



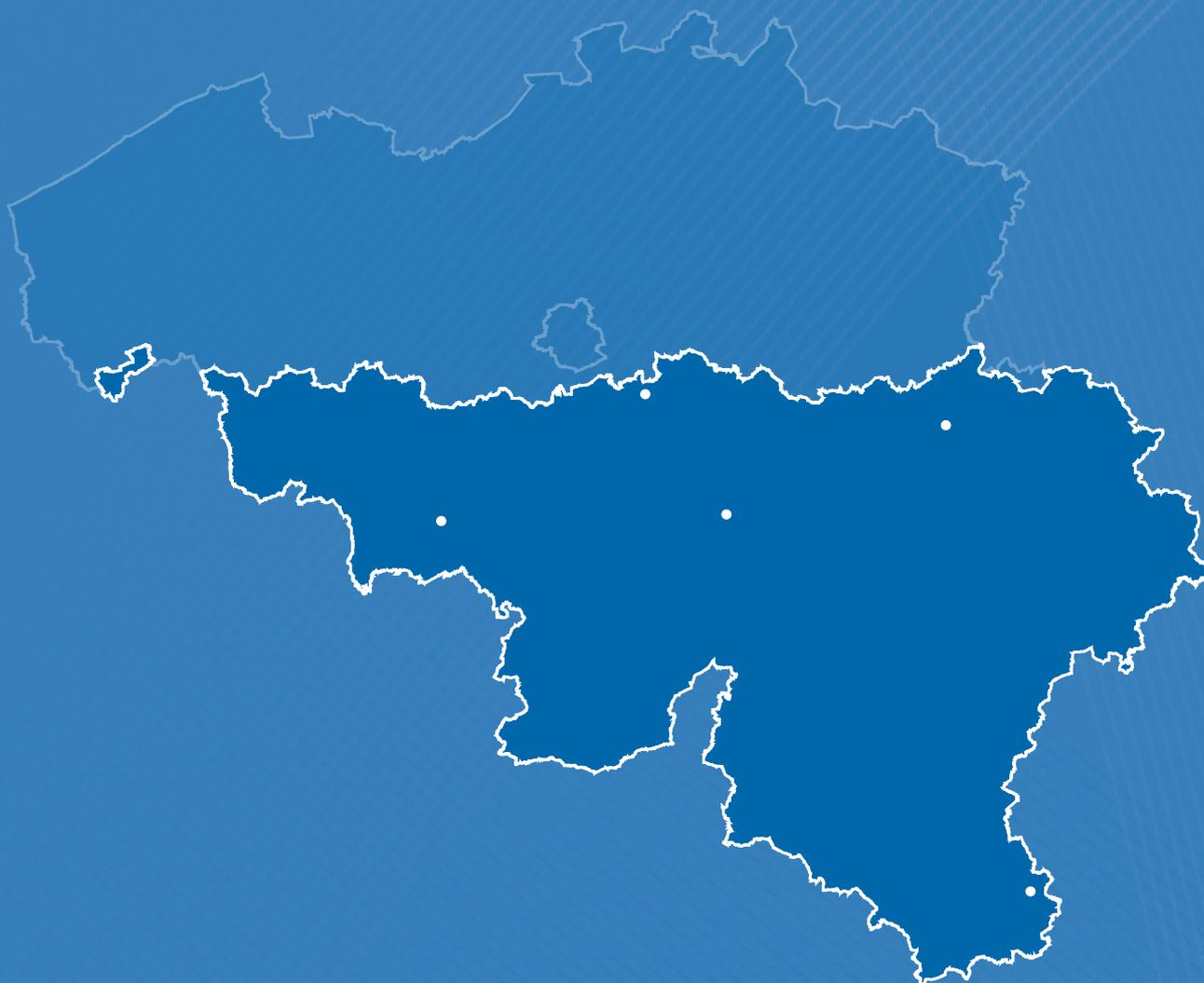
PROGRAMME
Périnatalité

CEP
IP

CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE asbl

Données périnatales en Wallonie

année 2008





Données périnatales en Wallonie

année 2008

Rédaction

A.F. Minsart, S. Van de Putte, G. Wilen, Y. Englert



Les données traitées dans le présent rapport ont été obtenues auprès de la Direction générale de la santé de la Communauté française.

Le traitement, l'analyse et la publication des données par l'ASBL CEpiP a été réalisée avec le soutien et la collaboration de la Communauté française et plus particulièrement la Direction générale de la santé, ainsi que la Région wallonne.

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Minsart A.F, Van de Putte S, Wilen G, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – année 2008. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2010.

Colophon

Auteurs :

Anne-Frédérique Minsart
Sabine Van de Putte
Géraldine Wilen
Yvon Englert

Lay-out :

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

Secrétariat :

Nadia Di Benedetto
Fatima Bercha
Kahdija El Morabit

Avec nos remerciements tout particuliers :

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

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document :

Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP
La Direction Générale de la Santé du Ministère de la Communauté française
Jacques Francotte
Sylvie Hollemaert
Christine Kirkpatrick

Pour plus d'informations :

Centre d'Epidémiologie Périnatale asbl CEpiP
Campus Erasme – Bâtiment A
Route de Lennik 808 BP 597
1070 Bruxelles
Tél. : 02.555.60.30
info@cepip.be
www.cepip.be

CEpiP An 1 !!

Le CEpiP est particulièrement heureux de présenter ce premier rapport qui synthétise les données périnatales de la Wallonie pour l'année civile 2008. Particulièrement heureux, non pas que ce premier rapport soit parfait, loin de là, mais parce qu'il est la preuve tangible que les nombreuses personnes qui nous ont soutenus, tant dans le monde politique, dans les administrations, à l'ONE, au Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), dans le monde académique, à la Société Belge de Pédiatrie et surtout au Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, qui a initié ce projet, ne se sont pas mouillés en vain. Résultat de quatre années d'efforts et le fruit d'une collaboration avec la Communauté française – Direction générale de la santé, ce rapport sort 15 mois après que la dernière maman ait accouché le 31 décembre 2008. C'est un succès mais l'objectif, avec l'expérience accumulée et l'aide de l'administration de la Communauté française, reste de pouvoir produire ce rapport pour l'automne qui suit l'année considérée.

Les données de la région de Bruxelles-capitale, collectées avec la collaboration étroite de l'Observatoire bruxellois de la Santé et du Social, sont présentées séparément. En combinant ces deux rapports avec celui du SPE, une vision de l'ensemble du paysage périnatal belge devient possible.

Ce rapport n'est évidemment pas une fin en soi, mais un outil de travail qui doit permettre à tous les acteurs de la santé maternelle et infantile d'appuyer sur des données factuelles leurs décisions en santé publique. Quel est l'évolution du nombre de naissances, le nombre de prématurés, le nombre d'accouchements multiples, le nombre de césariennes ? Combien avons-nous de "teenager pregnancies" ? Sur quels facteurs porter de nouveaux efforts ? Bien sûr, il y aura un intérêt majeur à voir, d'année en année, l'évolution des données, mais il n'en reste pas moins que cette photographie des naissances en Wallonie nous donne d'emblée des renseignements intéressants : de l'analyse des quelques 37 380 accouchements et 37 990 naissances présentées dans ce rapport, il ressort que les mères jeunes, les prématurés et les enfants de petit poids sont particulièrement représentés, ce qui interpelle et rappelle le lien entre précarité et pathologies obstétricales. Le taux de césariennes, élevé comme partout en Europe, même pour les accouchements à terme d'enfants en présentation céphalique (une technique destinée à exclure les césariennes réalisées pour pathologie majeure) et le taux élevé d'induction de l'accouchement, indiquent d'autres priorités de santé publique. Enfin, le rapport analyse les accouchements hors maternités en séparant les accouchements inopinés et ceux effectués délibérément à l'extérieur des hôpitaux et souligne que le phénomène est (encore) anecdotique.

Si tout ce travail a été possible, c'est aussi grâce aux autorités de la Communauté française, de la Région wallonne et de Bruxelles-Capitale qui ont dégagé les sommes nécessaires dans un contexte budgétaire difficile, et au conseil scientifique qui a analysé et critiqué avec sévérité et gentillesse ce travail. Mais c'est surtout le résultat du travail acharné des collaboratrices du CEpiP, nos encodeuses Mesdames Bercha, Di Benedetto et El Morabit, et nos deux universitaires le Dr Anne-Frédérique Minsart et Mme Sabine Van de Putte sans lesquelles ce rapport n'aurait jamais vu le jour. À toutes, félicitations et merci.

Pr. Yvon Englert
Président du CEpiP

Table des matières

COLOPHON	3
PRÉFACE	5
TABLE DES MATIÈRES	6
CRÉATION DE L'ASBL CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE 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. NAISSANCES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE (WALLONIE) EN 2008	13
2.1 NAISSANCES EN CHIFFRES	13
2.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES	13
2.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS	13
2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents	13
2.3.1.1 Âge maternel	13
2.3.1.2 Nationalité de la mère	16
2.3.1.3 Lieu de résidence	17
2.3.1.4 Niveau d'instruction	18
2.3.1.5 Situation professionnelle des parents	18
2.3.1.6 État civil et état d'union des parents	19
2.3.1.7 En résumé	19
2.3.2 Caractéristiques médicales de la mère	20
2.3.2.1 Parité	20
2.3.2.2 Facteurs de risque médicaux	20
2.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT	23
2.4.1 Poids de naissance	23
2.4.1.1 Poids moyen de l'enfant	23
2.4.1.2 Répartition du poids de naissance	23
2.4.1.3 Prévalence du petit poids de naissance	23
2.4.1.4 Facteurs de risque	24
2.4.2 Durée de la grossesse	25
2.4.2.1 Durée moyenne de la grossesse	25
2.4.2.2 Répartition de l'âge gestationnel	25
2.4.2.3 Prévalence de prématurité	25
2.4.2.4 Facteurs de risque	26
2.4.3 Apgar	27
2.4.3.1 Score d'apgar à 1 minute	27
2.4.3.2 Score d'apgar à 5 minutes	27
2.4.4 Sexe	27
2.4.5 Accouchements multiples	28
2.4.5.1 Prévalence	28
2.4.5.2 Facteurs de risque	28

2.5	CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	29
2.5.1	Présentation de l'enfant à la naissance	29
2.5.2	Accouchement par césarienne	30
2.5.2.1	Prévalence globale	30
2.5.2.2	Césariennes et présentation de l'enfant	31
2.5.2.3	Césariennes et maternités	31
2.5.2.4	Césariennes et âge maternel	33
2.5.2.5	Césariennes et nationalité d'origine	33
2.5.2.6	Césariennes et poids de naissance	34
2.5.2.7	Césariennes et âge gestationnel	34
2.5.3	Accouchement instrumental	35
2.5.4	Induction de l'accouchement	35
2.5.4.1	Prévalence	35
2.5.4.2	Inductions et maternités	36
2.5.4.3	Inductions et césariennes	36
2.5.5	Accouchements sans intervention obstétricale	36
2.6	LIEU D'ACCOUCHEMENT	37
2.6.1	Accouchements en maternité	37
2.6.2	Accouchements à domicile	37
2.6.2.1	Accouchement à domicile et âge maternel	37
2.7	MORTINATALITÉ	38
2.7.1	Problématique autour de la législation actuelle	38
2.7.2	Chiffres	38
2.7.3	Âge gestationnel et poids de naissance	38
2.7.4	Causes de mortalité fœtale	39
2.7.5	Mort-nés et induction de l'accouchement	40
2.7.6	Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel	40
2.7.7	Taux de mort-nés et âge maternel	40
3	CONCLUSION	41
4	RÉFÉRENCES	42
5	ANNEXES	43

TABLES

Table 1.	Détails des naissances	13
Table 2 :	Détails des accouchements	13
Table 3 :	Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement	14
Table 4 :	Nationalité de la mère par accouchement	16
Table 5 :	Lieu de résidence de la mère à l'accouchement	17
Table 6 :	Niveau d'instruction de la mère	18
Table 7 :	Situation professionnelle des parents	18
Table 8 :	État civil et état d'union de la mère par accouchement	19
Table 9 :	Facteurs de risque médicaux par accouchement de singleton	20
Table 10 :	Facteurs de risque médicaux par accouchement multiple	20
Table 11 :	Taux de diabète maternel selon l'âge de la mère	20
Table 12 :	Taux d'hypertension chronique selon l'âge de mère	20

Table 13 :	Taux d'hypertension gravidique selon l'âge de la mère	21
Table 14 :	Taux de diabète selon la nationalité d'origine de la mère	21
Table 15 :	Taux d'hypertension chronique selon la nationalité d'origine de la mère	21
Table 16 :	Taux d'hypertension gravidique selon la nationalité d'origine de la mère	22
Table 17 :	Répartition du poids de naissance	23
Table 18 :	Poids de naissance < 2500 g selon l'âge maternel	24
Table 19 :	Poids de naissance < 2500 g selon la nationalité d'origine	24
Table 20 :	Poids de naissance < 2500 g et situation professionnelle	25
Table 21 :	Répartition de l'âge gestationnel par accouchement	25
Table 22 :	Accouchements < 37 semaines selon l'âge maternel	26
Table 23 :	Accouchements < 37 semaines selon la nationalité d'origine	26
Table 24 :	Accouchements < 37 semaines selon la situation professionnelle	27
Table 25 :	Sexe de l'enfant	27
Table 26 :	Détails des accouchements multiples	28
Table 27 :	Accouchements multiples et âge maternel	28
Table 28 :	Taux d'accouchements multiples par nationalité	29
Table 29 :	Présentation de l'enfant pour les naissances uniques vivantes	29
Table 30 :	Présentation de l'enfant pour les naissances uniques mortes à terme	29
Table 31 :	Présentation de l'enfant pour les naissances uniques mortes avant 37 semaines	30
Table 32 :	Présentation de l'enfant pour les naissances multiples	30
Table 33 :	Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants	31
Table 34 :	Taux de césariennes selon la présentation pour les jumeaux	31
Table 35 :	Taux de césariennes pour les singletons en siège selon la parité et l'âge gestationnel	31
Table 36 :	Taux de césariennes selon l'âge maternel pour les singletons	33
Table 37 :	Taux de césariennes selon la nationalité d'origine pour les singletons	33
Table 38 :	Taux de césariennes selon le poids de naissance pour les singletons	34
Table 39 :	Taux de césariennes selon le poids de naissance pour les accouchements multiples	34
Table 40 :	Taux de césariennes selon l'âge gestationnel pour les singletons	34
Table 41 :	Taux de césariennes selon l'âge gestationnel pour les accouchements multiples	35
Table 42 :	Taux de ventouses et de forceps par naissance	35
Table 43 :	Taux de césariennes après induction pour les naissances uniques vivantes en sommets de ≥ 37 semaines chez la primipare	36
Table 44 :	Taux de césariennes après induction pour les naissances uniques vivantes en sommets ≥ 37 semaines chez la multipare	36
Table 45 :	Nombre de maternités par tranche de 500 accouchements	37
Table 46 :	Accouchement à domicile ou en maison de naissance en fonction de l'âge	37
Table 47 :	Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance	39
Table 48 :	Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel pour les singletons	40
Table 49 :	Taux de mort-nés selon l'âge maternel pour les singletons	40

FIGURES

Figure 1 :	Nombre de naissances selon l'âge de la mère et l'année de naissance	14
Figure 2 :	Taux d'accouchements avant l'âge de 20 ans selon la province de naissance	15
Figure 3 :	Taux d'accouchements avant l'âge de 20 ans selon la nationalité d'origine	15
Figure 4 :	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour les grossesses uniques vivantes en sommets ≥ 37 semaines	32
Figure 5 :	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour les grossesses uniques vivantes en sièges de ≥ 37 semaines	32
Figure 6 :	Taux d'induction par maternité pour les grossesses uniques vivantes de ≥ 37 semaines	36

Création de l'ASBL Centre d'Epidémiologie Périnatale, CEpiP

Dès le milieu des années 80, la Flandre a mis sur pied une asbl intitulée "Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie - SPE" qui est une co-fondation de l'association des gynécologues et pédiatres flamands et qui est financièrement et administrativement soutenue par la Communauté flamande. De ce fait, cette structure a obtenu de l'ensemble des maternités flamandes et de certaines maternités bruxelloises de substituer au volet C de la déclaration de naissance, un document "SPE" reprenant toutes les indications du volet C et des données propres qui intéressent l'équipe du SPE. Grâce aux données de ce document et à celles de la déclaration d'état civil, les besoins statistiques sont accomplis. En outre, le SPE effectue des analyses sur ces données et publie des rapports extrêmement intéressants depuis de longues années sur la périnatalité en Communauté flamande.

Dans ce cadre, le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) décide de réunir différents acteurs pour mettre sur pied l'asbl CEpiP, fondée le 14 septembre 2007, qui agit en complémentarité avec les services assurés par la Communauté française et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. La structure bénéficie de l'appui et du soutien financier de la Communauté française, la Commission communautaire commune et la Région wallonne.

En attendant la mise en œuvre de la déclaration électronique (projet fédéral e-birth du FEDICT), le CEpiP a adopté depuis janvier 2009 en Région bruxelloise et mai 2009 en Communauté française, le questionnaire "Volet CEpiP" qui remplace le volet C du bulletin Modèle I (naissance d'un enfant né vivant). Ce document est identique au document du SPE, pour faciliter les comparaisons interrégionales et afin de pouvoir publier un rapport annuel fédéral. Bénéficiant de leur précieuse expérience et de leurs conseils bienveillants, le CEpiP travaille en étroite collaboration avec la Communauté française, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles et le SPE.

Organigramme

Conseil d'administration

Prof. F. Debiève
Prof. N. Deggouj (T)
Dr L. Demanez
Prof. Y. Englert (P)
Prof. J.M. Foidart
Prof. C. Gosset
Prof. R. Lagasse (S)
Prof. P. Lepage
Prof. J. Macq
Prof. A.L. Mansbach
Prof. J. Rigo (VP)
Prof. G. Verellen

Programme périnatalité Conseil de gestion

Prof. F. Debiève – UCL
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. J.M. Foidart – ULg
Prof. P. Lepage – ULB
Dr A.F. Minsart
Mme S. Van de Putte
Prof. G. Verellen – UCL

**Observateurs bailleurs
de fonds**

Dr M. Deguerry – OBSS
Dr M. De Spiegelaere – OBSS
Dr R. Moriaux – Comm. franç.

Programme périnatalité Conseil scientifique

Prof. S. Alexander – ULB
Prof. P. Bernard – UCL
Prof. P. Buekens – USA
Dr M. De Spiegelaere – OBSS
Prof. F. Debiève – UCL
Prof. P. Defoort – SPE
Dr P. Delvoye – ONE
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. J.M. Foidart – ULg
M. J. Henkinbrant – Comm. franç.
Mme. C. Johansson – UPSfB
Prof. P. Lepage – ULB
Prof. A. Levêque – ULB
Dr K. Mathé – Coll. Mère-Enfant
Dr M.C. Mauroy – ONE
Dr R. Moriaux – Comm. franç.
M. S. Ndame – ONE
Mme R. Qvist – UPSfB
Dr F. Renard – ULg
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. A. Robert – UCL
Dr V. Tellier – Région wallonne
Prof. P. Vanhaesebrouck – UZGent
Prof. G. Verellen – UCL

Gestion journalière

Dr A.F. Minsart
Mme S. Van de Putte

Centre d'analyse

Mme F. Bercha
Mme N. Di Benedetto
Mme K. El Morabit

Collaboration externe

Graphisme

Mme N. da Costa Maya

Informatique

M. M. Candeur
M. J.F. Minsart

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

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 2008 en Wallonie. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de la santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance en Belgique.

Les analyses réalisées sur les données médicales sont faites **selon le lieu de naissance. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire wallon**. Ce rapport reflète l'activité globale périnatale wallonne, avec des graphiques 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 est obligatoirement rempli. Trois types de bulletins sont utilisés : le "bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant" (Annexe 1), le "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 sont utilisés pour les analyses reprises dans ce rapport. On parlera des "bulletins statistiques de naissance et de décès".

Ces bulletins sont composés de différents volets. Les données médicales, reprises dans le volet C, sont remplies par les sages-femmes et les médecins lors de l'accouchement (ou lors du décès). Ce volet confidentiel et anonyme est scellé dans une enveloppe fermée attachée au bulletin. 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. Le tout est 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 (volets B, C et D). Il est transmis aux administrations des communautés : la Communauté flamande pour les naissances et décès survenus en Flandre, la Communauté française pour ceux survenus en Wallonie et la Commission communautaire commune pour la Région bruxelloise.

Pour la Communauté française, la tâche du CEpiP consiste en la vérification, complémentairement au travail de l'administration, de la qualité du remplissage du certificat de naissance. En outre, il rectifie, en collaboration avec l'administration, et avec l'aide de la sage-femme en salle d'accouchements et du fonctionnaire communal, les données incomplètes, incorrectes ou incohérentes.

1.2.2 Méthode et analyses

Ce rapport décrit de manière synthétique et agrégée des données périnatales en Wallonie. Pour certaines analyses, les données médicales ont été comparées aux données sociodémographiques, afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la mère, parfois du père. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 10.0, 2008.

1.2.3 Données

Les données utilisées sont celles des volets B, C et D du bulletin statistique de naissance (mis en annexe). Certains éléments de ce certificat ne figurent pas dans ce rapport-ci. En effet, la qualité des informations récoltées a parfois été jugée insuffisante pour l'analyse, en termes de taux de données manquantes et de fiabilité du remplissage. Il s'agit en particulier de la notification des malformations, du transfert intra-utérin prénatal, du transfert postnatal vers un centre NIC (neonatal intensive care) ou N*. Certains items nécessiteraient, en effet, plus d'attention. Pour les maternités, il s'agit des exemples ci-dessus, et de la date du dernier accouchement qui ne peut souvent plus être complétée a posteriori si la patiente ne possède pas de dossier de suivi prénatal dans l'institution où s'est déroulé l'accouchement. Pour les communes, il s'agit surtout du niveau d'instruction et de la profession qui, de la même manière, ne peuvent plus être corrigés par la suite sans l'aide des parents. On note cependant que le taux de remplissage de ces dernières données varie de 0 à 99,8 % selon la commune, montrant ainsi qu'un effort reste à faire dans l'information du personnel sur l'importance du recueil de ce type de données.

2. Naissances en Communauté française (Wallonie) en 2008

2.1 Naissances en chiffres

37 990 naissances survenues sur le territoire wallon ont été enregistrées par l'état civil.

Table 1. Détails des naissances	
	37 826 naissances VIVANTES
	164 MORT-NÉS de \geq 500 g et / ou \geq 22 semaines
Total :	37 990 naissances

2.2 Accouchements en chiffres

Table 2 : Détails des accouchements	
	36 613 accouchements de singletons vivants
	599 accouchements de jumeaux vivants
	10 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 enfant mort-né
	5 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 fœtus non déclaré de 14-22 semaines
	1 accouchement d'une grossesse triple avec 2 enfants mort-nés et 1 fœtus de moins de 22 semaines
	152 accouchements de singletons mort-nés
Total :	37 380 accouchements

2.3 Caractéristiques des parents

2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents

2.3.1.1 Âge maternel

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de **29,4** \pm 5,4 ans (minimum : 13,6 ans – maximum : 48,3 ans) Chez la primipare, l'âge moyen est de 27,3 \pm 5,1 ans (min. : 13,6 ans – max. : 47,6 ans). Chez la multipare, l'âge moyen est de 31,0 \pm 5,0 ans (min. : 15,8 ans – max. : 48,3 ans). Les accouchements en dessous de l'âge de 15 ans sont très rares.

En Flandre en 2008, l'âge moyen de la mère à l'accouchement chez la primipare et la multipare est respectivement de 28,1 et 31,1 ans (1).

Deux dates de naissance de la mère n'ont pu être obtenues, pour 2 naissances de mort-nés.

Le projet Euro-Peristat (2) recommande de calculer l'âge maternel sur le nombre d'accouchements et pas le nombre de naissances (qui inclut donc toutes les naissances issues des grossesses multiples). Dans la suite de ce rapport, nous garderons préférentiellement les taux par accouchement pour les caractéristiques liées à l'accouchement, et par naissance pour les caractéristiques liées à l'enfant.

Âge (années)	Nombre d'accouchements	%
10-14	2	0,0
15-19	1 474	3,9
20-24	6 501	17,4
25-29	12 791	34,2
30-34	10 688	28,6
35-39	4 947	13,2
40-44	924	2,5
45-49	51	0,1
>50	0	0,0
Réponses manquantes	2	0,0

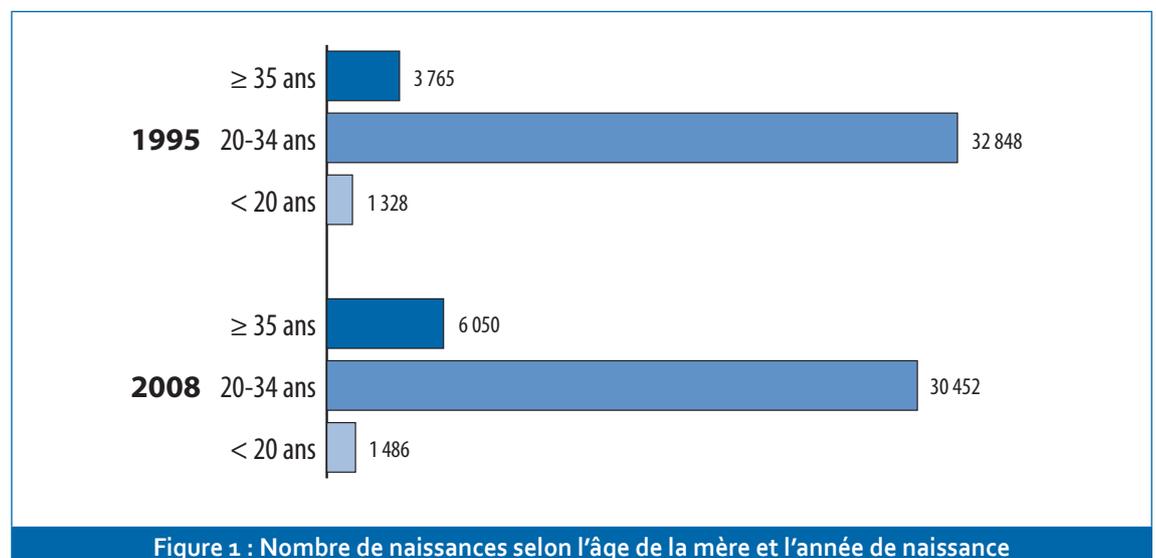
%
2
14
37,9
31,9
12,1
2,1
0,1

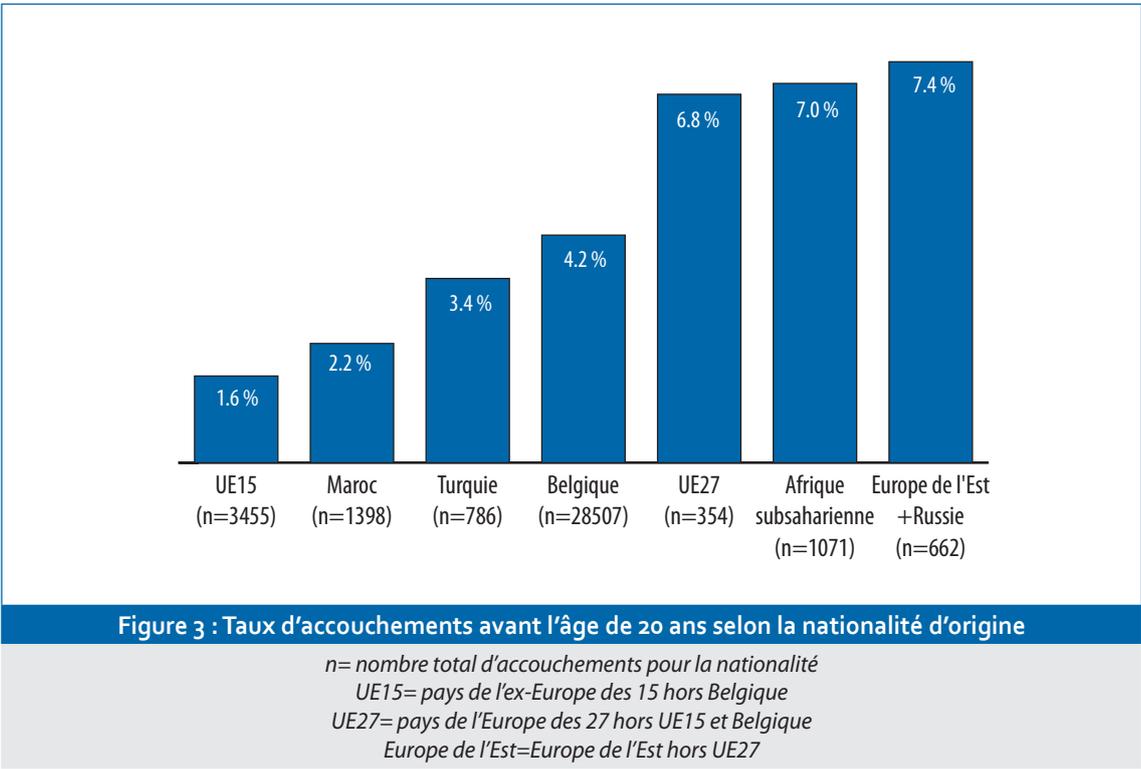
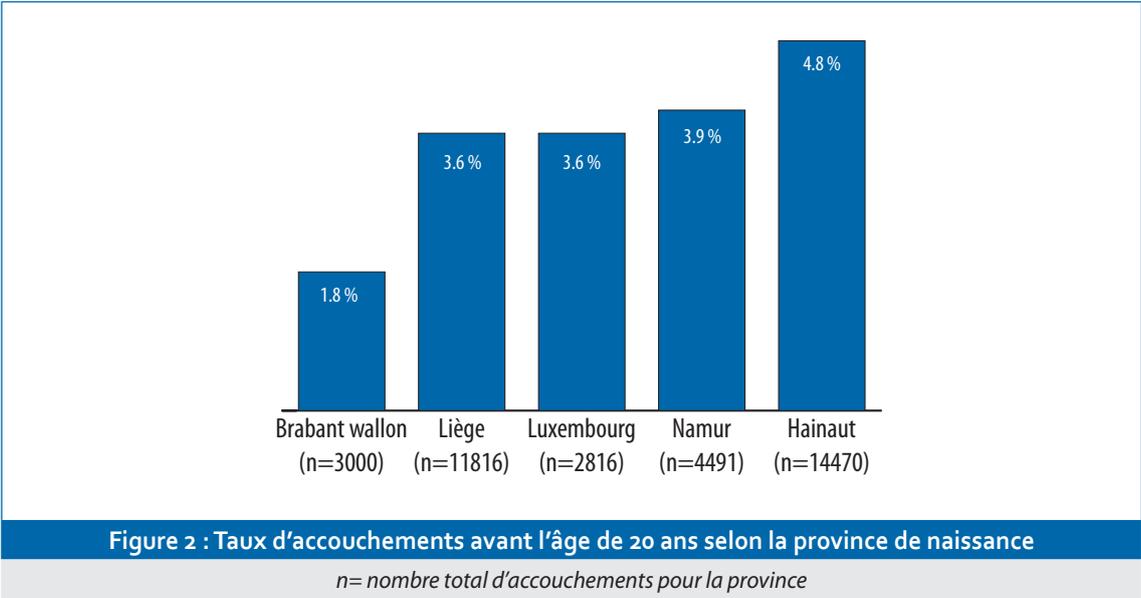
La proportion des mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement (4,0 %) est plus élevée que dans les autres régions du pays (1,3), et que dans la majorité des pays d'Europe occidentale (2). Ceci ne peut être expliqué par le nombre de mères allochtones. En effet, même si les mères dont la nationalité d'origine est un pays de l'Europe de l'Est accouchent plus souvent avant l'âge de 20 ans, ce qui reflète d'ailleurs les taux observés dans ces pays, on remarque que les mères belges d'origine contribuent à ce taux élevé, car parmi les 1 476 patientes qui ont accouché avant l'âge de 20 ans, 1 223 (82,9 %) sont d'origine belge.

La proportion de mères de moins de 20 ans à la naissance (qui inclut donc chaque naissance issue de grossesses multiples) en Wallonie est de 3,9 % en 2008 (1 486 sur 37 988 naissances où l'âge était connu) et n'a pas diminué depuis les années 90, où ce taux était de 3,5 % (1 328 sur 37 941 naissances où l'âge était connu) et 4,8 % dans le Hainaut en particulier (4,5), alors qu'il a diminué de moitié à Bruxelles.

À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus en Wallonie est de 15,8 % à l'accouchement et de 15,9 % à la naissance (6 050 sur 37 988 naissances), et est moins élevée qu'à Bruxelles, où elle approchait déjà 20 % en 2004 (3). Cette proportion a cependant augmenté puisqu'elle était de 9,9 % (3 765 sur 37 941 naissances) en 1995, aux dépens de la classe d'âge 20-34 ans (Figure 1).

Ces taux font déjà apparaître les différences régionales en termes de caractéristiques sociodémographiques autour de la naissance.





2.3.1.2 Nationalité de la mère

Table 4 : Nationalité de la mère par accouchement (N=37 380)				
	Nationalité d'origine		Nationalité actuelle	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	28 508	76,3	32 077	85,8
UE15 moins Belgique	3 454	9,2	2 064	5,5
UE27 moins Belgique et UE15	354	1,0	266	0,7
Russie et Europe de l'Est non UE27	645	1,7	456	1,2
Autres Europe	11	0,0	7	0,0
Turquie	786	2,1	338	0,9
Maroc	1 398	3,7	692	1,9
Autres Maghreb et Egypte	400	1,1	226	0,6
Congo (RDC)	440	1,2	261	0,7
Autres Afrique subsaharienne	632	1,7	470	1,3
Amérique du Nord	101	0,3	92	0,3
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	112	0,3	58	0,2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	106	0,3	79	0,2
Asie du Sud-Est	349	0,9	193	0,5
Océanie	0	0,0	0	0,0
Autres (réfugié, radié, sans domicile, indéterminé)	79	0,2	96	0,3
Réponses manquantes	5	0,0	5	0,0

Cinq nationalités n'ont pu être obtenues.

On observe que 14,2 % des mamans sont non belge **au moment de l'accouchement**. À Bruxelles, en 2004, près de la moitié (46 %) des bébés bruxellois avaient une mère de nationalité non belge au moment de l'accouchement. Les mères de nationalité non belge les plus représentées sont issues des pays de l'ex-Europe des 15, en particulier la France (2,5 %) et l'Italie (2,0 %), et du Maroc.

En outre, 23,7 % des mamans sont de nationalité non belge **à l'origine**. Il ne s'agit cependant ici que de la nationalité d'origine (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. Les nationalités d'origine les plus représentées sont semblables aux nationalités actuelles les plus représentées, c'est-à-dire l'Italie (4,8 %), la France (2,9 %), le Maroc, la Turquie et le Congo, avec un rapport globalement de 2 sur 1.

2.3.1.3 Lieu de résidence

Table 5 : Lieu de résidence de la mère à l'accouchement (N=37 380)		
	Nombre	%
Bruxelles	225	0,6
Total Flandre :	263	0,7
	Flandre orientale	14
	Flandre occidentale	58
	Limbourg	64
	Anvers	6
	Brabant flamand	121
Total Wallonie	36 481	97,6
	Hainaut	13 816
	Liège	11 844
	Luxembourg	3 047
	Namur	5 213
	Brabant wallon	2 561
Belgique non précisé	5	0,0
Total pays frontalier :	303	0,8
	France	284
	Allemagne	8
	Luxembourg	10
	Pays-Bas	<5
Autres pays étrangers	67	0,2
Radiée	12	0,0
Sans domicile	16	0,0
Réponses manquantes	8	0,0

Sur 37 380 accouchements en Wallonie, 36 481 mères résident en Région wallonne (97,6 %).
On sait que près de 3 000 mères wallonnes accouchent chaque année dans des maternités flamandes ou bruxelloises.

2.3.1.4 Niveau d'instruction

Table 6 : Niveau d'instruction de la mère (N=37 380)			
Type d'instruction		Nombre	%
Pas d'instruction		287	0,77
Primaire		897	2,40
Secondaire inférieur	professionnel	2 393	6,40
	technique	676	1,81
	général	886	2,37
Secondaire supérieur	professionnel	4 373	11,70
	technique	3 148	8,42
	général	4 063	10,87
Supérieur de type court		7 923	21,20
Supérieur de type long ou universitaire		4 112	11,00
Enseignement spécial		26	0,07
Etudes en cours sans précision		40	0,11
Ne sait pas		6 678	17,87
Réponses manquantes		1 878	5,02

Cette variable est souvent délaissée par les officiers d'état civil et les parents, comme le suggèrent les taux importants d'abstention.

2.3.1.5 Situation professionnelle des parents

	Père DÉCLARÉ		Mère	
	nombre	%	nombre	%
Actif	29 042	77,7	21 679	58,0
Chômeur	2 153	5,8	5 880	15,7
Sans profession	2 703	7,2	8 322	22,3
Pensionné	87	0,2	39	0,1
Invalide-incapacité	174	0,5	189	0,5
Étudiant	182	0,5	663	1,8
CPAS	169	0,5	323	0,9
Mère au foyer			16	0,0
Donnée non précisée	591	1,6	269	0,7
Pas de père déclaré	2279	6,1		

La notification "pas de père déclaré" a été réduite aux cas où aucune donnée sur le père n'a été communiquée (pas de date de naissance, pas de niveau d'instruction, de statut professionnel, de profession, de nationalité) alors que les données maternelles sont complètes, et que la mère a été déclarée célibataire ou veuve, divorcée ou séparée vivant seule. En effet, la déclaration de naissance est remplie avec l'aide des parents et du registre national. Si les parents ne se présentent pas à l'administration communale, certaines personnes n'étant pas enregistrées au registre national, ou plus simplement certaines données, comme le degré d'instruction et la situation professionnelle, ne figurant pas au registre national, ces renseignements ne peuvent être transmis. Par contre, si les données maternelles ont été complétées en présence de la mère, mais que les données du père sont laissées vierges, il a été déduit que le père était absent autour de la naissance. L'intérêt de faire ce calcul vient du fait que si l'on ne tient compte que des réponses "célibataire/séparée/divorcée/veuve" et "vit seule" (table suivante), on obtient un total de 17,1 % de mères isolées, ce

qui est largement au-dessus des estimations données par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) dans leurs rapports. En effet, le dernier rapport reprenant les naissances suivies par l'ONE en 2006 et 2007 (7) fait état de 3,8 % de mères isolées (Wallonie et Bruxelles confondus). 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.

2.3.1.6 État civil et état d'union des parents

Table 8 : État civil et état d'union de la mère par accouchement (N=37 380)		
	Nombre	%
Célibataire et vit seule	5 657	15,1
Célibataire et en union	12 299	32,9
Mariée en union	17 038	45,6
Mariée vit seule	457	1,2
Veuve, divorcée, séparée en union	928	2,5
Veuve, divorcée, séparée et vit seule	734	2
Réponses manquantes	267	0,7

2.3.1.7 En résumé

L'âge moyen de la mère lors de l'accouchement est de 29.4 ans. L'âge moyen d'une maman qui accouche en wallonie de son premier bébé est de 27,3 ans. 32 % des mères qui accouchent en wallonie ont fait des études supérieures et 58 % sont professionnellement actives, contre 77,7 % des pères. En moyenne 24 % des bébés ont une mère dont la nationalité d'origine est non belge, avec une représentation majoritaire des origines italiennes et maghrébines, logiquement superposées à l'histoire des flux migratoires du XX^{ème} siècle.

2.3.2 Caractéristiques médicales de la mère

2.3.2.1 Parité

Taux de primipares : 44,5 %.

Seule une donnée sur la parité n'a pu être retrouvée.

Donnée comparative Flandre 2008 (1)

Taux de primipares : 46,9 %

2.3.2.2 Facteurs de risque médicaux

Table 9 : Facteurs de risque médicaux par accouchement de singleton (N=36 765)

	Diabète gestationnel		Hypertension chronique		Hypertension gravidique	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Enfant mort-né (n=152)	7	4,6	0	0	<5	2,6
Enfant vivant (n=36 613)	1 011	2,8	176	0,5	768	2,1
Total (n=36 765)	1 018	2,8	176	0,5	772	2,1

Table 10 : Facteurs de risque médicaux par accouchement multiple (N=615)

Diabète gestationnel		Hypertension chronique		Hypertension gravidique	
Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
22	3,6	5	0,8	34	5,5

Table 11 : Taux de diabète maternel selon l'âge de la mère (N=37 380)

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=2)	0	0,0
15-19 (n=1 474)	11	0,7
20-24 (n=6 501)	81	1,2
25-29 (n=12 791)	298	2,3
30-34 (n=10 688)	333	3,1
35-39 (n=4 947)	244	4,9
40-44 (n=924)	67	7,3
45-49 (n=51)	6	11,8
Réponses manquantes (n=2)	0	0,0

Table 12 : Taux d'hypertension chronique selon l'âge de mère (N=37 380)

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=2)	0	0,0
15-19 (n=1 474)	0	0,0
20-24 (n=6 501)	20	0,3
25-29 (n=12 791)	45	0,4
30-34 (n=10 688)	55	0,5
35-39 (n=4 947)	40	0,8
40-44 (n=924)	19	2,1
45-49 (n=51)	<5	3,9
Réponses manquantes (n=2)	0	0,0

Table 13 : Taux d'hypertension gravidique selon l'âge de la mère (N=37380)

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=2)	0	0,0
15-19 (n=1 474)	21	1,4
20-24 (n=6 501)	118	1,8
25-29 (n=12 791)	264	2,1
30-34 (n=10 688)	222	2,1
35-39 (n=4 947)	138	2,8
40-44 (n=924)	38	4,1
45-49 (n=51)	5	9,8
Réponses manquantes (n=2)	0	0,0

Table 14 : Taux de diabète selon la nationalité d'origine de la mère (N=37380)

Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence
Belgique (n=28 508)	699	2,5	12
UE15 moins Belgique (n=3 454)	112	3,2	9
UE27 moins Belgique et UE15 (n=354)	11	3,1	10
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=645)	21	3,3	8
Autres Europe (n=11)	<5	9,1	1
Turquie (n=786)	25	3,2	9
Maroc (n=1 398)	82	5,9	2
Autres Maghreb et Egypte (n=400)	15	3,8	7
Congo (n=440)	13	3,0	11
Autres Afrique subsaharienne (n=632)	25	4,0	6
Amérique du Nord (n=101)	<5	2,0	13
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=112)	6	5,4	4
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=106)	5	4,7	5
Asie du Sud-Est (n=349)	20	5,7	3
Océanie (n=0)	0	0,0	14
Autres (réfugié, radié, sans domicile, indéterminé) (n=79)	<5	3,8	7
Réponses manquantes (n=5)	0	0,0	14

Table 15 : Taux d'hypertension chronique selon la nationalité d'origine de la mère (N=37380)

Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence
Belgique (n=28 508)	141	0,5	3
UE15 moins Belgique (n=3454)	19	0,6	2
UE27 moins Belgique et UE15 (n=354)	<5	0,6	2
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=645)	<5	0,3	5
Autres Europe (n=11)	0	0,0	6
Turquie (n=786)	<5	0,3	5
Maroc (n=1 398)	5	0,4	4
Autres Maghreb et Egypte (n=400)	0	0,0	6
Congo (n=440)	5	1,1	1
Autres Afrique subsaharienne (n=632)	<5	0,5	3
Amérique du Nord (n=101)	0	0,0	6
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=112)	0	0,0	6
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=106)	0	0,0	6
Asie du Sud-Est (n=349)	<5	0,6	2
Océanie (n=0)	0	0,0	6
Autres (réfugié, radié, sans domicile, indéterminé) (n=79)	0	0,0	6
Réponses manquantes (n=5)	0	0,0	6

Table 16 : Taux d'hypertension gravidique selon la nationalité d'origine de la mère (N=37 380)			
Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence
Belgique (n=28 508)	652	2,3	3
UE15 moins Belgique (n=3 454)	67	1,9	5
UE27 moins Belgique et UE15 (n=354)	<5	1,1	8
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=645)	7	1,1	8
Autres Europe (n=11)	0	0,0	11
Turquie (n=786)	14	1,8	6
Maroc (n=1 398)	12	0,9	10
Autres Maghreb et Egypte (n=400)	<5	1,0	9
Congo (n=440)	22	5,0	1
Autres Afrique subsaharienne (n=632)	12	1,9	5
Amérique du Nord (n=101)	<5	2,0	4
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=112)	<5	3,6	2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=106)	0	0,0	11
Asie du Sud-Est (n=349)	6	1,7	7
Océanie (n=0)	0	0,0	11
Autres (réfugié, radié, sans domicile, indéterminé) (n=79)	0	0,0	11
Réponses manquantes (n=5)	0	0,0	11

Au regard des taux d'hypertension ci-dessus, en comparaison avec la littérature sur le sujet, cette donnée semble insuffisamment complétée. On remarque cependant que les facteurs de risque augmentent lorsque l'enfant est mort-né, que la grossesse est multiple ou que l'âge maternel est avancé, et que les prévalences varient selon la nationalité d'origine, en toute logique, mais ceci peut également signifier que cette variable est davantage complétée lorsque la grossesse se complique et que l'équipe soignante s'est montrée attentive aux complications maternelles de la grossesse.

Le taux de diabète (reprenant autant les diabètes gestationnels que les diabètes préexistants) est ici peu élevé, et est à comparer à celui de la Flandre qui était de 1,8 % en 2008. On ne peut se prononcer quant à la fiabilité de ces réponses, car les taux de diabète gestationnel sont extrêmement variables d'une population à l'autre et selon les méthodes de dépistage et de diagnostic utilisées (8).

2.4 Caractéristiques de l'enfant

2.4.1 Poids de naissance

2.4.1.1 Poids moyen de l'enfant

3226,4 g ± 551,2 (minimum : 325 g – maximum : 5934 g)
Le poids n'a pu être obtenu pour 9 naissances.

2.4.1.2 Répartition du poids de naissance

Poids (g)	Singletons (n=36 765)		Grossesses multiples (n=1 225)	
	Nombre	%	Nombre	%
<500	6	0,0	3	0,2
500-999	106	0,3	30	2,5
1000-1499	183	0,5	67	5,5
1500-1999	388	1,1	181	14,8
2000-2499	1 659	4,5	406	33,1
2500-2999	7 555	20,6	422	34,5
3000-3499	15 294	41,6	104	8,5
3500-3999	9 303	25,3	7	0,6
4000-4499	2 004	5,5	3	0,2
≥ 4500	259	0,7	1	0,1
Inconnu	8	0,0	1	0,1

Poids (g)	Singletons	Grossesses multiples
	%	%
<500	0,0	0,0
500-999	0,4	3,4
1000-1499	0,4	5,6
1500-1999	0,9	14,6
2000-2499	3,3	33,8
2500-2999	16,2	31,6
3000-3499	39,4	10,0
3500-3999	30,0	0,9
4000-4499	8,2	0,1
≥ 4500	1,1	0,0

2.4.1.3 Prévalence du petit poids de naissance

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g est de 3 029 pour 37 990 naissances (**8,0 %**) au total, et de 2914 pour 37 826 naissances vivantes (**7,7 %**). En 2004, ce taux était de 7,8 % en Wallonie et de 6,8 % à Bruxelles (3).

Donnée comparative
Flandre 2008 (1)

Petit poids de naissance : 6,9 %

Les recommandations européennes en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g et d'un âge supérieur à 37 semaines. On obtient alors **3,38** petits poids pour 100 naissances vivantes de plus de 37 semaines, contre **13,51** petits poids pour 100 mort-nés.

Le taux de petits poids est donc plus élevé en Wallonie que dans les autres régions du pays et parmi les plus élevés en Europe (2). Cette différence que l'on observe avec les autres régions du pays persiste depuis les années 90 (4). Il faut toutefois ajouter un élément important, qui est la grande variation d'attitude face aux accouchements à des âges gestationnels limites, qui pourrait expliquer, du moins en partie, les différences observées.

2.4.1.4 Facteurs de risque

Table 18 : Poids de naissance < 2500 g selon l'âge maternel (N=37 990)		
Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=2)	0	0,0
15-19 (n=1 483)	156	10,5
20-24 (n=6 571)	579	8,8
25-29 (n=12 979)	913	7,0
30-34 (n=10 896)	811	7,4
35-39 (n=5 051)	452	9,0
40-44 (n=942)	108	11,5
45-49 (n=55)	8	14,6
Inconnu (n=2)	<5	100,0

L'observation qu'un âge maternel précoce ou au contraire avancé, est associé à un taux plus élevé de prématurité et de petit poids de naissance, est confirmée par plusieurs études (9).

Table 19 : Poids de naissance < 2500 g selon la nationalité d'origine (N=37 990)			
Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence
Belgique (n=28 957)	2 391	8,3	3
UE15 moins Belgique (n=3 523)	285	8,1	4
UE27 moins Belgique et UE15 (n=357)	19	5,3	13
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=654)	35	5,4	12
Autres Europe (n=11)	0	0,0	16
Turquie (n=799)	55	6,9	7
Maroc (n=1 417)	78	5,5	11
Autres Maghreb et Egypte (n=405)	23	5,7	10
Congo (n=450)	45	10,0	2
Autres Afrique subsaharienne (n=645)	48	7,4	6
Amérique du Nord (n=103)	7	6,8	8
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=115)	9	7,8	5
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=107)	5	4,7	14
Asie du Sud-Est (n=352)	21	6,0	9
Océanie (n=0)	<5	0,0	16
Autres (réfugié, radié, sans domicile, indéterminé) (n=80)	<5	3,8	15
Réponses manquantes (n=6)	5	83,3	1

La dispersion des petits poids de naissance selon la nationalité d'origine suit la même tendance qu'à Bruxelles en 2004, où les enfants nés de mères congolaises d'origine ont le plus haut taux de poids inférieurs à 2500 g, tandis que les enfants nés de mères marocaines d'origine ont plus rarement un faible poids de naissance (3).

Il a déjà été démontré que les mères allochtones pouvaient, selon le pays d'origine, soit subir davantage de complications obstétricales (accouchement instrumental, faible poids de naissance, prématurité, mortalité foetale), soit faire preuve de résultats semblables ou meilleurs (10). Le lien entre la nationalité d'origine et le poids de naissance d'une part et différents facteurs de morbidité et mortalité d'autre part, n'est pas directement causal, et il faut tenir compte de multiples paramètres (11). Les patientes d'origine subsaharienne cumulent une série de facteurs de risque physiologiques et sociodémographiques, notamment l'hypertension chronique ou gravidique, un taux plus élevé de grossesses multiples, un âge maternel précoce à la première grossesse ou au contraire avancé pour les grandes multipares, une précarité

sociale, qui peuvent expliquer en partie la prévalence élevée de petits poids de naissance et de prématurité. À l'inverse, il est connu que les enfants de mères d'origine maghrébine sont moins souvent de faible poids ou prématurés. Ceci s'explique partiellement par les différences en matière de nutrition, de prévalence de diabète gestationnel et de tabagisme (12).

On remarque par ailleurs que le taux de réponses manquantes est très faible (<1 %) mais que c'est dans cette catégorie que le taux de faibles poids est le plus prévalent.

	Nombre de petits poids de naissance	%
Active (n=22 053)	1 498	6,8
Étudiante (n=667)	54	8,1
Sans profession / chômage / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=14 999)	1 449	9,7
Réponses manquantes (n=271)	28	10,3

2.4.2 Durée de la grossesse

2.4.2.1 Durée moyenne de la grossesse

38,6 semaines \pm 1,9 (minimum : 21 semaines – maximum : 42 semaines)
L'âge gestationnel n'a pu être obtenu dans 10 cas.

2.4.2.2 Répartition de l'âge gestationnel

Âge (semaines)	Singletons (n=36765)		Grossesses multiples (n=615)	
	Nombre	%	Nombre	%
21-24	14	0,0	6	1,0
25	21	0,1	<5	0,2
26-27	75	0,2	8	1,3
28-31	204	0,6	36	5,9
32-36	2 245	6,1	284	46,2
\geq 37	34 196	93,0	280	45,5
Inconnu	10	0,0	0	0,0

Âge (semaines)	Singletons	Grossesses multiples
	%	%
< 28	0,3	2,7
28-31	0,5	7,0
32-36	5,6	47,5
\geq 37	93,6	42,8

2.4.2.3 Prévalence de prématurité

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 2 894 pour un total de 37 380 accouchements (7,7 %), 7,4 % pour les accouchements de singletons et 54,5 % pour les accouchements de jumeaux. En Flandre en 2008 (1), le taux global d'accouchements prématurés était de 7,4 % ;

Les taux publiés pour l'année 2004 en Wallonie et à Bruxelles étaient de 8,5 et 7,1 pour 100 naissances vivantes respectivement. Avec le même calcul, on obtient 8,2 pour 100 naissances vivantes en Wallonie en 2008.

Le taux de prématurité des enfants nés en Wallonie dépasse légèrement ceux obtenus en Flandre et à Bruxelles, et fait partie des taux les plus élevés d'Europe (2). Plusieurs facteurs sont à l'origine de la

prématurité, notamment les grossesses multiples, les facteurs de risque médicaux tels que l'hypertension, l'âge maternel et des facteurs socio-économiques. On peut supposer que la distribution complexe de ces facteurs est différente en Wallonie et défavorable. Il faut cependant rappeler que le taux d'accouchements multiples n'est pas différent des autres régions.

Toutefois, des variations d'attitude face à des situations obstétricales difficiles, à des âges gestationnels précoces, peuvent entraîner des différences importantes dans les taux retrouvés.

15,9 % des accouchements avant 37 semaines ont été induits, et 39,2 % ont nécessité une césarienne (11,9 % après induction préalable).

**Donnée comparative
Flandre 2008 (1)**

Accouchement < 37 semaines : 7,4 %

2.4.2.4 Facteurs de risque

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=2)	0	0,0
15-19 (n=1 474)	128	8,7
20-24 (n=6 500)	555	8,5
25-29 (n=12 788)	911	7,1
30-34 (n=10 685)	765	7,2
35-39 (n=4 944)	432	8,7
40-44 (n=924)	95	10,3
45-49 (n=51)	6	11,8
Réponses manquantes (n=2)	<5	100,0

Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence
Belgique (n=2 8501)	2 276	8,0	6
UE15 moins Belgique (n=3 453)	258	7,5	7
UE27 moins Belgique et UE15 (n=354)	32	9,0	4
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=644)	35	5,4	13
Autres Europe (n=11)	<5	9,1	3
Turquie (n=786)	54	6,9	8
Maroc (n=1 398)	74	5,3	14
Autres Maghreb et Egypte (n=400)	22	5,5	12
Congo (n=440)	50	11,4	2
Autres Afrique subsaharienne (n=631)	37	5,9	10
Amérique du Nord (n=101)	9	8,9	5
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=112)	10	8,9	5
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=106)	6	5,7	11
Asie du Sud-Est (n=349)	23	6,6	9
Océanie (n=0)	0	0,0	16
Autres (réfugié, radié, sans domicile, indéterminé) (n=79)	<5	3,8	15
Réponses manquantes (n=5)	<5	80,0	1

Ces taux d'accouchements prématurés en fonction de la nationalité d'origine sont superposables à ceux observés en 2004 à Bruxelles. En effet, le taux est élevé pour les mères originaires du Congo, et faible chez les mères marocaines.

Table 24 : Accouchements < 37 semaines selon la situation professionnelle (N=37 380)		
Situation professionnelle	Nombre	%
Active (n=21 673)	1 529	7,1
Étudiante (n=663)	48	7,2
Sans profession / chômage / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=14 772)	1 291	8,7
Réponses manquantes (n=262)	26	9,9

Le taux de réponses manquantes est très faible (<1 %) mais la distribution ne se répartit pas de façon égale aux autres groupes, et on retrouve une proportion plus importante de prématurés dans cette dernière catégorie.

2.4.3 Apgar

2.4.3.1 Score d'apgar à 1 minute

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

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

Le score d'apgar à 1 minute manque pour 131 naissances (0,3 %).

2.4.3.2 Score d'apgar à 5 minutes

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

La distribution s'étale de 0,0 % à 3,1 % pour les naissances vivantes à terme dans les différentes maternités.

En cas de naissance vivante par voie basse à terme, ce taux varie de 0,0 % à 3,0 % ; en cas de césarienne, de 0,0 % à 5,2 %.

En cas d'accouchement en sommet vivant à terme, ce taux est de 1,3 %, en cas de siège, 1,0 %.

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

Cette distribution s'étale de 0,0 % à 0,7 % pour les naissances vivantes à terme dans les différentes maternités.

Le score d'apgar à 5 minutes manque pour 14 naissances.

2.4.4 Sexe

Table 25 : Sexe de l'enfant (N=37 990)		
	Nombre	%
Masculin	19 618	51,6
Féminin	18 371	48,4
Indéterminé	<5	

Le sexe "indéterminé" concerne une grossesse morte de 23 semaines .

2.4.5 Accouchements multiples

2.4.5.1 Prévalence

Table 26 : Détails des accouchements multiples		Donnée comparative Flandre 2008 (1)
	599 accouchements de jumeaux vivants (couples)	Taux d'accouchements multiples : 1,8 %
	10 accouchements gémellaires d'1 vivant et 1 mort-né	
	5 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 fœtus non déclaré mort in utero entre 14 et 22 semaines	
	1 accouchement d'une grossesse triple de 2 mort-nés de 24 semaines et 1 fœtus <22 semaines	
Total :	615 grossesses multiples ayant abouti à un accouchement (1,64 %)	

En Wallonie en 2004, on comptait 1,6 % d'accouchements multiples.

On n'observe cette année qu'une seule naissance triple. Ceci peut être en partie expliqué par la réglementation en vigueur en fécondation in vitro qui limite le nombre d'embryons. Cependant, de nombreuses grossesses multiples sont causées par les techniques de stimulation de l'ovulation simples non suivies de FIV et non réglementées. La survenue d'une grossesse de haut rang (supérieur à 2) peut toutefois être suivie d'une réduction embryonnaire vers une grossesse unique ou gémellaire. Il n'existe pas de surveillance de cette technique de stimulation et il n'existe pas d'enregistrement des réductions embryonnaires.

Le problème des grossesses multiples issues de la procréation médicalement assistée est devenu un sujet de préoccupation mondiale en termes de santé publique. Ce phénomène a stimulé une tentative de réduction du nombre de grossesses multiples issues de la fécondation in vitro en Belgique. Un premier effort a consisté en la limitation, dans plusieurs centres, du transfert à deux embryons (13). Cette initiative a permis de diminuer le nombre de grossesses triples, mais n'a pas modifié le taux de grossesses gémellaires. Un Registre National de la Procréation Médicalement Assistée, rendant la déclaration des cycles obligatoires, a été créé dès le début des années 90 et a amélioré sa fiabilité sur le plan épidémiologique dans le cadre du Collège belge de Médecine Reproductive. Une politique de limitation des transferts d'embryons, tenant compte de l'âge de la patiente et du rang de l'essai, a été négociée et a fait l'objet d'un arrêté ministériel en 2003. Cette stratégie s'est assortie d'une réduction drastique du nombre de grossesses gémellaires liées à la fécondation in vitro, passant d'un taux de 26 % à moins de 10 %, sans diminution significative du nombre d'accouchements, deux ans après la mise en application de la loi (14).

D'autres facteurs influencent le taux de grossesses multiples et l'issue de cette grossesse. Le taux de grossesses gémellaires dizygotés semble être influencé notamment par l'origine ethnique, l'âge maternel, le poids de la mère, la taille de la mère et les antécédents familiaux. En particulier, il a été montré qu'il y avait plus de jumeaux en Afrique subsaharienne, indépendamment des techniques de procréation médicalement assistée et de l'âge maternel (15).

2.4.5.2 Facteurs de risque

Table 27 : Accouchements multiples et âge maternel (N=615)		
	Nombre	%
<20 (n=1 476)	10	0,7
20-29 (n=19 292)	263	1,4
30-39 (n=15 635)	320	2,1
≥40 (n=975)	22	2,3
Inconnu (n=2)	0	0,0

Table 28 : Taux d'accouchements multiples par nationalité (N=615)			
Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence
Belgique (n=28 508)	458	1,6	7
UE15 moins Belgique (n=3 454)	72	2,1	5
UE27 moins Belgique et UE15 (n=354)	<5	0,9	10
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=645)	9	1,4	8
Autres Europe (n=11)	0	0,0	11
Turquie (n=786)	13	1,7	6
Maroc (n=1 398)	19	1,4	8
Autres Maghreb et Egypte (n=400)	5	1,3	9
Congo (n=440)	11	2,5	4
Autres Afrique subsaharienne (n=632)	13	2,1	5
Amérique du Nord (n=101)	<5	3,0	2
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=112)	<5	2,7	3
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=106)	<5	0,9	10
Asie du Sud-Est (n=349)	<5	0,9	10
Océanie (n=0)	0	0,0	11
Autres (réfugié, radié, sans domicile, indéterminé) (n=79)	<5	1,3	9
Inconnu (n=5)	<5	20,0	1

2.5 Caractéristiques de l'accouchement

2.5.1 Présentation de l'enfant à la naissance

Table 29 : Présentation de l'enfant pour les naissances uniques vivantes (N=36 613)		
Type	Nombre	%
Sommet fléchi	33 526	91,6
Sommet autre	1 213	3,3
Siège	1 751	4,8
Transverse	113	0,3
Réponses manquantes	10	0,0

Table 30 : Présentation de l'enfant pour les naissances uniques mortes à terme (N=34)		
Type	Nombre	%
Sommet fléchi	28	82,4
Sommet autre	<5	8,8
Siège	<5	8,8
Transverse	0	0,0
Réponses manquantes	0	0,0

Type	Nombre	%
Sommet fléchi	75	64,1
Sommet autre	8	6,8
Siège	30	25,6
Transverse	<5	0,9
Réponses manquantes	<5	2,6

L'âge gestationnel n'est pas connu pour une grossesse unique morte.

Type	Nombre	%
Sommet sommet	279	45,7
Sommet siège	144	23,6
Siège siège	64	10,5
Siège sommet	44	7,2
Sommet transverse	31	5,1
Siège transverse	23	3,8
Transverse transverse	9	1,5
Transverse siège	<5	0,7
Transverse sommet	<5	0,5
Présentation manquante pour au moins un jumeau	9	1,5

Les 5 grossesses gémeillaires dont un jumeau était mort in utero avant 22 semaines ont donné lieu à une naissance d'un enfant en sommet.

2.5.2 Accouchement par césarienne

2.5.2.1 Prévalence globale

La prévalence globale est de **20,5 %** et respectivement de 19,9 % et 59,3 % pour les accouchements uniques et multiples.

Onze césariennes de grossesses gémeillaires ont été réalisées en cours d'accouchement, sur le deuxième jumeau.

Le taux de césariennes va de 13,3 % à 36,9 % selon la maternité.

Données comparatives Flandre 2008 (1)
Prévalence globale : 19,5 %
Grossesses multiples : 57,2 %

Le type d'accouchement est inconnu pour 5 naissances d'enfants mort-nés.

Le taux de césariennes est en constante augmentation et est élevé en Wallonie. Il est cependant dépendant de nombreux facteurs en interrelation, notamment l'âge maternel, l'âge gestationnel et le poids de l'enfant. On observe aussi des variations du taux selon la nationalité d'origine. En effet, le taux de césariennes observé chez les mères de nationalité subsaharienne ou américaine dépasse 30 % pour les accouchements uniques.

2.5.2.2 Césariennes et présentation de l'enfant

Table 33 : Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants (N=36 613)

Type	Nombre de césariennes	%
Sommet fléchi (n=33 526)	5 110	15,2
Sommet autre (n=1 213)	501	41,3
Siège (n=1 751)	1 565	89,4
Transverse (n=113)	111	98,2
Inconnu (n=10)	<5	30,0

Table 34 : Taux de césariennes selon la présentation pour les jumeaux (N=615)

Type	Nombre de césariennes	%
Sommet sommet (n=280)	100	35,7
Sommet siège (n=144)	83	57,6
Siège siège (n=63)	62	98,4
Siège sommet (n=44)	40	90,9
Sommet transverse (n=31)	23	74,2
Siège transverse (n=23)	23	100,0
Transverse transverse (n=9)	9	100,0
Transverse siège (n=4)	<5	100,0
Transverse sommet (n=3)	<5	66,7*
Jumeau seul avec mort in utero < 22 semaines (n=5)	<5	20,0
Inconnu (n=9)	8	88,9

*1 naissance concerne des jumeaux de <25 semaines

Table 35 : Taux de césariennes pour les singletons en siège selon la parité et l'âge gestationnel (N=1 785)

	Nombre	%
Primipares (n=975)	911	93,4
Primipares < 28 semaines (n=22)	11	50,0
Primipares 28-31 semaines (n=26)	19	73,1
Primipares 32-36 semaines (n=101)	96	95,1
Primipares ≥ 37 semaines (n=825)	784	95,0
Multipares (n=810)	660	81,5

Données comparatives Flandre 2008 (1)

%
95,5
87,6
96,8
84,9

2.5.2.3 Césariennes et maternités

Afin de réduire le risque de comparer des populations très hétérogènes issues de maternités différentes, nous avons décidé de comparer les taux de césariennes pour les grossesses uniques à terme. Outre la taille des maternités, leur caractère académique ou non, avec centre néonatal de type NIC (neonatal intensive care) ou non, il existe des facteurs liés à l'équipe médicale. En effet, des services de grande taille dont on attendrait des résultats standardisés peuvent faire preuve d'une hétérogénéité des pratiques, et de petites équipes peuvent à l'inverse avoir des attitudes systématisées. Une étude belge (16) basée sur le Résumé Clinique Minimum de chaque séjour hospitalier a divisé les maternités en 3 groupes suivant l'écartement du taux de césariennes par rapport à la moyenne belge, pour les singletons vivants à terme en sommet, avec un poids de naissance compris entre 2500 g et 4500 g : taux de césariennes faible, moyen ou élevé. Les taux d'apgar ont été comparés dans les différents groupes selon la voie d'accouchement. Dans cette étude, un taux de césariennes élevé est paradoxalement accompagné d'un excès du taux global de score

d'apgar inférieur à 4 à 1 minute, et de la même façon, un taux de césariennes bas s'assortissait d'un taux global plus élevé de score d'apgar entre 4 et 6 à 5 minutes, et inférieur à 7 à 1 minute, par rapport au groupe intermédiaire. Les auteurs concluent au fait que ce dernier groupe semble être le meilleur point de référence bien que de nombreux autres critères doivent être inclus dans cette évaluation, notamment le statut socio-économique.

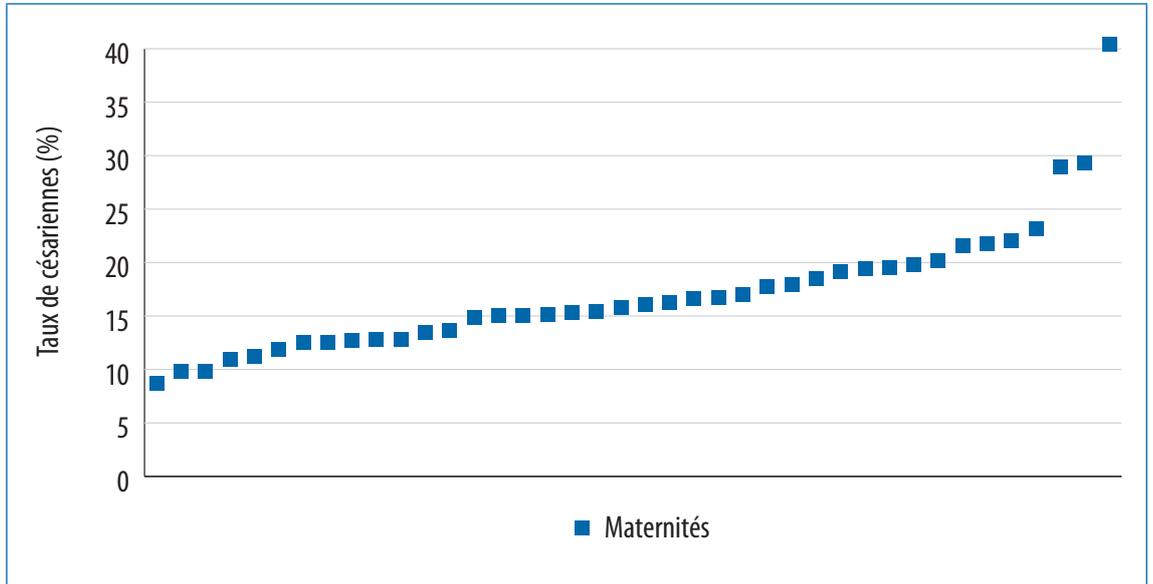


Figure 4 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour les grossesses uniques vivantes en sommet \geq 37 semaines (N=14 252)
 Total : 16,2 %, min : 8,7 % ; max : 40,4 %

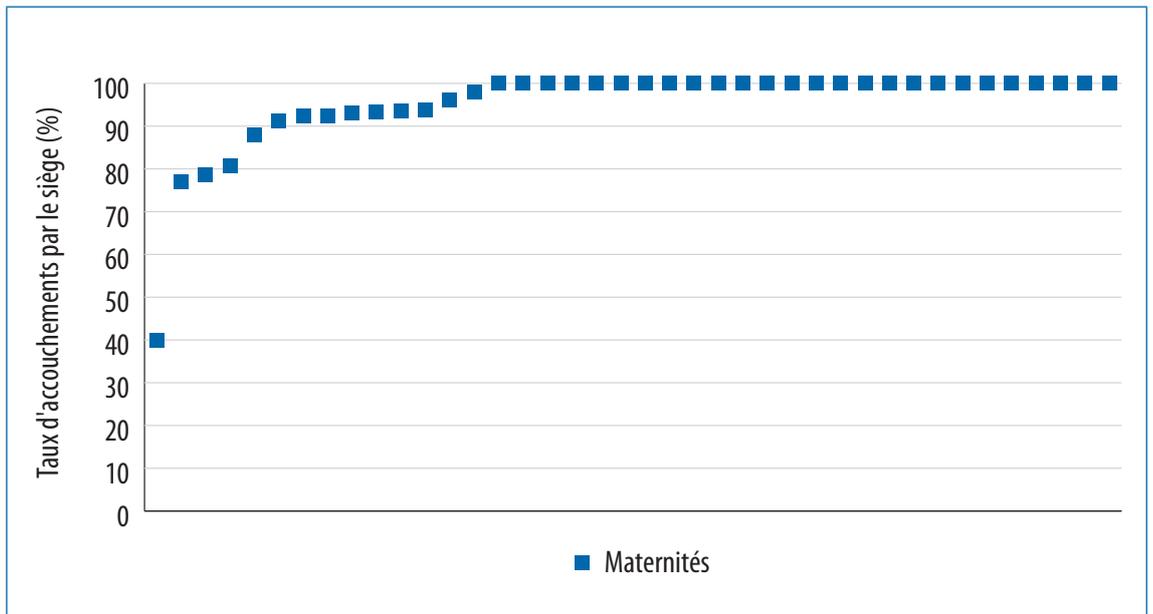


Figure 5 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour les grossesses uniques vivantes en siège de \geq 37 semaines (N=823)
 Total : 95,1 %, min : 40,0 % ; max : 100,0 %

2.5.2.4 Césariennes et âge maternel

Âge (années)	Nombre de césariennes	%
10-14 (n=2)	0	0,0
15-19 (n=1 464)	219	15,0
20-24 (n=6 428)	1 088	16,9
25-29 (n=12 601)	2 382	18,9
30-34 (n=10 478)	2 185	20,9
35-39 (n=4 837)	1 186	24,5
40-44 (n=906)	242	26,7
45-49 (n=47)	17	36,2
Inconnu (n=2)	0	0,0

2.5.2.5 Césariennes et nationalité d'origine

Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence
Belgique (n=28 050)	5 291	18,9	12
UE15 moins Belgique (n=3 382)	792	23,4	6
UE27 moins Belgique et UE15 (n=351)	68	19,4	11
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=636)	96	15,1	14
Autres Europe (n=11)	<5	9,1	15
Turquie (n=773)	145	18,8	13
Maroc (n=1 379)	307	22,3	8
Autres Maghreb et Egypte (n=395)	84	21,3	9
Congo (n=429)	145	33,8	1
Autres Afrique subsaharienne (n=619)	199	32,2	3
Amérique du Nord (n=98)	32	32,7	2
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=109)	35	32,1	4
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=105)	24	22,9	7
Asie du Sud-Est (n=346)	84	24,3	5
Océanie (n=0)	0	0,0	16
Autres (réfugié, radié, sans domicile, indéterminé) (n=78)	16	20,5	10
Réponses manquantes (n=4)	0	0,0	16

2.5.2.6 Césariennes et poids de naissance

Table 38 : Taux de césariennes selon le poids de naissance pour les singletons (N=36 765)		
Poids (g)	Nombre de césariennes	%
<500 (n=6)	<5	50
500-999 (n=106)	50	47,2
1000-1499 (n=183)	114	62,3
1500-1999 (n=388)	194	50,0
2000-2499 (n=1 659)	531	32,0
2500-2999 (n=7 555)	1 563	20,7
3000-3499 (n=15 294)	2 706	17,7
3500-3999 (n=9 303)	1 631	17,5
4000-4499 (n=2 004)	452	22,6
≥4500 (n=186)	73	39,2
Inconnu (n=6)	<5	33,3

Données comparatives Flandre 2008 (1)	
Poids (g)	%
<500	
500-999	34,5
1000-1499	62,6
1500-1999	34,8
2000-2499	
2500-2999	17,8
3000-3499	
3500-3999	
4000-4499	
≥4500	

Table 39 : Taux de césariennes selon le poids de naissance pour les accouchements multiples (N=1 225)		
Poids (g)	Nombre de césariennes	%
<500 (n=3)	<5	33,3
500-999 (n=30)	11	36,7
1000-1499 (n=67)	45	67,2
1500-1999 (n=181)	116	64,1
2000-2499 (n=406)	222	54,7
2500-2999 (n=422)	254	60,2
3000-3499 (n=104)	59	56,7
3500-3999 (n=7)	<5	42,9
4000-4499 (n=3)	<5	100,0
≥4500 (n=1)	<5	100,0
Inconnu (n=1)	0	0,0

Données comparatives Flandre 2008 (1)	
Poids (g)	%
<500	
500-999	48,2
1000-1499	68,3
1500-1999	56,9
2000-2499	
2500-2999	55,0
3000-3499	
3500-3999	
4000-4499	
≥4500	

2.5.2.7 Césariennes et âge gestationnel

Table 40 : Taux de césariennes selon l'âge gestationnel pour les singletons (N=36 765)		
Âge (semaines)	Nombre de césariennes	%
<28 (n=110)	49	44,5
28-31 (n=204)	106	52,0
32-36 (n=2 245)	782	34,8
≥37 (n=34 196)	6 380	18,7
Inconnu (n=10)	<5	20,0

Données comparatives Flandre 2008 (1)	
Âge (semaines)	%
<28	26,6
28-31	57,7
32-36	30,7
≥37	17,8

Âge (semaines)	Nombre de césariennes	%
<28 (n=15)	<5	26,7
28-31 (n=36)	25	69,4
32-36 (n=284)	168	59,2
≥37 (n=280)	158	56,4
Inconnu (n=0)	0	0,0

Âge (semaines)	%
<28	41,2
28-31	60,2
32-36	57,8
≥37	52,9

2.5.3 Accouchement instrumental

	Nombre	%
Ventouse seule	2 018	5,3
Forceps seuls sur sommet	1 132	3,0
Forceps seuls sur siège	5	0,0
Ventouse et forceps	108	0,3
Ventouse et césarienne	15	0,0
Forceps et césarienne	52	0,1
Forceps sur siège et césarienne	<5	0,0
Ventouse et forceps et césarienne	6	0,0
Total ventouse ou forceps	3 339	8,8

Ventouse : 9,5 %
Forceps : 0,8 %

2.5.4 Induction de l'accouchement

2.5.4.1 Prévalence

On constate que **32,6 %** des accouchements ont été induits, ou 34,0 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme. Le taux d'induction des grossesses uniques vivantes en sommet à terme va de 34,9 % à 35,2 % pour les primipares et les multipares respectivement.

Induction : 25,3 %

Le projet euro-peristat recommande de présenter les taux d'induction par 100 grossesses vivantes ou mortes. Il faut préciser que le taux obtenu en Wallonie en 2008 est largement plus élevé que l'ensemble des taux d'induction dans les autres pays européens en 2004, à l'exception de Malte (37,9 %) (2).

La notification de l'induction est manquante pour 147 accouchements (0,4 %).

2.5.4.2 Inductions et maternités

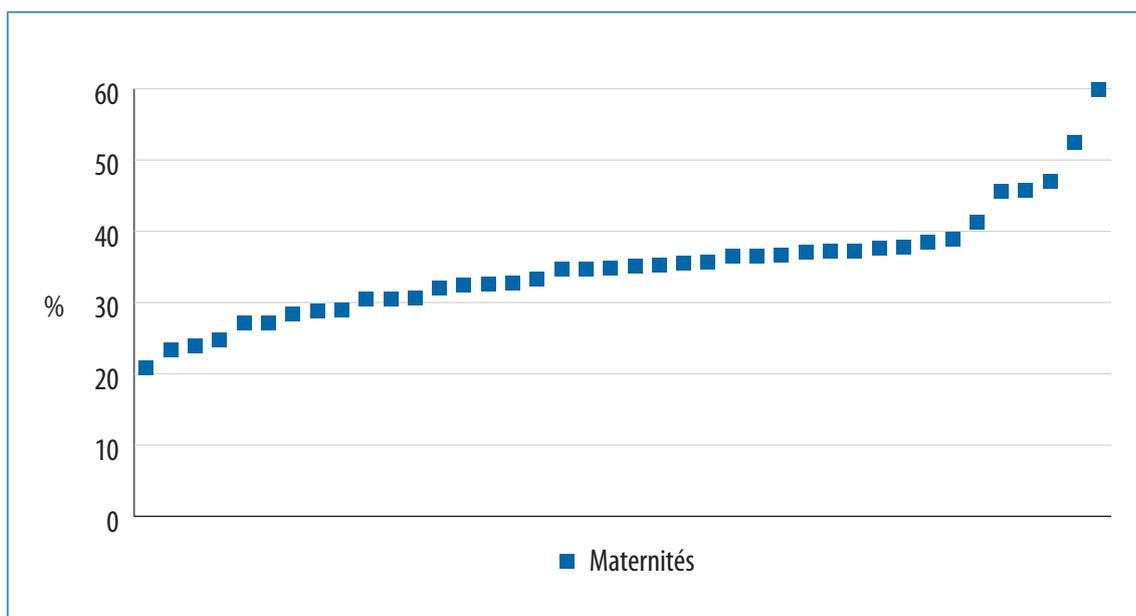


Figure 6 : Taux d'induction par maternité pour les grossesses uniques vivantes de ≥ 37 semaines

2.5.4.3 Inductions et césariennes

Table 43 : Taux de césariennes après induction pour les naissances uniques vivantes en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare (N=14 253)

	Nombre de césariennes	%
Induction (n=4 977)	1 023	20,6
Pas d'induction (n=9 235)	1 268	13,7
Réponses manquantes (n=41)	17	41,5
Total (n=14 253)	2 308	16,2

Table 44 : Taux de césariennes après induction pour les naissances uniques vivantes en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare (N=18 316)

	Nombre de césariennes	%
Induction (n=6 440)	515	8
Pas d'induction (n=11 810)	2 069	17,5
Réponses manquantes (n=66)	49	74,2
Total (n=18 316)	2 633	14,4

En 2008, la question relative aux antécédents de césarienne ne figurait pas encore sur la déclaration de naissance. C'est pourquoi le taux de césariennes chez les multipares, avec ou sans induction, est difficile à interpréter. L'analyse des taux de césariennes sera facilitée dans les années à venir avec la mise en place du volet CEpiP.

2.5.5 Accouchements sans intervention obstétricale

Il s'agit des accouchements après 37 semaines, sans instrumentation, sans induction. Il est aussi conseillé de n'y inclure que les accouchements sans épisiotomie, mais nous ne disposons pas de cette information sur les volets médicaux de 2008. Ce sera par contre le cas dès 2009 avec la mise en circulation des volets CEpiP.

On comptabilise **70,6 %** d'accouchements sans intervention obstétricale en 2008.

2.6 Lieu d'accouchement

2.6.1 Accouchements en maternité

En Communauté française en Wallonie nous comptons 262 communes, 40 maternités et 4 maisons de naissances.

Nombre d'accouchements	Nombre de maternités
<500	8
500-999	18
1000-1499	9
1500-1999	<5
2000+	<5

2.6.2 Accouchements à domicile

Nous avons comptabilisé 222 naissances à domicile, dont 2 paires de jumeaux, c'est-à-dire 6,0 pour mille naissances. Ce taux était de 3 pour mille en 2004 et 1 pour mille en 1995 en Wallonie (6;4).

Ces accouchements sont répartis comme suit :

- 51 en maison de naissance
- 118 à domicile
- 53 hors maternités non prévus, en urgence, dont 40 sur le chemin de la maternité.

Donnée comparative Flandre 2008 (1)
Taux d'accouchements à domicile : 9,6 pour mille

2.6.2.1 Accouchement à domicile et âge maternel

Âge (années)	Nombre	%
15-19 (n=1 481)	0	0,0
20-24 (n=6 572)	9	0,1
25-29 (n=12 974)	54	0,4
30-34 (n=10 905)	68	0,6
35-39 (n=5 059)	31	0,6
>40 (n=997)	7	0,7

Le taux d'accouchements à domicile augmente avec l'âge de la mère. Ceci reste vrai avec le même gradient que la patiente soit primi- ou multipare. Cependant, ce tableau compare des populations différentes, et en particulier ici presque 2 générations différentes, à une même date et non les mêmes patientes au fur et à mesure. On ne peut donc pas affirmer l'effet de l'âge seul sur la décision d'accoucher à domicile ou en maison de naissance.

2.7 Mortinatalité

2.7.1 Problématique autour de la législation actuelle

Plusieurs aspects doivent être pris en compte dans l'évaluation de la prévalence des mort-nés entre 22 et 26 semaines. En effet, des contradictions entre des attitudes médicales et les lois en vigueur viennent compliquer leur enregistrement :

- la législation sur l'établissement des bulletins statistiques de décès (AR 17/6/99), qui définit comme mort-nés tous les fœtus de ≥ 500 grammes et ≥ 22 semaines, à l'instar de la majorité des pays européens (Grèce, Luxembourg, Suède : 28 semaines)
- la législation sur les déclarations de décès (circulaire ministérielle 10/6/99), qui octroie un n° d'acte de décès à tous les mort-nés de ≥ 180 jours de gestation, qui sont convertis en 25+4 ou 27+4 semaines selon les institutions
- la nomenclature INAMI où ne sont considérées comme des accouchements que les naissances ≥ 180 jours de gestation
- la circulaire ministérielle (27/3/2000) relative à l'allocation de naissance qui fixe la limite de son octroi à 180 jours de gestation
- les limites de la réanimation néonatale, dont les frontières se situent entre 23 et 25 semaines et varient d'un centre à l'autre
- les variations d'attitude qui tendent vers la déclaration ou non de l'enfant, sur base d'une décision émanant de l'équipe soignante et prenant en compte l'avis et le vécu des parents :
 - en cas d'interruption médicale de grossesse après 22 semaines
 - en cas de décès d'un enfant entre 22 et 26 semaines, où la décision de déclarer peut varier selon l'institution mais aussi et surtout selon chaque situation en particulier
 - Enfin, en cas de décès rapide après la naissance, l'enfant est suivant le cas et l'institution probablement déclaré né vivant puis décédé peu après la naissance, ou mort-né.

Lors du lancement du CEpiP, des difficultés autour de l'enregistrement des mort-nés dans les hôpitaux wallons et bruxellois se sont présentées. En effet, le personnel soignant exprime ne pas toujours connaître les "directives" de l'enregistrement. Le relatif non-respect de la loi visant à l'enregistrement des mort-nés de 22 semaines ou 500 grammes mène à une sous-estimation du taux de mort-nés.

En 2008, 6 naissances entre 21 et 24 semaines qui n'ont bénéficié d'aucune intervention médicale et avaient un apgar ≤ 1 à 1 et 5 minutes, ont été déclarées naissances vivantes, démontrant ainsi la complexité du sujet. De plus, 3 de ces naissances n'ont pas été suivies d'un bulletin de décès.

Lors des visites aux maternités en 2009, le CEpiP a fait un rappel des directives. L'évolution reste donc à suivre mais la fiabilité de cette donnée devrait s'améliorer.

2.7.2 Chiffres

On compte 257 décès avant l'âge d'1 an, dont 164 mort-nés. Ces derniers représentent 4,3 mort-nés pour 1000 naissances vivantes. Ce taux est exactement le même que celui obtenu en Flandre en 2008 (1). En 2004 en Wallonie, ce taux était de 5 pour mille (6).

2.7.3 Âge gestationnel et poids de naissance

L'âge gestationnel moyen des enfants mort-nés est de $32,1 \pm 4,9$ semaines. Le poids de naissance moyen est de $1886,1 \pm 1080,5$ g.

2.7.4 Causes de mortalité fœtale

Table 47 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=164)			
		Nombre	%
Malformations : Total :		48	29,3
	Cœur	13	7,9
	Chromosomique	12	7,3
	Système nerveux	8	4,9
	Système ostéo-articulaire	6	3,7
	Appareil digestif	<5	1,8
	Malformations multiples/Association syndromique	<5	1,8
	Appareil urinaire	<5	1,2
	Fente labio-palatine	<5	0,6
Mort fœtale in utero sans cause apparente :		69	42,1
Diagnostic après autopsie* :			
	Compression du cordon	13	7,9
	Origine placentaire sans précision	5	3,0
	Autopsie non contributive ou non réalisée	51	31,1
Mort fœtale in utero avec cause probable précisée**		12	7,3
	Retard de croissance	5	3,0
	Stigmates malformatifs	<5	2,4
	Grossesse multiple sans précision	<5	1,8
Décollement placentaire		12	7,3
Infection maternelle à CMV		5	3,0
Prématurité ≤ 25 semaines		5	3,0
Asphyxie/Arrêt cardiaque		<5	1,2
Chorioamniotite		<5	1,2
Interruption de grossesse pour hémorragie cérébrale		<5	1,2
Autres :			
	Eclampsie	<5	0,6
	Hémorragie fœto-maternelle	<5	0,6
	Iso-immunisation rhésus	<5	0,6
	Interruption de grossesse pour retard de croissance sévère	<5	0,6
	Hémorragie non obstétricale	<5	0,6
	Placenta praevia	<5	0,6
Inconnu		<5	0,6
* Donnée obtenue par la Direction Générale de la Santé de la Communauté française auprès du médecin responsable de l'autopsie			
** Pas d'information complémentaire après l'autopsie éventuelle			

Les causes de mortalité retrouvées en Flandre en 2008 (1) diffèrent quelque peu. En effet, le taux de morts fœtales in utero sans cause apparente n'y est que de 25,7 %, qui peut sans doute être mis en relation avec notre taux de morts fœtales sans cause déterminée après autopsie. Le taux d'asphyxie à la naissance y est de 5,6 %, alors que nous n'avons enregistré que 2 cas. Il faut savoir que les enfants nés avec des malformations majeures, ou en asphyxie, ou très prématurés, peuvent selon les cas être déclarés mort-nés, ou nés vivants puis décédés rapidement après la naissance. Les différences de taux retrouvées traduisent peut-être des variations régionales dans les attitudes. Par ailleurs, la Flandre utilisait déjà en 2008, en plus des déclarations de décès classiques qui utilisent des questions ouvertes et sont codées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), le volet SPE. Ce dernier, comme le volet CEpiP introduit en 2009, ne permet qu'un nombre limité de causes de décès, suffisant pour une évaluation immédiate au moment de la naissance, et améliore la comparabilité des données.

2.7.5 Mort-nés et induction de l'accouchement

La mention "Interruption médicale de grossesse" n'apparaît pas toujours sur les certificats. La plupart des accouchements sont induits soit à la découverte d'une mort fœtale in utero, soit à la mise en évidence de malformations fœtales. Sur les 55 fœtus malformés ou présentant une fœtopathie mort-nés, 46 accouchements ont été induits (83,6 %).

Au total, 102 accouchements ont été induits (67,1 %).

2.7.6 Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel

Âge gestationnel (semaines)	Nombre de mort-nés (n=152)	%
21-24 (n=14)	8	57,1
25 (n=21)	8	38,1
26-27 (n=75)	19	25,3
28-31 (n=204)	33	16,2
32-36 (n=2 245)	49	2,2
≥37 (n=34 196)	34	0,0
Inconnu (n=10)	1	10,0

Données comparatives Flandre 2008 (1)

Singletons : 4 ‰
Grossesses multiples : 10,8 ‰

Le taux de mort-nés est de 4,1 et 9,8 pour 1 000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.

2.7.7 Taux de mort-nés et âge maternel

Âge (années)	Nombre de mort-nés (n=152)	%
< 20 (n=1 466)	9	0,6
20-29 (n=19 029)	65	0,3
30-39 (n=15 315)	70	0,5
≥ 40 (n=953)	6	0,6
Inconnu (n=2)	2	100

3. Conclusion

Il est préoccupant de constater que la proportion de mères de moins de 20 ans qui ont accouché en Wallonie (4,0 %) est plus élevée que dans les autres régions du pays et que dans la majorité des pays d'Europe occidentale. Ces grossesses menées à un âge maternel précoce sont accompagnées d'un taux élevé de prématurité et de faible poids à la naissance. On observe en Wallonie une prévalence élevée de ces deux complications de la grossesse par rapport aux autres régions. Il faut toutefois souligner qu'une partie des accouchements prématurés et des faibles poids de naissance peuvent s'expliquer par une variation des attitudes face à des situations obstétricales complexes à des âges gestationnels précoces. De la même façon, certains enfants nés à un âge gestationnel limite pour lesquels aucune mesure de réanimation n'a été entreprise, font l'objet tantôt d'une déclaration de naissance vivante, tantôt d'une déclaration de décès, voire même d'aucune déclaration. Le CEpiP a entrepris des démarches d'information du personnel soignant afin d'uniformiser la déclaration, en tout cas à partir d'un poids de naissance de 500 grammes ou d'un âge gestationnel de 22 semaines.

Par ailleurs, le taux de naissances gémellaires est resté stable ces dernières années et de façon étonnante on n'a observé qu'une seule grossesse triple ayant mené à un accouchement, ce qui met en évidence l'impact bénéfique de la politique en matière de procréation médicalement assistée imposée en 2003.

Le taux de césariennes a par contre progressé et dépasse maintenant la limite des 20 %, avec une grande variabilité en fonction des maternités. Le taux d'induction de l'accouchement figure parmi les plus élevés d'Europe. Parallèlement à cette médicalisation croissante de l'accouchement, on observe une augmentation des accouchements en maison de naissance ou à domicile programmés. On compte en effet 3 fois plus d'accouchements à domicile qu'en 2004 et 6 fois plus qu'en 1995, sans atteindre encore les taux observés en Flandre.

Ces différences de pratique, entre maternités wallonnes d'une part, et entre régions et pays européens d'autre part, même si elles sont probablement le résultat d'une association très complexe de multiples facteurs, doivent permettre une évaluation des soins en Wallonie, en matière de techniques médicales et de facteurs de risque maternels en Wallonie en particulier.

Ce rapport met en évidence des inégalités de santé marquées en fonction de différents critères sociaux tels que l'âge maternel, la situation professionnelle et la nationalité. Un monitoring permanent et une attention soutenue, en particulier à l'égard des jeunes mères, doivent être maintenus. Ces collectes de données se doivent d'être plus précises d'année en année afin d'identifier des situations particulièrement à risque et de dégager des politiques de prévention.

Grâce aux efforts actifs au quotidien des nombreux professionnels impliqués dans le recueil de données, aussi bien dans les maternités que dans les services d'État civil, il a été possible d'établir une cartographie assez précise de la santé périnatale sur le territoire wallon. Ce rapport s'accompagne d'un rapport personnalisé pour chaque maternité où les données périnatales du service sont reprises en particulier par rapport aux résultats généraux, permettant à chacun d'évaluer ses résultats. La pression médico-légale est présente pour tous les obstétriciens, et parallèlement à cela, les facteurs de risque obstétricaux augmentent, entraînés par les grossesses menées à un âge maternel avancé, les grossesses multiples, l'obésité croissante, et plus simplement le nombre élevé de patientes ayant un antécédent de césarienne. On ne s'attend dès lors pas à un net recul du taux de césariennes ou d'accouchements instrumentés, mais la connaissance de sa pratique et de celle des autres maternités offre un autre regard, et certaines attitudes systématiques telles que l'induction ou la césarienne vers 37 ou 38 semaines méritent d'être discutées.

4. Références

- (1) Martens E, Martens G, Defoort P. Périnatale activiteiten in Vlaanderen 2008. Studiecentrum voor Périnatale Epidemiologie, 2009.
- (2) Data from 2004. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report, 2008.
- (3) Haelterman E, De Spiegelare M, Masuy-Stroobant G. Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2004.
- (4) Tafforeau J, Van Oyen H, Drieskens S, Pirenne I, Deroubaix J, Binon J, Diament M. Naissances Mortalité périnatale et infantile Statistiques 1993-1995. Centre de Recherche opérationnelle en Santé publique. Ministère de la Communauté française, 2000.
- (5) Binon J, Diament M, Pirenne Y. Indicateurs de Santé 1996. Communauté française de Belgique, Direction générale de la Santé. Direction de la Surveillance de la Santé, 2000.
- (6) Charlier V. Naissances et mortalité foeto-infantile en Communauté française en 2004", Santé en Communauté française, Flash 1, Avril 2008.
- (7) Ndam Ebongue S, Sommer M, Mauroy MC. Banque de données médico-sociales - Données statistiques 2006-2007, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2009.
- (8) Hollander MH, Paarlberg KM, Huisjes AJM. Gestational diabetes: a review of the current literature and guidelines. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62:125-136.
- (9) Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Saade GR, Eddleman KA, Klugman S, Dugoff L, Timor-Tritsch IE, Craigo SD, Carr SR, Wolfe HM, Bianchi DW, D'Alton M; FASTER Consortium. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2005; 105(5Pt1):983-90.
- (10) Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC et Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium. *Maternal Child Health J* 1999; 3(4):177-187.
- (11) Wilcox AJ. On the importance –and the unimportance– of birthweight. *Int J Epidemiol* 2001; 30:1233-1241.
- (12) Buekens P, Masuy-Stroobant G, Delvaux T. High birthweights among infants of North African immigrants in Belgium. *Am J Public Health* 1998; 88(6):808-811.
- (13) Devreker F, Emiliani S, Revelard Ph, Van den Bergh M, Govaerts I, Englert Y. Comparison of two elective transfer policies of two embryos to reduce multiple pregnancies without impairing pregnancy rates. *Human Reprod* 1999; 14(1):83-9.
- (14) BELRAP : Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy, First year of a new transfer policy in Belgium, 2004.
- (15) Hankins G and Saade G. Factors influencing twins and zygosity. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 2005; 19 (Suppl. 1):8-9.
- (16) Aelvoet W, Windey F, Moelberghs G, Verstraelen H, Wan Reempts P et Foidart JM. Screening for inter-hospital differences in cesarean section rates in low-risk deliveries using administrative data: An initiative to improve the quality of care. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:3.

5. 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)

1. Naissances précédentes

- nombre total d'enfants nés vivants
- nombre total d'enfants mort-nés
- nombre total d'enfants encore en vie
- date du dernier accouchement (JJMMAAAA) / /

2. Durée probable de la grossesse en semaines

3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)

- diabète
- maladie rénale
- hypertension chronique
- hémorragie du 3e trimestre
- hypertension gravidique
- naissance antérieure d'un enfant pesant < 2500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

- oui
- non

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

- sommet fléchi
- siège
- autres présentations céphaliques
- oblique/transverse
- autres, précisez

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non

Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5
Si non, passez immédiatement au point 7

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

- forceps
- extraction par le siège (Bracht excl.)
- ventouse
- version avec extraction
- césarienne
- version externe
- autres, précisez

6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement

- césarienne antérieure
- pathologies placentaires
- dystocie
- autres, précisez
- pas d'indication maternelle

6.5 Etat de l'enfant justifiant ce type d'accouchement

- souffrance foetale
- anomalie de la présentation
- autres, précisez
- pas d'indication foetale

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui
- non
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- non
- si oui, précisez

7.3 Etat infectieux

- oui
- non
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

- anencéphalie
- imperforation anale
- spina bifida
- réduction des membres
- hydrocéphalie
- hernie diaphragmatique
- fente labiale/palatine
- omphalocèle/gastroschisis
- autres, précisez
- pas d'anomalie congénitale

8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)

(suite au verso)

Modèle I

0102040312 2491934 02

VOLET C
(suite)

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT (suite)

9. Indice d'Apgar à:

• 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 (JMMMAAA) / /

nom, prénom
signature
cachet

VOLET A

Modèle I 0102040111 2491934 92
DECLARATION DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

(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

- date (JJMMAAAA) / /
- heure (HHMM) h m

2. Lieu de naissance

- institution hospitalière • maison privée
- autres, précisez

3. Sexe de l'enfant

- masculin
- féminin
- indéterminé

4. Enfant issu d'une grossesse multiple

- oui • non

En cas d'accouchement multiple :

- nombre total de naissances, mort-nés compris
- no. d'ordre de l'enfant déclaré
- nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré)
- ⇒ nombre d'enfants nés vivants
- masculin • féminin • indéterminé
- ⇒ nombre d'enfants mort-nés
- masculin • féminin • 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 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	
<i>(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)</i>		
A. Renseignements concernant la naissance		
1. Naissances précédentes		
• nombre total d'enfants nés vivants	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• nombre total d'enfants mort-nés	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• nombre total d'enfants encore en vie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• date du dernier accouchement (JJMMAAAA)	<input type="text"/> /	<input type="text"/> /
2. Durée probable de la grossesse en semaines		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)		
<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		
4. Transfert in utero		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
5. Présentation de l'enfant avant la naissance		
<input type="checkbox"/> • sommet fléchi	<input type="checkbox"/> • siège	
<input type="checkbox"/> • autres présentations céphaliques	<input type="checkbox"/> • oblique/transverse	
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
6. Accouchement		
6.1 Induction avant le début du travail		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
6.2 Accouchement avec assistance		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
<i>Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5</i>		
<i>Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7</i>		
6.3 Type d'assistance (maximum 3)		
<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		
6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement		
<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		
6.5 Etat de l'enfant justifiant ce type d'accouchement		
<input type="checkbox"/> • souffrance foetale	<input type="checkbox"/> • anomalie de la présentation	
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
<input type="checkbox"/> • pas d'indication foetale		
7. Etat de l'enfant à la naissance		
7.1 Traumatisme obstétrical		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
<input type="checkbox"/> • si oui, précisez		
7.2 Détresse respiratoire		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
<input type="checkbox"/> • sans objet		
<input type="checkbox"/> • si oui, précisez		
7.3 Etat infectieux		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
<input type="checkbox"/> • si oui, précisez		
7.4 Anomalies congénitales		
<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		
8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Indice d'Apgar à:		
<input type="text"/>	• 1 minute	<input type="text"/>
<input type="text"/>	• 5 minutes	<input type="text"/>
<input type="text"/>	• 10 minutes	<input type="text"/>
10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)		
<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 (endéans les 12 premières heures)		
<input type="checkbox"/> • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)		
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		

(suite au verso)

VOLET C
(suite)

DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (suite)

B. Renseignements concernant le décès

1. En cas de décès foetal, le décès est survenu:

- avant le travail d'accouchement • pendant le travail d'accouchement • ne sait pas

2. Type de décès

- par cause naturelle • homicide
 • accident de la circulation • sous investigation
 • autre accident • n'a pu être déterminé

3. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances :

..... Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique • ne sait pas
 • domicile
 • autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

4.3 Heure de l'accident (0 - 24 H)

5. Cause du décès (1)	Spécifiez (2)			Délai (3)
	M	F	I	

I. Maladie ou affection morbide (maternelle, foetale ou infantile) ayant directement provoqué le décès

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a). L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	conséquence de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	conséquence de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
conséquence de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II. Causes associées

Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.	e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.

(2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne "M" si Maternelle, colonne "F" si Foetale, colonne "I" si Infantile

(3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

a) b) c) d)
 e) f) g)

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours • non
 • oui, prévu • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé ?

- oui • non

No. du dossier médical de la mère

No. du dossier médical de l'enfant

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

VOLET A

DECLARATION DE DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE (a)

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

Nom et prénom de l'enfant	<input type="text"/>														
Nom et prénom de la mère	<input type="text"/>														
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>													
	rue, no.	<input type="text"/>													
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h	<input type="text"/>	m	
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>													
	rue, no.	<input type="text"/>													
Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>					Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non				
Sexe de l'enfant						Obstacle au don du corps (2)		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non				
	<input type="checkbox"/>	• masculin	<input type="checkbox"/>	• féminin	<input type="checkbox"/>	• indéterminé	Obligation de mise immédiate:								
L'enfant est-il						• en cercueil hermétique (3)		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non				
	<input type="checkbox"/>	• mort-né	<input type="checkbox"/>	• né vivant						• en cercueil simple (4)		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
						Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:									
						• crémation (5)		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non				
						• soins de conservation (6)		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non				
						• transport avant la mise en bière (7)		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non				
						Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non				

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le à heure.

Signature et cachet du médecin

- (a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
- (1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
- (2) Le défunt présente un risque de contamination visé sous le n° (3).
- (3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses; *peste*
- B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
- (4) Le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: hépatite virale sauf hépatite A confirmée, peste, rage, SIDA.
- (5) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
- (6) - cfr (2) et (3);
- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.
- (7) cfr (2) et (3).

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) / /
 • heure (HHMM) h m

2. Date et heure de naissance

• date (JJMMAAAA) / /
 • heure (HHMM) h m

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

5. Lieu de décès

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances mort-nés compris
 • no. d'ordre de l'enfant déclaré
 • nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
 (y compris le déclaré)
 ⇒ nombre d'enfants nés vivants
 • masculin • féminin • indéterminé
 ⇒ nombre d'enfants mort-nés
 • masculin • féminin • indéterminé

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

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

1. Commune (ou pays) du décès

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S.==>

--	--	--	--	--	--	--	--

2. Numéro de l'acte au registre des décès

--	--	--	--	--	--

3. Commune (ou pays) de la naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père

--	--	--	--	--	--

• de la mère

--	--	--	--	--	--

5. 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"/>

6. 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"/>

7. Etat social dans la profession actuelle (pensionnés, chômeurs, etc... état social dans la dernière profession exercée)

	père	mère
• indépendant(e)	<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"/>

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

• père

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--	--	--	--	--

• mère

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--	--	--	--	--

9. Nationalité

• du père

 ⇒ d'origine

--	--	--	--	--	--	--	--

 ⇒ actuelle

--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--	--	--	--	--

• de la mère

 ⇒ d'origine

--	--	--	--	--	--	--	--

 ⇒ actuelle

--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--	--	--	--	--

11. Etat civil de la mère

• célibataire • divorcée

• mariée • légalement séparée de corps

• veuve • ne sait pas

12. Etat d'union de la mère

• vit seule • en union

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. 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

