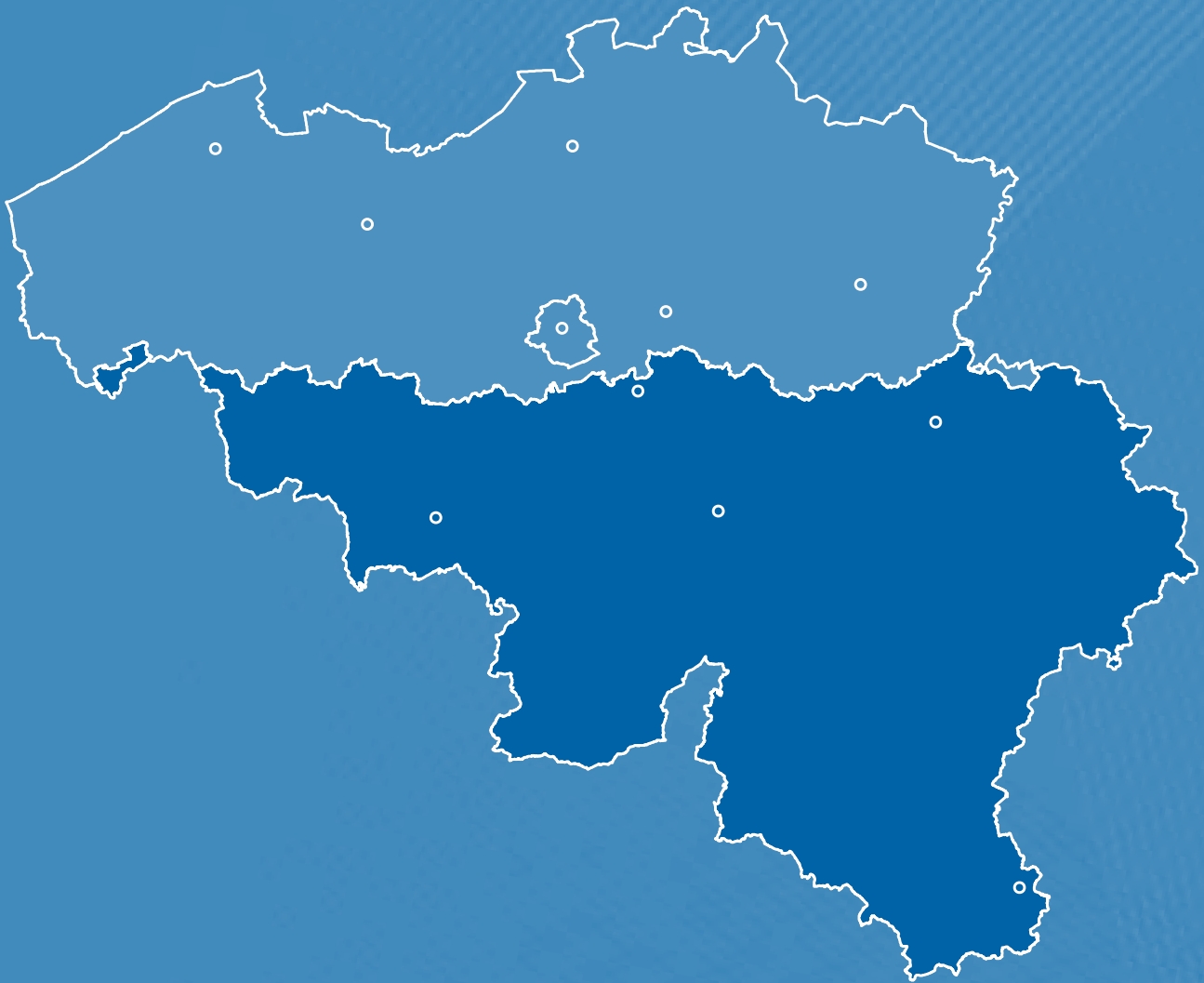




Données périnatales en Wallonie

Année 2010





Données périnatales en Wallonie

Année 2010

Rédaction

Ch. Leroy, V. Van Leeuw, A-F. Minsart et Y. Englert



Les données traitées dans le présent rapport ont été obtenues auprès de la direction générale de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le traitement, l'analyse et la publication des données par l'ASBL CEpiP ont été réalisés avec le soutien et la collaboration de la Fédération Wallonie-Bruxelles et plus particulièrement de la direction générale de la santé, ainsi que de la Région wallonne.

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.

Colophon

Auteurs :

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Anne-Frédérique Minsart¹
Yvon Englert

Lay-out :

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

Secrétariat :

Nadia Di Benedetto
Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Avec nos remerciements tout particuliers :

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

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document :

Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP
La direction générale de la santé du ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

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).

INTRODUCTION

The "Centre for Perinatal Epidemiology" (CEpiP) contributes to health information and promotion during the period of pregnancy, childbirth and infancy by providing annual perinatal health statistics. It receives and analyses the perinatal data for Wallonia and Brussels since 2008. This report presents the results of the statistical analyses of live births and stillbirths in 2010 in Wallonia.

METHODOLOGY

Data sources include both medical data from care-providers and administrative data. For certain analyses, medical data were linked with socio-demographic data.

RESULTS

In total, 38 437 births were registered in Wallonia of which 209 were stillbirths. The number of deliveries amounted to 37 786, among of them, 649 were multiple births.

A few characteristics will be described. At booking, 34.9 % of the women aged more than 18 years were in overweight and 13.7 % were obese. Pregnancy weight gain was inversely correlated with BMI. The rates of caesarean section remained stable between 2008 and 2010 (approximately 20 %). The rate of caesarean section among the live singletons births in breech deliveries was 90.3 % despite an official policy of offering selected vaginal birth in breech presentation. As in 2009, a significant number of inductions (33.1 %), of epidurals (76.5 %) and of episiotomies (36.3 %) were found. These rates still remain among the highest of Europe. Finally, 102 women chose a planned home birth (2.7 ‰) and 66 in midwife units (1.7 ‰).

DISCUSSION-CONCLUSION

This third report confirms the improvement of the quality of the data collection, following proactive collaboration between the thirty nine maternity units, the "Fédération Wallonie-Bruxelles" and the CEpiP. For the second time, the data on body mass are available and their validity increases with regard to 2009.

Table des matières

COLOPHON	3
ABSTRACT	5
TABLE DES MATIÈRES	6
ASBL CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP	9
ORGANIGRAMME	10
1 INTRODUCTION	11
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
1.2 MÉTHODOLOGIE	11
1.2.1 Description du flux des données	11
1.2.2 Méthode et analyses	12
1.2.3 Données	12
2 COMPARAISONS GÉOGRAPHIQUES ET TEMPORELLES DES DONNÉES	12
3 DÉFINITIONS	13
4 TABLEAU SYNOPTIQUE : WALLONIE 2010	14
4.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE	14
4.2 CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ	14
5 NAISSANCES EN WALLONIE EN 2010	15
5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES	15
5.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES	15
5.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS	16
5.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des parents	16
5.3.2 Caractéristiques biomédicales de la mère	21
5.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	26
5.4.1 Présentation de l'enfant à la naissance	26
5.4.2 Type de surveillance fœtale	27
5.4.3 Accouchement par césarienne	28
5.4.4 Accouchement instrumental	32
5.4.5 Induction de l'accouchement	32
5.4.6 Péridurale obstétricale	35
5.4.7 Épisiotomie	35
5.4.8 Accouchement sans intervention obstétricale	36
5.4.9 Accouchement avec intervention obstétricale	37
5.5 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES	38
5.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT	39
5.6.1 Poids de naissance	39
5.6.2 Durée de la grossesse	41
5.6.3 Streptocoque du groupe B	44
5.6.4 Apgar	44
5.6.5 Ventilation du nouveau-né	44
5.6.6 Transfert vers un centre néonatal	45
5.6.7 Transfert ex utero	45
5.6.8 Sexe	45
5.6.9 Malformations	45
5.7 LIEU D'ACCOUCHEMENT	47
5.7.1 Accouchements en maternité	47
5.7.2 Accouchements hors maternité	47
5.8 MORTINATALITÉ	49
5.8.1 Chiffres	49
5.8.2 Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel	49
5.8.3 Causes de mortalité fœtale	50
5.8.4 Mortalité maternelle	50
6 CONCLUSIONS – POINTS D'ATTENTION	51
7 RÉFÉRENCES	52

8	ANNEXES	53
	Annexe 1. Bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant	53
	Annexe 2. Bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né	59
	Annexe 3. Volet CEpiP	65
	Annexe 4. Variables e-Birth	67

TABLES

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

Table 47 :	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel	36
Table 48 :	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon la nationalité d'origine	36
Table 49 :	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC	36
Table 50 :	Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel	37
Table 51 :	Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon la nationalité d'origine	37
Table 52 :	Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC	37
Table 53 :	Détails des accouchements multiples	38
Table 54 :	Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation	38
Table 55 :	Répartition du poids de naissance	39
Table 56 :	Taux d'enfants singletons nés vivants et mort-nés selon l'âge gestationnel et le poids de naissance	40
Table 57 :	Taux d'enfants issus de grossesse multiple nés vivants et mort-nés selon l'âge gestationnel et le poids de naissance	40
Table 58 :	Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel	41
Table 59 :	Répartition du type de début de travail selon l'âge gestationnel	42
Table 60 :	Répartition de l'âge gestationnel par accouchement	42
Table 61 :	Accouchement < 37 semaines et âge maternel pour les singletons vivants chez la primipare	42
Table 62 :	Accouchement < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	43
Table 63 :	Accouchement < 37 semaines et IMC pour les singletons vivants chez la primipare	43
Table 64 :	Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	43
Table 65 :	Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction pour les singletons vivants chez la primipare	43
Table 66 :	Statut du GBs par accouchement	44
Table 67 :	Ventilation du nouveau-né vivant	44
Table 68 :	Transfert vers un centre néonatal	45
Table 69 :	Sexe de l'enfant	45
Table 70 :	Types de malformations	46
Table 71 :	Nombre de maternités par nombre d'accouchements	47
Table 72 :	Accouchement à domicile et âge maternel	47
Table 73 :	Accouchement à domicile et situation professionnelle de la mère	48
Table 74 :	Accouchement à domicile et parité	48
Table 75 :	Accouchement à domicile et niveau d'instruction de la mère	48
Table 76 :	Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel pour les singletons	49
Table 77 :	Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance	50

FIGURES

Figure 1 :	Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements	17
Figure 2 :	Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements	17
Figure 3 :	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines	31
Figure 4 :	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en siège de \geq 37 semaines	32
Figure 5 :	Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclu)	33
Figure 6 :	Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 34 et 36 semaines	33
Figure 7 :	Taux d'inductions par âge gestationnel pour un singleton vivant en sommet de \geq 37 semaines sans hypertension et sans diabète	33
Figure 8 :	Taux de péridurales par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines, hors césariennes programmées	35
Figure 9 :	Taux d'épisiotomies par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines	35
Figure 10 :	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale par maternité pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines	36
Figure 11 :	Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental par maternité pour les singletons vivants en sommet \geq 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 traite les données périnatales qu'il reçoit de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les naissances et les décès survenus en Wallonie et de l'Observatoire de la santé et du social pour ceux survenus à Bruxelles. Ce programme se consacre donc au développement de l'épidémiologie périnatale au bénéfice des acteurs de terrain (en priorité les maternités), des décideurs politiques et du monde scientifique. Pour ce faire, l'ASBL agit en complémentarité avec les services assurés par la Fédération Wallonie-Bruxelles et l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.

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

Organigramme



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

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

1. Introduction

1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce dossier présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de 2010 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 généralisation de la déclaration électronique (projet fédéral e-Birth du FEDICT), le CEpiP a adopté depuis janvier 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 envoyés directement au CEpiP. Le médecin ou la sage-femme remplit également le volet B (contenant les informations de base : date et heure de naissance, sexe, lieu de l'accouchement, et indiquant si la grossesse est multiple) et les données nominatives sur un volet A détachable. Ces volets sont transmis au service d'état civil de la commune de naissance de l'enfant. Là, les données 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 et D). Il est transmis aux administrations des communautés : la Communauté flamande pour les naissances et décès survenus en Flandre, la Fédération Wallonie-Bruxelles pour ceux survenus en Wallonie et la Commission communautaire commune pour la Région bruxelloise.

En Wallonie, une maternité est passée à un encodage e-Birth au cours de l'année 2010. À Bruxelles, la première maternité a franchi le cap en octobre 2011.

En effet, afin de pouvoir optimiser l'échange des données entre l'ensemble des acteurs impliqués dans le traitement des déclarations de naissance, la Belgique via le Fedict a créé l'application **e-Birth**. La notification de la naissance est initiée par les prestataires de soins qui pratiquent les accouchements, tant au sein des maternités qu'à domicile ou dans les maisons de naissance. Ceux-ci complètent une série d'informations

médicales relatives aux naissances reprises de l'ancien formulaire CEpiP/SPE, en certifiant l'identification de la mère et de l'enfant, puis transmettent vers les services de l'État Civil dans la commune de naissance et ce par voie électronique sécurisée.

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 analyse ensuite les données à des fins épidémiologiques et de santé publique.

1.2.2 MÉTHODE ET ANALYSES

Ce rapport décrit de manière synthétique et agrégée des données périnatales pour les naissances survenues en Région wallonne. Pour certaines analyses, les données médicales ont été croisées avec les données socio-démographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère. L'âge, la nationalité d'origine, le niveau d'instruction et l'indice de masse corporelle de la mère ont été utilisés pour les analyses de façon arbitraire. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 11.0, 2009.

1.2.3 DONNÉES

Les données utilisées sont celles des volets B, C et D du bulletin statistique de naissance et de décès ainsi que du questionnaire volet CEpiP. Pour une maternité wallonne, les données proviennent d'e-Birth, pour six mois de l'année.

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

Dans le volet socio-économique, les catégories d'items pour les variables concernant le niveau d'instruction, la situation professionnelle et le niveau social dans la profession sont différentes (parfois plus détaillées, parfois moins détaillées).

Dans le volet médical, le mode d'accouchement ne permet plus qu'un choix et non plus deux ou trois comme avant (la maman pouvait avoir eu un essai de forceps, puis une césarienne non programmée). De plus, une nouvelle variable concernant l'«intention d'allaiter son enfant» apparaît sur le nouveau formulaire e-Birth.

Les variables e-Birth se trouvent en annexe 4.

2. Comparaisons géographiques et temporelles des données

Les données présentées dans ce rapport concernent donc les naissances survenues dans les 39 maternités wallonnes ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire de la Région wallonne.

Ces données peuvent donc être comparées avec celles publiées par le SPE pour 2010 (1), qui concernent toutes les naissances survenues en Flandre et à l'UZ-VUB de Jette, avec les données de Bruxelles de 2010 (2) et avec celles de la Wallonie de 2009 (3).

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 électorale : 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) d'un enfant ou fœtus d'un poids \geq 500 g et/ou d'un âge \geq 22 semaines.

N*

Service de néonatalogie non-intensive

NIC

Neonatal Intensive Care /Service de néonatalogie intensive

4. Tableau synoptique : Wallonie 2010

4.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Grossesse unique		37 137	(98.3 %)
Grossesse gémellaire		641	(1.7 %)
Grossesse triple		7	(0.02 %)
Parité	Primipare	16 863	(44.7 %)
	Multipare	20 829	(55.3 %)
Conception de la grossesse	Spontanée	34 891	(93.3 %)
	Assistée	1 511	(4.0 %)
Hypertension artérielle		1 883	(5.0 %)
Diabète		2 117	(5.6 %)
Durée de la grossesse	<28 semaines	165	(0.4 %)
	28-31 semaines	236	(0.6 %)
	32-36 semaines	2 524	(6.7 %)
	≥ 37 semaines	34 776	(92.2 %)
Induction		12 467	(33.1 %)
Analgésie péridurale		29 479	(78.7 %)
Césarienne		7 644	(20.2 %)
Épisiotomie		13 637	(36.3 %)

4.2 CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ

Présentation de l'enfant	Sommet fléchi	33 999	(88.8 %)
	Autre présentation céphalique	1 855	(4.9 %)
	Siège	2 209	(5.8 %)
	Transverse	201	(0.5 %)
Poids de naissance	< 500 g (si plus de 22 semaines)	34	(0.1 %)
	500-1 499 g	390	(1.0 %)
	1 500-2 499 g	2 768	(7.2 %)
	≥ 2 500 g	35 136	(91.7 %)
Sexe	Masculin	19 665	(51.2 %)
	Féminin	18 765	(48.8 %)
Transfert en néonatalogie	N*	2 972	(8.1 %)
	NIC	1 139	(3.1 %)
Mort-nés		209	(0.5 %)

5. Naissances en Wallonie en 2010

5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

38 437 naissances survenues sur le territoire de la Région wallonne ont été enregistrées par l'état civil.

Table 1 : Détails des naissances, Wallonie, 2010	
	38 228 naissances VIVANTES
	209 MORT-NÉS de ≥ 500 g et/ou ≥ 22 semaines
Ou	1 300 naissances multiples
	37 137 naissances uniques
Total :	38 437 naissances

En 2009, on notait 37 829 naissances (3).

5.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

Table 2 : Détails des accouchements, Wallonie, 2010	
Singletons : 37 137 accouchements	
	36 964 accouchements de singletons vivants
	173 accouchements de singletons mort-nés
Grossesses multiples : 649 accouchements	
	612 accouchements de 2 jumeaux vivants
	19 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	1 accouchement gémellaire d'1 enfant vivant et 1 mort-né (<i>attention : l'enfant mort-né est né plus de 24 heures avant l'enfant né vivant : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires*</i>)
	8 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	1 accouchement gémellaire d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
	7 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
Total : 37 785 grossesses ont donné lieu à 37 786* accouchements (<i>*en comptant l'accouchement différé</i>)	

En 2009, on notait 37 207 accouchements (3).

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

5.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS

5.3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS

5.3.1.1 ÂGE MATERNEL

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de **29.4 ans** (minimum : 11.2 ans – maximum : 51.6 ans), l'âge médian est de **29.3 ans** (p25 : 25.7 ans – p75 : 33.1ans).

Chez la primipare, l'âge médian est de **27.2 ans** (p25 : 23.8 ans – p75 : 30.4 ans). L'âge moyen est de **27.3 ans** (min. : 11.2 ans – max. : 48.4 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. : 12.7 ans – max. : 51.6 ans).

On note 16 accouchements en dessous de l'âge de 15 ans et 388 en dessous de l'âge de 18 ans (1.1 % des accouchements).

Tableau comparatif	
Flandre 2010 (1) :	
Âge moyen primipare :	28.3 ans
Âge moyen multipare :	31.1 ans
Bruxelles 2010 (2) :	
Âge moyen :	30.9 ans
Âge moyen primipare :	29.2 ans
Âge moyen multipare :	32.2 ans
Wallonie 2009 (3) :	
Âge moyen :	29.4 ans
Âge moyen primipare :	27.3 ans
Âge moyen multipare :	31.0 ans

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

Le projet Euro-Peristat (4) 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).

Table 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement (N=37 786), Wallonie, 2010			Données comparatives	
Âge (années)	Nombre d'accouchements	%	Bruxelles 2010 (2) %	Flandre 2010 (1) %
10-14	16	0.0	0.0	1.8
15-19	1 415	3.8	2.0	
20-24	6 625	17.5	13.0	13.3
25-29	12 845	34.0	28.5	37.2
30-34	10 837	28.7	33.3	33.3
35-39	4 973	13.2	18.5	12.0
40-44	1 022	2.7	4.5	2.2
45-49	44	0.1	0.2	0.1
≥ 50	3	0.0	0.0	
Âge inconnu	6	0.0	0.0	0.0

Le nombre de mères de moins de 18 ans est de 388 (1%). Parmi ces patientes, 327 (84.3 %) sont d'origine belge.

La proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de **3.8 %**. À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de **16.0 %**.

Parmi les mères de 35 ans et plus, **21.9 %** sont primipares (ont accouché pour la première fois) et **20.6 %** sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus).

La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est de **0.1 %**. Parmi celles-ci, 20 (42.6 %) sont de nationalité d'origine belge, 7 (14.9 %) de l'Europe des 15 (hors Belgique) et 4 (8.5 %) de nationalité d'origine marocaine.

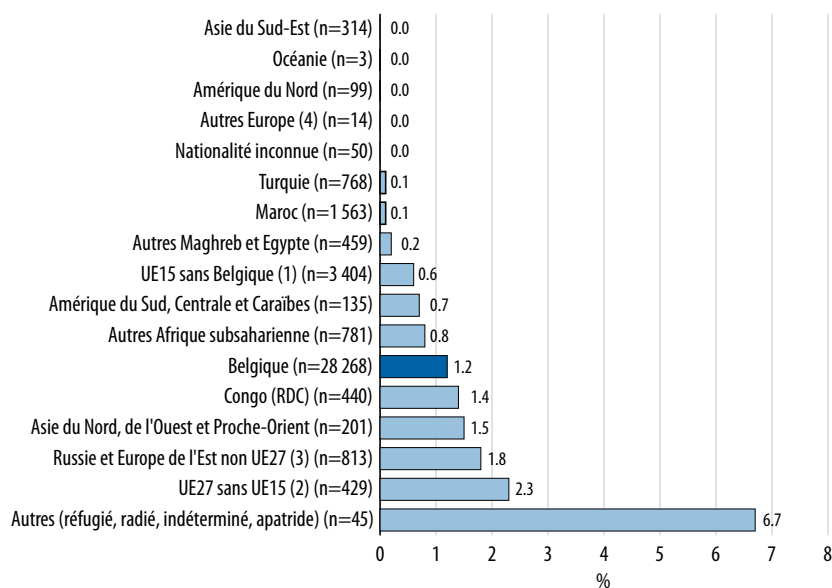


Figure 1 : Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements (n=37 786), Wallonie, 2010

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

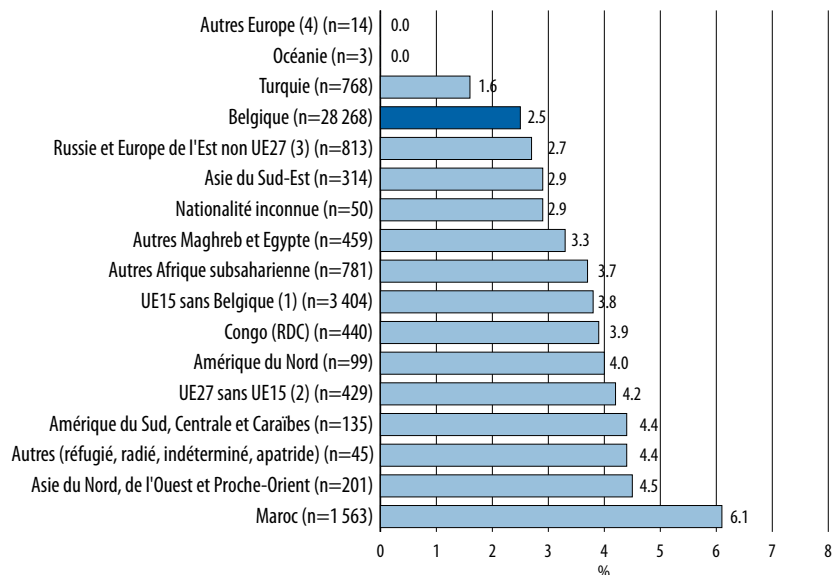


Figure 2 : Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements (n=37 786), Wallonie, 2010

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

5.3.1.2 NATIONALITÉ DE LA MÈRE

Table 4 : Nationalité de la mère par accouchement, Wallonie, 2010				
Nationalité	Nationalité d'origine (N=37 736)		Nationalité actuelle (N=37 732)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	28 268	74.9	31 931	84.6
UE15 sans Belgique	3 404	9.0	2 064	5.5
UE27 sans UE15	429	1.1	349	0.9
Russie et Europe de l'Est non UE27	813	2.2	623	1.7
Autres Europe	14	0.0	10	0.0
Turquie	768	2.0	333	0.9
Maroc	1 563	4.1	795	2.1
Autres Maghreb et Egypte	459	1.2	291	0.8
Congo (RDC)	440	1.2	250	0.7
Autres Afrique subsaharienne	781	2.1	572	1.5
Amérique du Nord	99	0.3	92	0.2
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	135	0.4	69	0.2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	201	0.5	150	0.4
Asie du Sud-Est	314	0.8	192	0.5
Océanie	3	0.0	2	0.0
Autres (apatride, indéterminé)	45	0.1	9	0.0

La nationalité d'origine de 50 mères ainsi que la nationalité actuelle de 54 mères n'ont pu être obtenues. Les pourcentages de la table ci-dessus ont été calculés sur le total de données connues.

On observe que **15.4 %** des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**.

En outre, **25.2 %** 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 italienne (4.3 %), marocaine (4.2 %) et française (3.3 %). 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).

5.3.1.3 LIEU DE RÉSIDENCE

Table 5 : Lieu de résidence de la mère à l'accouchement (N=37 783), Wallonie, 2010		
Lieu de résidence	Nombre	%
Bruxelles	207	0.5
Total Flandre :	346	0.9
Flandre orientale	33	0.1
Flandre occidentale	85	0.2
Limbourg	70	0.2
Anvers	15	0.0
Brabant flamand	143	0.4
Total Wallonie :	36 818	97.4
Hainaut	13 762	36.4
Liège	12 159	32.2
Luxembourg	2 995	7.9
Namur	5 297	14.0
Brabant wallon	2 605	6.9
Total pays frontaliers :	393	1.0
France	366	1.0
Allemagne	11	0.0
Luxembourg	12	0.0
Pays-Bas	4	0.0
Autres pays étrangers	16	0.0
Cas particuliers (pas d'adresse fixe en Belgique, radié, etc.)	3	0.0

3 résidences n'ont pu être obtenues.

5.3.1.4 NIVEAU D'INSTRUCTION

Table 6 : Niveau d'instruction de la mère à l'accouchement (N=29 224), Wallonie, 2010		
Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	255	0.9
Primaire	874	3.0
Secondaire inférieur	4 074	13.9
Secondaire supérieur	11 617	39.8
Supérieur de type court	7 951	27.2
Supérieur de type long ou universitaire	4 302	14.7
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger)	151	0.5

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 : 5 930 réponses manquantes (15.7 %). Cette donnée est nettement moins bien recueillie en cas de naissance d'un enfant mort-né, où 65.1 % des données manquent cette année. Ce taux de réponses manquantes pour les décès est élevé en 2010 et s'explique de plusieurs façons, la première raison étant la difficulté d'obtenir des données sensibles lorsqu'un décès est survenu. De plus, deux tiers des mères sont de nationalité non belge à l'origine, et ont pu passer leur enfance, au moins en partie, à l'étranger, ce qui complique la définition et l'enregistrement du niveau d'études par l'administration communale. 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, 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 souvent enregistrées par le registre national, il lui est impossible de remplir cette donnée.

5.3.1.5 SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Table 7 : Situation professionnelle des parents, Wallonie, 2010				
Situation professionnelle	Si père déclaré (N=34 129)		Mère (N=36 674)	
	nombre	%	nombre	%
Actif	27 949	81.9	21 736	59.3
Chômeur	2 621	7.7	5 317	14.5
Sans profession	3 278	9.6	8 887	24.2
Pensionné	78	0.2	31	0.1
Étudiant	203	0.6	703	1.9

La situation professionnelle n'était pas renseignée sur le certificat de naissance pour **996 pères** (2.6 % des accouchements) et **896 mères** (2.4 % des accouchements). Les taux ont été calculés sur le total des données connues.

En outre, **2 661 pères** n'ont pas été déclarés à l'état civil (**7.0 %** 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 complétées 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, étant insuffisamment reprises 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 **17.7 %** de mères seules, 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 2010 (4) fait état de 7.3 % 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.

Pour **13.1 %** des accouchements, la mère a déclaré vivre seule et un père était déclaré.

Table 8 : État civil et état d'union de la mère par accouchement (N=35 228), Wallonie, 2010		
État civil et état d'union	Nombre	%
Célibataire et vit seule	5 115	14.5
Célibataire et en union	12 448	35.3
Mariée en union	15 704	44.6
Mariée vit seule	486	1.4
Veuve, divorcée, séparée en union	827	2.3
Veuve, divorcée, séparée et vit seule	648	1.8

L'état civil était manquant dans 1 % des accouchements et l'état d'union dans 5.9 % des accouchements.

5.3.1.6 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 Wallonie de son premier enfant est de **27.3 ans**. **41.9 %** des mères qui accouchent en Wallonie ont fait des études supérieures et **59.3 %** sont professionnellement actives. Concernant les pères, **81.9 %** des pères sont professionnellement actifs. En moyenne **25.2 %** des nouveau-nés ont une mère dont la nationalité d'origine n'est pas belge, avec une représentation majoritaire des origines italiennes, marocaines et françaises. Enfin, **17.7 %** des mères déclarent vivre seule et **7.0 %** des pères ne sont pas déclarés à l'accouchement.

5.3.2 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

5.3.2.1 PARITÉ

Taux de primipares : **44.7 %**. Il y a 93 données manquantes (0.2 %).

Table 9 : Parité et accouchement (N=37 692), Wallonie 2010			Données comparatives	
Parité	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %	Taux de primipares :
1	16 863	44.7	45.7	Flandre 2010 (1) : 45.9 %
2	12 559	33.3	34.0	Bruxelles 2010 (2) : 44.1 %
3	5 283	14.0	12.4	
4	1 832	4.9	4.7	
5	676	1.8	1.9	
6	287	0.8	0.9	
7	110	0.3	0.3	
8	47	0.1	0.1	
9	18	0.0	0.1	
10	11	0.0	0.0	
11	0	0.0	0.0	
12	3	0.0	0.0	
13	2	0.0	0.0	
14	1	0.0		

Le nombre de grandes multipares (4e accouchement et plus) est de 2 987 (**7.9 %**).
371 patientes ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (**1.0 %** des accouchements).

Table 10 : Activité professionnelle selon la parité (N=36 558), Wallonie, 2010								
Parité	Active		Étudiante		Chômage		Sans profession	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	10 294	62.7	581	3.5	2 155	13.1	3 376	20.6
2-3	10 519	60.9	108	0.6	2 558	14.8	4 090	23.7
4+	886	30.8	9	0.3	593	20.6	1 389	48.3

5.3.2.2 SÉROPOSITIVITÉ HIV

Table 11 : Statut HIV des patientes à l'accouchement (N=37 608), Wallonie, 2010			Données comparatives
Statut HIV	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Positif	76	0.2	0.2
Négatif	35 806	95.2	94.2
Ne sait pas	863	2.3	3.3
Non testé	863	2.3	2.3

Les données n'ont pu être obtenues pour 176 accouchements (0.5 %).

Des 76 accouchements concernés par un statut HIV positif, 77 enfants sont nés dont 1 enfant mort-né.

Table 12 : Type de procréation en cas de séropositivité HIV maternelle (N=76), Wallonie, 2010		
Type de procréation	Nombre	%
Spontanée	72	94.7
Assistée (insémination sans traitement exclu)	4	5.3
Non demandé ou inconnu	0	0

5.3.2.3 POIDS EN DÉBUT ET FIN DE GROSSESSE ET TAILLE

Table 13 : Description du poids et taille des patientes, Wallonie, 2010		
Poids de départ : N=34 270	Moyenne	66 kg (min : 32 ; max : 163)
	Médiane	63 kg (p25 : 56 ; p75 : 74)
La donnée est manquante pour 9.3 % des accouchements		
Taille de la mère : N=32 696	Moyenne	165 cm (min : 135 ; max : 192)
	Médiane	165 cm (p25 : 160 ; p75 : 170)
La donnée est manquante pour 13.5 % des accouchements		

Le taux de patientes de plus de 18 ans en surpoids (Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m²) en début de grossesse est de **34.9 %**, le taux de patientes obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) est de **13.7 %**, et le taux de patientes en obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m²) est de **1.4 %**.

Le taux de patientes de plus de 18 ans en insuffisance pondérale (IMC < 18.5 kg/m²) en début de grossesse est de **6.9 %**.

L'IMC est inconnu pour 6 014 accouchements (**15.9 %** des accouchements).

L'enquête nationale de santé publiée par l'Institut de santé publique en 2008 (6) fait état d'un IMC moyen en Région wallonne de 25.3kg/m². Pour les femmes de 18 ans et plus, 48.9 % ont un IMC ≥ 25 et 14.6 % un IMC ≥ 30 kg/m².

Entre 18 et 24 ans ils ont enregistré 18.4 % d'IMC ≥ 25 , entre 25 et 34 ans : 41.7 %, entre 35 et 44 ans : 49.9 %, entre 45 et 54 ans : 51.5 %.

Table 14 : Taux d'obésité (IMC \geq 30 kg/m ²) chez les mères de 18 ans et plus selon l'âge maternel (N=31 470), Wallonie, 2010			Données comparatives
Âge (années)	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
18-19 (n=863)	80	9.3	10.9
20-29 (n=16 407)	2 154	13.1	12.1
30-39 (n=13 333)	1 907	14.3	13.9
40-49 (n=865)	164	19.0	20.0
50+ (n=2)	1	50.0	50.0

Table 15 : Taux de patientes avec un IMC \geq 25 kg/m ² selon l'âge maternel et la parité (N=31 437), Wallonie, 2010				
Âge (années)	Primipares (N=14 180)		Multipares (N=17 257)	
	Nombre	%	Nombre	%
18-19 (n=859)	184	25.5	38	27.5
20-29 (n=16 397)	2 875	30.4	2 630	38.0
30-39 (n=13 317)	1 199	31.3	3 666	38.6
40-49 (n=862)	59	38.1	328	46.4
50+ (n=2)	0	0	2	100.0

Table 16 : Prise de poids moyen selon le IMC chez les mères de 18 ans et plus (N=30 639), Wallonie, 2010	
IMC (kg/m ²)	Prise de poids moyen (sd)
< 18.5 (n=2 174)	13.3 (4.9)
18.5-24.9 (n=17 810)	13.2 (5.0)
25.0-29.9 (n=6 459)	11.8 (6.2)
30.0-39.9 (n=3 758)	8.9 (6.9)
40.0 et plus (n=438)	5.4 (7.6)

Les recommandations de prise de poids durant la grossesse, publiées dans le rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" en 2009 (7), sont de 12.7 à 18.1 kg pour les mères dont l'IMC est < 18.5 kg/m², de 11.3 à 15.9 kg pour les mères avec un IMC de 18.5 à 24.9 kg/m², de 6.8 à 11.3 kg pour les mères avec un IMC de 25 à 29.9 kg/m² et de 5.0 à 9.1 kg pour les mères avec un IMC \geq 30 kg/m².

5.3.2.4 HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET DIABÈTE

Table 17 : Taux d'hypertension par accouchement (N=37 441), Wallonie, 2010				Données comparatives	
Parité		Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %	
Primipares (n=16 742)	oui	1 041	6.2	4.4	
	non	15 701	93.8		
Multipares (n=20 651)	oui	839	4.1		
	non	19 812	95.9		
Total (n=37 441)	oui	1 883	5.0		95.6
	non	35 558	95.0		

Table 18 : Taux de diabète par accouchement (N=37 353), Wallonie, 2010			Données comparatives
Diabète	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
oui	2 117	5.7	4.0
non	35 236	94.3	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 et de 4.4 et 4.0 % en 2009. Cette augmentation est également observée en Région bruxelloise en 2010.

5.3.2.5 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

Table 19 : Type de conception par accouchement (N=37 394), Wallonie, 2010			Données comparatives		
Type de procréation	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %	Bruxelles 2010 (2) %	Flandre 2010 (1) %
Spontanée	34 891	93.3	93.2	89.3	91.1
Traitement hormonal	351	0.9	1.0	1.0	2.1
ICSI	82	0.2	0.3	1.0	1.4
FIV	1 078	2.9	2.8	2.3	2.1
Non demandé	992	2.7	2.8	6.3	3.2

Cette donnée n'est pas remplie pour 1.0 % des accouchements. La donnée est inconnue ou non demandée pour 3.6 % des singletons et 3.8 % des accouchements multiples.

De nombreux traitements d'ICSI ont probablement été enregistrés comme des FIV, car en Belgique il y a actuellement plus d'ICSI que de FIV. C'est pourquoi, dans les tableaux suivants, nous avons regroupé les variables «traitement hormonal, ICSI et FIV» sous l'item «conception assistée».

Table 20 : Taux d'accouchements multiples selon le type de conception (N=37 394), Wallonie, 2010			Données comparatives
Type de procréation	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Spontanée (n=34 891)	430	1.2	1.1
Conception assistée (n=1 511)	193	12.8	12.6
Non demandé (n=992)	24	2.4	2.2

De plus, parmi les grossesses multiples, on note 66.5 % de grossesses spontanées et 29.8 % de conceptions assistées. Ces chiffres sont assez comparables à ceux présentés en 2011 au Congrès de l'ESHRE par une équipe suisse (8) : 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.

On observe à Bruxelles 18.3 % d'accouchements multiples en cas de FIV ou 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 (9). Ceci suggère une déclaration plus systématique des grossesses multiples issues de procréation médicalement assistée que de grossesses uniques issues de ces traitements.

Table 21 : Taux d'enfants mort-nés selon le type de conception pour les singletons (N=36 747), Wallonie, 2010			Données comparatives
Type de procréation	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Spontanée (n=34 461)	147	0.4	0.6
Conception assistée (n=1 318)	9	0.7	0.1
Non demandé (n=968)	10	1.0	0.2

Table 22 : Taux de grossesses multiples selon le type de conception et l'âge maternel (N=36 398), Wallonie, 2010					
Conception spontanée (N=34 887)			Conception assistée (N=1 511)		
Âge (années)	Nombre de grossesses multiples	%	Âge (années)	Nombre de grossesses multiples	%
<20 (n=1 385)	8	0.6	<20 (n=3)	0	0.0
20-29 (n=18 243)	205	1.1	20-29 (n=496)	56	11.3
30-39 (n=14 329)	203	1.4	30-39 (n=909)	126	13.9
40-49 (n=929)	14	1.5	40-49 (n=101)	10	10.0
50+ (n=1)	0	0.0	50+ (n=2)	1	50.0

Table 23 : Type de conception selon l'âge maternel (N=37 390), Wallonie, 2010							
Singletons (N=36 743)				Grossesses multiples (N=647)			
Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %	Non demandé %	Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %	Non demandé %
<20 (n=1 406)	97.9	0.2	1.8	<20 (n=8)	100.0	0.0	0.0
20-29 (n=19 013)	94.9	2.3	2.8	20-29 (n=272)	75.4	20.6	4.0
30-39 (n=15 288)	92.4	5.1	2.5	30-39 (n=341)	59.5	37.0	3.5
40-49 (n=1 034)	88.5	8.8	2.7	40-49 (n=25)	56.0	40.0	4.0
50+ (n=2)	50	50	0.0	50+ (n=1)	0.0	100.0	0.0

Table 24 : Type de conception selon la nationalité d'origine de la mère (N=37 184), Wallonie, 2010		
Nationalité	Conception spontanée %	Conception assistée %
Belgique (n=27 823)	93.3	4.2
Europe moins Belgique (n=3 783)	92.8	4.3
Turquie (n=757)	94.2	4.0
Maghreb et Egypte (n=1 990)	94.3	2.6
Afrique subsaharienne (n=777)	94.5	3.2
Autres (n=2 054)	91.5	2.7

Table 25 : Type de conception selon l'IMC chez les mères de 18 ans et plus (N=31 523), Wallonie, 2010		
IMC (kg/m ²)	Conception spontanée %	Conception assistée %
< 18.5 (n=2 228)	94.0	3.7
18.5 - 24.9 (n=18 348)	93.5	3.9
25.0 - 29.9 (n=6 673)	93.3	4.5
30.0 - 39.9 (n=3 836)	92.5	4.8
40.0 et plus (n=438)	93.4	4.3

5.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

5.4.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Table 26 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les singletons vivants (N=36 805), Wallonie, 2010			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Sommet fléchi	33 134	90.0	89.8
Sommet autre	1 751	4.8	5.2
Siège	1 808	4.9	4.7
Transverse	112	0.3	0.4

Parmi les singletons vivants, 159 présentations sont inconnues (0.4 %).

Table 27 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons (N=172), Wallonie, 2010			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Sommet fléchi	104	60.5	62.3
Sommet autre	16	9.3	7.6
Siège	49	28.5	23.8
Transverse	3	1.7	2.2

Parmi les singletons mort-nés, une présentation est inconnue (0.6 %).

Table 28 : Taux de présentation du siège selon la parité pour les singletons vivants à terme (N=34 372), Wallonie, 2010		
Parité	Nombre	%
1 (n=15 347)	834	5.4
2 (n=11 617)	444	3.8
3 (n=4 800)	173	3.6
4 et plus (n=2 608)	71	2.7

Table 29 : Taux de présentation du siège selon l'âge maternel chez la primipare pour les singletons vivants à terme (N=15 344), Wallonie, 2010		
Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=1 104)	27	2.4
20-29 (n=10 060)	490	4.9
30-39 (n=4 014)	299	7.4
40-49 (n=166)	17	10.2

Table 30 : Taux de présentation du siège selon la nationalité de la mère chez la primipare pour les singletons vivants à terme (N=15 335), Wallonie, 2010		
Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=11 768)	668	5.7
Europe moins Belgique (n=1 567)	81	5.2
Turquie (n=250)	15	6.0
Maghreb et Egypte (n=778)	28	3.6
Afrique subsaharienne (n=282)	7	2.5
Autres (n=699)	34	4.9

Table 31 : Taux de présentation du siège selon l'IMC chez la primipare de 18 ans et plus pour les singletons vivants à terme (N=13 084), Wallonie, 2010		
IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=997)	42	4.2
18.6 - 24.9 (n=8 094)	423	5.2
25.0 - 29.9 (n=2 500)	139	5.6
30.0 - 39.9 (n=1 340)	57	4.3
40.0 et plus (n=153)	5	3.3

5.4.2 TYPE DE SURVEILLANCE FŒTALE

Table 32 : Type de surveillance fœtale pendant le travail pour les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues) (N=31 223), Wallonie, 2010			Données comparatives Wallonie 2009 (3) %
Monitoring	Nombre	%	
Cardiotocogramme seul (CTG)	28 378	90.9	90.0
STAN*	1 452	4.7	4.3
CTG + pH au scalp	13	0.0	0.1
Auscultation intermittente seule	586	1.9	1.8
CTG + auscultation intermittente	631	2.0	1.5
Aucune surveillance	163	0.5	2.4

* dont 2 avec pH au scalp

Parmi les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues), le type de surveillance est inconnu pour 173 naissances.

Le taux de césarienne lorsqu'il a été nécessaire de suivre le tracé fœtal par un STAN est de 20.7 % des accouchements de singletons vivants à partir de 37 semaines contre 7.7 % si un monitoring fœtal seul a été utilisé. Le taux de ventouse et forceps est de 14.4 % après un STAN contre 7.5 % après un monitoring cardiaque fœtal seul.

5.4.3 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

5.4.3.1 PRÉVALENCE

La prévalence globale est de **20.2** pour 100 accouchements, et de **19.5 %** et **57.4 %** pour les accouchements uniques et multiples respectivement. Pour les césariennes électives, la prévalence est de 10.1 pour 100 accouchements et de 10.1 pour les césariennes non-programmées. La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 117 accouchements (**0.3 %**).

14 césariennes de grossesses gémellaires ont été réalisées en cours d'accouchement, pour le deuxième jumeau (1.7 % des accouchements de jumeaux). 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 (10).

Données comparatives

Prévalence :

Flandre 2010 (1) :	19.4 %
Bruxelles 2010 (2) :	19.2 %
Wallonie 2009 (3) :	19.9 %

Euro-Peristat (4) recommande de calculer le taux de césarienne sur le nombre total de naissances.

On obtient donc 20.9 césariennes pour 100 naissances.

Le taux de césariennes est élevé en Wallonie, mais varie fortement d'une maternité à l'autre (14.8 à 36.9 %).

5.4.3.2 ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

19.7 % des multipares ont un antécédent de césarienne. Parmi ces 19.7 %, un tiers sont des accouchements par voie basse et deux tiers des césariennes.

Table 33 : Taux de multipares selon l'antécédent de césarienne par naissance (N=20 570), Wallonie, 2010

Antécédent de césarienne	Accouchements par voie basse		Accouchements par césarienne	
	Nombre de multipares	%	Nombre de multipares	%
Oui (n=4 060)	1 368	33.7	2 692	66.3
Non (n=16 503)	15 305	92.7	1 198	7.3
Inconnu (n=7)	5	71.4	2	28.6

5.4.3.3 CÉSARIENNE ET FACTEURS DE RISQUE

Table 34 : Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants (N=36 964), Wallonie, 2010

Présentation	Nombre	%
Sommet fléchi (n=33 134)	4 539	13.7
Sommet autre (n=1 751)	857	48.9
Siège (n=1 808)	1 633	90.3
Transverse (n=112)	109	97.3
Inconnu (n=159)	91	57.2

Données comparatives

Wallonie 2009 (3) %
13.0
43.1
90.1
100.0
82.7

Table 35 : Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les primipares (N=978), Wallonie, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Nombre	%
< 28 (n=13)	10	76.9
28-31 (n=18)	16	88.9
32-36 (n=117)	114	97.4
≥ 37 (n=830)	797	96.0

Données comparatives

Wallonie 2009 (3) %
69.2
95.5
92.3
95.1

Table 36 : Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les multipares (N=395), Wallonie, 2010						
Âge gestationnel (semaines)	Avec antécédent(s) de césarienne (N=263)			Sans antécédent de césarienne (N=546)		
	Total	Nombre de césariennes	%	Total	Nombre de césariennes	%
< 28	3	3	100.0	8	5	62.5
28-31	6	6	100.0	28	22	78.6
32-36	24	24	100.0	69	55	79.7
≥ 37	230	228	99.1	441	338	76.6

Table 37 : Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=14 529), Wallonie, 2010		
Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=12)	4	33.3
15-19 (n=1 079)	108	10.0
20-24 (n=3 809)	464	12.2
25-29 (n=5 801)	764	13.2
30-34 (n=2 791)	484	17.3
35-39 (n=885)	194	21.9
40-44 (n=142)	55	38.7
45-49 (n=6)	6	100.0
50-55 (n=1)	0	0.0
Âge inconnu (n=3)	0	0.0

Table 38 : Taux de césariennes et nationalité d'origine pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=14 460), Wallonie, 2010		
Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=11 115)	1 433	12.9
Europe moins Belgique (n=1 496)	273	18.2
Turquie (n=236)	26	11.0
Maghreb et Egypte (n=734)	135	18.4
Afrique subsaharienne (n=266)	79	29.7
Autres (n=677)	133	19.6

Table 39 : Taux de césariennes selon l'IMC pour les singletons vivants en sommet chez la primipare de 18 ans et plus (N=12 347), Wallonie, 2010		
IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=979)	67	6.8
18.6 - 24.9 (n=7 641)	904	11.8
25.0 - 29.9 (n=2 325)	403	17.3
30.0 - 39.9 (n=1 252)	292	23.3
40.0 et plus (n=150)	52	34.7

5.4.3.4 INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Le nombre total de césariennes est de 7 643. 57 causes n'ont pu être obtenues (0.8%), pour les grossesses uniques uniquement.

Pour 29 enfants singletons déclarés mort-nés une césarienne avait été réalisée : dans 14 cas pour pathologie placentaire ou maternelle, dans 4 cas pour souffrance fœtale, dans 7 cas pour antécédent de césarienne et dans 3 cas pour dystocie. 1 indication est inconnue.

Les causes des césariennes des grossesses gémellaires sont présentées à part (table 41).

L'indication de la césarienne dans le cadre des 7 grossesses triples était la grossesse triple elle-même dans tous les cas. Pour 2 grossesses, la présentation en siège était une cause supplémentaire.

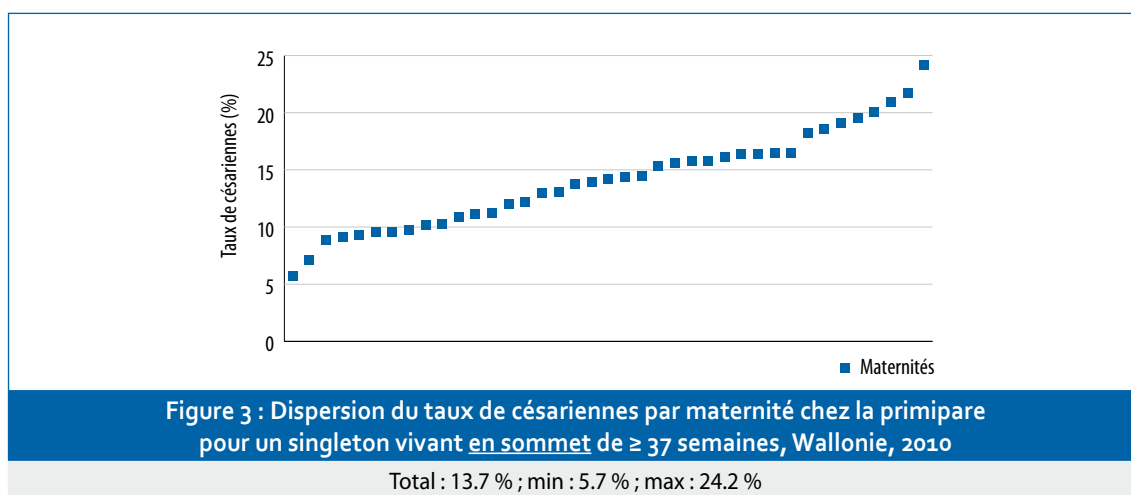
Table 40 : Indication de césarienne pour les naissances uniques vivantes (N= 7 172), Wallonie, 2010		
	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel : TOTAL	1 978	27.6
Césarienne antérieure et utérus (multi)cicatriciel	1 958	27.3
Antécédent de césarienne et (suspicion) de rupture utérine	20	0.3
Anomalie de la présentation : TOTAL	1 590	22.2
Siège	1 330	18.6
Transverse	79	1.1
Face, front et autres présentations	32	0.4
Anomalie de la présentation et antécédent de césarienne	149	2.1
Dystocie, pas en travail : TOTAL	470	6.6
Dystocie, pas en travail	460	6.4
Echec de déclenchement/induction/épreuve travail	10	0.1
Dystocie arrêt dilatation : TOTAL	903	12.6
Dystocie arrêt dilatation	855	11.9
Dystocie arrêt dilatation et antécédent de césarienne	42	0.6
Dystocie arrêt dilatation et siège	6	0.1
Dystocie arrêt progression à dilatation complète : TOTAL	251	3.5
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	226	3.2
Dystocie arrêt progression à dilatation complète et antécédent de césarienne	8	0.1
Echec ventouse/forceps	17	0.2
Souffrance foetale aiguë (SFA) : TOTAL	1 095	15.3
SFA	866	12.1
SFA et dystocie arrêt progression à dilatation complète	36	0.5
SFA et dystocie arrêt dilatation	156	2.2
SFA et pathologie maternelle	28	0.4
Pathologie foetale	9	0.1
Pathologie maternelle : TOTAL	576	8.0
Hypertension/Prééclampsie/Eclampsie	52	0.7
Pathologie maternelle sans précision	426	5.9
Pathologie maternelle sans précision et antécédent de césarienne	87	1.2
Chorioamniotite	11	0.2
Cause placentaire : TOTAL	209	2.9
Cause placentaire sans précision	199	2.8
Décollement placentaire	5	0.1
Placenta praevia/vasa	5	0.1
Demandée par la patiente : TOTAL	36	0.5
Demandée par la patiente et siège	4	0.1
Demandée par la patiente et antécédent de césarienne	8	0.1
Demandée par la patiente sans précision	24	0.3
Autres : TOTAL	64	0.9
Procidence cordon	26	0.4
Retard de croissance intra-utérin	15	0.2
Malformation utérine	7	0.1
Prématurité	7	0.1
Hémorragie obstétricale	3	0.1
Myome praevia	2	0.0
Antécédent de Mort in utéro	1	0.0
Cerclage abdominal	1	0.0
Embolie amniotique	1	0.0
Grossesse intersticielle	1	0.0

Table 4.1 : Indication de césarienne pour les accouchements multiples d'enfants nés vivants et mort-nés (N= 378), Wallonie, 2010

	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel	47	12.4
Anomalie de la présentation (siège et transverse)	104	27.5
Dystocie, pas en travail	5	1.3
Dystocie arrêt dilatation	9	2.4
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	6	1.6
Souffrance fœtale aiguë (SFA)	20	5.3
Pathologie foetale	1	0.3
Pathologie maternelle	32	8.5
Cause placentaire	9	2.4
Demandée par la patiente	1	0.3
Procidence cordon	3	0.8
Prématurité	8	2.1
Col cicatriciel	1	0.3
Grossesse multiple sans précision	114	30.2
Mort in utéro du 1er jumeau	4	1.1
1er jumeau voie basse, 2ème jumeau par césarienne pour anomalie de la présentation ou SFA	14	3.7

5.4.3.5 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 en sommet chez la primipare.



En 2009, le pourcentage total était de 15.4 % avec un minimum de 7.9 % et un maximum de 32.1 %.

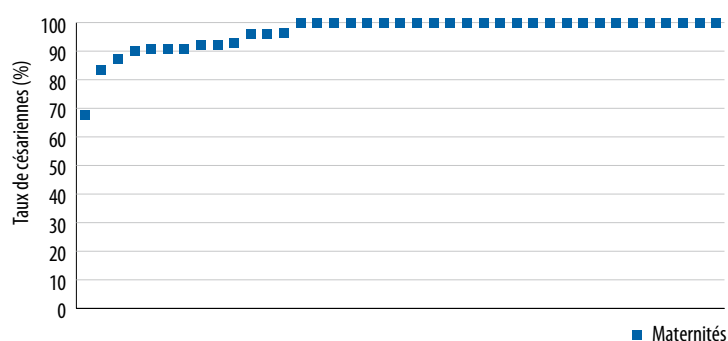


Figure 4 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en siège de ≥ 37 semaines, Wallonie, 2010

Total : 96.1 % ; min : 67.5 % ; max : 100.0 %

5.4.4 ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL

	Nombre	%
Ventouse	1 752	4.6
Forceps	970	2.5
Ventouse et forceps	180	0.5
Total ventouse et/ou forceps	2 902	7.6

Wallonie 2009 (3) %	Bruxelles 2010 (2) %	Flandre 2010 (1) %
4.9	7.0	9.5
2.8	1.2	0.6
0.3	0.1	
8.0	8.3	10.1

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 118 accouchements (0.3 %).

5.4.5 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

5.4.5.1 PRÉVALENCE

On constate que **33.1 %** des accouchements ont été induits, ou :

- 34.4 % 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
- 36.4 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 35.6 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare

Induction :	
Flandre 2010 (1) :	23.8 %
Bruxelles 2010 (2) :	27.9 %
Wallonie 2009 (3) :	33.3 %

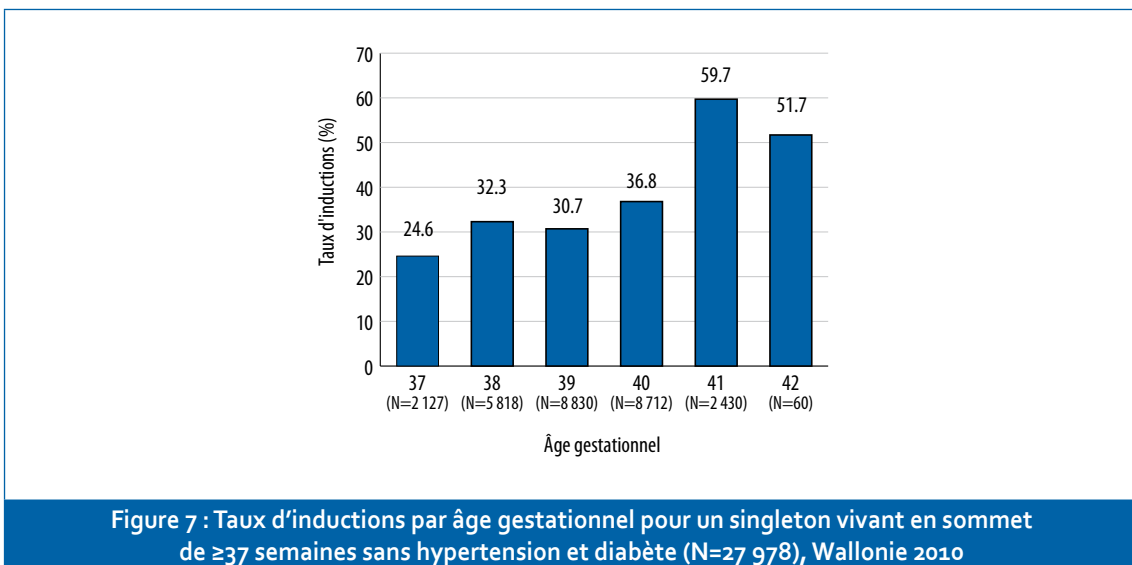
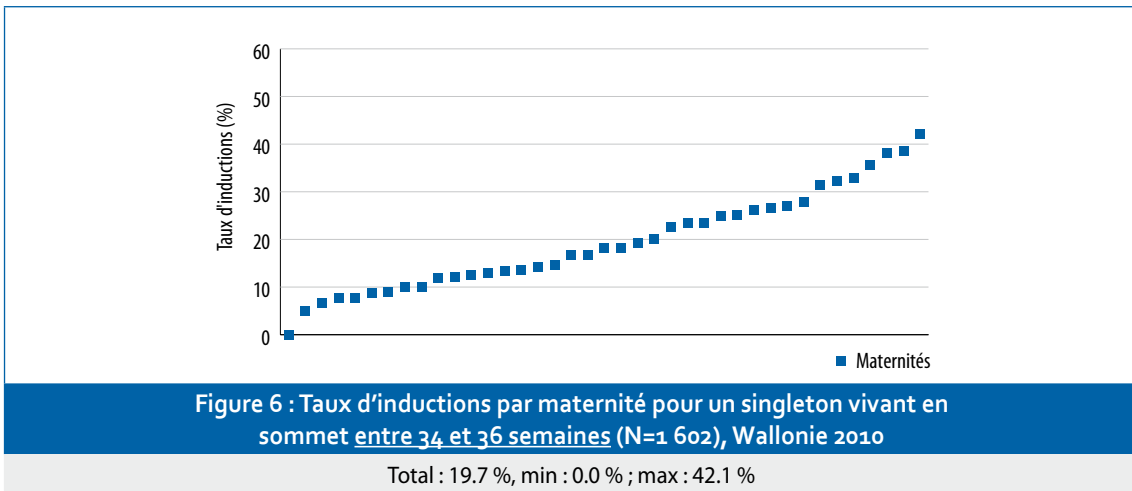
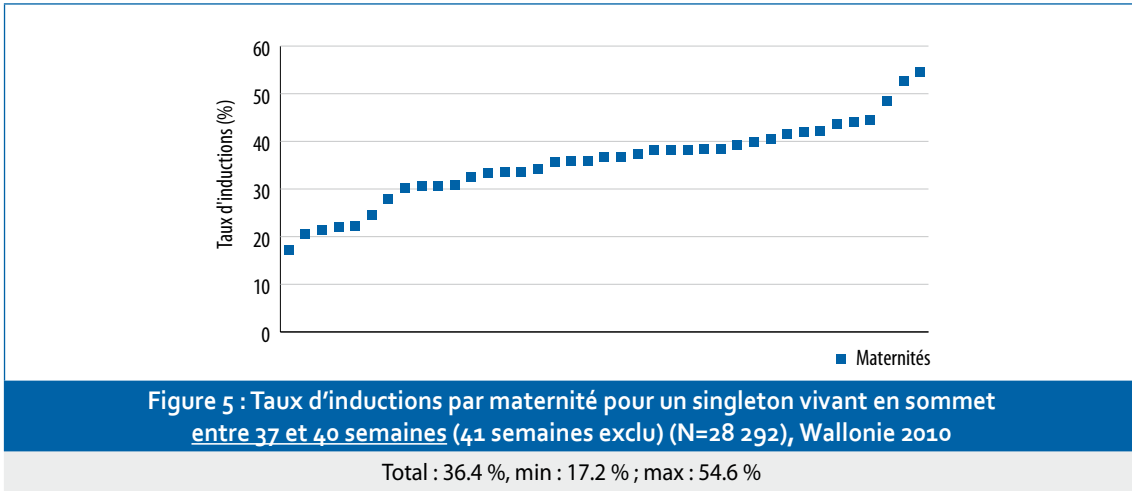
Le projet Euro-Peristat (4) recommande de présenter les taux d'induction comme le nombre d'enfants nés après induction sur le total des naissances vivantes et mortes par 100 grossesses vivantes ou mortes.

De cette manière, on obtient 36.8 % de naissances induites.

La notification de l'induction est manquante pour 155 accouchements (0.4 %). Le taux d'induction va de 25.3 % à 54.8 % selon la maternité.

36.9 % des accouchements ont été induits lorsqu'on ne comptabilise pas les césariennes programmées.

5.4.5.2 INDUCTIONS ET MATERNITÉS



5.4.5.3 INDUCTION ET CÉSARIENNE

Table 43 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare (N=13 629), Wallonie, 2010		
Induction	Nombre	%
Induction (n=4 968)	843	17.0
Pas d'induction (n=8 661)	1 016	11.7
Total (n=13 629)	1 859	13.6

Données comparatives
Wallonie 2009 (3) %
19.3
13.1
15.4

La donnée concernant l'induction est manquante pour 6 césariennes (0.01 %).

Table 44 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne (N=14 204), Wallonie, 2010		
Induction	Nombre	%
Induction (n=5 715)	138	2.4
Pas d'induction (n=8 489)	246	2.9
Dont: Programmée	104	1.2
Non programmée	142	1.7
Total (n=14 204)	259	1.8

Données comparatives
Wallonie 2009 (3) %
3.0
3.2
1.4
1.8
3.1

La donnée concernant l'induction est manquante pour 2 césariennes (0.01 %).

Table 45 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne (N=3 011), Wallonie, 2010		
Induction	Nombre	%
Induction (n=411)	82	20.0
Pas d'induction (n=2 600)	1 703	65.5
Dont: Programmée	1 443	55.5
Non programmée	260	10.0
Total (n=3 011)	1 785	59.3

Données comparatives
Wallonie 2009 (3) %
20.3
61.6
48.8
12.8
55.8

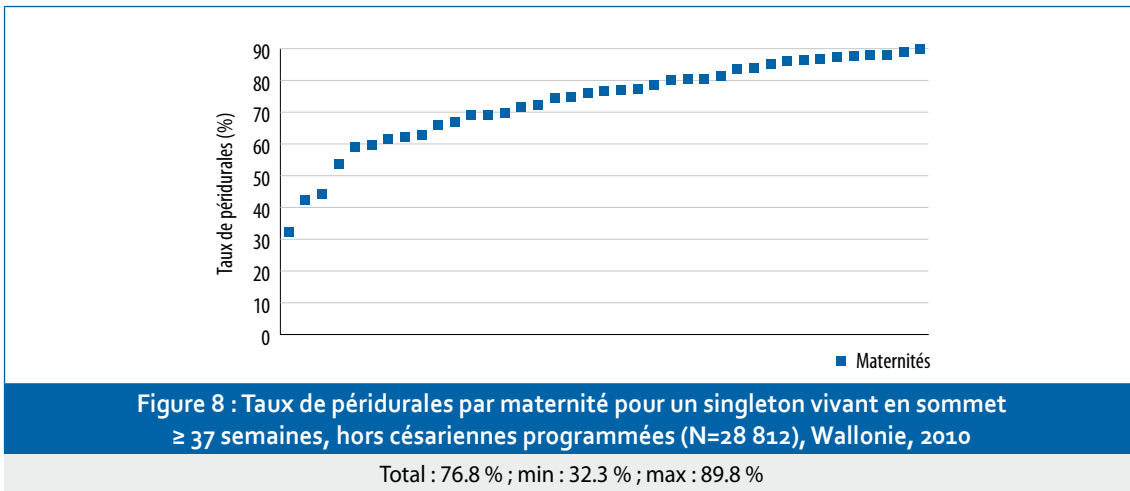
La donnée concernant l'induction est manquante pour 1 césarienne (0.03 %).

5.4.6 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

25750 accouchements ont bénéficié d'une péridurale (76.5 %) (hors césariennes programmées). Ce taux est de 85.0 % chez la primipare et 69.4 % pour la multipare. L'information est manquante pour 303 accouchements (0.8 %).

Si l'on ne considère que les accouchements par voie basse, on observe 22 235 péridurales pour 29 883 accouchements (74.4 %), et 0.9 % de données manquantes par voie basse, et ce taux va de 27.6 % à 88.6 % selon la maternité.

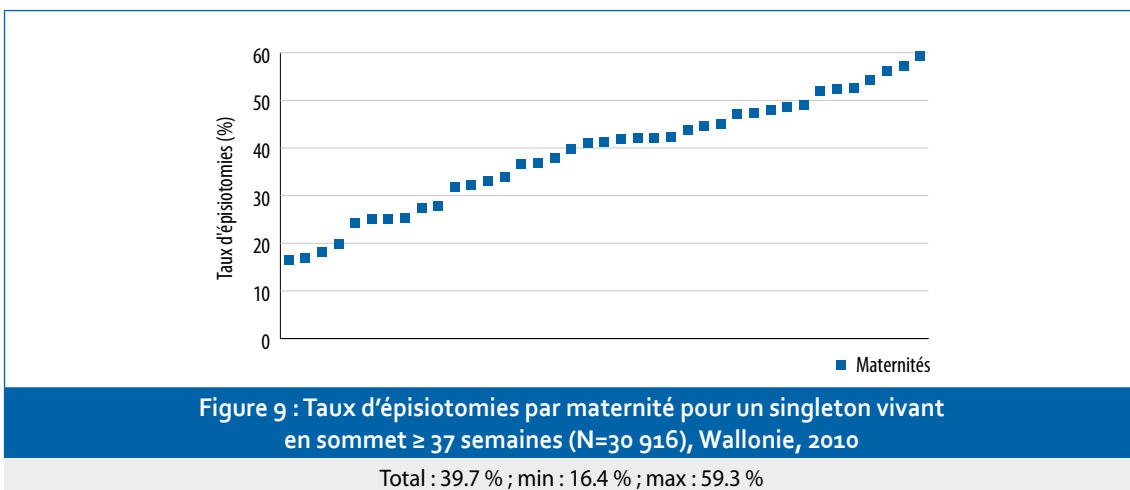
Donnée comparative	
Péridurale :	
Flandre 2010 (1) :	67.7 %
Bruxelles 2010 (2) :	70.9 %
Wallonie 2009 (3) :	79.1 %



5.4.7 ÉPISIOTOMIE

On compte 13 637 épisiotomies pour 37 581 accouchements (36.3 %) et 13 609 épisiotomies pour 29 985 accouchements par voie basse (45.4 %). Cette information est manquante pour 168 accouchements par voie basse (0.6 %). On observe 50.5 % d'épisiotomie chez la primipare et 24.8 % chez la multipare en cas d'accouchement par voie basse. Ce taux va de 15.2 % à 54.0 % selon la maternité, et de 18.3 % à 72.1 % en cas d'accouchement par voie basse.

Donnée comparative	
Épisiotomie :	
Flandre 2010 (1) :	54.0 %
Bruxelles 2010 (2) :	29.2 %
Wallonie 2009 (3) :	38.2 %



5.4.8 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Il s'agit des accouchements après 37 semaines, sans instrumentation, sans induction et sans épisiotomie. Nous disposons de cette dernière information depuis l'introduction du nouveau volet médical. On comptabilise **24.6 %** d'accouchements sans intervention obstétricale et **9.7 %** d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale.

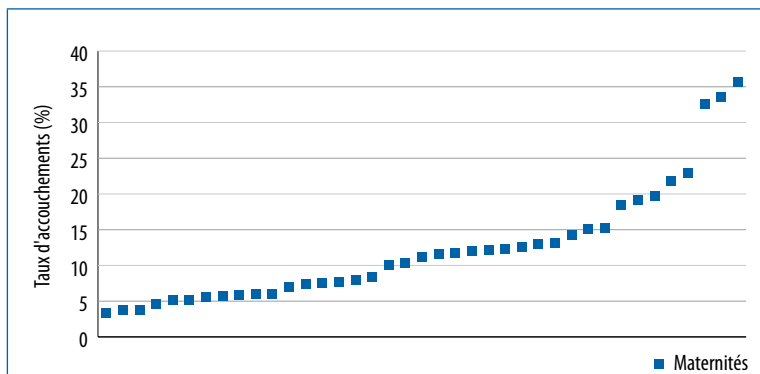


Figure 10 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale par maternité pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines, Wallonie, 2010

Total : 11.1 % ; min : 3.3 % ; max : 35.6 %

Table 46 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel (N=14 525), Wallonie, 2010

Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=1 091)	217	19.9
20-29 (n=9 610)	1 792	18.7
30-39 (n=3 676)	618	16.8
40-49 (n=148)	13	8.8

Table 47 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel (N=14 525), Wallonie, 2010

Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=1 091)	59	5.4
20-29 (n=9 610)	458	4.8
30-39 (n=3 676)	156	4.2
40-49 (n=148)	5	3.4

Table 48 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon la nationalité d'origine (N=14 524), Wallonie, 2010

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=11 115)	2 072	18.6
Europe moins Belgique (n=1 496)	260	17.4
Turquie (n=236)	26	11.0
Maghreb et Egypte (n=734)	105	14.3
Afrique subsaharienne (n=266)	47	17.7
Autres (n=677)	130	19.2

Table 49 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC (N=12 347), Wallonie, 2010

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=979)	184	18.8
18.6 - 24.9 (n=7 641)	1 459	19.1
25.0 - 29.9 (n=2 325)	399	17.2
30.0 - 39.9 (n=1 252)	164	13.1
40.0 et plus (n=150)	20	13.3

5.4.9 ACCOUCHEMENT AVEC INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Il s'agit des accouchements à partir de 37 semaines, avec induction, péridurale, épisiotomie et instrumentation (forceps et/ou ventouse).

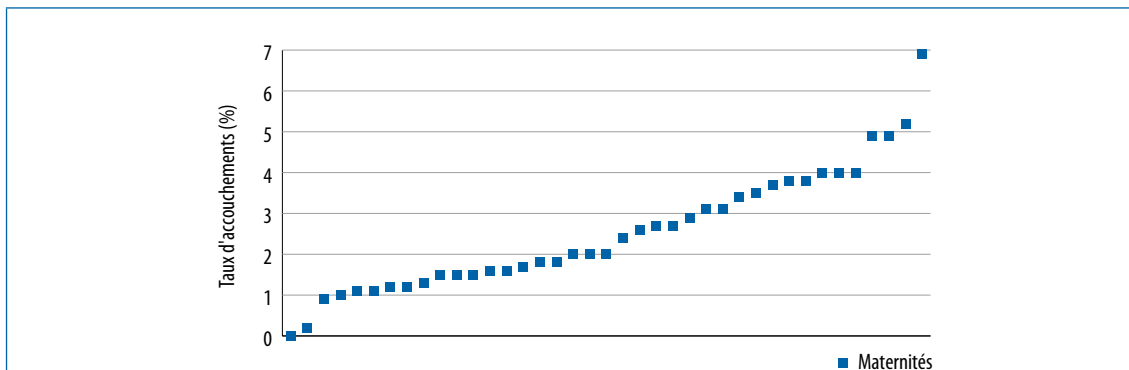


Figure 11 : Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental par maternité pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines, Wallonie, 2010

Total : 2.3 % ; min : 0.0 % ; max : 6.9 %

Table 50 : Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel (N=14 525), Wallonie, 2010

Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=1 091)	31	2.8
20-29 (n=9 610)	408	4.3
30-39 (n=3 676)	159	4.3
40-49 (n=148)	12	8.1

Table 51 : Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon la nationalité d'origine (N=14 524), Wallonie, 2010

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=11 115)	462	4.2
Europe moins Belgique (n=1 496)	71	4.7
Turquie (n=236)	13	5.5
Maghreb et Egypte (n=734)	38	5.2
Afrique subsaharienne (n=266)	9	3.4
Autres (n=677)	17	2.5

Table 52 : Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC (N=12 347), Wallonie, 2010

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=979)	31	3.2
18.6 - 24.9 (n=7 641)	311	4.1
25.0 - 29.9 (n=2 325)	128	5.5
30.0 - 39.9 (n=1 252)	61	4.9
40.0 et plus (n=150)	8	5.3

5.5 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

Données comparatives	
Accouchements multiples	
Flandre 2010 (1) :	1.9 %
Bruxelles 2010 (2) :	2.3 %
Wallonie 2009 (3) :	1.7 %

Table 53 : Détails des accouchements multiples, Wallonie, 2010	
Grossesses gémellaires :	
	612 accouchements de 2 jumeaux vivants
	19 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	1 accouchement gémellaire d'1 enfant vivant et 1 mort-né (<i>attention : l'enfant mort-né est né plus de 24 heures avant l'enfant né vivant : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires*</i>)
	8 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	1 accouchement gémellaire d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
Grossesses triples :	
	7 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants

Euro-Peristat (4) 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 Wallonie en 2010 est de **1.7 %**.

On observe 7 grossesses de triplés (0.02 % des grossesses) ayant mené à des naissances. Parmi ces grossesses, 42.9 % ont été conçues par ICSI ou FIV. L'information concernant le type de conception ne manqué pour aucune grossesse triple, trois grossesses triples se sont donc présentées spontanément (0.01 % des accouchements) et une grossesse après traitement hormonal.

On compte également 6 grossesses gémellaires avec syndrome transfuseur-transfusé (6/640 grossesses gémellaires, 0.9 % des grossesses gémellaires, et 0.02 % des naissances). Cette donnée est probablement sous-estimée puisque le syndrome transfuseur-transfusé affecte environ 2 % des grossesses gémellaires (10 % des grossesses monochoriales), ou 0.04 % des naissances totales (11). Il est également possible que certaines grossesses gémellaires aient été affectées par la perte d'un fœtus, et que la grossesse ait finalement été déclarée comme une grossesse unique et non une grossesse gémellaire.

Table 54 : Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation, Wallonie, 2010			
Type de conception	Âge (années)	Nombre	%
Conception spontanée (n=34 887)	< 20 (n=1 385)	8	0.6
	20-29 (n=18 243)	205	1.1
	30-39 (n=14 329)	203	1.4
	40-49 (n=929)	14	1.5
	50 + (n=1)	0	0.0
Conception assistée (n=1 511)	< 20 (n=3)	0	0.0
	20-29 (n=496)	56	1.1
	30-39 (n=909)	126	13.9
	40-49 (n=101)	10	9.9
	50 + (n=2)	1	50.0
Non demandé (n=992)	< 20 (n=26)	0	0.0
	20-29 (n=546)	11	2.0
	30-39 (n=391)	12	3.1
	40-49 (n=29)	1	3.4

5.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

5.6.1 POIDS DE NAISSANCE

5.6.1.1 POIDS MOYEN DE L'ENFANT

3 215 g (minimum : 100 g – maximum : 5 680 g)

Le poids n'a pu être obtenu pour 109 naissances (0.3 %).

Le poids moyen des enfants né-vivants est de **3 224 g** (minimum : 430 g – maximum : 5 445 g)

5.6.1.2 RÉPARTITION DU POIDS DE NAISSANCE

Euro-Peristat (4) définit cet indicateur comme le nombre de naissances par intervalle de 500 g, sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. De plus les proportions d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g et 1 500 g sont habituellement présentées à des fins de 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.

Table 55 : Répartition du poids de naissance (N=38 437), Wallonie, 2010					Données comparatives			
Poids (g)	Singletons (n=37 137)		Grossesses multiples (n=1 300)		Bruxelles 2010 (2) %		Flandre 2010 (1) %	
	Nombre	%	Nombre	%	Singletons	Grossesses multiples	Singletons	Grossesses multiples
< 500	19	0.1	15	1.2	0.1	0.6	*	*
500-999	121	0.3	48	3.7	0.7	2.6	0.4	2.9
1 000-1 499	165	0.4	56	4.3	0.7	8.4	0.4	7.3
1 500-1 999	400	1.1	226	17.4	0.9	13.8	0.8	14.5
2 000-2 499	1 683	4.5	459	35.3	3.3	30.1	3.2	31.0
2 500-2 999	7 847	21.1	383	29.5	17.1	34.3	16.1	33.6
3 000-3 499	15 270	41.1	91	7.0	39.7	8.6	39.6	9.6
3 500-3 999	9 293	25.0	14	1.1	29.0	1.2	30.0	1.1
4 000-4 499	2 030	5.5	0	0.0	7.3	0.1	8.2	0.0
≥ 4 500	208	0.6	0	0.0	0.9	0.0	1.1	0.0
Poids inconnu	101	0.3	8	0.6	0.4	0.3		

* En Flandre, les naissances dont le poids de naissance est inférieur à 500 g ne sont pas comptabilisées.

5.6.1.3 PRÉVALENCE DU FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g est de 3 192 pour 38 328 naissances (8.3 %) au total, et de 2 997 pour 37 751 naissances vivantes (7.9 %).

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 11.3 %, contre 6.9 % dans les autres maternités.

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 500 g est de 424 pour 38 328 naissances (1.1 %) au total, et de 296 pour 37 751 naissances vivantes (0.8 %).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 000 g est de 203 pour 38 327 naissances (0.5 %) au total, et de 104 pour 37 751 naissances vivantes (0.3 %).

Données comparatives	
Poids de naissance < 2 500 g :	
Flandre 2010 (1) :	6.8 %
Bruxelles 2010 (2) :	7.9 %
Wallonie 2009 (3) :	7.8 %
Poids de naissance < 1 500 g :	
Flandre 2010 (1) :	1.2 %
Bruxelles 2010 (2) :	1.9 %
Wallonie 2009 (3) :	0.9 %

Les recommandations européennes (4) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g et à un âge gestationnel supérieur à 37 semaines. On obtient alors un taux de 3.4 pour 100 naissances vivantes (1 181/34 626) de 37 semaines et plus, et de 26.1 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (12/46).

Table 56 : Taux d'enfants singletons nés vivants et mort-nés selon l'âge gestationnel et le poids de naissance (N=37 035), Wallonie, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Poids < 1 000 g (N=140)				Poids 1 000-1 499 g (N=164)				Poids 1 500-1 999 g (N=400)				Poids ≥ 2 000 g (N=36 331)			
	Vivants (N=69)		Mort-nés (N=71)		Vivants (N=141)		Mort-nés (N=23)		Vivants (N=379)		Mort-nés (N=21)		Vivants (N=36 276)		Mort-nés (N=55)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 23	4	5.8	33	46.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
24	3	4.4	5	7.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25	20	29.0	10	14.1	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
26-27	28	40.6	15	21.1	11	7.8	3	13.0	0	0.0	1	4.8	0	0.0	1	1.8
28-31	14	20.3	8	11.3	81	57.5	12	52.2	64	16.9	6	28.6	11	0.0	0	0.0
32-36	0	0.0	0	0.0	47	33.3	8	34.8	245	64.6	12	57.1	1 854	5.1	15	27.3
≥ 37	0	0.0	0	0.0	1	0.7	0	0.0	68	17.9	1	4.8	34 368	94.7	39	70.9
Âge inconnu	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5	1	4.8	43	0.1	0	0.0

Table 57 : Taux d'enfants issus de grossesse multiple, nés vivants et mort-nés selon l'âge gestationnel et le poids de naissance (N=1 292), Wallonie, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Poids < 1 000 g (N=63)				Poids 1 000-1 499 g (N=56)				Poids 1 500-1 999 g (N=226)				Poids ≥ 2 000 g (N=947)			
	Vivants (N=35)		Mort-nés (N=28)		Vivants (N=52)		Mort-nés (N=4)		Vivants (N=224)		Mort-nés (N=2)		Vivants (N=946)		Mort-nés (N=1)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 23	4	11.4	14	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
24	11	31.4	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25	3	8.6	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
26-27	14	40.0	0	0.0	2	3.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
28-31	2	5.7	4	14.3	35	67.3	1	25.0	37	16.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
32-36	1	2.9	6	21.4	14	26.9	2	50.0	174	77.7	1	50.0	478	50.5	0	0.0
≥ 37	0	0.0	2	7.1	1	1.9	1	25.0	13	5.8	1	50.0	468	49.5	1	100.0
Âge inconnu	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

5.6.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

5.6.2.1 DURÉE MOYENNE DE LA GROSSESSE

38 semaines (minimum : 19 semaines* – maximum : 43 semaines) L'âge gestationnel n'a pu être obtenu pour 84 accouchements (0.2 %).

*Cette naissance concernait un enfant de plus de 500 g

5.6.2.2 PRÉVALENCE DE LA PRÉMATURITÉ

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 2 924 pour un total de 37 700 accouchements (**7.8 %**), 6.8 % pour les accouchements de singletons et 61.7 % pour les accouchements de jumeaux.

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint **11.6 %**, contre 7.3 % dans les autres maternités.

Données comparatives	
Accouchement < 37 semaines :	
Flandre 2010 (1) :	7.2 %
Bruxelles 2010 (2) :	8.0 %
Wallonie 2009 (3) :	7.9 %

Euro-Peristat (4) définit cet indicateur comme le nombre de naissances vivantes et mortes entre 22 et 37 semaines de gestation sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. En Région wallonne en 2010, 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 Fédération Wallonie-Bruxelles.

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 58 : Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel (N=38 437), Wallonie, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Enfant né vivant et vivant après 7 jours (N=38 172)		Enfant mort-né (N=209)		Enfant né vivant et décédé avant 7 jours de vie (N=56)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=55)	0	0.0	47	85.5	8	14.5
24 (n=20)	5	25.0	6	30.0	9	45.0
25 (n=36)	19	50.0	11	30.6	6	19.4
26-27 (n=78)	50	64.1	20	25.6	8	10.3
28-31 (n=277)	243	87.7	32	11.6	2	0.7
32-36 (n=2 865)	2 813	98.2	45	1.6	7	0.2
≥ 37 (n=35 021)	34 959	99.8	46	0.1	16	0.1
Âge inconnu (n=85)	83	97.6	2	2.4	0	0.0

Table 59 : Répartition du type de début de travail selon l'âge gestationnel (N=37 786), Wallonie, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Travail spontané (N=21 328)		Induction (N=12 467)		Césarienne elective (N=3 833)		Type de début de travail inconnu (N=158)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=46)	21	45.7	25	54.3	0	0.0	0	0.0
24 (n=15)	11	73.3	4	26.7	0	0.0	0	0.0
25 (n=34)	23	67.6	9	26.5	1	2.9	1	2.9
26-27 (n=70)	43	61.4	23	32.9	3	4.3	1	1.4
28-31 (n=236)	195	82.6	26	11.0	15	6.4	0	0.0
32-36 (n=2 524)	1 838	72.8	433	17.2	249	9.9	4	0.2
≥ 37 (n=34 776)	19 176	55.1	11 941	34.3	3 562	10.2	97	0.3
Âge inconnu (n=85)	21	24.7	6	7.1	3	3.5	55	64.7

5.6.2.3 RÉPARTITION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

Table 60 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=37 786), Wallonie, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (N=37 137)		Grossesses multiples (N=649)	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=46)	37	0.1	9	1.4
24 (n=15)	8	0.1	7	1.1
25 (n=34)	32	0.1	2	0.3
26-27 (n=70)	62	0.2	8	1.2
28-31 (n=236)	198	0.5	38	5.9
32-36 (n=2 524)	2 185	5.9	339	52.2
≥ 37 (n=34 776)	34 530	93.0	246	37.9
Âge inconnu (n=85)	85	0.2	0	0.0

Données comparatives

Bruxelles 2010 (2) %		Flandre 2010 (1) %	
Singletons	Grossesses multiples	Singletons	Grossesses multiples
0.3	0.4	0.4	2.8
0.1	0.0		
0.1	0.5		
0.3	2.1		
0.8	7.1	0.5	7.8
5.2	44.9	5.4	46.4
92.9	45.1	93.7	42.9
0.2	0.0		

5.6.2.4 ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET FACTEURS DE RISQUE

Table 61 : Accouchement < 37 semaines et âge maternel pour les singletons vivants chez la primipare (N=16 487), Wallonie, 2010

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=14)	2	14.3
15-19 (n=1 176)	84	7.1
20-24 (n=4 184)	284	6.8
25-29 (n=6 579)	385	5.9
30-34 (n=3 267)	230	7.0
35-39 (n=1 075)	81	7.5
40-44 (n=180)	22	12.2
45-49 (n=9)	1	11.1
Âge inconnu (n=3)	0	0.0

Table 62 : Accouchement < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=16 483), Wallonie, 2010		
Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=12 664)	859	6.8
Europe moins Belgique (n=1 685)	112	6.6
Turquie (n=267)	15	5.6
Maghreb et Egypte (n=816)	35	4.3
Afrique subsaharienne (n=297)	14	4.7
Autres (n=754)	53	7.0

Table 63 : Accouchement < 37 semaines et IMC pour les singletons vivants chez la primipare (N=14 193), Wallonie, 2010		
IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=1 135)	83	7.3
18.5 - 24.9 (n=8 778)	497	5.7
25.0 - 29.9 (n=2 680)	143	5.3
30.0 - 39.9 (n=1 435)	81	5.6
40.0 et plus (n=165)	10	6.1

Table 64 : Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=16 450) Wallonie, 2010		
Situation professionnelle	Nombre	%
Active (n=10 075)	659	6.5
Étudiante (n=574)	40	7.0
Chômage (n=2 118)	136	6.4
Sans profession / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=3 302)	216	6.5
Situation professionnelle inconnue (n=381)	33	8.7

Table 65 : Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction pour les singletons vivants chez la primipare (N=16 487), Wallonie, 2010		
Niveau d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction (n=64)	3	4.7
Primaire (n=309)	19	6.1
Secondaire inférieur (n=1 579)	120	7.6
Secondaire supérieur (n=5 069)	337	6.6
Supérieur de type court (n=3 917)	249	6.4
Supérieur de type long ou universitaire (n=2 033)	106	5.2
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger) (n=64)	3	4.7
Inconnu (n=3 452)	252	7.3

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.

5.6.3 STREPTOCOQUE DU GROUPE B

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

Table 66 : Statut du GBS par accouchement (N=32 809), Wallonie, 2010			Données comparatives
Statut du GBS	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Oui	6 234	19.0	19.6
Non	24 733	75.4	74.5
Non testé/non connu	1 842	5.6	6.0

La donnée est manquante pour 105 accouchements à partir de 35 semaines (0.3 %).

Le taux de traitement par antibiothérapie en cas de dépistage positif du streptocoque B est de **93.6 %** pour les naissances vivantes à partir de 35 semaines. 183 données sont manquantes (0.5 %).

5.6.4 APGAR

5.6.4.1 SCORE D'APGAR À 1 MINUTE

Score d'apgar inférieur à 7 : **6.8 %** de toutes les naissances vivantes.

Score d'apgar inférieur à 4 : **1.9 %** de toutes les naissances vivantes.

Le score d'apgar à 1 minute manque pour 137 naissances (0.4 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 est de 12.5 % après l'utilisation d'un STAN, et de 6.8 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.4.2 SCORE D'APGAR À 5 MINUTES

Score d'apgar inférieur à 7 à 5 minutes : **1.4 %** de toutes les naissances vivantes.

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

Le score d'apgar à 5 minutes manque pour 142 naissances (0.4 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 est de 2.8 % après l'utilisation d'un STAN, et de 1.5 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.5 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

La donnée est manquante pour 207 naissances (0.5 % des naissances vivantes).

Table 67 : Ventilation du nouveau-né vivant (N=38 021), Wallonie, 2010			Données comparatives
	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Ventilation	2 101	5.5	5.9
Dont: <i>Intubation</i>	183	8.7	7.9
<i>Ballon et masque</i>	1 885	89.7	73.8
<i>Type de ventilation inconnu</i>	33	1.6	18.3

5.6.6 TRANSFERT VERS UN CENTRE NÉONATAL

La donnée est manquante pour 1 722 naissances (4.5 % des naissances).

Table 68 : Transfert vers un centre néonatal (N=36 714), Wallonie, 2010			Données comparatives
	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Transfert	4 137	11.3	12.0
Dont: N*	2 972	71.8	63.2
NIC	1 139	27.5	23.6
Type de centre inconnu	26	0.6	13.1

5.6.7 TRANSFERT EX UTERO

176 nouveau-nés sont nés dans un centre sans NIC et ont été secondairement transférés dans un service NIC (46.0/10 000 naissances vivantes). Parmi ceux-ci, 87 étaient sous l'âge gestationnel de 34 semaines et/ou avaient un poids inférieur à 1 500 g (22.8/10 000 naissances vivantes) dont 60 étaient sous l'âge gestationnel de 32 semaines et/ou avaient un poids inférieur à 1 500 g (15.7/10 000 naissances vivantes).

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 (12).

Au regard de cette étude, la donnée transfert ex-utéro paraît sous-estimée, ce qui est très probablement liée à la manière dont la donnée est relevée.

5.6.8 SEXE

Table 69 : Sexe de l'enfant (N=38 437), Wallonie, 2010			Données comparatives
Sexe	Nombre	%	Wallonie 2009 (3) %
Masculin	19 665	51.2	51.0
Féminin	18 765	48.8	49.0
Inconnu	7	0.0	0.0

4.6.9 MALFORMATIONS

269 malformations ont été enregistrées en 2010. Il s'agit bien des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance de l'enfant. Le tableau ci-dessous reprend uniquement les 195 malformations précisées sur le volet CEpiP. En effet, le volet CEpiP ne reprend qu'un nombre limité de malformations, mais les soignants ajoutent régulièrement d'autres malformations à la main. Pour information, parmi les 74 autres malformations renseignées 14 sont d'origine cardiaque.

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

Table 70 : Types de malformations (N=195), Wallonie, 2010		
Nombre	Malformations	
43	Fente labiale/palatine	
19	Hypospade	
14	Trisomie 21	
12	Spina bifida	dont 1 avec anomalie réductionnelle des membres dont 1 avec hydrocéphalie
11	Hydrocéphalie	dont 1 avec dysplasie squelettique dont 1 avec fente labiale/palatine
11	Agénésie rénale	
10	Anomalie réductionnelle des membres	
8	Anomalie obstructive bassin/uretère	
7	Imperforation anale	dont 1 avec agénésie rénale dont 1 avec atrésie anale
7	Hydrops foetal	dont 1 avec dysplasie squelettique dont 1 avec hypospade dont 1 avec STT
6	Atrésie de l'œsophage	
6	Dysplasie rénale polykystique	
6	Trisomie 13	
5	Omphalocèle	
5	Tétralogie de Fallot	
5	Communication interventriculaire	
4	Transposition des gros vaisseaux	dont 1 avec hernie diaphragmatique
4	Hernie diaphragmatique	
4	Dysplasie squelettique/nanisme	
2	Malformation adénomatoïde du poumon	dont 1 avec dysplasie squelettique
2	Trisomie 18	
1	Anencéphalie	
1	Gastroschisis	
1	Atrésie de l'intestin grêle avec atrésie duodénale	
1	Syndrome de Turner	

5.7 LIEU D'ACCOUCHEMENT

5.7.1 ACCOUCHEMENTS EN MATERNITÉ

Nombre d'accouchements	Nombre de maternités
< 500	8
500 - 999	16
1 000 - 1 499	12
1 500 - 1 999	0
2 000 - 2 499	2
2 500 +	1

5.7.2 ACCOUCHEMENTS HORS MATERNITÉ

Nous avons comptabilisé **237** naissances extrahospitalières, c'est-à-dire 6.2 pour 1 000 naissances.

Ces accouchements sont répartis comme suit :

- 66 en maison de naissance
- 102 à domicile programmés en présence d'un professionnel (2.7 ‰ des naissances)
- 69 hors maternité non prévus, dont 40 sans professionnel présent au moment de l'accouchement.

Données comparatives

Flandre 2010 (1) : 9.8 ‰
Bruxelles 2010 (2) : 5.0 ‰
Wallonie 2009 (3) : 5.8 ‰

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

Dans les accouchements à domicile prévus, le taux d'épisiotomie est de 2.13 %.

Âge (années)	Accouchement non programmé (N=69)		Accouchement programmé (N=168)	
	Nombre	%	Nombre	%
<20 (n= 10)	9	90.0	1	10.0
20-29 (n=92)	33	35.9	59	64.1
30-39 (n=123)	23	18.7	100	81.3
40-49 (n=12)	4	33.3	8	66.7

Situation professionnelle	Accouchement non programmé (N=69)		Accouchement programmé (N=168)	
	Nombre	%	Nombre	%
Active (n=98)	21	21.4	77	78.6
Étudiante (n=7)	2	28.6	5	71.4
Chômage (n=29)	12	41.4	17	58.6
Pensionnée (n=1)	0	0	1	100.0
Sans profession (n=52)	29	55.8	23	44.2
Inconnu (n=50)	5	10.0	45	90.0

Parité	Accouchement non programmé (N=69)		Accouchement programmé (N=168)	
	Nombre	%	Nombre	%
Primipare (n=50)	9	18.0	41	82.0
2-3 (n=146)	43	29.5	103	70.5
4+ (n=26)	11	42.3	15	57.7
Inconnu (n=15)	6	40,0	9	60,0

Niveau d'instruction	Accouchement non programmé (N=69)		Accouchement programmé (N=168)	
	Nombre	%	Nombre	%
Pas d'instruction (n=0)	0	0.0	0	0.0
Primaire (n=1)	1	100.0	0	0.0
Secondaire inférieur (n=19)	15	78.9	4	21.1
Secondaire supérieur (n=32)	13	40.6	19	59.4
Supérieur de type court (n=39)	9	23.1	30	76.9
Supérieur de type long ou universitaire (n=38)	3	7.9	35	92.1
Inconnu (n=108)	28	25.9	80	74.1

5.8 MORTINATALITÉ

5.8.1 CHIFFRES

Euro-Peristat (4) définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. On compte 209 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (5.4 ‰ naissances), dont 36 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mort-nés est de 4.7 et 27.7 pour 1 000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement. Le taux de mort-nés est de 2.8 ‰ singletons de ≥ 28 semaines.

Données comparatives	
Mortinatalité :	
Flandre 2010 (1) :	4.2 ‰
Bruxelles 2010 (2) :	8.8 ‰ <i>dont 8.5 ‰ pour les singletons et 15.7 ‰ pour les grossesses multiples</i>
Wallonie 2009 (3) :	6.4 ‰ <i>dont 6.1 ‰ pour les singletons et 14.4 ‰ pour les grossesses multiples</i>

On constate en 2010 un nombre moins élevé d'enfants mort-nés par rapport aux taux retrouvés en 2009 mais plus élevé qu'en 2008 (4.3 ‰ naissances). 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 déclarait 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. Le nombre de mort-nés plus élevé à Bruxelles qu'en Wallonie pourrait s'expliquer à la fois par des différences dans les attitudes de déclaration, mais également par une concentration plus élevée de maternités spécialisées en Région bruxelloise.

5.8.2 TAUX DE MORT-NÉS SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Table 76 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel pour les singletons (N=37 137), Wallonie, 2010			Données comparatives		
Âge gestationnel (semaines)	Nombre de mort-nés (N=173)	%	Wallonie 2009 (3) %	Bruxelles 2010 (2) %	Flandre 2010 (1) %
≤ 23 (n=37)	33	89.2	93.8	95.0	34.2
24 (n=8)	5	62.5	84.2	61.5	
25 (n=32)	10	31.3	39.7	50.0	
26-27 (n=62)	20	32.3		31.5	
28-31 (n=198)	27	13.6	13.5	14.2	7.3
32-36 (n=2 185)	36	1.6	1.9	2.5	1.3
≥ 37 (n=34 530)	40	0.1	0.1	0.1	0.1
Âge inconnu (n=85)	2	2.4	6.1	0.0	

5.8.3 CAUSES DE MORTALITÉ FOÉTALE

Table 77 : Causes de mortalité foétale selon le certificat de naissance (N=209), Wallonie, 2010		
	Nombre	%
Malformations : TOTAL	49	23.4
Chromosomique	18	8.6
Système nerveux	9 ¹	4.3
Cœur	6	2.9
Système musculo-squelettique et anomalie tissu conjonctif	4 ²	1.9
Association syndromique/Syndrome génétique	4	1.9
Appareil urinaire	2	1.0
Anomalie des membres	1	0.5
Anomalies faciales/Fente labio-palatine	0	0.0
Appareil digestif	0	0.0
Malformations multiples sans précision	4	1.9
Malformation sans précision	1	0.5
Mort foétale in utero (MFIU) sans cause apparente : TOTAL	67	32.1
Diagnostic après autopsie :		
Autopsie non contributive ou non réalisée	55	26.3
Compression du cordon	10	4.8
Origine placentaire sans précision	2	1.0
Décollement placentaire	16	7.7
Pathologie maternelle aiguë (hypertension, hémorragie, arrêt cardiaque, coma,...)	16	7.7
Décès de cause indéterminée dans le cadre d'une prématurité extrême	7	3.3
Chorioamniotite	6	2.9
Asphyxie/Arrêt cardiaque/Souffrance foétale aiguë	5	2.4
Infection sans précision	2	1.0
Toxicomanie maternelle	2	1.0
Grossesses multiples : TOTAL	31	14.8
MFIU avec cause probable précisée – grossesse multiple	10	4.8
Syndrome transfuseur-transfusé	5	2.4
Pathologie maternelle	4	1.9
Chorioamniotite	4	1.9
Prématurité ≤ 25 semaines	3	1.4
Retard de croissance intra-utérin	2	1.0
MFIU sans précision	2	1.0
Asphyxie/Arrêt cardiaque/Souffrance foétale aiguë	1	0.5
Autres : TOTAL	8	3.8
Infection maternelle à CMV	1	0.5
Retard de croissance intra-utérin	1	0.5
Traumatisme de la route sans précision	1	0.5
Thrombose du cordon	1	0.5
Accouchement à domicile, cause non connue	1	0.5
Séroconversion maternelle toxoplasmose	1	0.5
Parvovirus B19	1	0.5
Anasarque foeto-placentaire	1	0.5

¹ dont 4 enfants issus de grossesses multiples
² dont 1 enfant issu de grossesse multiple

5.8.4 MORTALITÉ MATERNELLE

Bien que le CEpiP n'enregistre pas spécifiquement les morts maternelles, 2 décès (trouble de l'hypertension et causes thromboemboliques) lui ont été renseignés en 2010.

6. Conclusions – Points d’attention

- 1 En 2010, 388 femmes ont accouché avant l’âge de 18 ans, ce qui correspond à un accouchement sur 100. À l’inverse, 16 mères sur 100 ont plus de 35 ans et une mère sur 1 000 a plus de 45 ans à l’accouchement. On observe 3 accouchements après 50 ans dont 2 sont le fruit d’une assistance à la procréation.
- 2 Le taux de césariennes reste stable entre 2008 et 2010 (environ 20%). Cependant le taux de césariennes chez les primipares pour les grossesses uniques vivantes en sommet ≥ 37 semaines diminue entre 2008 et 2010 avec 16.2 % en 2008, 15.4 % en 2009 et 13.6 % en 2010. Les taux minima et maxima ont également diminué passant respectivement de 8.7 % en 2008 à 5.7 % en 2010 et de 40.4 % en 2008 à 24.2 % en 2010.
- 3 Les taux de ventouse et de forceps ont diminué entre 2008 et 2010, passant respectivement de 5.4 % à 4.6 % et de 3.1 % à 2.5 %.
- 4 On constate, comme en 2009, un nombre important d’inductions (33.1 %), de péridurales (76.5 %) et d’épisiotomies (36.3 %). Ces taux figurent parmi les plus élevés d’Europe.
- 5 Le nombre d’accouchements ayant nécessité une induction, une péridurale ou une épisiotomie est très variable selon la maternité. 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.
- 6 102 femmes ont fait le choix d’un accouchement à domicile programmé (2.7 ‰) et 66 en maisons de naissance (1.7 ‰). Ce taux est supérieur aux années précédentes avec respectivement 51 accouchements en maisons de naissance en 2008 (1.3 ‰) et 56 accouchements en maisons de naissance en 2009 (1.5 ‰).
- 7 Certaines données médicales sont encore insuffisamment recueillies, comme la notification des malformations, l’emploi du STAN, le type de conception de la grossesse, l’antécédent de césarienne et le poids et la taille de la patiente. Pour les données administratives, il s’agit du niveau d’instruction et de la situation professionnelle, particulièrement lors de la naissance d’un enfant mort-né.
- 8 On compte 209 mort-nés d’au moins 500 g ou 22 semaines (5.4 ‰ naissances). Le nombre de mort-nés plus élevé à Bruxelles qu’en Wallonie pourrait s’expliquer à la fois par des différences dans les attitudes de déclaration, mais également par une concentration plus élevée de maternités spécialisées en Région bruxelloise.

Nous remercions encore une fois vivement le personnel des maternités, les sages-femmes indépendantes et le personnel des services d’état civil, qui contribuent quotidiennement à remplir les certificats.

7. Références

- (1) Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Defoort P. Périnatale activiteiten in Vlaanderen 2010. Studie centrum voor perinatale Epidemiologie 2011.
- (2) Leroy Ch, Van Leeuw V, Van de Putte S, Englert Y. Données périnatales en Région Bruxelloise – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- (3) Minsart AF, Van Leeuw, Wilen G, Van de Putte S, Verdoot C, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (4) Data from 2004. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. 2008.
- (5) Fontaine L, Goetghebuer T, Liegeois M et al. Banque de données Médico-Sociales – Données statistiques 2010, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2012.
- (6) Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport I - État de santé. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2010 ; Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, ISSN : 2032-9180 – Numéro de dépôt. D/2010/2505/07 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/005
- (7) Yaktine A, Del Valle H, Datiles J et al. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of medicine of the national academies, 2009.
- (8) 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.
- (9) BELRAP. Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy, Belgium, 2008.
- (10) Schmitz T, Azria E, Cabrol D, Goffinet F. L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable ? Analyse des données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2009 ; 38, 367-376.
- (11) Lewi L, Jani J, Boes AS, Donne E, Van Mieghem T, Gucciardo L, Diemert A, Hecher K, Lewi P, Deprest J. The natural history of monozygotic twins and the role of prenatal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 ; 30 : 401.
- (12) 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)

03/0001

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

4. Transfert in utero

- oui • non

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

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

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

6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement

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

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

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

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

(suite au verso)

Modèle I

0102040312 2491934 02

VOLET C
(suite)

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT (suite)

9. Indice d'Apgar à:

• 1 minute

• 10 minutes

• 5 minutes

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

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

No. dossier médical de la **Mère**

Identification du médecin ou de l'accoucheuse

• No. INAMI.

• date (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**)

1. Date et heure de la naissance • date (JJMMAAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • heure (HHMM) <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	4. Enfant issu d'une grossesse multiple <input type="checkbox"/> • oui <input type="checkbox"/> • non 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
2. Lieu de naissance <input type="checkbox"/> • institution hospitalière <input type="checkbox"/> • maison privée <input type="checkbox"/> • autres, précisez	
3. Sexe de l'enfant <input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé	

VOLET D

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

1. Commune (ou pays) de la naissance

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

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--

2. Numéro de l'acte au registre des naissances

--	--	--	--

3. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père

--	--	--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

• de la mère

--	--	--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

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

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

5. Situation professionnelle actuelle

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

6. 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

<input type="checkbox"/> • célibataire	<input type="checkbox"/> • divorcée
<input type="checkbox"/> • mariée	<input type="checkbox"/> • légalement séparée de corps
<input type="checkbox"/> • veuve	<input type="checkbox"/> • ne sait pas

11. Etat d'union de la mère

<input type="checkbox"/> • vit seule	<input type="checkbox"/> • 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/gastroschisis	
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
<input type="checkbox"/> • pas d'anomalie congénitale		
8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Indice d'Apgar à:		
<input type="text"/>	• 1 minute	<input type="text"/>
<input type="text"/>	• 5 minutes	<input type="text"/>
<input type="text"/>	• 10 minutes	<input type="text"/>
10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)		
<input type="checkbox"/> • ventilation sans intubation	<input type="checkbox"/> • sans objet	
<input type="checkbox"/> • intubation	<input type="checkbox"/> • pas d'intervention	
<input type="checkbox"/> • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)		
<input type="checkbox"/> • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)		
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		

(suite au verso)

VOLET C
(suite)

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

B. Renseignements concernant le décès

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

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

2. Type de décès

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

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

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique ne sait pas
 domicile
 autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

.....

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

.....

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

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

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

II. Causes associées

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

- (1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.
 (2) Placez un "X" à l'endroit approprié : colonne 'M' si Maternelle, colonne 'F' si Foetale, colonne 'I' si Infantile
 (3) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

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

6. Autopsie/examens complémentaires

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

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

- oui non

No. du dossier médical de la mère

No. du dossier médical de l'enfant

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

 nom, prénom
 signature
 cachet

VOLET A

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

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

Nom et prénom de l'enfant	
Nom et prénom de la mère	
Résidence habituelle de la mère : commune	
rue, no.	
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès	/ / h m
Adresse du décès : commune	
rue, no.	

Numéro de l'acte au registre des décès		Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe de l'enfant	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> indéterminé	Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il	<input type="checkbox"/> mort-né <input type="checkbox"/> né vivant	Obligation de mise immédiate:	
		• en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• en cercueil simple (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
		• crémation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• soins de conservation (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		• transport avant la mise en bière (7)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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

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

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).

(2) Le défunt présente un risque de contamination visé sous le n° (3).

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;

B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

(4) Le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: hépatite virale sauf hépatite A confirmée, peste, rage, SIDA.

(5) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.

(6) - cfr (2) et (3);

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps décheté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(7) cfr (2) et (3).

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

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

1. Date et heure du décès

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

2. Date et heure de naissance

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

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

5. Lieu de décès

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

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

VOLET D

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

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

1. Commune (ou pays) du décès

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

Code I.N.S.==>

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

2. Numéro de l'acte au registre des décès

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

3. Commune (ou pays) de la naissance

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

Code I.N.S. ==>

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

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

- du père

--	--	--	--	--	--
- de la mère

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

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

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

6. Situation professionnelle actuelle

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

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

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

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

- père

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

Code I.N.S. ==>

--	--	--	--	--	--
- mère

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

Code I.N.S. ==>

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

9. Nationalité

- du père
 - ⇒ d'origine

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
 - ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==>

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

- de la mère
- ⇒ d'origine

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==>

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

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

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

Code I.N.S. ==>

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

11. Etat civil de la mère

- célibataire
- mariée
- veuve
- divorcée
- légalement séparée de corps
- ne sait pas

12. Etat d'union de la mère

- vit seule
- en union

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

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

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

- mort-né(s)

--	--	--	--	--	--
- né(s) vivant(s)

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

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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

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 <small>97 si hors maternité, non programmé, sans professionnel 98 si hors maternité, non programmé, avec professionnel 99 si hors maternité, programmé, avec professionnel</small>													
Classification de l'accouchement <small>(année, numéro de l'accouchement, et code en cas de naissance multiple)</small>													
IDENTIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT													
Date de naissance de la mère (jour/mois/année)													
Code postal de la commune de résidence de la mère <small>(4 chiffres, 9999 si à l'étranger)</small>													
NAISSANCES PRECEDENTES													
Y a-t-il eu une (des) naissance(s) avant cette grossesse ? <small>(mort-né ou né vivant, $\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm)</small>										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 <small>(pas de réponse de la patiente)</small>		
	La mère a-t-elle accouché entre-temps d'un enfant/fœtus mort-né ? <small>($\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm)</small>										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 <small>(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)</small>													
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 <small>(Y COMPRIS en cas de rupture spontanée de la poche chez une patiente pas en travail)</small>						oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>					
Analgésie péridurale et/ou rachianesthésie						oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>					
Surveillance fœtale pendant le travail <small>(plusieurs choix possibles)</small>		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	<input type="checkbox"/> Inconnu (si absence de professionnel)
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"/>

Annexe 4. Variables e-Birth

FEDICT

EBIRTH PROJECT – ELECTRONIC BIRTH NOTIFICATION EXPORT TO COMMUNITIES

Definition CSV export files
Version 0.10

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

MEDICAL FORM

Partus Number		
Partus Number - Year	Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby.	
Partus Number - Sequence Number	Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby.	
Partus Number - Rank	Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby.	

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

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

Current pregnancy			
Parity	Parity This delivery included - all alive or still born babies Definition to be used to consider a delivery of a stillborn baby : 1) > 500 gr 2) > 22 weeks 3) > 25 cm Multiple pregnancies do not impact the parity		
Pregnancy Origin	The origin of this pregnancy.	1	Spontaneous
		2	Hormonal
		3	IVF
		4	ICSI
		9	Not asked
Hypertension	To know if hypertension ($\geq 140 / \geq 90$ mm Hg) was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
Diabetes	To know if diabetes was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
HIV	To know if HIV was diagnosed or tested	1	Positive
		2	Negative
		3	Not tested
		9	Unknown

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

Dystocie In Labour Insufficient Expulsion	Indication(s) for caesarean section - dystocie, in labour	1	Yes
		2	No
Maternal Indication	Indication(s) for caesarean section - maternal indication	1	Yes
		2	No
Abruptio Placentae	Indication(s) for caesarean section - abruptio placentae, placenta praevia	1	Yes
		2	No
Requested By Patient	Indication(s) for caesarean section - requested by patient without medical indication	1	Yes
		2	No
Multiple Pregnancy	Indication(s) for caesarean section - multiple pregnancy	1	Yes
		2	No
Other	Indication(s) for caesarean section - other (to be specified)	1	Yes
		2	No
Other Description	Description of the other indication(s) for caesarean section		
Breast Feeding	Question to know if the mother thinks to breast-feed her baby (babies).	1	Yes
		2	No

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

Gastroschisis	Congenital Malformation - gastroschisis	1	Yes
		2	No
Transpositie Grote Vaten	Congenital Malformation - transpositie grote vaten	1	Yes
		2	No
Afwijking Long	Congenital Malformation - afwijking long (CALM)	1	Yes
		2	No
Atresie Dundarm	Congenital Malformation - atresie dundarm	1	Yes
		2	No
Nier Agenesis	Congenital Malformation - nier agenese	1	Yes
		2	No
Craniosynostosis	Congenital Malformation - craniosynostosis	1	Yes
		2	No
Turner syndrom (XO)	Congenital Malformation - turner syndrom (XO)	1	Yes
		2	No
Obstructieve Defecten Nierbekken Ureter	Congenital Malformation - obstructieve defecten nierbekken en ureter	1	Yes
		2	No
Tetralogie Fallot	Congenital Malformation - tetralogie Fallot	1	Yes
		2	No
Oesofagale Atresie	Congenital Malformation - oesofagale atresie	1	Yes
		2	No
Atresie Anus	Congenital Malformation - atresie anus	1	Yes
		2	No
Twin To Twin Transfusiesyndroom	Congenital Malformation - twin-to-twin transfusiesyndroom	1	Yes
		2	No
Skeletdysplasie Dwerggroei	Congenital Malformation - skeletdysplasie/dwerggroei	1	Yes
		2	No
Hydrops Foetalis	Congenital Malformation - hydrops foetalis	1	Yes
		2	No
Poly Multikystische Nierdysplasie	Congenital Malformation - poly/multikystische nierdysplasie	1	Yes
		2	No
VSD	Congenital Malformation - VSD	1	Yes
		2	No
Atresie Galwegen	Congenital Malformation - atresie galwegen	1	Yes
		2	No
Hypospadias	Congenital Malformation - hypospadias	1	Yes
		2	No
Cystisch Hygroma	Congenital Malformation - cystisch hygroma	1	Yes
		2	No
Trisomie 21	Congenital Malformation - trisomie 21	1	Yes
		2	No
Trisomie 18	Congenital Malformation - trisomie 18	1	Yes
		2	No
Trisomie 13	Congenital Malformation - trisomie 13	1	Yes
		2	No

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

E-BIRTH - SOCIO-ECONOMIC FORM

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

TRACKING & STATUS INFORMATION

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

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

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

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

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

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

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

SOCIO-ECONOMIC FORM

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

Information related to the Mother			
Mother Previous Nationality	Previous nationality of the mother. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / État Civil	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.	
Mother Education Level	Highest education level achieved or highest education diploma for the mother.	1	Pas d'instruction ou primaire non achevé
		2	Enseignement primaire
		3	Enseignement secondaire inférieur
		4	Enseignement secondaire supérieur
		5	Enseignement supérieur non universitaire
		6	Enseignement universitaire
		8	Autre
		9	Inconnu

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

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

