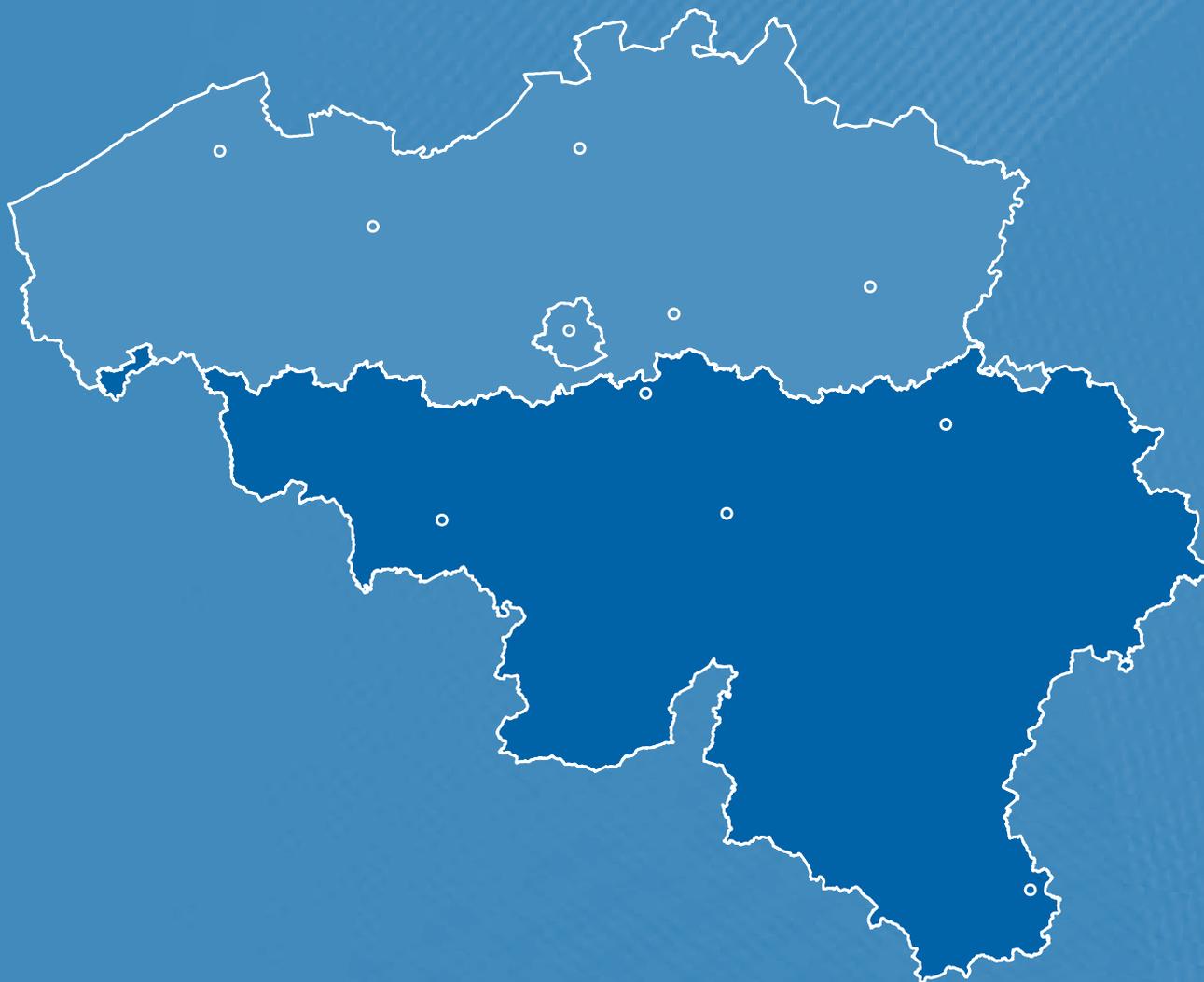


Données périnatales en Wallonie

année 2009





Données périnatales en Wallonie

année 2009

Rédaction

A-F. Minsart, V. Van Leeuw, G. Wilen,
S. Van de Putte et Y. Englert



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



Commission
communautaire
commune



RÉGION WALLONNE

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 ont été réalisés avec le soutien et la collaboration de la Communauté française et plus particulièrement de la direction générale de la santé, ainsi que de la Région wallonne.

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Minsart AF, Van Leeuw V, Wilen G, Van de Putte S et Englert Y. Données périnatales en Wallonie – année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.

Colophon

Auteurs :

Anne-Frédérique Minsart¹
Virginie Van Leeuw
Géraldine Wilen
Sabine Van de Putte
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

Gestion administrative :

Caroline Verdoot

Avec nos remerciements tout particuliers :

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

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document :

Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP
La direction générale de la santé du ministère de la Communauté française

Pour plus d'informations :

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

¹ Clinicien-chercheur au Fonds National de la Recherche Scientifique (FNRS).

Préface

Le CEpiP est très heureux de vous présenter son deuxième rapport de données périnatales en Wallonie pour l'année civile 2009. Si celui-ci ne permet pas encore des comparaisons d'évolution des pratiques au cours des années, il nous permet néanmoins d'asseoir notre expertise dans le domaine de la périnatalité et des décisions à prendre pour la santé publique.

Au cours de l'année 2009, le CEpiP a introduit auprès des maternités de la Communauté française un nouveau volet médical établi en commun avec le Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), qui collecte les mêmes données en Flandre, et le Fedict, en charge de l'implémentation de la déclaration électronique (E-birth). Cela permettra l'élaboration, dans un futur proche, d'un rapport sur les données périnatales pour toute la Belgique, un défi de taille dans un contexte politique régional difficile, mais malgré tout important dans le cadre des comparaisons et des projets européens tels que celui de Peristat. Ce volet CEpiP a, notamment, permis d'affiner et de compléter les études antérieures avec des préoccupations bien actuelles, telles que la conception de la grossesse, la surveillance fœtale pendant le travail, l'indication de césarienne mais également le rapport poids/taille des futures mamans, étude qui prend toute son importance face à l'épidémie d'obésité qui touche notre pays.

Tout ce travail ne peut, bien entendu, se poursuivre que grâce aux différents partenaires qui continuent à nous accorder leur confiance et leur soutien, tant dans le monde politique et académique, dans les administrations, à l'ONE, au Studie centrum voor Perinatale Epidemiologie, à la Société belge de pédiatrie et au Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique mais aussi grâce au soutien financier et à la collaboration des autorités de la Communauté française, de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale.

Nous ne pourrions publier ce rapport sans le travail quotidien des administrations communales, sans oublier celui des maternités et des sages-femmes indépendantes qui ont dû s'adapter au nouveau volet médical en cours d'année et l'ont fait avec beaucoup de professionnalisme. Nous les en remercions vivement et espérons que ce rapport constituera pour elles un outil de travail.

Nous ne pourrions terminer cette préface sans souligner l'engagement des membres du conseil scientifique et le travail acharné des collaboratrices et des gestionnaires du CEpiP sans qui ce rapport n'aurait pu voir le jour !

Pr. Yvon Englert
Président du CEpiP

Table des matières

COLOPHON.....	3
PRÉFACE	5
TABLE DES MATIÈRES.....	6
Tables	7
Figures.....	8
ASBL CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEPiP.....	9
ORGANIGRAMME	10
1 INTRODUCTION.....	11
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
1.2 MÉTHODOLOGIE	11
1.2.1 Description du flux des données	11
1.2.2 Méthode et analyses	12
1.2.3 Données	12
2 COMPARAISON AVEC LES DONNÉES DE LA RÉGION FLAMANDE ET DE LA WALLONIE - 2008	12
3 DÉFINITIONS.....	13
4 NAISSANCES EN WALLONIE EN 2009	14
4.1 NAISSANCES EN CHIFFRES.....	14
4.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES.....	14
4.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS.....	15
4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des parents.....	15
4.3.2 Caractéristiques médicales de la mère.....	22
4.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	27
4.4.1 Présentation de l'enfant à la naissance	27
4.4.2 Type de surveillance fœtale (CEpiP – à partir de mai).....	28
4.4.3 Accouchement par césarienne	28
4.4.4 Accouchement instrumental	32
4.4.5 Induction de l'accouchement	32
4.4.6 Péridurale obstétricale (CEpiP – à partir de mai).....	35
4.4.7 Épisiotomie (CEpiP – à partir de mai)	36
4.4.8 Accouchement sans intervention obstétricale	36
4.4.9 Accouchement avec intervention obstétricale	37
4.5 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES	38
4.5.1 Prévalence des accouchements multiples.....	38
4.5.2 Accouchements multiples et âge maternel	38
4.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT.....	39
4.6.1 Poids de naissance.....	39
4.6.2 Durée de la grossesse	40
4.6.3 Streptocoque du groupe B (CEpiP – à partir de mai).....	42
4.6.4 Apgar.....	42
4.6.5 Ventilation du nouveau-né (CEpiP – à partir de mai).....	43
4.6.6 Transfert vers un centre néonatal (CEpiP – à partir de mai).....	43
4.6.7 Transfert ex utero (CEpiP – à partir de mai).....	43
4.6.8 Transfert in utero (Volet C – de janvier à avril).....	43
4.6.9 Sexe	44
4.6.10 Malformations (CEpiP – à partir de mai).....	44

4.7	LIEU D'ACCOUCHEMENT	45
4.7.1	Accouchements en maternité	45
4.7.2	Accouchements hors maternité.....	45
4.8	MORTINATALITÉ.....	46
4.8.1	Chiffres.....	46
4.8.2	Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel	46
4.8.3	Causes de mortalité fœtale	47
4.8.4	Mortalité maternelle	47
5	CONCLUSIONS – POINTS D'ATTENTION	48
6	RÉFÉRENCES.....	49
7	ANNEXES	50

TABLES

Table 1 :	Détails des naissances	14
Table 2 :	Détails des accouchements.....	14
Table 3 :	Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement	15
Table 4 :	Moyenne de l'âge maternel selon la nationalité d'origine	16
Table 5 :	Nationalité de la mère par accouchement	18
Table 6 :	Lieu de résidence de la mère à l'accouchement	19
Table 7 :	Niveau d'instruction de la mère	20
Table 8 :	Niveau d'instruction de la mère en cas de naissance d'un enfant mort-né	21
Table 9 :	Situation professionnelle des parents	21
Table 10 :	État civil et état d'union de la mère par accouchement	22
Table 11 :	Parité et accouchement	23
Table 12 :	Parité et activité professionnelle	23
Table 13 :	Statut HIV des patientes à l'accouchement	23
Table 14 :	Taux d'obésité (BMI \geq 30 kg/m ²) selon l'âge maternel.....	24
Table 15 :	Taux de patientes avec un BMI \geq 25 kg/m ² selon l'âge maternel et la parité	24
Table 16 :	Taux d'hypertension par accouchement	25
Table 17 :	Taux de diabète par accouchement	25
Table 18 :	Type de conception par accouchement	25
Table 19 :	Taux d'accouchements multiples selon le type de conception	25
Table 20 :	Taux d'enfants mort-nés selon la conception pour les singletons	26
Table 21 :	Type de conception selon l'âge maternel	26
Table 22 :	Présentation de l'enfant à la naissance pour les grossesses uniques vivantes	27
Table 23 :	Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons à terme.....	27
Table 24 :	Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons < 37 semaines ..	27
Table 25 :	Type de surveillance fœtale pendant le travail pour les enfants nés vivants	28
Table 26 :	Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants	28
Table 27 :	Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les primipares.....	29
Table 28 :	Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les multipares.....	29
Table 29 :	Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons	29
Table 30 :	Indication de césarienne pour les naissances vivantes	30
Table 31 :	Taux de ventouses et de forceps par naissance	32
Table 32 :	Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet de \geq 37 semaines chez la primipare	34

Table 33 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne	34
Table 34 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet de ≥ 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne	34
Table 35 : Détails des accouchements multiples	38
Table 36 : Accouchements multiples et âge maternel	38
Table 37 : Répartition du poids de naissance	39
Table 38 : Poids de naissance < 2500 g selon l'âge maternel	40
Table 39 : Taux d'enfants vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel	41
Table 40 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement	41
Table 41 : Accouchement < 37 semaines et âge maternel	41
Table 42 : Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère	42
Table 43 : Accouchement < 37 semaines et état d'union de la mère	42
Table 44 : Taux de GBs par accouchement	42
Table 45 : Ventilation du nouveau-né vivant	43
Table 46 : Transfert vers un centre néonatal	43
Table 47 : Transfert in utero par patiente	43
Table 48 : Sexe de l'enfant	44
Table 49 : Types de malformations	44
Table 50 : Nombre de maternités par nombre d'accouchements	45
Table 51 : Accouchement à domicile et âge maternel	45
Table 52 : Accouchement à domicile et situation professionnelle	45
Table 53 : Accouchement à domicile et parité	46
Table 54 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel pour les singletons	46
Table 55 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance	47

FIGURES

Figure 1 : Taux d'accouchements avant l'âge de 20 ans selon la nationalité d'origine	16
Figure 2 : Taux d'accouchements à 35 ans et plus selon la nationalité d'origine	17
Figure 3 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines	31
Figure 4 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour une grossesse unique vivante en siège de ≥ 37 semaines.....	31
Figure 5 : Taux d'induction par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclus).....	33
Figure 6 : Taux d'induction par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet entre 34 et 36 semaines	33
Figure 7 : Taux d'induction par âge gestationnel pour une grossesse unique vivante en sommet de ≥ 37 semaines sans hypertension et sans diabète	34
Figure 8 : Taux de péridurale par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines	35
Figure 9 : Taux d'épisiotomie par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines	36
Figure 10 : Taux de patientes avec induction et péridurale et épisiotomie et accouchement instrumental par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines....	37
Figure 11 : Taux de patientes avec induction et péridurale et épisiotomie et patientes avec accouchement instrumental par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines.....	37

ASBL Centre d'Épidémiologie Périnatale, CEpiP

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

Le CEpiP a pour but la promotion de la santé au cours de la grossesse et de la période périnatale et infantile. Dans ce cadre, il recueille et traite les données périnatales en Wallonie et à Bruxelles. Ce programme se consacre donc au développement de l'épidémiologie périnatale au bénéfice des acteurs de terrain (en priorité les maternités), des décideurs politiques et du monde scientifique. Pour ce faire, l'ASBL agit en complémentarité avec les services assurés par la 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 Commission communautaire commune, de la Communauté française et de la Région wallonne ainsi que de l'expérience et des conseils bienveillants de ces deux derniers, de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles et du Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

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
Prof. G. Verellen – UCL
Mme V. Van Leeuw

Observateurs bailleurs de fonds

Dr M. De Spiegelaere – OBSS*
Dr R. Moriaux – Comm. franç.
Dr V. Tellier – Observatoire
Wallon de la Santé (OWS)

Gestion journalière

Dr A-F. Minsart
Mme V. Van Leeuw

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

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
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. J.M. Foidart – ULg
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 E. Di Zenzo – UPSfB
Dr F. Renard – ULg
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. A. Robert – UCL
Dr V. Tellier – Observatoire Wallon
de la Santé (OWS)
Prof. P. Vanhaesebrouck – UZGent
Prof. G. Verellen – UCL

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

*Observatoire de la Santé et du Social
de Bruxelles-Capitale

1. Introduction

1.1 Introduction générale

Ce dossier présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des enfants mort-nés de 2009 en Wallonie. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance.

Les analyses réalisées sur les données médicales sont faites **selon le lieu de naissance. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire de la Région wallonne**. 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 Modèle I «bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant» (annexe 1), le Modèle IIID «bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né» (annexe 2) et le «bulletin statistique de décès d'une personne âgée d'un an ou plus». Seuls les deux premiers, dénommés ci-après «bulletins statistiques de naissance et de décès», sont utilisés pour les analyses reprises dans ce rapport.

En attendant la mise en œuvre de la déclaration électronique (projet fédéral e-Birth du FEDICT), le CEpiP a adopté depuis mai 2009, en Région wallonne, le questionnaire «Volet CEpiP» (annexe 3), qui remplace le volet C du bulletin de naissance d'un enfant né vivant et qui est complémentaire au volet C du bulletin de décès d'un enfant de moins d'un an ou mort-né. Ce document CEpiP est identique au document du SPE, pour faciliter les comparaisons interrégionales.

Ces bulletins sont composés de différents volets. Les données médicales, reprises dans le volet C et/ou le questionnaire volet CEpiP, sont remplies par les sages-femmes et les médecins lors de l'accouchement. Ces volets confidentiels et anonymes sont scellés 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 socio-démographiques (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/CEpiP 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 Région wallonne, 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 des gynécologues et des sages-femmes en salle d'accouchement et du fonctionnaire communal, les données incomplètes, incorrectes ou incohérentes. Il en assure ensuite l'analyse épidémiologique.

1.2.2 Méthode et analyses

Ce rapport décrit de manière synthétique et agrégée des données périnatales en Région wallonne. Pour certaines analyses, les données médicales ont été comparées aux données socio-démographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère, mais aussi 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 et de décès (mis en annexe) ainsi que du questionnaire volet CEpiP.

Suite à l'introduction du volet CEpiP en mai 2009, les analyses du rapport présentent quelques particularités, de nouvelles variables apparaissant dans le volet CEpiP.

Les variables présentes sur le volet C **et** le volet CEpiP sont calculées sur les douze mois de l'année. Il s'agit des variables concernant l'âge gestationnel, l'hypertension, le diabète, la présentation de l'enfant, le type d'accouchement, l'induction, le poids du bébé, l'apgar, le sexe, le lieu d'accouchement et toutes les données socio-démographiques.

D'autres, ne figurant que sur le volet CEpiP, sont analysées sur 8 mois (à partir du mois de mai 2009) : l'antécédent de césarienne, la parité, les poids et taille, la conception de la grossesse, le statut HIV, l'anesthésie péridurale, la surveillance fœtale pendant le travail, le statut streptocoque B, l'épisiotomie, l'indication de la césarienne et certaines malformations précises.

2. Comparaison avec les données de la Région flamande et de la Wallonie 2008

Les données présentées dans ce rapport concernent donc les naissances survenues dans les 39 maternités et les 4 maisons de naissance wallonnes ainsi que les accouchements à domicile survenus sur le territoire de la Région wallonne.

Ces données peuvent donc être comparées à celles publiées par le SPE pour 2009 (1), qui concernent toutes les naissances survenues en Flandre et à l'UZ-VUB de Jette, et aux données de la Wallonie de 2008 (2).

3. Définitions

Parité

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

Conception de la grossesse

Traitement hormonal : pour obtenir la grossesse avec ou sans insémination de sperme mais hors FIV.

FIV (fécondation in vitro).

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

Hypertension artérielle

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

Diabète

Tout diabète gestationnel **ou** préexistant

Séropositivité HIV

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

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

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

Surveillance fœtale

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

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

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

Induction de l'accouchement

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

Mode d'accouchement

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

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

Enfant mort-né

Tout décès (in utero ou pendant l'accouchement) ayant conduit à la naissance d'enfant d'un poids \geq 500 g et/ou d'un âge \geq 22 semaines.

4. Naissances en Wallonie en 2009

4.1 Naissances en chiffres

37 829 naissances survenues sur le territoire de la Région wallonne ont été enregistrées par l'état civil.

Table 1 : Détails des naissances, Wallonie, 2009	
	37 588 naissances VIVANTES
	241 MORT-NÉS de \geq 500 g et/ou \geq 22 semaines
Total :	37 829 naissances

Les nouvelles variables du volet CEpiP sont analysées sur les 25 417 naissances ayant eu lieu entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2009.

4.2 Accouchements en chiffres

Table 2 : Détails des accouchements, Wallonie, 2009	
Singletons :	
	36 358 accouchements de singletons vivants
	223 accouchements de singletons mort-nés
Grossesses multiples :	
	601 accouchements de 2 jumeaux vivants
	1 couple de 2 jumeaux vivants où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau (<i>attention : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires</i>)
	5 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	2 grossesses gémellaires comptant 1 enfant vivant et 1 mort-né, où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau (<i>attention : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires</i>)
	5 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	2 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utéro avant 22 semaines
	1 accouchement gémellaire d'1 enfant mort-né et d'1 fœtus mort in utéro avant 22 semaines
	5 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	1 accouchement d'une grossesse triple avec 2 enfants vivants et 1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
Total :	37 204 grossesses ont donné lieu à 37 207 accouchements

Les nouvelles variables du volet CEpiP sont analysées sur les 25 021 accouchements ayant eu lieu entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2009.

4.3 Caractéristiques des parents

4.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents

4.3.1.1 Âge maternel

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de **29.4 ans** (minimum : 13.8 ans – maximum : 53.1 ans), l'âge médian est de **29.2 ans** (p25 : 25.7 ans – p75 : 33.0 ans).

Chez la primipare, l'âge médian est de **27.2 ans** (p25 : 23.7 ans – p75 : 30.4 ans). L'âge moyen est de **27.3 ans** (min. : 13.8 – max. : 53.1 ans).

Chez la multipare, l'âge médian est de **31.0 ans** (p25 : 27.7 ans – p75 : 34.6 ans). L'âge moyen est de **31.1 ans** (min. : 14.7 – max. : 51.5 ans).

On note 12 accouchements en dessous de l'âge de 15 ans.

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

Tableau comparatif	
Flandre 2009 (1) :	
Âge moyen primipare :	28.2 ans
Âge moyen multipare :	31.1 ans
Wallonie 2009 (2) :	
Âge moyen :	29.4 ans
Âge moyen primipare :	27.3 ans
Âge moyen multipare :	31.0 ans

Le projet Euro-Peristat (3) recommande de calculer l'âge maternel moyen sur le nombre d'accouchements et pas sur le nombre de naissances (qui inclut donc toutes les naissances issues des grossesses multiples).

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

Table 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement (N=37 207), Wallonie, 2009

Âge (années)	Nombre	%	Wallonie 2008 (2) %	Flandre 2009 (1) %
10-14	12	0.0	0.0	2.0
15-19	1 429	3.9	3.9	
20-24	6 511	17.5	17.4	13.6
25-29	12 826	34.5	34.2	37.8
30-34	10 489	28.2	28.6	32.6
35-39	4 912	13.2	13.2	11.9
40-44	967	2.6	2.5	2.0
45-49	55	0.2	0.1	0.1
≥ 50	3	0.0	0.0	
Âge inconnu	3	0.0	0.0	0.0

Le nombre de mères entre 15.0 et 17.9 ans est de 372 (1.0 %).

Parmi les 12 patientes ayant accouché avant l'âge de 15 ans, 9 (75.0 %) sont d'origine belge. Parmi les 372 patientes ayant accouché entre 15.0 et 17.9 ans, 313 (84.1 %) sont d'origine belge.

La proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de **3.9 %**. Si on calcule cette proportion sur le nombre total de naissances (ce qui inclut donc chaque naissance issue de grossesse multiple), on obtient 3.8 % de mères âgées de moins de 20 ans.

À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de **16.0 %** sur le total des 37 207 accouchements et de 16.1 % sur le total des 37 829 naissances.

Ces proportions varient selon la nationalité d'origine de la mère (figures 1 et 2). Les taux repris dans ces figures ont été calculés sur l'ensemble des accouchements pour lesquels l'âge était connu (N=37 204).

Table 4 : Moyenne de l'âge maternel selon la nationalité d'origine (N=37 204), Wallonie, 2009	
Nationalité d'origine	Âge moyen (années)
Russie et Europe de l'Est non EU27 (n=664)	28.0
Turquie (n=809)	28.4
UE27 moins Belgique et UE15 (n=380)	28.7
Belgique (n=28 020)	29.2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=127)	29.2
Autres Afrique subsaharienne (n=696)	29.6
Nationalité d'origine inconnue (n=2)	29.6
Maroc (n=1496)	30.2
Autres Maghreb et Egypte (n=475)	30.2
Amérique du Nord (n=71)	30.3
Congo (RDC) (n=426)	30.4
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=114)	30.4
Asie du Sud-Est (n=335)	30.5
UE15 moins Belgique (n=3434)	30.5
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=126)	30.9
Océanie (n=5)	31.5
Autres Europe (n=24)	32.9

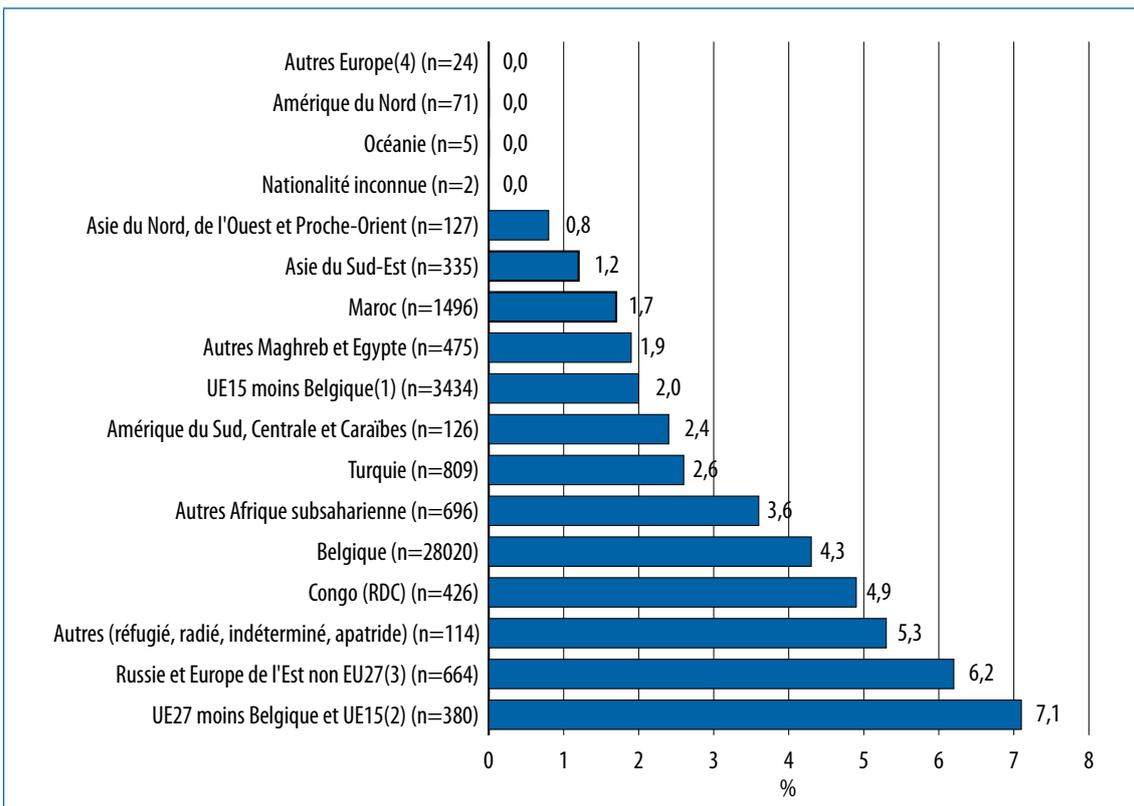


Figure 1 : Taux d'accouchements avant l'âge de 20 ans selon la nationalité d'origine (N=37 204), Wallonie, 2009

- 1 UE15 moins Belgique : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Grand-Duché de Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède
- 2 UE27 moins Belgique et UE15 : Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, République Slovaque, Ex-Tchécoslovaquie
- 3 Russie et Europe de l'Est non UE27 : Albanie, URSS, Ex-Yougoslavie, Serbie, Monténégro, Biélorussie, Ukraine, Moldavie, Croatie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie
- 4 Autres Europe : Andorre, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse, Saint-Siège, Gibraltar

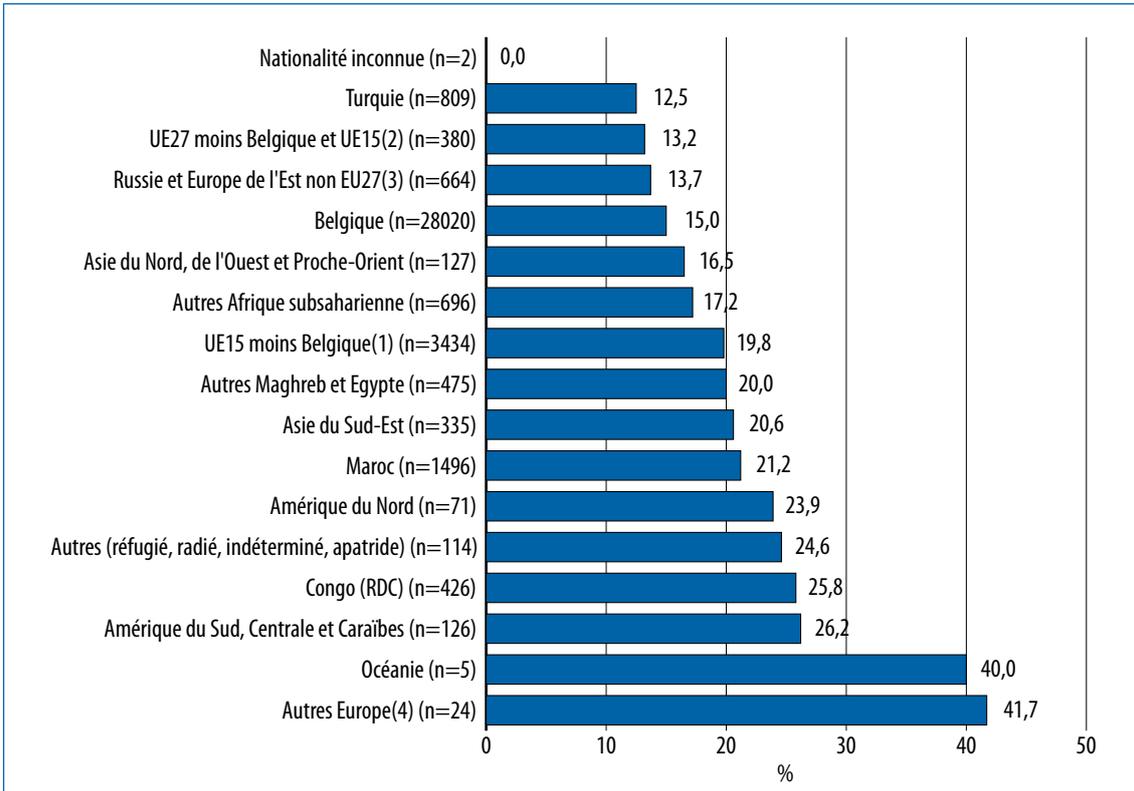


Figure 2 : Taux d'accouchements à 35 ans et plus selon la nationalité d'origine (N=37 204), Wallonie, 2009

- 1 UE15 moins Belgique : Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Grand-Duché de Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède
- 2 UE27 moins Belgique et UE15 : Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, République Slovaque, Ex-Tchécoslovaquie
- 3 Russie et Europe de l'Est non UE27 : Albanie, URSS, Ex-Yougoslavie, Serbie, Monténégro, Biélorussie, Ukraine, Moldavie, Croatie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie
- 4 Autres Europe : Andorre, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse, Saint-Siège, Gibraltar

Parmi les mères de 35 ans et plus, **22.5 %** sont primipares et **20.9 %** sont de grandes multipares (ayant accouché d'au moins 4 enfants).

4.3.1.2 Nationalité de la mère

	Nationalité d'origine (N=37 205)		Nationalité actuelle (N=37 206)	
	nbr de patientes	%	Nombre	%
Belgique	28 021	75.3	31 667	85.1
UE15 moins Belgique	3 434	9.2	2 083	5.6
UE27 moins Belgique et UE15	380	1.0	286	0.8
Russie et Europe de l'Est non EU27	664	1.8	500	1.3
Autres Europe	24	0.1	15	0.0
Turquie	809	2.2	363	1.0
Maroc	1 496	4.0	752	2.0
Autres Maghreb et Egypte	475	1.3	278	0.8
Congo (RDC)	426	1.2	263	0.7
Autres Afrique subsaharienne	696	1.9	508	1.4
Amérique du Nord	71	0.2	61	0.2
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	126	0.3	67	0.2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	127	0.3	103	0.3
Asie du Sud-Est	335	0.9	191	0.5
Océanie	5	0.0	5	0.0
Autres (réfugié, radié, indéterminé)	116	0.3	64	0.2

La nationalité d'origine de 2 mères ainsi que la nationalité actuelle d'1 mère n'ont pu être obtenues. Les pourcentages de la table ci-dessus ont été calculés sur le total de données connues.

On observe que **14.9 %** des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**.

En outre, **24.7 %** des mères sont de nationalité non belge **à l'origine**, c'est-à-dire qu'elles ne sont **pas nées belges**. Les nationalités d'origine les plus représentées sont italiennes (4.6 %), marocaines (4.0 %), françaises (3.1 %) et turque (2.2 %). Il ne s'agit cependant ici que de la nationalité d'origine de la mère (c'est-à-dire la nationalité que la mère avait à sa propre naissance, qui ne tient pas compte des nationalités d'origine de la génération précédente).

4.3.1.3 Lieu de résidence

Table 6 : Lieu de résidence de la mère à l'accouchement (N=37 207), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
Bruxelles	224	0.6
Total Flandre :	338	0.9
Flandre orientale	88	0.2
Flandre occidentale	65	0.2
Limbourg	54	0.2
Anvers	14	0.0
Brabant flamand	117	0.3
Total Wallonie :	36 150	97.2
Hainaut	13 744	36.9
Liège	11 772	31.6
Luxembourg	2 875	7.7
Namur	5 160	13.9
Brabant wallon	2 599	7.0
Total pays frontalier :	386	1.0
France	361	1.0
Allemagne	8	0.0
Luxembourg	13	0.0
Pays-Bas	4	0.0
Autres pays étrangers	78	0.2
Résidence inconnue et cas particuliers	31	0.1

4.3.1.4 Niveau d'instruction

Table 7 : Niveau d'instruction de la mère (N=31 878), Wallonie, 2009			
		Nombre	%
Pas d'instruction		249	0.8
Primaire		833	2.6
Secondaire inférieur	professionnel	2 325	7.3
	technique	693	2.2
	général	919	2.9
Secondaire supérieur	professionnel	4 311	13.5
	technique	3 239	10.2
	général	3 718	11.7
Supérieur de type court		7 858	24.7
Supérieur de type long ou universitaire		4 192	13.2
Enseignement spécial		44	0.1
Autre (études à l'étranger sans précision, encore étudiant)		102	0.3
Non répondu ou ne sait pas, dont :			
Profession faisant suite à un enseignement technique ou professionnel de qualification ou un graduat		424	1.3
Profession faisant suite à un enseignement supérieur de type long ou court sans précision		308	1.0
Profession ne faisant pas suite à une qualification supplémentaire (ouvrier sans précision, technicienne)		601	1.9
Emploi de type services		74	0.2
Employé administratif		1 038	3.3
Secrétariat		92	0.3
Sans profession		858	2.7

Les taux calculés dans la table le sont sur le total de données connues.

Cette variable est souvent délaissée par les officiers d'état civil et par les parents, comme le suggèrent les taux importants d'abstention : 2 511 réponses manquantes (6.7 %) et 6 213 réponses indiquant que les parents n'ont pas répondu à la question ou ne connaissent pas la réponse (16.7 %). Cette donnée est nettement moins bien recueillie en cas de naissance d'un enfant mort-né, où 22.0% des réponses manquent et 39.8 % des réponses indiquent que les parents n'ont pas répondu à la question ou ne connaissent pas la réponse. Pour pallier à ce manque, nous avons tenté de classer la profession exercée dans les cas où le type d'études était manquant. Ce taux de réponses manquantes pour les décès est élevé en 2009 et s'explique de plusieurs façons, la première raison étant la difficulté d'obtenir des données sensibles lorsqu'un décès est survenu. D'autre part, l'information donnée aux communes et aux maternités sur la nécessité d'enregistrer tous les décès fœtaux dès 22 semaines a été renforcée en 2008, ce qui a mené à une augmentation de ces enregistrements. Comme ces naissances ne donnent pas lieu à un numéro d'acte de décès et une obligation d'enterrement ou d'incinération, tous les parents ne se présentent pas à l'état civil et l'officier est supposé remplir les données socio-économiques lui-même. Les données concernant le niveau d'études n'étant pas enregistrées par le registre national, il lui est impossible de remplir cette donnée.

Table 8 : Niveau d'instruction de la mère en cas de naissance d'un enfant mort-né (N=125), Wallonie, 2009			
		Nombre	%
Pas d'instruction		3	2.4
Primaire		4	3.2
Secondaire inférieur	professionnel	6	4.8
	technique	2	1.6
	général	4	3.2
Secondaire supérieur	professionnel	13	10.4
	technique	6	4.8
	général	28	22.4
Supérieur de type court		18	15.2
Supérieur de type long ou universitaire		2	2.4
Enseignement spécial		0	0.0
Autre (études à l'étranger sans précision, encore étudiant)		2	1.6
Non répondu ou ne sait pas, dont :			
Profession faisant suite à un enseignement technique ou professionnel de qualification ou un graduat		3	2.4
Profession faisant suite à un enseignement supérieur de type long ou court sans précision		3	2.4
Profession ne faisant pas suite à une qualification supplémentaire (ouvrier sans précision, technicienne)		11	8.8
Emploi de type services		0	0.0
Employé administratif		7	5.6
Secrétariat		0	0.0
Sans profession		11	8.8

4.3.1.5 Situation professionnelle des parents

Table 9 : Situation professionnelle des parents, Wallonie, 2009				
	Père DÉCLARÉ (N=33 869)		Mère (N=36 649)	
	nombre	%	nombre	%
Actif	27 860	82.3	21 323	58.2
Chômeur	2 571	7.8	5 623	15.3
Sans profession	3 184	9.4	9 004	24.6
Pensionné	73	0.2	0	0.0
Étudiant	181	0.5	699	1.9

La situation professionnelle n'était pas renseignée sur le certificat de naissance pour **867 pères** (2.5 % des accouchements) et **558 mères** (1.5 % des accouchements). Les taux ont été calculés sur le total des données connues.

En outre, **2471 pères** n'ont pas été déclarés à l'état civil (6.6 % des accouchements). Nous avons réduit la notification de l'absence d'un père déclaré 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 étaient complètes et que la mère a été déclarée célibataire ou veuve, divorcée ou séparée et 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 «mère vivant seule» (table suivante), on obtient un total de **17.9 %** de mères isolées non mariées, 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 (4) fait état de 3.8 % de mères isolées (Wallonie et Bruxelles confondues). 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.

À l'inverse, dans **11.3 %** des accouchements, la mère a déclaré vivre seule et un père était déclaré.

	Nombre	%
Célibataire et vit seule	5 496	15.1
Célibataire et en union	12 680	34.8
Mariée en union	16 275	44.7
Mariée vit seule	424	1.2
Veuve, divorcée, séparée en union	880	2.4
Veuve, divorcée, séparée et vit seule	692	1.9

4.3.1.6 En résumé

L'âge moyen de la mère lors de l'accouchement est de **29.4 ans**. L'âge moyen d'une maman ayant accouché en Région wallonne de son premier enfant est de **27.3 ans**. **37.9 %** des mères qui accouchent en Wallonie ont fait des études supérieures et **58.2 %** sont professionnellement actives. Concernant les pères, **82.3 %** des pères sont professionnellement actifs. En moyenne **24.7 %** des nouveau-nés ont une mère dont la nationalité d'origine n'est pas belge, avec une représentation majoritaire des origines italiennes, marocaines, françaises et turques. Enfin, près d'une mère sur 5 (**17.9 %**) déclare vivre seule et **6.6 %** des pères ne sont pas déclarés à l'accouchement.

4.3.2 Caractéristiques médicales de la mère

4.3.2.1 Parité

Taux de primipares : **44.7 %**. Ce taux est calculé à partir du «nombre de naissances précédentes» du volet C et du volet CEpiP. Il n'y a pas de donnée manquante.

La parité détaillée est obtenue à partir du volet CEpiP, à partir du 1er mai 2009.

Tableau comparatif
Taux de primipares :
Flandre 2009 (1) : 47.0 %
Wallonie 2008 (2) : 44.5 %

Table 11 : Parité et accouchement (N=24 544), Wallonie, 2009

	Nombre	%
1	11 224	45.7
2	8 340	34.0
3	3 037	12.4
4	1 156	4.7
5	454	1.9
6	208	0.9
7	67	0.3
8	29	0.1
9	20	0.1
10	5	0.0
11	2	0.0
12	2	0.0

Les données n'ont pu être obtenues pour 477 accouchements (1.9 %).

Le nombre de grandes multipares (4^e accouchement et plus) est de 1943 (7.9 %).

550 patientes ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (1.5 % des accouchements).

Table 12 : Parité et activité professionnelle (N=24 166), Wallonie, 2009

Parité	Active		Étudiante		Chômage		Sans profession	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	6 852	61.9	391	3.5	1 530	13.8	2 292	20.7
2-3	6 658	59.5	61	0.5	1 840	16.4	2 639	23.6
4+	594	31.2	6	0.3	428	22.5	875	46.0

4.3.2.2 Séropositivité HIV (CEpiP – à partir de mai 2009)

La variable HIV comporte une nuance dans le choix de réponses. En plus des réponses «positive» et «négative», on retrouve «ne sait pas» et «non testé».

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

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

Table 13 : Statut HIV des patientes à l'accouchement (N=24 054), Wallonie, 2009

	Nombre	%
Positif	40	0.2
Négatif	22 666	94.2
Ne sait pas	799	3.3
Non testé	549	2.3

Les données n'ont pu être obtenues pour 967 accouchements (3.9 %).

L'ensemble des accouchements concernés par une séropositivité HIV ont donné lieu à des naissances d'enfants vivants.

4.3.2.3 Poids en début et fin de grossesse et taille (CEpiP – à partir de mai 2009)

Poids de départ : n=22 594

Moyenne **66.2 kg** (min : 33.0 ; max : 161.0)

Médiane 63.0 (p25 : 56.0 ; p75 : 73.0)

La donnée est manquante pour 2 427 accouchements (9.7%)

Poids à l'accouchement à terme : n=20 807

Moyenne **78.7 kg** (min : 40.0 ; max : 170.0)

Médiane 76.0 (p25 : 69.0 ; p75 : 86.0)

La donnée est manquante pour 2 610 accouchements (10.4%)

Taille de la mère : n=21 284

Moyenne **165.1 cm** (min : 140.0 ; max : 192.0)

Médiane 165.0 (p25 : 160.0 ; p75 : 170.0)

La donnée est manquante pour 3 737 accouchements (14.9%)

Le taux de patientes en surpoids après 18 ans (BMI ≥ 25 kg/m²) en début de grossesse est de **33.9 %** et celui des patientes obèses (BMI ≥ 30 kg/m²) est de **13.0 %** sur 20 322 accouchements.

Le taux de patientes en insuffisance pondérale (BMI < 18.5 kg/m²) en début de grossesse est de **7.2 %**.

Le BMI est inconnu pour 4 437 accouchements (**17.9 %** des accouchements concernés par un volet CEpiP).

L'enquête nationale de santé publiée par l'Institut de santé publique (5) fait état d'un IMC moyen de 24.8 pour les femmes de 18 ans et plus, de 40 % de BMI ≥ 25 et 14 % de BMI ≥ 30 .

Entre 18-24 ans ils ont enregistré 17.3 % de BMI ≥ 25 , entre 25 et 34 ans : 38.4 %, entre 35 et 44 ans : 36.7 %, entre 45 et 54 ans : 39.2 %.

Table 14 : Taux d'obésité (BMI ≥ 30 kg/m²) selon l'âge maternel (N=20 322), Wallonie, 2009

	Nombre	%
18-19 ans	63	10.9
20-29 ans	1 298	12.1
30-39 ans	1 178	13.9
40-49 ans	110	20.0
50 ans et plus	1	50.0

Table 15 : Taux de patientes avec un BMI ≥ 25 kg/m² selon l'âge maternel et la parité (N=20 322), Wallonie, 2009

Âge maternel	Primipares (N=9 201)		Multipares (N=11 121)	
	Nombre	%	Nombre	%
18-19 ans	129	25.4	20	28.6
20-29 ans	1 809	29.6	1 626	35.4
30-39 ans	787	32.1	2 264	37.6
40-49 ans	61	50.0	192	44.8
50 ans et plus	0	0.0	1	100.0

4.3.2.4 Hypertension artérielle et diabète

	Nombre	%
oui	1 622	4.4
non	35 585	95.6

	Nombre	%
oui	1 492	4.0
non	35 715	96.0

Les données sur le diabète et l'hypertension se retrouvent aussi bien sur le Volet C que sur le Volet CEpiP. Cependant la question du Volet C initial concernant ces facteurs de risque était à choix multiple, alors que dans le Volet CEpiP il s'agit d'une question 'oui/non'. Le recueil de ces données semble s'améliorer de cette manière, puisque les taux d'hypertension et de diabète étaient seulement de 2.6 et 2.8% respectivement en 2008.

4.3.2.5 Conception de la grossesse (CEpiP – à partir de mai 2009)

	Nombre	%	Flandre 2009 (1) %
Spontanée	22 812	93.2	91.2
Traitement hormonal	239	1.0	2.1
ICSI	64	0.3	1.9
FIV	678	2.8	1.4
Non demandé	673	2.8	3.4

Cette donnée n'est pas remplie pour **2.2%** des accouchements concernés par le volet CEpiP.

La donnée est inconnue ou non demandée pour **4.9%** des singletons et **5.6%** des accouchements multiples. Au regard des taux relevés par la Flandre, on peut se demander si les traitements hormonaux n'ont pas été sous enregistrés. De même, de nombreux traitements d'ICSI ont probablement été enregistrés comme des FIV.

C'est pourquoi, dans les tableaux suivants, nous avons regroupé les variables «traitement hormonal, ICSI et FIV» sous l'item «conception assistée».

	Nombre	%
Spontanée (n=22 812)	253	1.1
Conception assistée (n=981)	124	12.6
Non demandé (n=673)	15	2.2

De plus, parmi les grossesses multiples, on note 64.5 % de grossesses spontanées et 31.6 % de conceptions assistées. Ces chiffres sont comparables à ceux présentés en 2011 au Congrès de l'ESHRE par une équipe suisse (6) : 72.8 % des grossesses multiples étaient spontanées, 11.2 % faisaient suite à une stimulation de l'ovulation avec ou sans insémination et 16 % étaient issues d'une FIV ou d'une ICSI.

Les données belges du BELRAP (banque de données de la procréation médicalement assistée en Belgique) font état en 2008 d'environ 12 % de grossesses multiples en cas d'un traitement de FIV ou d'ICSI (7).

	Nombre	%
Spontanée (n=22 559)	132	0.6
Conception assistée (n=857)	9	0.1
Non demandé (n=658)	1	0.2

Singletons (N=24 073)				Grossesses multiples (N=390)			
	Conception spontanée %	Conception assistée %	Non demandé %		Conception spontanée %	Conception assistée %	Non demandé %
<20 (n=960)	97.5	0.0	2.6	<20 (n=5)	80.0	20.0	0.0
20-29 (n=12 559)	94.9	2.2	2.9	20-29 (n=172)	70.4	24.4	5.2
30-39 (n=9 900)	92.2	5.2	2.5	30-39 (n=197)	61.4	35.5	3.0
40-49 (n=653)	87.9	8.4	3.7	40-49 (n=14)	35.7	64.3	0.0
50+ (n=1)	0.0	100.0	0.0	50+ (n=2)	0.0	100.0	0.0

Entre 40 et 50 ans, **8.4 %** des grossesses uniques et **64.3 %** des grossesses multiples ont été conçues par procréation médicalement assistée. Les 3 grossesses observées après 50 ans ont toutes bénéficié d'une aide à la procréation.

4.4 Caractéristiques de l'accouchement

4.4.1 Présentation de l'enfant à la naissance

Table 22 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les grossesses uniques vivantes (N=35 883), Wallonie, 2009		
Type	Nombre	%
Sommet fléchi	32 223	89.8
Sommet autre	1 857	5.2
Siège	1 673	4.7
Transverse	130	0.4

Parmi les singletons vivants, 475 présentations sont inconnues (1.3 %).

Table 23 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons à terme (N=43), Wallonie, 2009		
Type	Nombre	%
Sommet fléchi	38	70.8
Sommet autre	2	0.0
Siège	3	16.7
Transverse	0	8.3

Parmi les singletons mort-nés à terme, 2 présentations sont inconnues (4.4 %).

Table 24 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons < 37 semaines (N=170), Wallonie, 2009		
Type	Nombre	%
Sommet fléchi	100	58.8
Sommet autre	15	8.8
Siège	50	29.4
Transverse	5	3.0

Parmi les singletons mort-nés prématurés, 6 présentations sont inconnues (3.4 %).

4.4.2 Type de surveillance fœtale (CEpiP – à partir de mai)

Type	Nombre	%
Cardiotocogramme seul	22 105	90.0
STAN	1 060*	4.3
pH au scalp	14	0.1
Auscultation intermittente	438	1.8
CTG + auscultation intermittente	357	1.5
Aucune surveillance	584	2.4

*dont 2 avec pH au scalp

Le type de surveillance fœtale est manquant pour 302 accouchements (1.2 %).

4.4.3 Accouchement par césarienne

4.4.3.1 Prévalence globale

La prévalence globale est de **19.9** pour 100 accouchements, et de **19.2 %** et **57.7 %** pour les accouchements uniques et multiples respectivement.

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 49 accouchements (0.1 %). Le taux de césariennes va de 11.2 à 31.9 % selon la maternité.

11 césariennes de grossesses gémellaires ont été réalisées en cours d'accouchement, pour le deuxième jumeau (11 sur 626 accouchements de jumeaux, 1.8 %). On se situe entre les taux retrouvés aux États-Unis et au Canada (plus de 3 %) où la version grande extraction n'est pas recommandée, et les taux français (≤ 0.5 %) où cette attitude est répandue.

Données comparatives
Flandre 2009 (1) :
Prévalence globale : 18.5 % Grossesses multiples : 55.3 %
Wallonie 2008 (2) :
Prévalence globale : 20.5 % Grossesses multiples : 59.3 %

Euro-Peristat (3) recommande de calculer le taux de césarienne sur le nombre total de naissances. On obtient donc 20.5 pour 100 naissances.

Le taux de césariennes est élevé en Wallonie. Il est cependant extrêmement variable d'une maternité à l'autre, et ne montre pas d'augmentation par rapport à 2008.

4.4.3.2 Césarienne et présentation de l'enfant

Type	Nombre de césariennes	%
Sommet fléchi (n=32 198)	4 185	13.0
Sommet autre (n=1 856)	800	43.1
Siège (n=1 673)	1 508	90.1
Transverse (n=130)	130	100.0
Inconnu (n=452)	374	82.7

Table 27 : Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les primipares (N=942), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
Primipares (n=942)	890	94.4
Primipares < 28 semaines (n=13)	9	69.2
Primipares 28-31 semaines (n=22)	21	95.5
Primipares 32-36 semaines (n=104)	96	92.3
Primipares ≥ 37 semaines (n=803)	764	95.1

Table 28 : Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les multipares (N=484), Wallonie, 2009						
	Avec antécédent(s) de césarienne			Sans antécédent de césarienne		
	Total	Nombre	%	Total	Nombre	%
Multipares	173	169	97.7	315	246	78.1
Multipares < 28 semaines	2	2	100.0	4	4	100.0
Multipares 28-31 semaines	5	5	100.0	10	10	100.0
Multipares 32-36 semaines	18	17	94.4	38	30	79.0
Multipares ≥ 37 semaines	148	145	98.0	263	202	76.8

4.4.3.3 Césarienne et âge maternel

Table 29 : Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons (N=36 532), Wallonie, 2009		
Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=12)	3	25.0
15-19 (n=1421)	200	14.1
20-24 (n=6419)	1 077	16.8
25-29 (n=12614)	2 207	17.5
30-34 (n=10278)	2 076	20.2
35-39 (n=4788)	1 168	24.4
40-44 (n=944)	269	28.5
45-49 (n=52)	20	38.5
50-55 (n=1)	0	0.0
Âge inconnu (n=3)	0	0.0

4.4.3.4 Césarienne et indications (CEpiP – mai 2009)

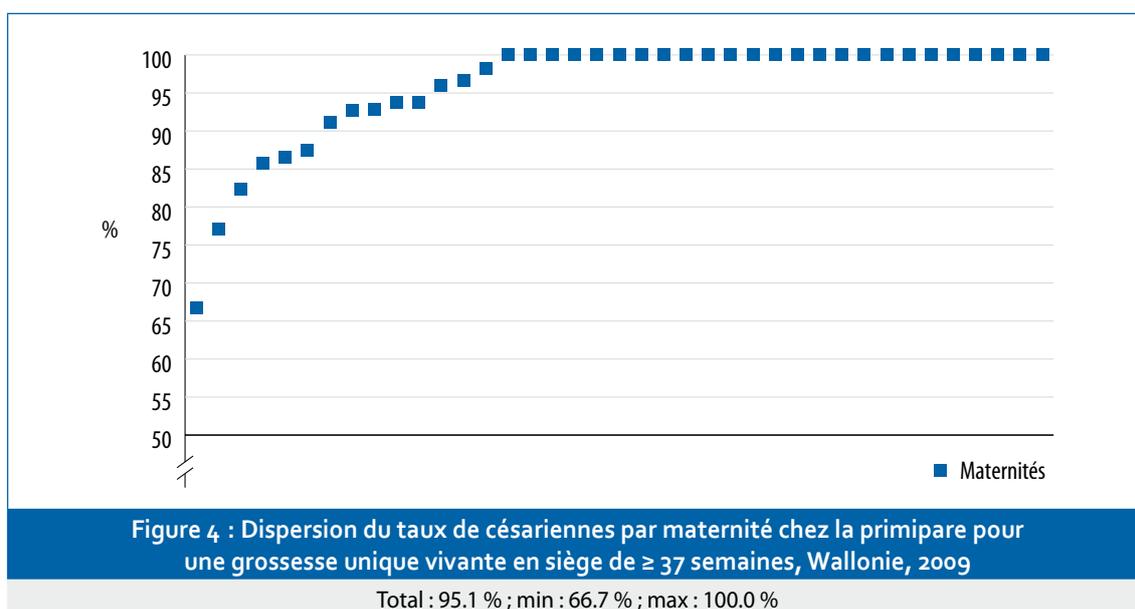
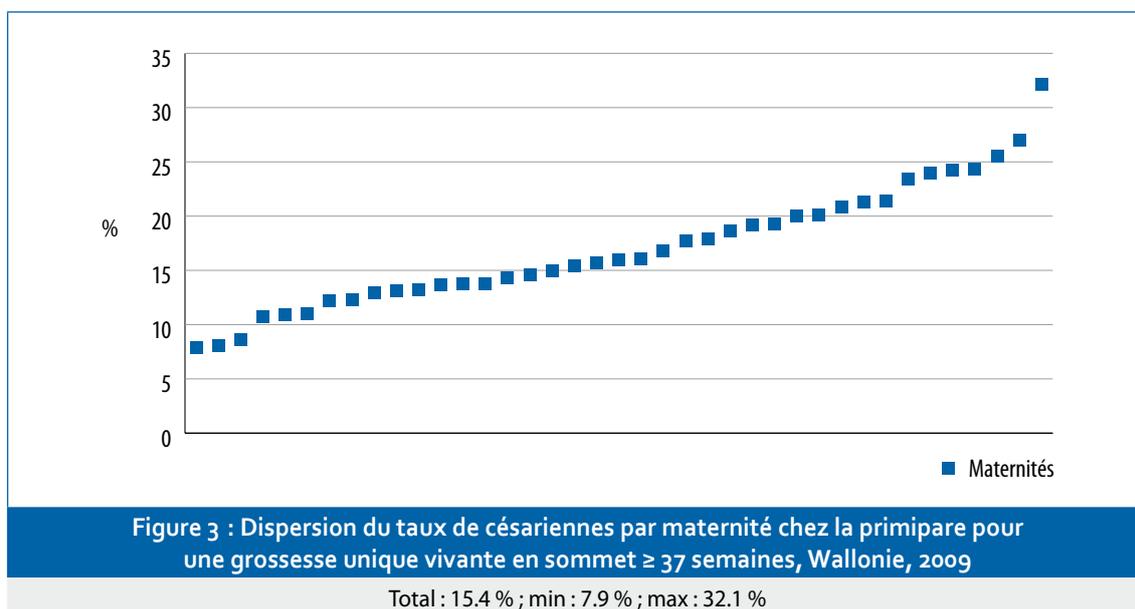
Les indications de césarienne sont enregistrées grâce au volet CEpiP. Les taux sont calculés sur le nombre total de césarienne depuis mai 2009 (N=5 144). 24 causes n'ont pu être obtenues (0.0 %).

Table 30 : Indication de césarienne pour les naissances vivantes (N=5 120), Wallonie, 2009

	Nombre	%		Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel	1 080	21.0			
Siège	798	15.5			
Transverse	81	1.6			
Autre malposition fœtale	29	0.6			
Dystocie, pas en travail	461	9.0			
Dystocie arrêt dilatation	613	11.9			
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	194	3.8			
Souffrance fœtale aigüe (SFA)	553	10.8			
Pathologie maternelle	388	7.5			
	<i>HELLP</i>	11			
	<i>Chorio</i>	8			
Cause placentaire	169	3.3			
Grossesse gémellaire	142	2.8			
Grossesse triple	6	0.1			
Demande patiente	43	0.8			
Retard de croissance intra-utérin	25	0.5			
Procidence cordon	23	0.4			
Malformation utérine	10	0.2			
Rupture et pré-rupture utérine	9	0.2			
Prématurité	7	0.1			
Pathologie/malformation fœtale	5	0.1			
Métrorragie	5	0.1			
Divers Hydramnios	11	0.2			
Oligoamnios					
Col artificiel					
Insertion vélamenteuse cordon					
Antcdt mort-né					
Ligature					
Protection périnée					
Hémorragie materno-fœtale					
Souffrance fœtale aigüe (SFA) + dystocie	139	2.7	<i>Arrêt dilatation</i>	119	2.3
			<i>Arrêt progression à dilatation complète</i>	20	0.4
Prématurité + grossesse multiple	103	2.0			
Antécédent césarienne + malposition fœtale	103	2.0	<i>Siège</i>	92	1.8
			<i>Transverse</i>	11	0.2
Prématurité + siège	53	1.0			
Antécédent césarienne + grossesse multiple	20	0.4			
SFA + cause placentaire	26	0.5			
SFA + pathologie maternelle	12	0.2			
Pathologie maternelle + cause placentaire	12	0.2			

4.4.3.5 Césariennes et maternités

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



4.4.4 Accouchement instrumental

Table 31 : Taux de ventouses et de forceps par naissance (N=37 780), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
Ventouse seule	1 863	4.9
Forceps seul sur sommet	1 021	2.7
Forceps seul sur siège	3	0.0
Ventouse et forceps	103	0.3
Ventouse et césarienne	16	0.0
Forceps et césarienne	24	0.1
Forceps sur siège et césarienne	2	0.0
Ventouse et forceps et césarienne	4	0.0
Total ventouse ou forceps	3 036	8.0

Données comparatives
Flandre 2009 (1) :
Ventouse : 9.7 % Forceps : 0.7 %
Wallonie 2008 (2) :
Ventouse : 5.3 % Forceps : 3.0 %

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 49 accouchements (0.1 %).

4.4.5 Induction de l'accouchement

4.4.5.1 Prévalence

On constate que **33.3 %** des accouchements ont été induits, ou :

- 34.6 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 36.0 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 36.8 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 35.4 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare

Donnée comparative
Flandre 2009 (1) :
Induction : 24.2 %
Wallonie 2008 (2) :
Induction : 32.6 %

Le projet Euro-Peristat (3) recommande de présenter les taux d'induction comme le nombre d'enfants nés après induction sur le total des naissances vivantes et mortes par 100 grossesses vivantes ou mortes. De cette manière, on obtient 33.0 % de naissances induites.

La notification de l'induction est manquante pour 133 accouchements (0.4 %).

4.4.5.2 Inductions et maternités

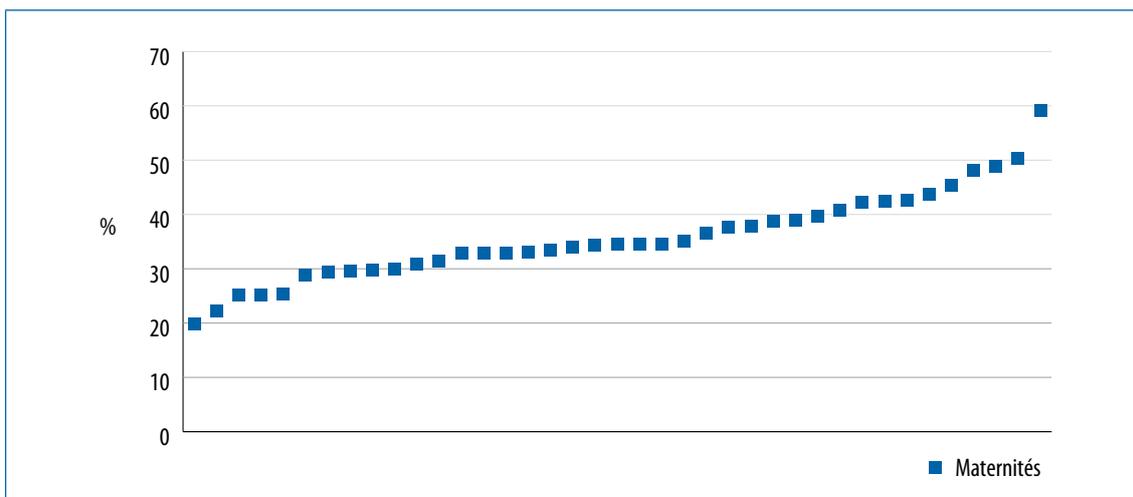


Figure 5 : Taux d'induction par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclus), Wallonie, 2009

Total : 34.3 % ; min : 19.9 % ; max : 59.1 %

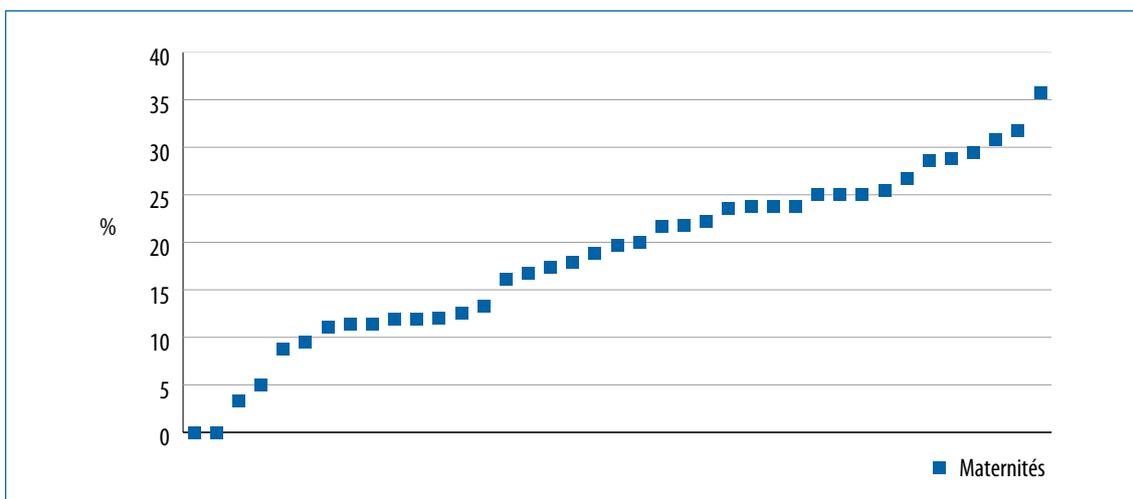


Figure 6 : Taux d'induction par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet entre 34 et 36 semaines, Wallonie, 2009

Total : 18.8 % ; min : 0.0 % ; max : 35.7 %

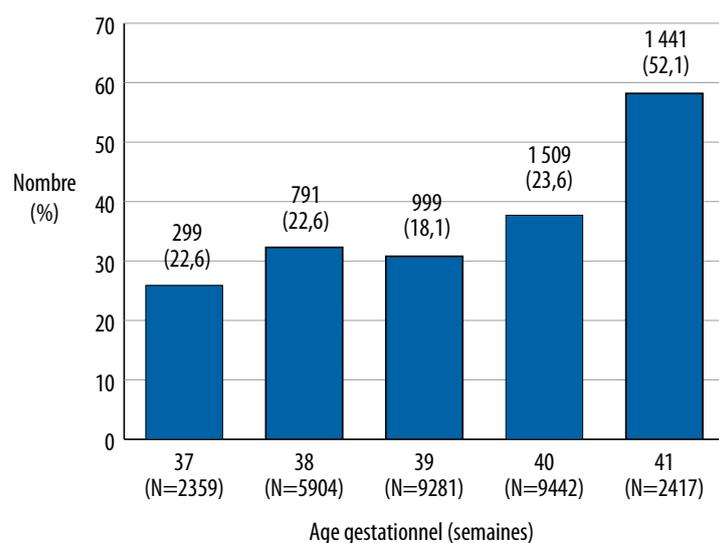


Figure 7 : Taux d'induction par âge gestationnel pour une grossesse unique vivante en sommet de ≥ 37 semaines sans hypertension et sans diabète (N=29 403), Wallonie, 2009

4.4.5.3 Inductions et césariennes

Table 32 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare (N=14 018), Wallonie, 2009

	Nombre de césariennes	%
Induction (n=5 140)	994	19.3
Pas d'induction (n=8 844)	1 158	13.1
Réponses manquantes (n=34)	4	11.8
Total (n=14 018)	2 156	15.4

Table 33 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne (N=9 729), Wallonie, 2009

	Nombre de césariennes	%
Induction (n=3 969)	117	3.0
Pas d'induction (n=5 739)	183	3.2 (programmée : 1.4)
Réponses manquantes (n=21)	0	0.0
Total (n=9 729)	300	3.1

Table 34 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet de ≥ 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne (N=2 058), Wallonie, 2009

	Nombre de césariennes	%
Induction (n=286)	58	20.3
Pas d'induction (n=1 771)	1 090	61.6 (programmée : 48.8)
Réponses manquantes (n=1)	0	0.0
Total (n=2 058)	1 148	55.8

On peut s'étonner du taux important de césariennes si la grossesse n'est pas induite chez la multipare avec antécédent de césarienne, mais il s'agit en grande partie de césariennes itératives programmées.

4.4.6 Péridurale obstétricale (CEpiP – à partir de mai)

17 435 accouchements ont bénéficié d'une péridurale (79.1 %). Ce taux est de 87.0 % chez la primipare et 72.8 % pour la multipare. L'information est manquante pour 2 991 accouchements (12.0 %). Si l'on ne considère que les accouchements par voie basse, on observe 13 104 péridurales pour 17 492 accouchements (74.9 %), et 12.8 % de données manquantes. Ce taux va de 43.6 % à 89.4 % selon la maternité.

Donnée comparative
Flandre 2009 (1)
Péridurale : 66.5 %

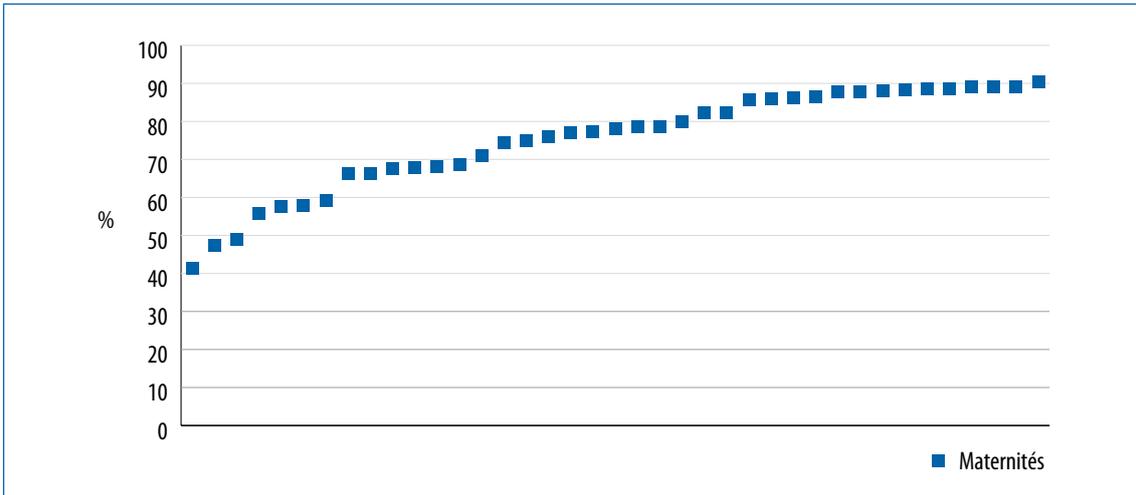


Figure 8 : Taux de péridurale par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines, Wallonie, 2009

Total : 79.0 % ; min : 41.4 % ; max : 90.3 %

4.4.7 Épisiotomie (CEpiP – à partir de mai)

On compte 9 138 épisiotomies pour 23 929 accouchements (38.2 %). Cette information est manquante pour 1092 accouchements (4.4 %).

Ce taux va de 13.2 % à 57.2 % selon la maternité.

On observe 52.4 % d'épisiotomie chez la primipare et 26.7 % chez la multipare.

Donnée comparative

Flandre 2009 (1)

Épisiotomie : 55.1 %

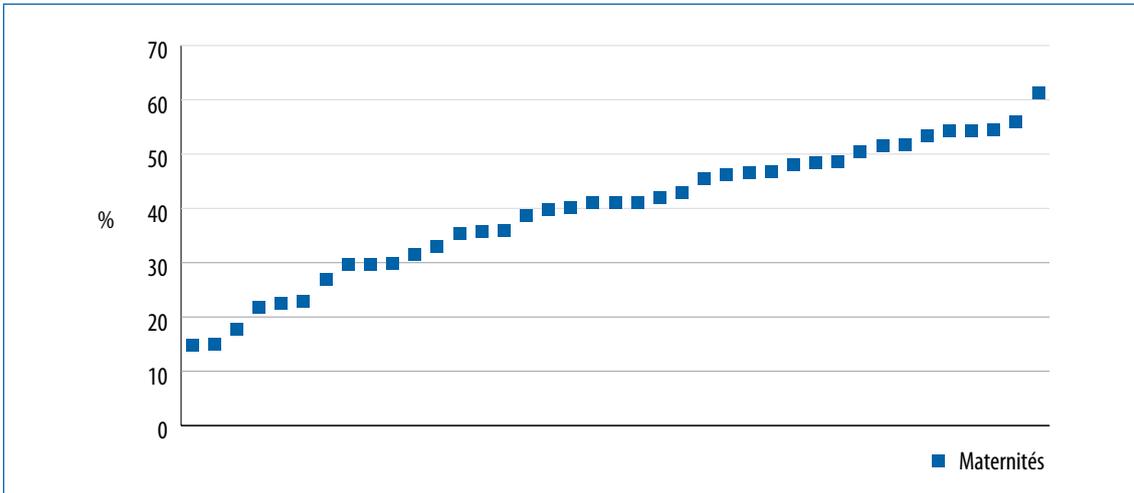


Figure 9 : Taux d'épisiotomie par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines, Wallonie, 2009

Total : 41.3 % ; min : 14.8 % ; max : 61.3 %

4.4.8 Accouchement sans intervention obstétricale

Il s'agit des accouchements après 37 semaines, sans instrumentation, sans induction et sans épisiotomie. Nous ne disposons de cette dernière information que pour les volets médicaux à partir de mai 2009.

On comptabilise 24.3 % d'accouchements sans intervention obstétricale entre le 1er mai et le 31 décembre et 9.5 % d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale.

4.4.9 Accouchement avec intervention obstétricale

Nous avons également formé deux autres scores :

L'un reprenant toutes les patientes ayant eu une induction ET une péridurale ET une épisiotomie ET un accouchement instrumental (ventouse, forceps ou césarienne).

L'autre reprenant toutes les patientes ayant eu une induction ET une péridurale ET une épisiotomie additionnées des patientes ayant eu un accouchement instrumental (ventouse, forceps ou césarienne).

Nous avons ensuite comparé les taux obtenus dans les maternités.

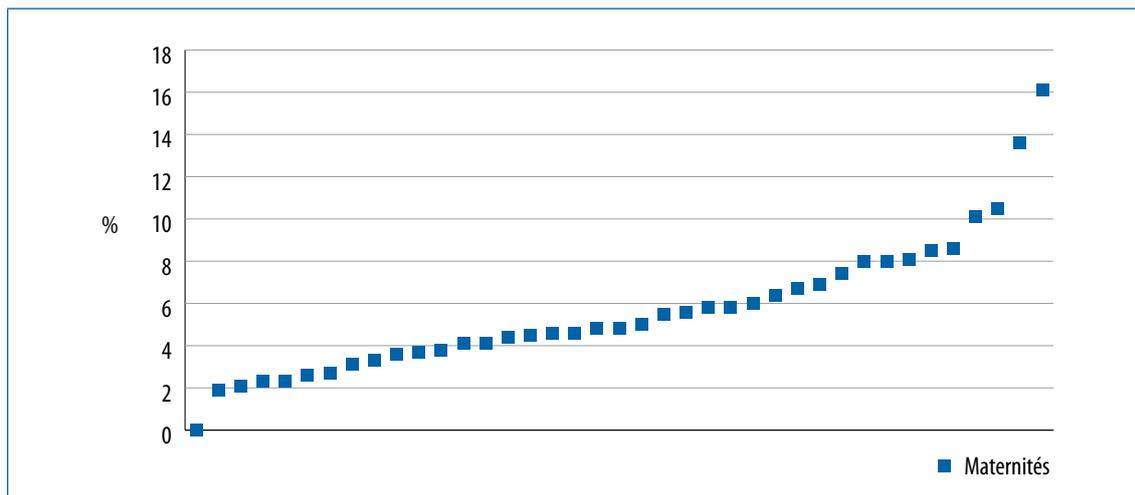


Figure 10 : Taux de patientes avec induction et péridurale et épisiotomie et accouchement instrumental par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet \geq 37 semaines, Wallonie, 2009

Total : 5.1 % ; min : 0.0 % ; max : 16.1 %

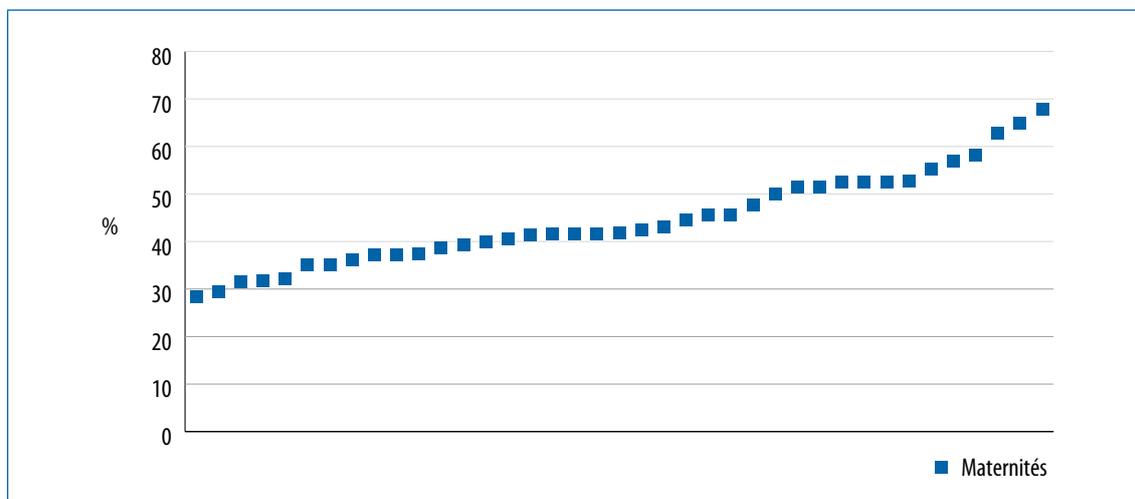


Figure 11 : Taux de patientes avec induction et péridurale et épisiotomie et patientes avec accouchement instrumental par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet \geq 37 semaines, Wallonie, 2009

Total : 42.7 % ; min : 28.3 % ; max : 67.9 %

4.5 Accouchements multiples

4.5.1 Prévalence des accouchements multiples

Données comparatives
Accouchements multiples
Flandre 2009 (1) : 1.8 %
Wallonie 2008 (2) : 1.6 %

Table 35 : Détails des accouchements multiples, Wallonie, 2009	
Grossesses gémeillaires :	
	601 accouchements de 2 jumeaux vivants
	1 couple de 2 jumeaux vivants où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau (<i>attention : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires</i>)
	5 accouchements gémeillaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	2 grossesses gémeillaires comptant 1 enfant vivant et 1 mort-né, où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau (<i>attention : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires</i>)
	5 accouchements gémeillaires de 2 enfants mort-nés
	2 accouchements gémeillaires d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
	1 accouchement gémeillaire d'1 enfant mort-né et d'1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
Grossesses triples :	
	5 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	1 accouchement d'une grossesse triple avec 2 enfants vivants et 1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
Total :	623 grossesses multiples ayant abouti à 626 accouchements (1.7 % des accouchements) et 1 248 naissances (3.8 % des naissances)

Euro-Peristat (3) définit le taux de grossesses multiples par le nombre de femmes ayant donné naissance à ≥ 2 enfants sur le nombre total de femmes qui ont accouché.

D'après ces recommandations, le taux de grossesses multiples en Région wallonne en 2009 est de **1.7 %**.

On observe 6 accouchements de triplés. Parmi ces grossesses, 3 ont été conçues par ICSI ou FIV, et l'information concernant le type de conception manque pour les 3 autres grossesses triples.

4.5.2 Accouchements multiples et âge maternel

Table 36 : Accouchements multiples et âge maternel (N=37 207), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
<20 (n=1 441)	6	0.4
20-29 (n=19 337)	279	1.4
30-39 (n=15 401)	314	2.0
40-49 (n=1 022)	25	2.5
50+ (n=3)	2	66.7
Inconnu (n=3)	0	0.0

4.6 Caractéristiques de l'enfant

4.6.1 Poids de naissance

4.6.1.1 Poids moyen de l'enfant

3213 g (minimum : 200 g – maximum : 5695 g)
Le poids n'a pu être obtenu pour 65 naissances (0.2 %).

4.6.1.2 Répartition du poids de naissance

Euro-Peristat (3) définit cet indicateur comme le nombre de naissances par intervalle de 500 g, sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. De plus les proportions d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g et 1500 g sont habituellement présentées à des fins de comparaison internationales. Il est proposé d'également calculer ce taux sur l'ensemble des naissances vivantes uniquement, pour éviter le biais lié à la déclaration des mort-nés qui n'est pas égale dans chaque pays et région.

Poids (g)	Singletons (n=36 581)		Grossesses multiples (n=1 248)		Wallonie 2008 (2) %		Flandre 2009 (1) %	
	Nombre	%	Nombre	%	Singletons	Grossesses multiples	Singletons	Grossesses multiples
< 500	31	0.1	2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0
500-999	156	0.4	35	2.8	0.3	2.5	0.4	3.4
1000-1499	177	0.5	74	5.9	0.5	5.5	0.4	6.3
1500-1999	363	1.0	210	16.8	1.1	14.8	0.9	14.9
2000-2499	1 624	4.4	421	33.7	4.5	33.1	3.3	30.4
2500-2999	7 813	21.4	394	31.6	20.6	34.5	16.4	33.7
3000-3499	15 018	41.1	98	7.9	41.6	8.5	39.0	10.3
3500-3999	9 181	25.1	10	0.8	25.3	0.6	30.2	0.9
4000-4499	1 899	5.2	2	0.2	5.5	0.2	8.2	0.1
≥ 4500	256	0.7	0	0.0	0.7	0.1	1.2	0.0
Poids inconnu	63	0.2	2	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0

4.6.1.3 Prévalence du faible poids à la naissance

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g est de 3 093 pour 37 764 naissances (**8.2 %**) au total, et de 2 909 pour 37 530 naissances vivantes (**7.8 %**).

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 10.8 %, contre 6.9 % dans les autres maternités.

Données comparatives
Poids de naissance < 2500 g :
Flandre 2009 (1) : 6.8 %
Wallonie 2008 (2) : 7.7 %
Poids de naissance < 1500 g :
Flandre 2009 (1) : 1.1 %
Wallonie 2008 (2) : 1.0 %

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1500 g est de 475 pour 37 764 naissances (**1.3 %**) au total, et de 333 pour 37 530 naissances vivantes (**0.9 %**).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1000 g est de 224 pour 37 764 naissances (**0.6 %**) au total, et de 102 pour 37 530 naissances vivantes (**0.3 %**).

Les recommandations européennes (3) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g et à un âge gestationnel supérieur à 37 semaines. On obtient alors un taux de 3.3 pour 100 naissances vivantes de 37 semaines et plus, et de 14.0 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus. Ces taux sont comparables à ceux retrouvés en Wallonie en 2008 : 3.4 pour 100 naissances vivantes de 37 semaines et plus, et de 13.5 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus.

4.6.1.4 Faible poids de naissance et âge maternel

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=12)	1	8.3
15-19 (n=1 432)	121	8.5
20-24 (n=6 577)	593	9.0
25-29 (n=13 001)	978	7.5
30-34 (n=10 676)	809	7.6
35-39 (n=5 016)	461	9.2
40-44 (n=984)	112	11.4
45-49 (n=58)	11	19.0
50-55 (n=5)	4	80.0
Âge inconnu (n=3)	3	100.0

4.6.2 Durée de la grossesse

4.6.2.1 Durée moyenne de la grossesse

39 semaines (minimum : 21 semaines – maximum : 42 semaines)
L'âge gestationnel n'a pu être obtenu dans 33 cas (0.1 %).

Données comparatives
Accouchement < 37 semaines :
Flandre 2009 (1) : 7.3 %
Wallonie 2008 (2) : 7.7 %

4.6.2.2 Prévalence de la prématurité

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 2 947 pour un total de 37 174 accouchements (7.9 %), 7.1 % pour les accouchements de singletons et 57.7 % pour les accouchements de jumeaux.

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint 10.1 %, contre 6.7 % dans les autres maternités.

Euro-Peristat (3) définit cet indicateur comme le nombre de naissances vivantes et mortes entre 22 et 37 semaines de gestation sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. En Wallonie en 2009, on obtient 8.7 % de naissances prématurées. La plupart des données disponibles en Europe ne concernent que le nombre de naissances vivantes prématurées sur le total des naissances vivantes. Avec ce calcul, on obtient un taux de 8.3 % en Région wallonne.

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

En effet, certaines naissances «vivantes» sont en fait des naissances d'enfants «destinés à mourir», du fait de leur prématurité extrême (< 24 semaines) ou d'une pathologie non compatible avec la vie.

Table 39 : Taux d'enfants vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel (N=37 829), Wallonie, 2009

Âge (semaines)	Enfant né vivant et vivant après 7 jours (n=37 539)		Enfant mort-né (n=241)		Enfant né vivant et décédé avant 7 jours de vie (n=49)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=57)	0	0.0	51	89.5	6	10.5
24 (n=23)	3	13.0	18	78.3	2	8.7
25 (n=49)	20	40.8	20	40.8	9	18.4
26-27 (n=93)	54	58.1	32	34.4	7	7.5
28-31 (n=287)	250	87.1	29	10.1	8	2.8
32-36 (n=2 792)	2 744	98.3	44	1.6	4	0.1
≥ 37 (n=34 495)	34 438	99.8	45	0.1	12	0.0
Âge inconnu (n=33)	30	90.9	2	6.1	1	3.0

4.6.2.3 Répartition de l'âge gestationnel

Table 40 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=37 207), Wallonie, 2009

Âge (semaines)	Singletons (n=36 581)		Grossesses multiples (n=626)*		Wallonie 2008 (2) %		Flandre 2009 (1) %	
	Nombre	%	Nombre	%	singletons	grossesses multiples	singletons	grossesses multiples
≤ 23	48	0.1	5	0.8	0.0	1.0	0.4	3.0
24	19	0.1	3	0.5				
25	42	0.1	4	0.6				
26-27	74	0.2	11	1.8	0.2	1.3		
28-31	207	0.6	40	6.4	0.6	5.9	0.5	7.6
32-36	2 196	6.0	298	47.6	6.1	46.2	5.5	46.2
≥ 37	33 962	92.8	265	42.3	93.0	45.5	93.6	43.2
Âge inconnu	33	0.1	0	0.0	0.0	0.0		

* Pour 3 paires de jumeaux, la naissance du deuxième jumeau a été retardée par rapport à celle du 1er jumeau : 3 jours, 10 jours et 15 jours. Ces deuxièmes accouchements ont été ajoutés dans les catégories correspondantes.

4.6.2.4 Prématurité et âge maternel

Table 41 : Accouchement < 37 semaines et âge maternel (N=37 174), Wallonie, 2009

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=12)	1	8.3
15-19 (n=1 424)	110	7.7
20-24 (n=6 502)	558	8.6
25-29 (n=12 819)	914	7.1
30-34 (n=10 481)	818	7.8
35-39 (n=4 911)	425	8.7
40-44 (n=964)	109	11.3
45-49 (n=55)	8	14.6
50-54 (n=3)	1	33.3
Âge inconnu (n=3)	3	100.0

Table 42 : Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère (N=37 174), Wallonie, 2009		
Situation professionnelle	Nombre	%
Active (n=21 306)	1 529	7.2
Etudiante (n=695)	54	7.8
Chômage (n=5 618)	456	8.1
Sans profession / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=8 998)	837	9.3
Situation professionnelle inconnue (n=557)	71	12.8

Table 43 : Accouchement < 37 semaines et état d'union de la mère (N=37 174), Wallonie, 2009		
Etat d'union	Nombre	%
Vit seule et père non déclaré à l'accouchement (n=2 464)	294	11.9
Vit seule et père déclaré (n=4 176)	376	9.0
Non seule (n=29 897)	2 183	7.3
Situation d'union inconnue (n=637)	94	14.8

Le taux de réponses manquantes pour ces deux dernières tables est faible (1.5 et 1.7 %) 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.

4.6.3 Streptocoque du groupe B (CEpiP – à partir de mai)

Les taux sont calculés pour les naissances vivantes, à partir de 35 semaines uniquement.

Table 44 : Taux de GBs par accouchement (N=23 653), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
oui	4 628	19,6
non	17 614	74,5
non testé/non connu	1 410	6,0

La donnée est manquante pour 638 accouchements (2.6 %) ou pour 596 accouchements à partir de 35 semaines (2.5 %).

Le taux de traitement en cas de dépistage positif du streptocoque B est de **89.9 %** pour les naissances vivantes à partir de 35 semaines. 78 données sont manquantes (1.7 %).

4.6.4 Apgar

4.6.4.1 Score d'apgar à 1 minute

Score d'apgar inférieur à 7 : **7.1 %** 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 658 naissances (1.8 %).

4.6.4.2 Score d'apgar à 5 minutes

Score d'apgar inférieur à 7 à 5 minutes : **1.5 %** de toutes les naissances vivantes.

En cas de naissance vivante par voie basse à terme, **1.2 %**

En cas de naissance vivante par césarienne à terme, **1.5 %**

Score d'apgar inférieur à 4 à 5 minutes : **0.3 %** de toutes les naissances vivantes.

Le score d'apgar à 5 minutes manque pour 707 naissances (1.9 %).

4.6.5 Ventilation du nouveau-né (CEpiP – à partir de mai)

Les données qui suivent sont reprises du volet CEpiP et concernent donc les naissances à partir du 1er mai 2009. La donnée est manquante pour 1 639 naissances (6.5 % des naissances).

Table 45 : Ventilation du nouveau-né vivant (N=23 613), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
Ventilation	1 398	5.9
Dont : Intubation	110	7.9
Ballon et masque	1 032	73.8
Type de ventilation inconnu	256	18.3

Le taux élevé de «type de ventilation» inconnu regroupe probablement un certain nombre de cipap.

4.6.6 Transfert vers un centre néonatal (CEpiP – à partir de mai)

Les données qui suivent sont reprises du volet CEpiP et concernent donc les naissances à partir du 1er mai 2009. La donnée est manquante pour 2 205 naissances (8.7 % des naissances).

Table 46 : Transfert vers un centre néonatal (N=23 047), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
Transfert	2 756	12.0
Dont : N*	1 743	63.2
NIC	651	23.6
Type de centre inconnu	362	13.1

4.6.7 Transfert ex utero (CEpiP – à partir de mai)

120 nouveau-nés sont nés dans un centre sans NIC et ont été secondairement transférés dans un service NIC (47.5/10 000 naissances vivantes). Parmi ceux-ci, 41 étaient sous l'âge gestationnel de 32 semaines et/ou avaient un poids inférieur à 1500 g (16.2/10 000 naissances) et 54 étaient sous l'âge gestationnel de 34 semaines et/ou avaient un poids inférieur à 1500 g (21.4/10 000 naissances). Une étude réalisée en 2004 par le Collège Mère-Enfant avait estimé le taux de transfert postpartum ex utero à environ 143 pour 10 000 accouchements (8).

4.6.8 Transfert in utero (Volet C – de janvier à avril)

Les données qui suivent sont reprises sur le volet C uniquement et concernent donc les naissances avant le 1er mai 2009. La donnée est manquante pour 103 naissances (0.8 % des naissances).

Table 47 : Transfert in utero par patiente (N=12 309), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
Transfert	150	1.2
Pas de transfert	12 159	98.8

Par transfert in utero, on entend une patiente enceinte transférée d'une maternité à une autre pour la prise en charge spécifique d'une pathologie maternelle ou fœtale. Le Collège Mère-Enfant avait estimé le taux de transfert in utero à environ 90 pour 10 000 accouchements (0.9 %) en 2004 (8).

4.6.9 Sexe

Table 48 : Sexe de l'enfant (N=37 829), Wallonie, 2009		
	Nombre	%
Masculin	19 296	51.0
Féminin	18 532	49.0
Indéterminé	1	0.0

4.6.10 Malformations (CEpiP – à partir de mai)

Le Volet CEpiP reprend seulement 29 malformations majeures mais la maternité peut notifier manuellement d'autres malformations. 275 malformations sur les 25 417 naissances ont été enregistrées depuis mai 2009. Il s'agit bien des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance de l'enfant. Le tableau reprend uniquement les 182 malformations précisées sur le volet CEpiP. Du fait que les malformations écrites manuellement sont probablement sous-enregistrées et du fait qu'il s'agit de malformations déclarées à la naissance de l'enfant, nous ne calculerons pas de taux de malformations globales.

Table 49 : Types de malformations (N=182), Wallonie, 2009		
4	Anencéphalie	dont 1 avec fente labiale/palatine
2	Hygroma kystique	
7	Spina bifida	dont 1 avec imperforation anale
14	Trisomie 21	
5	Hydrocéphalie	dont 1 avec fente labiale/palatine
4	Trisomie 18	
32	Fente labiale/palatine	
1	Trisomie 13	
5	Imperforation anale	
8	Anomalie réductionnelle des membres	
5	Hernie diaphragmatique	
1	Omphalocèle	
3	Gastroschisis	
2	Transposition des gros vaisseaux	dont 1 né vivant hors centre spécialisé
3	Malformation adénomatoïde du poumon	dont 1 avec atrésie de l'œsophage
5	Atrésie de l'intestin grêle	dont 1 avec atrésie anale
10	Agénésie rénale	
14	Craniosténose	
5	Syndrome de Turner	dont 1 avec hydrops foetal
4	Anomalie obstructive bassin/uretère	dont 1 avec imperforation anale
1	Tétralogie de Fallot	
5	Atrésie de l'œsophage	
1	Atrésie anale	
4	Dysplasie squelettique/nanisme	dont 1 avec imperforation anale et 1 avec agénésie rénale
2	Hydrops foetal	
6	Dysplasie rénale poly/multikystique	
7	Communication interventriculaire	
1	Atrésie des voies biliaires	
19	Hypospade	
2	Syndrome de Vater	

On compte également 2 grossesses gémellaires avec syndrome transfuseur-transfusé, cette donnée est probablement sous-enregistrée.

4.7 Lieu d'accouchement

4.7.1 Accouchements en maternité

Nombre d'accouchements	Nombre de maternités
< 500	7
500 - 999	17
1 000 - 1 499	10
1 500 - 1 999	2
2 000 - 2 499	2
2 500 +	1

4.7.2 Accouchements hors maternité

Nous avons comptabilisé **218** naissances hors maternité, c'est-à-dire 5.8 pour 1000 naissances.

Ces accouchements sont répartis comme suit :

- 56 en maison de naissance
- 102 à domicile programmés en présence d'un professionnel
- 60 hors maternité non prévus, dont 29 sans professionnel présent au moment de l'accouchement.

Données comparatives

Flandre 2009 (1) : 9.8 ‰
Wallonie 2008 (2) : 6.0 ‰

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

Dans les accouchements à domicile prévus, aucun enfant n'aurait été transféré après l'accouchement et le taux d'épisiotomie est de 3.4 %.

Âge (années)	Accouchement non programmé (N=60)		Accouchement programmé (N=158)	
	Nombre	%	Nombre	%
<20 (n=8)	7	11.7	1	0.6
20-29 (n=99)	26	43.3	73	46.2
30-39 (n=99)	22	36.7	77	48.7
40-49 (n=12)	5	8.3	7	4.4
50+ (n=0)	0	-	0	-

Situation professionnelle	Accouchement non programmé (N=57)		Accouchement programmé (N=132)	
	Nombre	%	Nombre	%
Active (n=83)	9	15.8	74	56.1
Étudiante (n=10)	5	8.8	5	3.8
Chômage (n=24)	9	15.8	15	11.4
Sans profession (n=72)	34	59.7	38	28.8
50+ (n=0)	0	-	0	-

Table 53 : Accouchement à domicile et parité (N=132), Wallonie, 2009				
Parité	Accouchement non programmé (N=33)		Accouchement programmé (N=99)	
	Nombre	%	Nombre	%
Primipare (n=34)	4	12.1	30	30.3
2-3 (n=77)	21	63.6	56	56.6
4+ (n=21)	8	24.2	13	13.1

4.8 Mortinatalité

4.8.1 Chiffres

Euro-Peristat (3) définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. On compte 241 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (6.4 mort-nés pour 1000 naissances), dont 18 issus de grossesses multiples.

Le taux de mort-nés est de **6.1** et **14.4** pour 1000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.

Données comparatives
Mortinatalité :
Flandre 2009 (1) : 5.8 ‰
Wallonie 2008 (2) : 4.3 ‰ dont 4.1 ‰ pour les singletons et 9.8 ‰ pour les grossesses multiples

On constate en 2009 un nombre plus élevé d'enfants mort-nés par rapport aux taux retrouvés en 2008. 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 g mène à une sous-estimation du taux de mort-nés. Lors des visites aux maternités en 2009, le CEpiP a fait un rappel des directives, ce qui peut expliquer une augmentation des déclarations. La fiabilité de cette donnée semble s'améliorer.

4.8.2 Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel

Table 54 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel pour les singletons (N=36 581), Wallonie, 2009			
Âge gestationnel (semaines)	Nombre de mort-nés (n=223)	%	Wallonie 2008 (%)
≤ 23 (n=48)	45	93.8	57.1
24 (n=19)	16	84.2	
25-27 (n=116)	46	39.7	28.1
28-31 (n=207)	28	13.5	16.2
32-36 (n=2196)	41	1.9	2.2
≥ 37 (n=33 962)	45	0.1	0.0
Âge inconnu (n=33)	2	6.1	10.0

4.8.3 Causes de mortalité fœtale

Table 55 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=241), Wallonie, 2009			
	Nombre	%	
Malformations : Total :			
		27.8	
Chromosomique	20	8.3	
Système nerveux	17	7.1	
Malformations multiples/Association syndromique	13	5.4	
Cœur	8	3.3	
Système musculo-squelettique et anomalie tissu conjonctif	3	1.2	
Appareil urinaire	3	1.2	
Anomalie des membres	2	0.8	
Sans précision	1	0.4	
Anomalies faciales/Fente labio-palatine	0	0.0	
Appareil digestif	0	0.0	
Mort fœtale in utero sans cause apparente :			
		27.8	
Diagnostic après autopsie	Compression du cordon	18	7.5
	Origine placentaire sans précision	4	1.7
	Autopsie non contributive ou non réalisée	44	18.3
	Autres	1	0.4
Mort fœtale in utero avec cause probable précisée :			
		6.6	
Autopsie non contributive ou non réalisée	Retard de croissance	7	2.9
	Stigmates malformatifs	3	1.2
	Grossesse multiple sans précision	4	1.7
	Autres	2	0.8
Décollement placentaire			
	20	8.3	
Prématurité ≤ 25 semaines			
	16	6.6	
Chorioamniotite			
	16	6.6	
Asphyxie/Arrêt cardiaque/souffrance fœtale aiguë			
	8	3.3	
Mort-nés 22-26 semaines, cause non transmise			
	8	3.3	
Préclampsie sévère/Éclampsie			
	4	1.7	
Infection maternelle à CMV			
	4	1.7	
Toxoplasmose			
	3	1.2	
Autres :			
Rupture utérine	1	0.4	
Syndrome transfuseur-transfusé	1	0.4	
Anasarque d'origine indéterminée	1	0.4	
Hémorragie fœto-maternelle	1	0.4	
Tumeur fœtus	1	0.4	
Hémorragie cérébrale du fœtus	1	0.4	
Méningite	1	0.4	
Roaccutane	1	0.4	
Benckiser	1	0.4	
Mucoviscidose, sans autre précision	1	0.4	
Pathologie maternelle	1	0.4	
Hydrops origine indéterminée	1	0.4	

4.8.4 Mortalité maternelle

Bien que le CEpiP n'enregistre pas spécifiquement les morts maternelles, un décès après une césarienne (cause non transmise) lui a été renseigné en 2009.

5. Conclusions – Points d’attention

- 1 En 2009, 12 femmes ont accouché avant l’âge de 15 ans et 372 entre 15 et 17 ans, ce qui correspond à un accouchement sur 100. À côté de ce nombre élevé de jeunes mères, on observe également 3 naissances après 50 ans, qui sont toutes le fruit d’une assistance à la procréation.
- 2 On constate un nombre important d’épisiotomies et d’inductions. Ces taux figurent parmi les plus élevés d’Europe. Le nombre d’accouchements ayant nécessité une induction, une péridurale, une épisiotomie et le recours à une ventouse, un forceps ou une césarienne est très élevé dans certaines maternités. On observe une stagnation du taux de césarienne par rapport à l’an dernier, qui ne franchit pas la limite des 20 %, et qui est semblable au taux retrouvé en Flandre en 2009.
- 3 On observe une grande disparité de pratiques d’une maternité à l’autre, ce qui donne un intérêt tout particulier aux rapports personnalisés qui sont distribués dans chaque maternité, afin que chacune puisse se situer par rapport aux autres, de façon anonyme.
- 4 156 femmes ont fait le choix d’un accouchement à domicile ou en maison de naissance programmé. Ce taux est légèrement inférieur à celui de l’année dernière.
- 5 Les analyses de ce rapport ont été considérablement enrichies par le nouveau questionnaire CEpiP introduit en mai 2009. Il est maintenant possible d’analyser de nombreux facteurs influençant l’issue de la grossesse, comme l’antécédent de césarienne, la procréation médicalement assistée ou l’obésité. Le questionnaire a changé de forme et a permis également de mieux enregistrer des données essentielles telles que l’hypertension et le diabète.
- 6 Certaines données sont encore insuffisamment recueillies, comme la notification des malformations, l’emploi du STAN, le type de conception de la grossesse et le poids et la taille de la patiente, pour les maternités, et le niveau d’instruction et la situation professionnelle, pour les services d’état civil.
- 7 L’information diffusée aux maternités et services d’état civil sur l’enregistrement des mort-nés dès 22 semaines ou 500 g, a permis, en revanche, une augmentation sensible de données recueillies concernant ces accouchements précoces.

Il s’agit donc d’un bilan très encourageant pour une première année de volets CEpiP, et nous remercions encore une fois vivement le personnel des maternités, les sages-femmes indépendantes et le personnel des services d’état civil, qui font un effort quotidien de remplissage des certificats.

6. Références

- (1) Martens E, Martens G, Defoort P. Périnatale activiteiten in Vlaanderen 2009. Studie centrum voor Périnatale Epidemiologie 2010.
- (2) Minsart AF, Van de Putte S, Wilen G, Englert Y. Données périnatales en Wallonie - année 2008. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2010.
- (3) Data from 2004. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. 2008.
- (4) 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.
- (5) Enquête de santé par interview, Belgique 2008. Direction opérationnelle Santé publique et surveillance, mars 2010, Bruxelles, Belgique.
- (6) Wunder D, Neurohr EM, Faouzi M, Birkhäuser. Origin of multiple pregnancies in Berne, Switzerland, between 1995 and 2006 : is IVF-ICSI really the most important origin? ESHRE 2011, Stockholm.
- (7) BELRAP. Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy, Belgium, 2008.
- (8) Tency I, Martens E, Martens G, Foidart JM, Temmerman M, College of physicians for Mother and Newborn. Perinatal referral in Belgium. Federal Public Service Health, Food, Chain Safety and environment, 2007.

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)

03/0001

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 (JJMMAAAA)

 / /

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 B

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

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

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

1. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. ==> _____

2. Numéro de l'acte au registre des naissances

3. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père _____ / _____ / _____

• de la mère _____ / _____ / _____

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

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

5. Situation professionnelle actuelle

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

6. 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"/>

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

• père _____
Code I.N.S. ==> _____

• mère _____
Code I.N.S. ==> _____

8. Nationalité

• du père
⇒ d'origine _____ ⇒ actuelle _____
Code I.N.S. ==> _____

• de la mère
⇒ d'origine _____ ⇒ actuelle _____
Code I.N.S. ==> _____

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

Code I.N.S. ==> _____

10. Etat civil de la mère

célibataire divorcée

mariée légalement séparée de corps

veuve ne sait pas

11. Etat d'union de la mère

vit seule en union

12. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

_____ / _____ / _____

13. Naissances précédentes issues du mariage actuel

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

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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

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

	Modèle III D	0102040711 2162313 95
VOLET C	DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE	
<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"/>
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"/> • 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/gastrochisis	
<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	
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 B

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

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

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

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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

Annexe 3. Volet CEpiP

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

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

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

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

POST-PARTUM

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

MORTALITE PERINATALE

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

