1 %) dont 1 mort-né singleton (2,9 %) et 34 enfants nés vivants (97,1 %).

*Les enfants des 8 grossesses triples sont tous nés vivants.

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 77,8 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 23 semaines.

Tableau 60: Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel pour les enfants avec poids de naissance supérieur ou égal à 500g (N=24 594), Région bruxelloise, 2011		
Âge gestationnel (semaines)	Mort-nés	
	Nombre	%
≤ 23 (n=35)	29	82,9
24 (n=32)	20	62,5
25 (n=28)	9	32,1
26-27 (n=78)	27	34,6
28-31 (n=264)	33	12,5
32-36 (n=1 672)	44	2,6
≥ 37 (n=22 485)	32	0,1

Données comparatives		
Bruxelles 2010 (5) %	Wallonie 2011 (1) %	Flandre 2011 (2) %
%	%	%
91,7	83,9	34,7
59,1	43,8	
37,9	27,3	
27,2	25,0	
10,2	14,9	11,3
2,1	1,4	1,8
0,2	0,1	0,1

5.8.3 CAUSES DE MORTALITÉ FŒTALE

Tableau 61 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=227), Région bruxelloise, 2011		
	Nombre	%
Malformations : TOTAL	86	37,9
Chromosomique	29 ¹	12,8
Système nerveux	27 ²	11,9
Système musculo-squelettique et Anomalie tissu conjonctif	7	3,1
Cœur	6 ³	2,6
Anomalie des membres	4	1,8
Anomalie faciale/Fente labio-palatine	3	1,3
Association syndromique/Syndrome génétique	2	0,9
Appareil digestif	1	0,4
Malformations multiples sans précision	6	2,6
Malformation sans précision	1	0,4
Mort fœtale in utero (MFIU) sans cause apparente : TOTAL	36	15,9
Diagnostic après autopsie :		
Autopsie non contributive ou non réalisée	24	10,6
Compression du cordon	8	3,5
Origine placentaire sans précision	4	1,8
Pathologie maternelle aiguë (hypertension, diabète, etc.)	18	7,9
Mort fœtale in utero, cause non transmise	15	6,6
Décès de cause indéterminée dans le cadre d'une prématurité extrême	12	5,3
Infection maternelle à CMV	10	4,4
Chorioamniotite	8	3,5
Décollement placentaire	7	3,1
Mort fœtale in utero avec cause probable précisée – retard de croissance	6	2,6
Anasarque foeto-placentaire	3	1,3
Grossesses multiples : TOTAL	20	8,8
MFIU cause non transmise ou autopsie non contributive	6	2,6
Syndrome transfuseur-transfusé	5	2,2
Chorioamniotite	4	1,8
Décollement placentaire	2	0,9
Prématurité extrême	2	0,9
Retard de croissance intra-utérin	1	0,4
Autres : TOTAL	6	2,6
Hémorragie cérébrale du fœtus	2	0,9
Tumeur	1	0,4
Hémorragie foeto-maternelle	1	0,4
Mucoviscidose	1	0,4
Asphyxie / Souffrance fœtale aiguë	1	0,4

^{1,2,3} dans les trois cas : dont 1 enfant issu de grossesse multiple

6. Conclusion

Pour rappel, l'objectif du CEpiP est de récolter les données en matière de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale par la constitution d'un registre permanent et exhaustif de données périnatales (naissances et décès périnataux). Suite au traitement et à l'analyse de ces données, nous proposons une analyse descriptive des variables médicales et sociodémographiques disponibles grâce aux bulletins statistiques des naissances et des décès survenus en Région bruxelloise (données de fait).

Cette quatrième année de publication a permis au CEpiP d'analyser les évolutions de quelques indicateurs de santé périnatale en Région bruxelloise. Ces évolutions, réalisées sur trois ou quatre années, couvre une période encore trop courte pour valider de réelles évolutions de prévalence mais montre déjà des tendances intéressantes pour certaines variables.

En ce qui concerne le nombre de naissances survenues en Région bruxelloise, il est à noter que pour la première fois depuis presque dix ans le nombre de naissances a diminué (25 095 naissances en 2010 et 24 700 en 2011).

QUALITÉ DES DONNÉES

Suite à l'analyse des données 2011, il a été constaté que certaines variables du volet sociodémographique étaient moins bien complétées que les années précédentes. Les variables qui posent problème sont le niveau d'instruction et la situation professionnelle des parents.

Pour le niveau d'instruction de la mère, le taux de manquants s'élève à 11,3 %, avec une hausse constante des données manquantes observée de 2009 à 2011 (7,0 % à 11,3 %). Les taux sont assez variables d'une commune à l'autre (0,1 % à 57,5 %). Cette variabilité dans les taux de manquants pourrait s'expliquer d'une part par la sensibilité du personnel des administrations communales à remplir les déclarations de naissance et d'autre part par le fait que l'enregistrement et la définition du niveau d'études des parents de nationalité non belge à l'origine, et qui ont passé leur enfance, au moins en partie, à l'étranger, peut être complexe pour le personnel des administrations communales. Cette donnée est encore nettement moins bien recueillie en cas de naissance d'un enfant mort-né, où 81,4 % des données manquent cette année. Ce taux de réponses manquantes pour les décès pourrait s'expliquer soit par la difficulté d'obtenir des données sensibles lorsqu'un décès est survenu, soit par le fait que les décès fœtaux en dessous de 26 semaines ne donnent pas lieu à un numéro d'acte de décès, tous les parents ne se présentent pas à l'état civil et l'officier est supposé remplir les données sociodémographiques lui-même. Les données concernant le niveau d'études n'étant pas souvent enregistrées par le registre national, il est alors impossible de remplir cette donnée en l'absence des parents.

Cette situation contraste avec l'excellente performance des administrations communales en ce qui concerne la nationalité d'origine et actuelle, le lieu de résidence ainsi que l'état civil et l'état d'union des parents où les taux de manquant se situent sous la barre des 0,5 %. Cette différence dans les variables est liée au fait que les communes ont la possibilité de récupérer ce type de données qui n'étaient pas complétées sur le volet initial (les informations étant présentes dans le registre national).

Pour les données médicales, certaines variables restaient encore insuffisamment recueillies. Malgré cela, une amélioration de la qualité des données concernant l'indice de masse corporelle et la conception de la grossesse a pu être observée depuis 2009, le taux de manquant passant de 17,9 % à 14,2 % pour l'IMC et de 10,2 % à 4,4 % pour la conception de la grossesse. Celle-ci est probablement le résultat des contacts et des feedbacks aux maternités, mais également de leur adaptation progressive aux variables du volet CEpiP, certaines maternités ayant adapté les variables des « dossiers patientes » au volet CEpiP.

Concernant l'analyse des données, la problématique liée à la collecte de certaines données médicales et sociodémographiques reste essentielle à la réalisation d'études valides et fiables. L'effort de sensibilisation auprès du personnel des maternités, par le CEpiP, et auprès du personnel de l'état civil des Communes, par l'Observatoire, doit se poursuivre afin de pouvoir disposer d'informations les plus fiables et complètes possibles concernant les naissances à Bruxelles.

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Pour les données sociodémographiques de la mère, l'âge moyen (30,9 ans) est stable depuis 2008. La proportion de mères âgées de 35 ans et plus reste élevée (23,5 %) comparée à la Wallonie (16,2 %) (1). À l'inverse, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans est plus faible en Région bruxelloise (2,1 %) (1). Une étude sur les âges extrêmes des futures mères est en cours d'analyse. Pour la nationalité d'origine, 2/3 des mères sont non belges à l'accouchement.

Lors de l'analyse des données biomédicales, trois constats importants doivent être soulignés : une diminution de l'hypertension artérielle des mères, une évolution importante du taux de diabète ainsi qu'une stabilisation de la proportion de mères en surpoids et obèses, lorsqu'on compare les données du rapport actuel avec celles des années antérieures.

Les données sur le diabète et l'hypertension artérielle se trouvaient déjà sur le volet C avant l'introduction du volet CEpiP. Cependant, la question du Volet C initial concernant ces facteurs de risque était à choix multiple, alors que dans le Volet CEpiP il s'agit d'une question "oui/non". Entre 2008 et 2009, l'augmentation des taux de diabète et de l'hypertension pouvait s'expliquer par le changement de formulaire de déclaration de naissance. Cependant entre 2009 et 2011, l'évolution des taux ne peut plus être la conséquence du changement de formulaire.

L'augmentation du taux de diabète est probablement multifactorielle et peut être liée à une meilleure systématique des tests de dépistage au cours de la grossesse ainsi qu'à une augmentation réelle de la prévalence, reflétant déjà en partie une nouvelle politique de dépistage du diabète dans le cadre de la grossesse (diminution du seuil glycémique pour le dépistage du diabète gestationnel), qui se généralisera dans les années à venir. 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 de 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 (13). C'est pourquoi, 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.

Enfin, la stabilisation de la proportion de mères en surpoids (32,7 %) et obèses (10,7 %) de 2009 à 2011 est encourageante, ces proportions se situant parmi les plus faibles d'Europe. Cependant, la comparaison aux résultats de l'enquête nationale de santé publiée par l'Institut de santé publique en 2008 (14) (27,9 % de femmes avec un IMC \geq 25 et de 11,9 % avec un IMC \geq 30 kg/m²), démontre une proportion de femmes en surpoids plus importante parmi les futures mères que dans la population générale. Il faut donc rester vigilant car une étude récente 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 (15). En outre, le surpoids est un facteur de risque du diabète gestationnel bien illustré dans le présent rapport.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

Le taux de césariennes reste stable de 2008 à 2011 (20,0 %) pour l'ensemble des accouchements avec une augmentation pour les grossesses multiples (52,0 % à 59,0 %). Ce taux est plus élevé parmi les mères âgées et en surpoids/obésité. Il est également plus élevé parmi les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne avec 27,7%. D'ailleurs, une étude récente, réalisée par le CEpiP, montre que, les mères originaires d'Afrique subsaharienne primipares et multipares, sans antécédent de césarienne, qui accouchent d'un enfant en sommet à terme présentent le taux de césariennes le plus élevé, même après ajustement pour les caractéristiques maternelles, socio-économiques, médicales et celles liées à la maternité (16).

Le taux d'inductions a augmenté de 2008 à 2011 (26,0 % à 28,7 %) et se situe parmi les plus élevés d'Europe. Au niveau des maternités bruxelloises, deux tiers ont augmenté leur taux. La sensibilisation des professionnels de la santé et de la population aux taux élevés d'inductions et de césariennes ainsi que leurs complications semblent être importante. Contrairement à la césarienne et l'induction, le taux d'épisiotomies a lui diminué sur ces quatre années passant de 38,0 % à 34,4 %, ce qui est encourageant.

Le taux d'accouchements sans intervention obstétricale (à partir de 37 semaines, sans instrumentation, sans induction et sans épisiotomie) est plus élevé parmi les mères qui ne présentent pas de surpoids ni d'obésité. Cette analyse renforce l'idée qu'il faut rester vigilant quant à l'évolution du poids des mères avant leur grossesse.

MORTINATALITÉ

En Région bruxelloise, le taux de mortinatalité est de 9,2 ‰. 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 reprend tous les mort-nés qui ont atteint un âge gestationnel de 22 semaines ou un poids de naissance de 500 g, ce qui est le reflet d'une collecte soigneuse des données. En effet, si l'on ne considère que les mort-nés à partir de 28 semaines d'âge gestationnel, comme le recommande l'OMS afin de pouvoir comparer les pays et les régions, on obtient un taux de 4,8 ‰. De même, si l'on ne tient compte que des enfants dont le poids de naissance est supérieur ou égal à 500 g conformément à l'AR du juin 1999, le taux de mortinatalité est de 7,9 ‰.

Ces calculs de taux de mortinatalité en fonction de différents critères montrent 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 foëto-infantile de 2000 à 2010 (6).

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

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

7. Références

- (1) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.
- (2) Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Defoort P. Périnatale activiteiten in Vlaanderen 2011. Studie centrum voor perinatale Epidemiologie 2011.
- (3) Minsart AF, Wilen G, De Spiegelaere 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 Spiegelaere M, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (5) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- (6) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Evolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013
- (7) 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.
- (8) Rapport 2010 de la Banque de Données Médico-Sociales, Office de la Naissance et de l'Enfance, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.
- (9) IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.
- (10) Wunder D, Neurohr EM, Faouzi M, Birkhäuser. Origin of multiple pregnancies in Berne, Switzerland, between 1995 and 2006: is IVF-ICSI really the most important origin? ESHRE 2011, Stockholm.
- (11) Schmitz T, Azria E, Cabrol D, Goffinet F. L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable ? Analyse des données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2010 ; 38, 367-376.
- (12) Lewi L, Jani J, Boes AS, Donne E, Van Mieghem T, Gucciardo L, Diemert A, Hecher K, Lewi P, Deprest J. The natural history of monochorionic twins and the role of prenatal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 ; 30 : 401.
- (13) HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008; 358: 1991-2002.
- (14) Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport I - État de santé. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2011 ; Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, ISSN : 2032-9180 – Numéro de dépôt. D/2011/2505/07 – IPH/EPI REPORTS N° 2011/005
- (15) Minsart et al.: Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2013 13:36.
- (16) Minsart A-F, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92 :204-209.

8. Annexes

Annexe 1. Bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant

Modèle I 0102040311 2491934 01

VOLET C

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT
(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin ou l'accoucheuse)

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 1. Naissances précédentes </div> <ul style="list-style-type: none"> • nombre total d'enfants nés vivants □□ • nombre total d'enfants mort-nés □□ • nombre total d'enfants encore en vie □□ • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) □□ / □□ / □□□□ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 2. Durée probable de la grossesse en semaines □□ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3) </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> diabète</td> <td><input type="checkbox"/> maladie rénale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> hypertension chronique</td> <td><input type="checkbox"/> hémorragie du 3e trimestre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> hypertension gravidique</td> <td><input type="checkbox"/> naissance antérieure d'un enfant pesant < 2500 grammes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> éclampsie</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autres, précisez</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> pas de risques médicaux connus</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 4. Transfert in utero </div> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 5. Présentation de l'enfant avant la naissance </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> sommet flechi</td> <td><input type="checkbox"/> siège</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autres présentations céphaliques</td> <td><input type="checkbox"/> oblique/transverse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autres, précisez</td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 6. Accouchement </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 6.1 Induction avant le début du travail </div> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 6.2 Accouchement avec assistance </div> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5</i> <i>Si non, passez immédiatement au point 7</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 6.3 Type d'assistance (maximum 3) </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> forceps</td> <td><input type="checkbox"/> extraction par le siège (Bracht excl.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ventouse</td> <td><input type="checkbox"/> version avec extraction</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> césarienne</td> <td><input type="checkbox"/> version externe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autres, précisez</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> maladie rénale	<input type="checkbox"/> hypertension chronique	<input type="checkbox"/> hémorragie du 3e trimestre	<input type="checkbox"/> hypertension gravidique	<input type="checkbox"/> naissance antérieure d'un enfant pesant < 2500 grammes	<input type="checkbox"/> éclampsie		<input type="checkbox"/> autres, précisez		<input type="checkbox"/> pas de risques médicaux connus		<input type="checkbox"/> sommet flechi	<input type="checkbox"/> siège	<input type="checkbox"/> autres présentations céphaliques	<input type="checkbox"/> oblique/transverse	<input type="checkbox"/> autres, précisez		<input type="checkbox"/> forceps	<input type="checkbox"/> extraction par le siège (Bracht excl.)	<input type="checkbox"/> ventouse	<input type="checkbox"/> version avec extraction	<input type="checkbox"/> césarienne	<input type="checkbox"/> version externe	<input type="checkbox"/> autres, précisez		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> césarienne antérieure</td> <td><input type="checkbox"/> pathologies placentaires</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dystocie</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autres, précisez</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> pas d'indication maternelle</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> souffrance foetale</td> <td><input type="checkbox"/> anomalie de la présentation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autres, précisez</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> pas d'indication foetale</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 7. État de l'enfant à la naissance </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 7.1 Traumatisme obstétrical </div> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 7.2 Détresse respiratoire </div> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 7.3 État infectieux </div> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 7.4 Anomalies congénitales </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> anencéphalie</td> <td><input type="checkbox"/> imperforation anale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> spina bifida</td> <td><input type="checkbox"/> réduction des membres</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> hydrocéphalie</td> <td><input type="checkbox"/> hernie diaphragmatique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> fente labiale/palatine</td> <td><input type="checkbox"/> omphalocèle/gastroschisis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autres, précisez</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> pas d'anomalie congénitale</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes) □□□□ </div>	<input type="checkbox"/> césarienne antérieure	<input type="checkbox"/> pathologies placentaires	<input type="checkbox"/> dystocie		<input type="checkbox"/> autres, précisez		<input type="checkbox"/> pas d'indication maternelle		<input type="checkbox"/> souffrance foetale	<input type="checkbox"/> anomalie de la présentation	<input type="checkbox"/> autres, précisez		<input type="checkbox"/> pas d'indication foetale		<input type="checkbox"/> anencéphalie	<input type="checkbox"/> imperforation anale	<input type="checkbox"/> spina bifida	<input type="checkbox"/> réduction des membres	<input type="checkbox"/> hydrocéphalie	<input type="checkbox"/> hernie diaphragmatique	<input type="checkbox"/> fente labiale/palatine	<input type="checkbox"/> omphalocèle/gastroschisis	<input type="checkbox"/> autres, précisez		<input type="checkbox"/> pas d'anomalie congénitale	
<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> maladie rénale																																																				
<input type="checkbox"/> hypertension chronique	<input type="checkbox"/> hémorragie du 3e trimestre																																																				
<input type="checkbox"/> hypertension gravidique	<input type="checkbox"/> naissance antérieure d'un enfant pesant < 2500 grammes																																																				
<input type="checkbox"/> éclampsie																																																					
<input type="checkbox"/> autres, précisez																																																					
<input type="checkbox"/> pas de risques médicaux connus																																																					
<input type="checkbox"/> sommet flechi	<input type="checkbox"/> siège																																																				
<input type="checkbox"/> autres présentations céphaliques	<input type="checkbox"/> oblique/transverse																																																				
<input type="checkbox"/> autres, précisez																																																					
<input type="checkbox"/> forceps	<input type="checkbox"/> extraction par le siège (Bracht excl.)																																																				
<input type="checkbox"/> ventouse	<input type="checkbox"/> version avec extraction																																																				
<input type="checkbox"/> césarienne	<input type="checkbox"/> version externe																																																				
<input type="checkbox"/> autres, précisez																																																					
<input type="checkbox"/> césarienne antérieure	<input type="checkbox"/> pathologies placentaires																																																				
<input type="checkbox"/> dystocie																																																					
<input type="checkbox"/> autres, précisez																																																					
<input type="checkbox"/> pas d'indication maternelle																																																					
<input type="checkbox"/> souffrance foetale	<input type="checkbox"/> anomalie de la présentation																																																				
<input type="checkbox"/> autres, précisez																																																					
<input type="checkbox"/> pas d'indication foetale																																																					
<input type="checkbox"/> anencéphalie	<input type="checkbox"/> imperforation anale																																																				
<input type="checkbox"/> spina bifida	<input type="checkbox"/> réduction des membres																																																				
<input type="checkbox"/> hydrocéphalie	<input type="checkbox"/> hernie diaphragmatique																																																				
<input type="checkbox"/> fente labiale/palatine	<input type="checkbox"/> omphalocèle/gastroschisis																																																				
<input type="checkbox"/> autres, précisez																																																					
<input type="checkbox"/> pas d'anomalie congénitale																																																					

(suite au verso)

VOLET C
(suite)

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT (suite)

9. Indice d'Apgar k:

• 1 minute • 10 minutes
 • 5 minutes

10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)

- ventilation sans intubation
- sans objet
- intubation
- pas d'intervention
- transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)
- transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)
- autres, précisez:

No. dossier médical de la Mère

Identification du médecin ou de l'accoucheuse

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA) / /

nom, prénom
signature
cachet

(Volet à remplir par le médecin ou l'accoucheuse et à conserver par l'administration communale)

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) de la naissance / / h m

Adresse de la naissance : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des naissances
(à remplir par l'administration communale)

Sexe de l'enfant

• masculin • féminin • indéterminé (1)

Signature et cachet du médecin ou de l'accoucheuse

(1) La loi du 30 mars 1984 a prolongé le délai de déclaration de naissance de 3 à 15 jours. En cas d'impossibilité de se prononcer immédiatement sur le sexe de l'enfant, il est recommandé de profiter de ce délai pour procéder à des analyses médicales. Le médecin déclarant pourra ainsi préciser le sexe de l'enfant avant l'expiration du délai et éviter les problèmes causés par une déclaration de sexe indéterminé.

(Volet à remplir par le médecin ou l'accoucheuse et à vérifier par l'administration communale et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure de la naissance		4. Enfant issu d'une grossesse multiple	
• date (JJMMAAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non
• heure (HHMM)	<input type="text"/> h <input type="text"/> m	En cas d'accouchement multiple :	
2. Lieu de naissance		• nombre total de naissances, mort-nés compris	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> • institution hospitalière	<input type="checkbox"/> • maison privée	• no. d'ordre de l'enfant déclaré	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré)	
3. Sexe de l'enfant		⇒ nombre d'enfants nés vivants	
<input type="checkbox"/> • masculin		<input type="checkbox"/> • masculin	<input type="checkbox"/> • féminin
<input type="checkbox"/> • féminin		⇒ nombre d'enfants mort-nés	
<input type="checkbox"/> • indéterminé		<input type="checkbox"/> • masculin	<input type="checkbox"/> • féminin
		<input type="checkbox"/> • indéterminé	

VOLET D

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

(Volet à remplir par l'administration communale avec l'aide du déclarant)

1. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. => _____

2. Numéro de l'acte au registre des naissances

3. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père ___/___/____

• de la mère ___/___/____

4. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire inférieur		
⇒ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• secondaire supérieur		
⇒ professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• supérieur de type long ou universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• chômeur(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pensionné(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. État social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aidant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sans profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autres, précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Profession actuelle (pour les pensionnés, chômeurs, etc... dernière profession exercée)

• père _____

Code I.N.S. => _____

• mère _____

Code I.N.S. => _____

8. Nationalité

• du père

 ⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. => _____

• de la mère

 ⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. => _____

9. Résidence habituelle de la mère (commune ou pays)

Code I.N.S. => _____

10. État civil de la mère

• célibataire • divorcée

• mariée • légalement séparée de corps

• veuve • ne sait pas

11. État d'union de la mère

• vit seule • en union

12. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

___/___/____

13. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s) ___ • né(s) vivant(s) ___

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

Ne peut être ouvert ni par le déclarant, ni par le personnel communal

Annexe 2. Bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né

Modèle III D 0102040711 2162313 95

VOLET C **DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

<p>1. Naissances précédentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • nombre total d'enfants nés vivants <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> • nombre total d'enfants mort-nés <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> • nombre total d'enfants encore en vie <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> • date du dernier accouchement (JJMMAAAA) <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <p>2. Durée probable de la grossesse en semaines <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> • diabète <input type="checkbox"/> • maladie rénale <input type="checkbox"/> • hypertension chronique <input type="checkbox"/> • hémorragie du 3e trimestre <input type="checkbox"/> • hypertension gravidique <input type="checkbox"/> • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes <input type="checkbox"/> • éclampsie <input type="checkbox"/> • autres, précisez <input type="checkbox"/> • pas de risques médicaux connus <p>4. Transfert in utero</p> <p><input type="checkbox"/> • oui <input type="checkbox"/> • non <input type="checkbox"/> • ne sait pas</p> <p>5. Présentation de l'enfant avant la naissance</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> • sommet fœtal <input type="checkbox"/> • siège <input type="checkbox"/> • autres présentations céphaliques <input type="checkbox"/> • oblique/transverse <input type="checkbox"/> • autres, précisez 	<p>6.5 Etat de l'enfant justifiant ce type d'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> • souffrance fœtale <input type="checkbox"/> • anomalie de la présentation <input type="checkbox"/> • autres, précisez <input type="checkbox"/> • pas d'indication fœtale <p>7. Etat de l'enfant à la naissance</p> <p>7.1 Traumatisme obstétrical</p> <p><input type="checkbox"/> • oui <input type="checkbox"/> • non <input type="checkbox"/> • ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <p>7.2 Détresse respiratoire</p> <p><input type="checkbox"/> • oui <input type="checkbox"/> • non <input type="checkbox"/> • ne sait pas <input type="checkbox"/> • sans objet</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <p>7.3 Etat infectieux</p> <p><input type="checkbox"/> • oui <input type="checkbox"/> • non <input type="checkbox"/> • ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <p>7.4 Anomalies congénitales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> • anencéphalie <input type="checkbox"/> • imperforation anale <input type="checkbox"/> • spina bifida <input type="checkbox"/> • réduction des membres <input type="checkbox"/> • hydrocéphalie <input type="checkbox"/> • hernie diaphragmatique <input type="checkbox"/> • fente labiale/palatine <input type="checkbox"/> • omphalocèle/gastroschisis <input type="checkbox"/> • autres, précisez <input type="checkbox"/> • pas d'anomalie congénitale <p>8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes) <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>9. Indice d'Appgar à:</p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> • 1 minute <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> • 10 minutes</p> <p><input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> • 5 minutes</p> <p>10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> • ventilation sans intubation <input type="checkbox"/> • sans objet <input type="checkbox"/> • intubation <input type="checkbox"/> • pas d'intervention <input type="checkbox"/> • transfert vers service N (endans les 12 premières heures) <input type="checkbox"/> • transfert vers service NI (endans les 12 premières heures) <input type="checkbox"/> • autres, précisez <p style="text-align: right;">(suite au verso)</p>
--	--

VOLET B

**BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN
OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir par le médecin, à vérifier par l'administration communale
et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)

1. Date et heure du décès • date (JJMMAAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> • heure (HHMM) <input type="text"/> h <input type="text"/> m	6. Sexe de l'enfant <input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé
2. Date et heure de naissance • date (JJMMAAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> • heure (HHMM) <input type="text"/> h <input type="text"/> m	7. Enfant issu d'une grossesse multiple <input type="checkbox"/> • oui <input type="checkbox"/> • non
3. L'enfant est-il <input type="checkbox"/> • mort-né <input type="checkbox"/> • né vivant	En cas d'accouchement multiple :
4. Lieu de naissance <input type="checkbox"/> • institution hospitalière <input type="checkbox"/> • maison privée <input type="checkbox"/> • autre, précisez	• nombre total de naissances mort-nés compris <input type="text"/>
5. Lieu de décès <input type="checkbox"/> • institution hospitalière <input type="checkbox"/> • maison privée <input type="checkbox"/> • autre, précisez	• no. d'ordre de l'enfant déclaré <input type="text"/>
	• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré)
	⇒ nombre d'enfants nés vivants <input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé
	⇒ nombre d'enfants mort-nés <input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

Ne peut être ouvert ni par le déclarant, ni par le personnel communal

Annexe 3. Volet CEpiP

Volet CEpiP - 02											
Asbl Centre d'Epidémiologie Périnatale - Route de Lennik 808 CP597 - 1070 Bruxelles - 02/5556030 - info@cepip.be - www.cepip.be											
IDENTIFICATION DU FORMULAIRE											
Code de l'hôpital ou du lieu d'accouchement <input type="text"/>											
<small>97 si hors maternité, non programmé, sans professionnel 98 si hors maternité, non programmé, avec professionnel 99 si hors maternité, programmé, avec professionnel</small>											
Classification de l'accouchement <input type="text"/>											
<small>(année, numéro de l'accouchement, et code en cas de naissance multiple)</small>											
IDENTIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT											
Date de naissance de la mère (jour/mois/année) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Code postal de la commune de résidence de la mère <input type="text"/>											
<small>(4 chiffres, 9999 si à l'étranger)</small>											
NAISSANCES PRECEDENTES											
Y a-t-il eu une (des) naissance(s) avant cette grossesse ? (mort-né ou né vivant, $\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											
Si oui,	Nombre total d'enfants nés vivants <input type="text"/>										
	Date de naissance du dernier enfant né vivant <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	<input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)										
La mère a-t-elle accouché entre-temps d'un enfant/fœtus mort-né ? ($\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											
Y a-t-il eu une césarienne pour une précédente grossesse ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											
GROSSESSE ACTUELLE											
Parité (nombre d'accouchements, cet accouchement inclus, de tout enfant vivant, ou d'un enfant/fœtus mort-né de $\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines ou $\geq 25cm$ - les grossesses multiples n'influencent PAS la parité) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Poids de la mère AVANT la grossesse (ou avant 15 semaines) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)											
Poids de la mère à l'entrée en salle d'accouchement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)											
Taille de la mère <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)											
Conception de la grossesse (un seul choix) Spontanée <input type="checkbox"/> Traitement hormonal <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> Pas demandé <input type="checkbox"/>											
Hypertension durant cette grossesse ($\geq 140 / \geq 90$) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/>											
Diabète oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/>											
VIH POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> non testé <input type="checkbox"/>											
Grossesse multiple oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											
si oui : nombre d'enfants à la naissance (mort-nés compris) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
ACCOUCHEMENT											
Durée de la grossesse jusqu'à l'accouchement (en semaines achevées) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Certitude de cette durée Sûr <input type="checkbox"/> Estimation <input type="checkbox"/>											
Présentation de l'enfant à la naissance Sommet fœché en occipito-antérieur <input type="checkbox"/> Autre présentation céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Transverse <input type="checkbox"/> Inconnu (si absence de professionnel) <input type="checkbox"/>											
Induction de l'accouchement (Y COMPRIS en cas de rupture spontanée de la poche chez une patiente pas en travail) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											
Analgésie péridurale et/ou rachianesthésie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											
Surveillance fœtale pendant le travail (plusieurs choix possibles) CTG (cardio(toco)gramme) <input type="checkbox"/> STAN <input type="checkbox"/> pH au scalp <input type="checkbox"/> Auscultation intermittente <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>											
Colonisation par le streptocoque du groupe B POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> non testé/non connu <input type="checkbox"/>											
Antibioprophylaxie intrapartale du streptocoque B oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											

Date de naissance de l'enfant (jour/mois/année)				/			/				
Heure de la naissance (heure/minute)				h						<input type="checkbox"/> Inconnu (si absence de professionnel)	
Mode d'accouchement (plusieurs choix possibles)	Spontané en sommet <input type="checkbox"/>	Siège par voie vaginale <input type="checkbox"/>									
	Ventouse <input type="checkbox"/>	Césarienne élektive (programmée, pas en travail, poche intacte) <input type="checkbox"/>									
	Forceps <input type="checkbox"/>	Césarienne non programmée (tous les autres cas) <input type="checkbox"/>									
Episiotomie		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>							
Indications de la césarienne (plusieurs choix possibles)	Césarienne antérieure <input type="checkbox"/>		Siège <input type="checkbox"/>		Transverse <input type="checkbox"/>		Souffrance fœtale <input type="checkbox"/>				
	Dystocie, pas en travail <input type="checkbox"/>										
	Dystocie, en travail mais stagnation dilatation <input type="checkbox"/>										
	Dystocie, en travail mais arrêt de la progression à l'expulsion <input type="checkbox"/>										
	Pathologie maternelle <input type="checkbox"/>		Cause placentaire (décollement, praevia) <input type="checkbox"/>								
Demandée par la patiente <input type="checkbox"/>		Grossesse multiple <input type="checkbox"/>									
Autre (spécifier):											

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

Poids à la naissance						g		
Sexe		Masculin <input type="checkbox"/>		Féminin <input type="checkbox"/>		Ambiguïté <input type="checkbox"/>		
Indice d'Apgar après : 1 min				5 min		Inconnu (si absence de professionnel) <input type="checkbox"/>		
Ventilation du nouveau-né		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>				
		Si oui :		Ventilation ballon et masque <input type="checkbox"/>		Intubation <input type="checkbox"/>		
Malformations majeures		Si oui, cochez : (plusieurs choix possibles)				oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>
Anencéphalie <input type="checkbox"/>	Fente labiale/palatine <input type="checkbox"/>	Hernie diaphragmatique <input type="checkbox"/>						
Spina bifida <input type="checkbox"/>	Imperforation anale <input type="checkbox"/>	Omphalocèle <input type="checkbox"/>						
Hydrocéphalie <input type="checkbox"/>	Anomalie réductionnelle membres <input type="checkbox"/>	Gastroschisis <input type="checkbox"/>						
Transposition des gros vaisseaux <input type="checkbox"/>	Tétralogie de Fallot <input type="checkbox"/>	Communication interventriculaire (CIV) <input type="checkbox"/>						
Malformation adénomatoïde du poumon (MAKP) <input type="checkbox"/>	Atrésie de l'œsophage <input type="checkbox"/>	Atrésie des voies biliaires <input type="checkbox"/>						
Atrésie intestin grêle <input type="checkbox"/>	Atrésie anale <input type="checkbox"/>	Hypospade <input type="checkbox"/>						
Agénésie rénale <input type="checkbox"/>	Syndrome transfuseur-transfusé (STT) <input type="checkbox"/>	Hygroma kystique <input type="checkbox"/>						
Craniosynostose <input type="checkbox"/>	Dysplasie squelettique/nanisme <input type="checkbox"/>	Trisomie 21 <input type="checkbox"/>						
Syndrome de Turner (Xo) <input type="checkbox"/>	Hydrops fœtal <input type="checkbox"/>	Trisomie 18 <input type="checkbox"/>						
Anomalie obstructive bassin/uretère <input type="checkbox"/>	Dysplasie rénale poly/multikystique <input type="checkbox"/>	Trisomie 13 <input type="checkbox"/>						

POST-PARTUM

Transfert vers un département néonatal		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
		Si oui, département N° <input type="checkbox"/>		département NIC <input type="checkbox"/>	

MORTALITE PERINATALE

Enfant/foetus mort-né (≥ 500 g ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm) :		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		
		Si oui : mort avant le travail et l'accouchement <input type="checkbox"/>		pendant <input type="checkbox"/>		
		inconnu <input type="checkbox"/>				
		Si non (pas mort-né) : mort dans les 12h après l'accouchement ?				
		oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		
Cause (plusieurs choix possibles)	Non malformé, non macéré <input type="checkbox"/>		Décollement placentaire <input type="checkbox"/>			
	Malformation <input type="checkbox"/>		Asphyxie et/ou traumatisme <input type="checkbox"/>			
	Petit poids de naissance <input type="checkbox"/>		Autre cause <input type="checkbox"/>			
	Pathologie maternelle <input type="checkbox"/>		Inconnu <input type="checkbox"/>			

Annexe 4. Variables E-birth

FEDICT
EBIRTH PROJECT - ELECTRONIC BIRTH NOTIFICATION
EXPORT TO COMMUNITIES
 Definition CSV export files
 Version 0.10

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

Mother's data		
Weight Mother Before	Weight of the mother before the current pregnancy in kg.	
Weight Mother At Entry	Weight of the mother at her entrance in the delivery room in kg.	
Height Mother	Height of the mother in cm.	

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

Current pregnancy			
Parity	Parity This delivery included - all alive or still born babies Definition to be used to consider a delivery of a stillborn baby : 1) > 500 gr 2) > 22 weeks 3) > 25 cm Multiple pregnancies do not impact the parity		
Pregnancy Origin	The origin of this pregnancy.	1	Spontaneous
		2	Hormonal
		3	IVF
		4	ICSI
		9	Not asked
Hypertension	To know if hypertension (≥ 140 / ≥ 90 mm Hg) was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
Diabetes	To know if diabetes was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
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
Postion 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	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 Agenese	Congenital Malformation - nier agenese	1	Yes
		2	No
Craniosynostosis	Congenital Malformation - craniosynostosis	1	Yes
		2	No
Turner syndrom (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	Firstname 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 as provided by the hospital / medical practitioner)

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 / Etat Civil.	
Mother - Country	Country where the mother lives. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat 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 / Etat Civil.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.
Mother - Birth date	Birth date of the mother. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil.	
Father - Nationality	Current nationality of the father. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat 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 / Etat 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	Number of the birth act completed by the Burgerlijke Stand/Etat 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	Etudiant(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	
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)	

Information related to the Father		
Father Previous Nationality	Previous nationality of the father. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat 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
		2 Enseignement primaire
		3 Enseignement secondaire inférieur
		4 Enseignement secondaire supérieur
		5 Enseignement supérieur
		6 Enseignement universitaire
		8 Autre
		9 Inconnu
		Father Professional Situation
2 Femme/Homme au foyer		
3 Etudiant(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.

