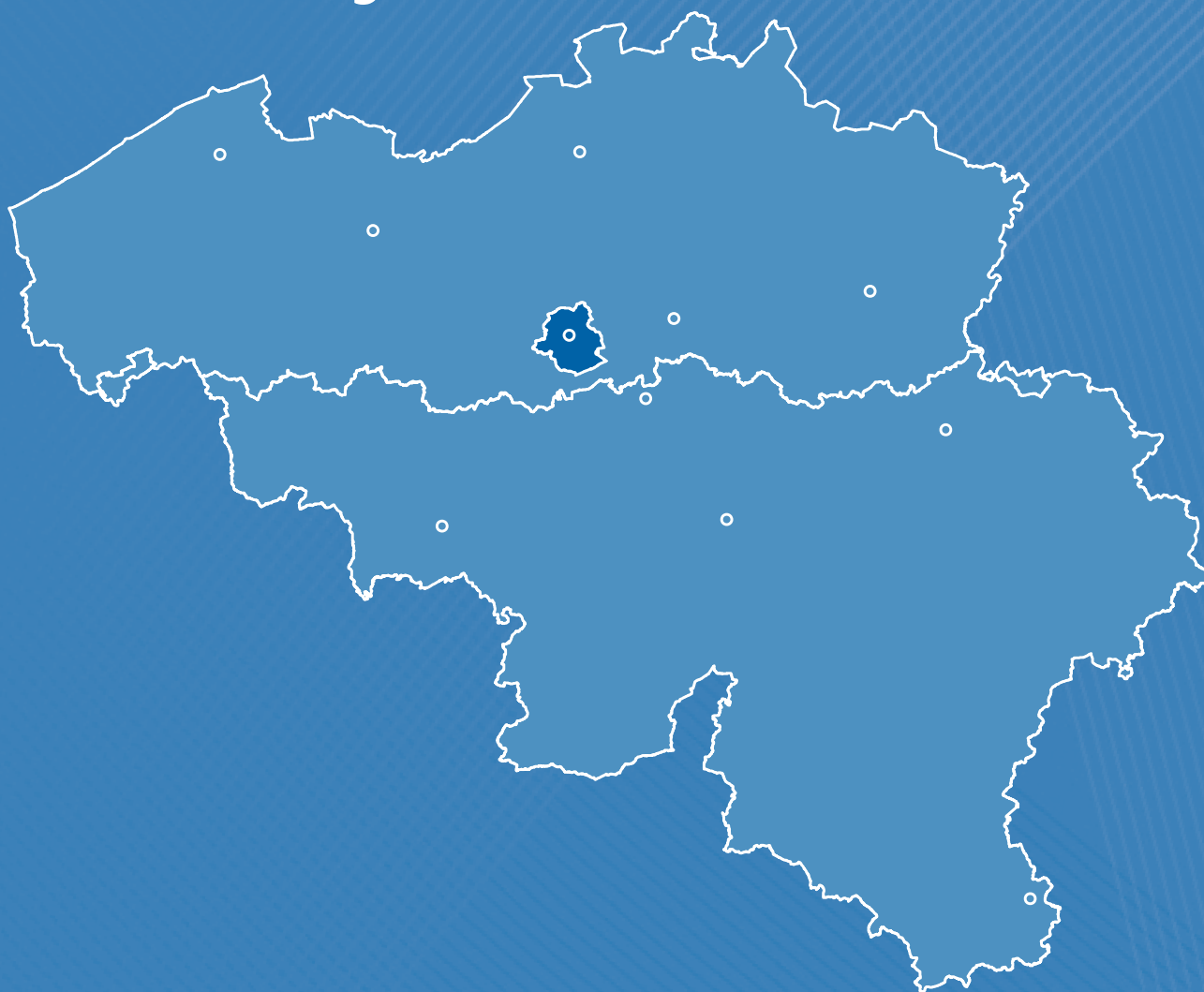


Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2009





Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2009

Rédaction

A-F. Minsart, V. Van Leeuw, S. Van de Putte,
M. De Spiegelare et Y. Englert



OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

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

La récolte, le traitement, l'analyse et la publication des données par l'ASBL CEpiP ont été réalisés avec le soutien de la Commission communautaire commune et plus particulièrement de l'Observatoire de la santé et du social.

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Minsart A-F, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelaere M, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.

Colophon

Auteurs

Anne-Frédérique Minsart¹
Virginie Van Leeuw
Sabine Van de Putte
Myriam De Spiegelaere
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

Gestion administrative

Caroline Verdoot

Avec nos remerciements tout particuliers

À Sabine Van de Putte

À Jeanine Boudry, Lisa Balepa, Patricia Barlow, Fabrice Desalle, Geoffroy Collet,
Magali De Ruyck, Philippe Revelard, Christine Kirkpatrick, Clotilde Lamy et Nathalie
Lauwers pour leur aide indispensable lors de la collecte des données

Aux sages-femmes responsables : Yves Baukens des Cliniques de l'Europe Saint-Michel, Marie-France
Beatrix du Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, Nathalie Chiampo du Centre hospitalier Etterbeek-
Ixelles, Rita De Bock du Centre hospitalier Inter Régional Edith Cavell, Viviane Delendecker et Martine
Van Melle du Centre hospitalier universitaire Brugmann, Thérèse Guilmot des Cliniques universitaires
Saint-Luc, Marisa Segers et Cindy Rousseau de la Clinique Sainte-Anne Saint-Rémi, Sabine Van de Putte
et Patricia Kesteman des Cliniques universitaires Erasme, Carine Vanden Hende, Valérie Maes puis
Caroline Bersier de la Clinique Saint-Jean et Kris Werbrouck des Cliniques de l'Europe Sainte-Elisabeth.

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

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document

L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale
Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP et le Dr C. Kirkpatrick

Pour plus d'informations

Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl CEpiP
Campus Erasme – 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 de la Recherche Scientifique (FNRS).

Préface

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

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

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

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

Nous ne pourrions terminer cette préface sans souligner l'engagement de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, des membres du conseil scientifique et le travail acharné des collaboratrices et des gestionnaires du CEpiP sans qui ce rapport n'aurait pu voir le jour !

Pr. Yvon Englert
Président du CEpiP

Table des matières

COLOPHON.....	3
PRÉFACE	5
TABLE DES MATIÈRES	6
TABLES ET FIGURES	8
ASBL CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEPIP	11
ORGANIGRAMME	12
1. INTRODUCTION.....	13
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE	13
1.2 MÉTHODOLOGIE	13
1.2.1 Description du flux des données	13
1.2.2 Méthode et analyses	14
1.2.3 Données	14
2 COMPARAISON AVEC LES DONNÉES DE LA FLANDRE ET DE LA WALLONIE	14
3 DÉFINITIONS	15
4 TABLEAU SYNOPTIQUE : BRUXELLES 2009.....	16
4.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE.....	16
4.2 CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ.....	16
5 NAISSANCES EN RÉGION BRUXELLOISE EN 2009.....	17
5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES	17
5.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES.....	17
5.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS.....	18
5.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des parents.....	18
5.3.2 Caractéristiques médicales de la mère	23
5.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	28
5.4.1 Présentation de l'enfant à la naissance	28
5.4.2 Type de surveillance fœtale (CEpiP)	29
5.4.3 Accouchement par césarienne	30
5.4.4 Accouchement instrumental.....	35
5.4.5 Induction de l'accouchement	35
5.4.6 Péridurale obstétricale (CEpiP).....	37
5.4.7 Épisiotomie (CEpiP)	38
5.4.8 Accouchement sans intervention obstétricale	39

5.5	ACCOUchemENTS MULTIPLES.....	40
5.5.1	Prévalence des accouchements multiples.....	40
5.5.2	Accouchements multiples et âge maternel.....	40
5.6	CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT.....	41
5.6.1	Poids de naissance.....	41
5.6.2	Durée de la grossesse.....	42
5.6.3	Streptocoque du groupe B (CEpiP).....	44
5.6.4	Apgar.....	44
5.6.5	Ventilation du nouveau-né (CEpiP).....	45
5.6.6	Transfert vers un centre néonatal (CEpiP).....	45
5.6.7	Transfert ex utero (CEpiP).....	45
5.6.8	Sexe.....	46
5.6.9	Malformations (CEpiP).....	46
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 foetale.....	50
5.8.4	Mortalité maternelle.....	50
6	CONCLUSION – 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

Tables et figures

TABLES

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

Table 40 : Indication de césarienne pour les accouchements multiples d'enfants nés vivants	33
Table 41 : Taux de ventouses et de forceps par naissance	35
Table 42 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare	37
Table 43 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne	37
Table 44 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne	37
Table 45 : Taux d'accouchements physiologiques pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel	39
Table 46 : Taux d'accouchements physiologiques sans péridurale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel	39
Table 47 : Taux d'accouchements physiologiques pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon la nationalité d'origine	39
Table 48 : Taux d'accouchements physiologiques pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC	39
Table 49 : Détails des accouchements multiples	40
Table 50 : Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation	40
Table 51 : Répartition du poids de naissance	41
Table 52 : Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel	42
Table 53 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement	43
Table 54 : Accouchement < 37 semaines et âge maternel pour les singletons vivants chez la primipare ..	43
Table 55 : Accouchement < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	43
Table 56 : Accouchement < 37 semaines et IMC pour les singletons vivants chez la primipare	43
Table 57 : Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	44
Table 58 : Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction pour les singletons vivants chez la primipare	44
Table 59 : Statut du GBs par accouchement	44
Table 60 : Ventilation du nouveau-né vivant	45
Table 61 : Transfert vers un centre néonatal	45
Table 62 : Sexe de l'enfant	46
Table 63 : Types de malformations	46
Table 64 : Nombre de maternités par nombre d'accouchements	47
Table 65 : Accouchement à domicile et âge maternel	48
Table 66 : Accouchement à domicile et situation professionnelle	48
Table 67 : Accouchement à domicile et parité	48
Table 68 : Accouchement à domicile et niveau d'instruction	48
Table 69 : Taux de mortalité selon l'âge gestationnel pour les singletons	49
Table 70 : 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	19
Figure 2 : Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine	19
Figure 3 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines	34
Figure 4 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en siège de ≥ 37 semaines	34
Figure 5 : Taux d'induction par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclus)	35
Figure 6 : Taux d'induction par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 34 et 36 semaines	36
Figure 7 : Taux d'induction par âge gestationnel pour un singleton vivant en sommet de ≥ 37 semaines sans hypertension et sans diabète	36
Figure 8 : Taux de péridurale par maternité pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines, hors césariennes programmées	37
Figure 9 : Taux d'épisiotomie par maternité pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines	38

ASBL Centre d'Épidémiologie Périnatale, CEpiP

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

Le CEpiP a pour but la promotion de la santé au cours de la grossesse et de la période périnatale et infantile. Dans ce cadre, il recueille et traite les données périnatales en Wallonie et à Bruxelles. Ce programme se consacre donc au développement de l'épidémiologie périnatale au bénéfice des acteurs de terrain (en priorité les maternités), des décideurs politiques et du monde scientifique. Pour ce faire, l'ASBL agit en complémentarité avec les services assurés par la Communauté française et l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.

La structure bénéficie de l'appui et du soutien financier de la Commission communautaire commune, de la Communauté française et de la Région wallonne ainsi que de l'expérience et des conseils bienveillants de ces deux derniers, de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles et du Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

Organigramme

Conseil d'administration

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

Programme périnatalité Conseil de gestion

Prof. F. Debiève – UCL
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. J.M. Foidart – ULg
Prof. P. Lepage – ULB
Dr A-F. Minsart
Prof. G. Verellen – UCL
Mme V. Van Leeuw

Observateurs bailleurs de fonds

Dr M. De Spiegelaeere – OBSS*

Programme périnatalité Conseil scientifique

Prof. S. Alexander – ULB
Prof. P. Bernard – UCL
Prof. P. Buekens – USA
Dr M. De Spiegelaeere – OBSS*
Prof. F. Debiève – UCL
Prof. P. Defoort – SPE
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. J.M. Foidart – ULg
Mme C. Johansson – UPSfB
Prof. P. Lepage – ULB
Prof. A. Levêque – ULB
Dr K. Mathé – Coll. Mère-Enfant
Dr M.C. Mauroy – ONE
Dr R. Moriaux – Comm. franç.
M. S. Ndame – ONE
Mme E. Di Zenzo – UPSfB
Dr F. Renard – ULg
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. A. Robert – UCL
Dr V. Tellier – Observatoire
Wallon de la Santé
Prof. P. Vanhaesebrouck – UZGent
Prof. G. Verellen – UCL

Gestion journalière

Dr A-F. Minsart
Mme V. Van Leeuw

Centre d'analyse

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

Collaboration externe

Graphisme

Mme N. da Costa Maya

Informatique

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

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 2009 en Région bruxelloise. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance.

Les analyses 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 bruxelloise.** Ce rapport reflète l'activité globale périnatale bruxelloise, avec des graphiques reprenant de façon anonyme certaines activités périnatales par maternité.

1.2 Méthodologie

1.2.1 Description du flux des données

En Belgique, lors de la déclaration d'une naissance ou d'un décès à l'état civil, un bulletin statistique est obligatoirement rempli. Trois types de bulletins sont utilisés : le Modèle I «bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant» (annexe 1), le Modèle IIID «bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né» (annexe 2) et le «bulletin statistique de décès d'une personne âgée d'un an ou plus». Seuls les deux premiers, dénommés ci-après «bulletins statistiques de naissance et de décès», sont utilisés pour les analyses reprises dans ce rapport.

En attendant la mise en œuvre de la déclaration électronique (projet fédéral e-Birth du FEDICT), le CEpiP a adopté depuis janvier 2009, en Région bruxelloise, 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 Communauté française pour ceux survenus en Wallonie et la Commission communautaire commune pour la Région bruxelloise.

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

1.2.2 Méthode et analyses

Ce rapport décrit de manière synthétique et agrégée des données périnatales pour les naissances survenues en Région bruxelloise. Pour certaines analyses, les données médicales ont été croisées avec les données 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 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 10.0, 2008.

1.2.3 Données

Les données utilisées sont celles des volets B, C et D du bulletin statistique de naissance et de décès (mis en annexe) ainsi que du questionnaire volet CEpiP.

Les analyses du rapport présentent quelques particularités suite à l'introduction du volet CEpiP en janvier 2009, de nouvelles variables y apparaissant. Il est également important de rappeler qu'à partir de mai une deuxième version du volet CEpiP a été introduite. Ce dernier volet contenait les mêmes variables que le précédent, plus une question sur le monitoring fœtal.

2. Comparaison avec les données de la Flandre et de la Wallonie

Les données présentées dans ce rapport concernent donc les naissances survenues dans les 11 maternités bruxelloises ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

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

3. Définitions

Parité

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

Conception de la grossesse

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

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

Hypertension artérielle

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

Diabète

Tout diabète gestationnel ou préexistant

Séropositivité HIV

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

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

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

Surveillance foetale

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

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

pH au scalp : mesure du pH du sang foetal par prélèvement d'une goutte de sang au scalp du foetus.

Induction de l'accouchement

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

Mode d'accouchement

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

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

Enfant mort-né

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

4. Tableau synoptique : Bruxelles 2009

4.1 Caractéristiques de la mère

Grossesse unique		23 314	(97.8 %)
Grossesse gémellaire		517	(2.2 %)
Grossesse triple		13	(0.05 %)
Parité	Primipare	10 822	(45.4 %)
	Multipare	12 992	(54.6 %)
Conception de la grossesse	Spontanée	20 397	(95.3 %)
	Assistée	1 017	(4.8 %)
Hypertension artérielle		1 142	(4.8 %)
Diabète		1 191	(5.0 %)
Durée de la grossesse	<28 semaines	186	(0.8 %)
	28-31 semaines	232	(1.0 %)
	32-36 semaines	1 409	(5.9 %)
	≥ 37 semaines	21 974	(92.3 %)
Induction		6 588	(27.7 %)
Analgésie péridurale		15 137	(69.4 %)
Césarienne		4 284	(18.0 %)
Épisiotomie		7 395	(31.2 %)

4.2 Caractéristiques du bébé

Présentation de l'enfant	Sommet fléchi	22 102	(90.9 %)
	Autre présentation céphalique	840	(3.5 %)
	Siège	1 218	(5.0 %)
	Transverse	160	(0.7 %)
Poids de naissance	< 500 g (si plus de 22 semaines)	32	(0.1 %)
	500-1499 g	408	(1.7 %)
	1500-2499 g	1 482	(7.1 %)
	≥ 2500 g	22 381	(92.1 %)
Sexe	Masculin	12 518	(51.3 %)
	Féminin	11 862	(48.7 %)
Transfert en néonatalogie	N*	1 781	(7.4 %)
	NIC	1 249	(5.2 %)
Mort-nés		226	(0.9 %)

5. Naissances en Région bruxelloise en 2009

5.1 Naissances en chiffres

24 383 naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise ont été enregistrées par l'état civil.

Table 1 : Détails des naissances, Région bruxelloise, 2009	
	24 157 naissances VIVANTES
	226 MORT-NÉS de \geq 500 g et/ou \geq 22 semaines
Ou	
	1 069 naissances multiples
	23 314 naissances uniques
Total :	24 383 naissances

En 2008, on notait 23 572 naissances (3).

5.2 Accouchements en chiffres

Table 2 : Détails des accouchements, Région bruxelloise, 2009	
Singletons : 23 314 accouchements	
	23 121 accouchements de singletons vivants
	193 accouchements de singletons mort-nés
Grossesses multiples : 531 accouchements	
	489 accouchements de 2 jumeaux vivants
	18 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	6 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	1 grossesse gémellaire comptant 2 enfants mort-nés, où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau (<i>attention : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires*</i>)
	2 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
	12 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	1 accouchement d'une grossesse triple avec 2 enfants vivants et 1 enfant mort-né (<i>attention : l'enfant mort-né est né plus de 3 semaines avant les 2 enfants nés vivants : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires*</i>)
Total :	23 843 grossesses ont donné lieu à 23 845* accouchements (*en comptant les 2 accouchements différés)

En 2008, on notait 23 120 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 **30.7 ans** (minimum : 14.5 ans – maximum : 49.5 ans), l'âge médian est de **30.7 ans** (p25 : 27.0 ans – p75 : 34.5 ans).

Chez la primipare, l'âge médian est de **28.9 ans** (p25 : 25.1 ans – p75 : 32.6 ans). L'âge moyen est de **29.0 ans** (min. : 14.5 ans – max. : 49.2 ans).

Chez la multipare, l'âge médian est de **32.2 ans** (p25 : 28.6 ans – p75 : 35.7 ans). L'âge moyen est de **32.1 ans** (min. : 15.9 ans – max. : 49.5 ans).

On note 1 accouchement en dessous de l'âge de 15 ans et 134 en dessous de l'âge de 18 ans (0.6 % des accouchements).

Données comparatives	
Flandre 2009 (1) :	
Âge moyen primipare :	28.2 ans
Âge moyen multipare :	31.1 ans
Wallonie 2009 (2) :	
Âge moyen :	29.4 ans
Âge moyen primipare :	27.3 ans
Âge moyen multipare :	31.1 ans
Bruxelles 2008 (3) :	
Âge moyen :	30.8 ans
Âge moyen primipare :	29.0 ans
Âge moyen multipare :	32.2 ans

Toutes les dates de naissance de la mère 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=23 845), Région bruxelloise, 2009

Âge (années)	Nombre d'accouchements	%	Wallonie 2009 (2) %	Flandre 2009 (1) %
10-14	1	0.0	0.0	2.0
15-19	544	2.3	3.9	
20-24	3 250	13.6	17.5	13.6
25-29	6 906	29.0	34.5	37.8
30-34	7 791	32.7	28.2	32.6
35-39	4 293	18.0	13.2	11.9
40-44	1 003	4.2	2.6	2.0
45-49	57	0.2	0.2	0.1
≥ 50	0	0.0	0.0	

Le nombre de mères de moins de 18 ans est de 134 (0.6 %). Parmi ces patientes, 47 (35.1 %) sont de nationalité d'origine belge.

La proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de **2.3 %**. À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de **22.5 %**.

Parmi les mères de 35 ans et plus, **28.9 %** sont primipares (ont accouché pour la première fois) et **17.8 %** sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus).

Le nombre de mères âgées de 45 ans et plus est de **0.2 %**. Parmi celles-ci, 10 (17.5 %) sont de nationalité d'origine belge, 12 (21.1 %) de l'ex-Europe des 15 (hors Belgique) et 14 (24.6 %) de nationalité d'origine marocaine.

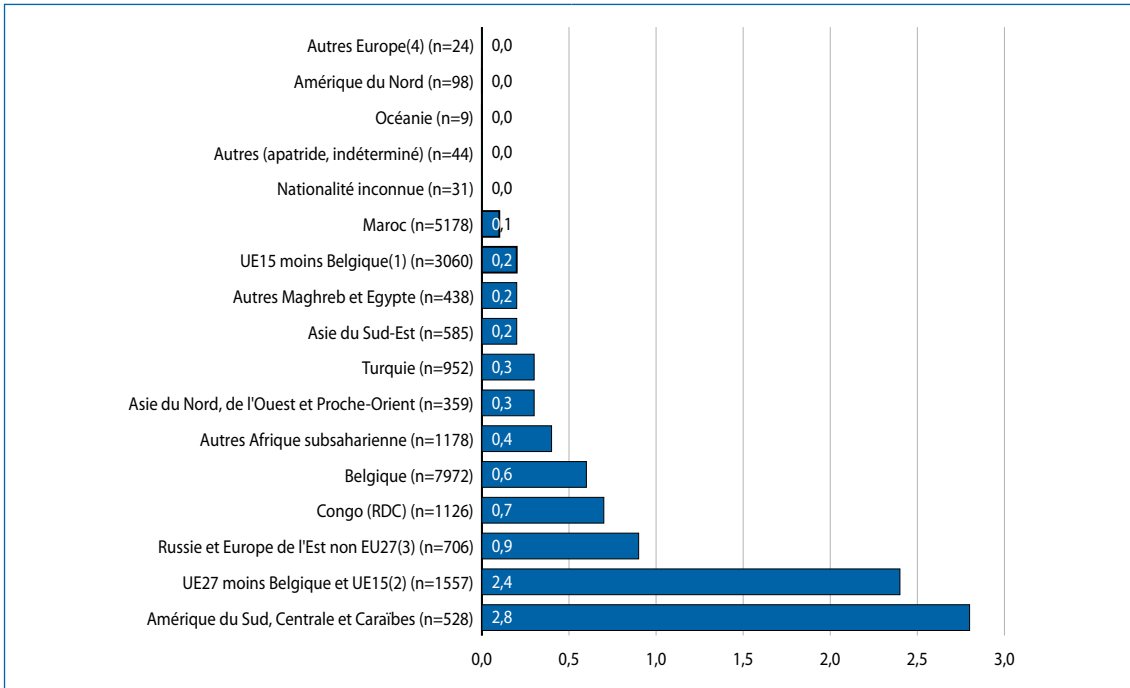


Figure 1 : Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine (N=23 845), Région bruxelloise, 2009

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

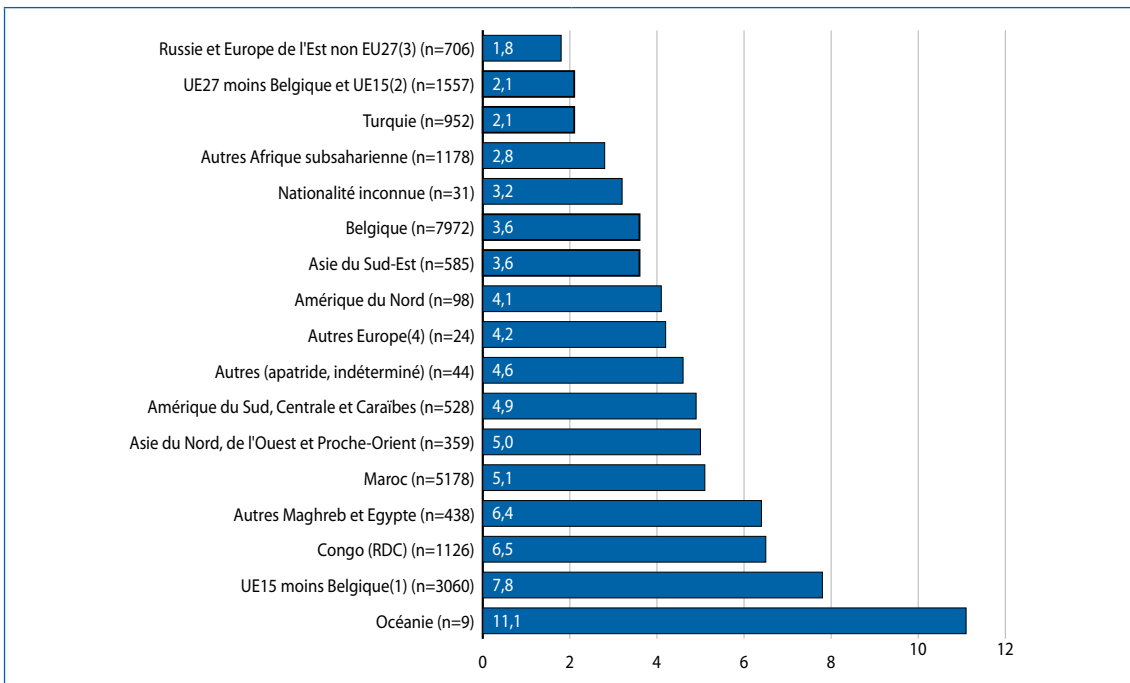


Figure 2 : Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine (N=23 845), Région bruxelloise, 2009

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

5.3.1.2 Nationalité de la mère

Table 4 : Nationalité de la mère par accouchement, Région bruxelloise, 2009				
Nationalité	Nationalité d'origine (N=23 814)		Nationalité actuelle (N=23 816)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	7 972	33.5	13 719	57.6
UE15 moins Belgique	3 060	12.9	2 870	12.1
UE27 moins Belgique et UE15	1 557	6.5	1 465	6.2
Russie et Europe de l'Est non EU27	706	3.0	464	2.0
Autres Europe	24	0.1	22	0.1
Turquie	952	4.0	350	1.5
Maroc	5 178	21.7	2 130	8.9
Autres Maghreb et Egypte	438	1.8	245	1.0
Congo (RDC)	1 126	4.7	620	2.6
Autres Afrique subsaharienne	1 178	5.0	825	3.5
Amérique du Nord	98	0.4	85	0.4
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	528	2.2	402	1.7
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	359	1.5	222	0.9
Asie du Sud-Est	585	2.5	374	1.6
Océanie	9	0.0	10	0.0
Autres (apatride, indéterminé)	44	0.2	13	0.1

La nationalité d'origine de 31 mères ainsi que la nationalité actuelle de 29 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 **42.4 %** des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**.

En outre, **66.5 %** 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 marocaine (21.7 %), congolaise (4.7 %), française (4.1 %) et turque (4.0 %). 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=23 843), Région bruxelloise, 2009		
Résidence	Nombre	%
Bruxelles	17 918	75.2
Total Flandre :	3 790	15,9
Flandre orientale	237	1.0
Flandre occidentale	36	0.2
Limbourg	29	0.1
Anvers	221	0.9
Brabant flamand	3 267	13.7
Total Wallonie :	1 912	8,0
Hainaut	454	1.9
Liège	79	0.3
Luxembourg	21	0.1
Namur	141	0.6
Brabant wallon	1 217	5.1
Total pays frontalier :	48	0,2
France	19	0.1
Allemagne	0	0.0
Luxembourg	12	0.1
Pays-Bas	17	0.1
Autre pays étranger	152	0.6
Cas particuliers (pas d'adresse fixe en Belgique, radié, etc.)	23	0.1

Pour 122 accouchements (0,5 %), la commune a déclaré un domicile à l'étranger ou indéterminé (pas d'inscription en Belgique), alors que la maternité a déclaré une résidence effective à Bruxelles. Deux 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=22 184), Région bruxelloise, 2009			
Type d'instruction	Nombre	%	
Pas d'instruction	482	2.2	
Primaire	2 040	9.2	
Secondaire inférieur	2 580	11.6	
Secondaire supérieur	professionnel	1 947	8.8
	technique	1 546	7.0
	général	4 385	19.8
Supérieur de type court	3 965	17.9	
Supérieur de type long ou universitaire	5 215	23.5	
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger)	24	0.1	

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 : 1661 réponses manquantes (7.0 %). Cette donnée est nettement moins bien recueillie en cas de naissance d'un enfant mort-né, où 74.0 % des données manquent cette année. Ce taux de réponses manquantes pour les décès est élevé en 2009 et s'explique de plusieurs façons, la première raison étant la difficulté d'obtenir des données sensibles lorsqu'un décès est survenu. 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

Situation professionnelle	Si père déclaré (N=22 171)		Mère (N=23 585)	
	Nombre	%	Nombre	%
Actif	17 734	80.0	12 867	54.6
Chômeur	1 469	6.6	2 217	9.4
Sans profession	2 806	12.7	8 145	34.5
Pensionné	15	0.1	-	-
Etudiant	147	0.7	356	1.5

La situation professionnelle n'était pas renseignée sur le certificat de naissance pour **373 pères** (1.7 % des accouchements) et **257 mères** (1.1 % des accouchements). Les taux ont été calculés sur le total des données connues.

En outre, **1292 pères** n'ont pas été déclarés à l'état civil (**5.4 %** 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 **15.2 %** 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 2006 et 2007 (4) fait état de 3.8 % de mères isolées (Wallonie et Bruxelles confondues). La collecte de l'ONE est réalisée par du personnel social et paramédical sur le terrain, alors que l'Officier de l'état civil représente davantage l'autorité et fait craindre un certain contrôle. Dans certaines situations en effet, la déclaration de vie en couple ou de façon isolée pourrait être plus ou moins avantageuse, et pousse à l'abstention de déclaration.

Pour **9.8 %** des accouchements, la mère a déclaré vivre seule et un père était déclaré.

État civil et état d'union	Nombre	%
Célibataire et vit seule	2 697	11.4
Célibataire et en union	4 699	19.8
Mariée en union	14 970	63.1
Mariée vit seule	484	2.0
Veuve, divorcée, séparée en union	444	1.9
Veuve, divorcée, séparée et vit seule	414	1.7

L'état civil était manquant dans 0.2 % des accouchements et l'état d'union dans 0.4 % des accouchements.

5.3.1.6 En résumé

L'âge moyen de la mère lors de l'accouchement est de **30.7 ans**. L'âge moyen d'une maman ayant accouché en Région bruxelloise de son premier enfant est de **29.0 ans**. **41.4 %** des mères qui accouchent à Bruxelles ont fait des études supérieures et **54.6 %** sont professionnellement actives. Concernant les pères, **80.0 %** des pères sont professionnellement actifs. En moyenne **66.5 %** des nouveau-nés ont une mère dont la nationalité d'origine n'est pas belge, avec une représentation majoritaire des origines marocaines, congolaises, françaises et turques. Enfin, près d'une mère sur 6 (**15.2 %**) déclare vivre seule et **5.4 %** des pères ne sont pas déclarés à l'accouchement.

5.3.2 Caractéristiques médicales de la mère

5.3.2.1 Parité

Taux de primipares : **45.4 %**. Il y a 32 données manquantes (0.1 %).

La parité détaillée est obtenue à partir du volet CEpiP et il y a 79 données manquantes (0.3 %).

Table 9 : Parité et accouchement (N=23 761), Région bruxelloise, 2009			Données comparatives
Parité	Nombre	%	Taux de primipares :
1	10 817	45.5	Flandre 2009 (1) : 47.0 %
2	7 575	31.9	Wallonie 2009 (2) : 44.7 %
3	3 472	14.6	Bruxelles 2008 (3) : 43.3 %
4	1 249	5.3	
5	419	1.8	
6	160	0.7	
7	33	0.1	
8	22	0.1	
9	8	0.0	
10	4	0.0	
11	2	0.0	

Le nombre de grandes multipares (4^e accouchement et plus) est de 1897 (**8.0 %**).

188 patientes ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (**1.0 %** des accouchements).

Table 10 : Activité professionnelle selon la parité (N=23 504), Région bruxelloise, 2009								
Parité	Active		Étudiante		Chômage		Sans profession	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	6 253	58.4	285	2.7	920	8.6	3 253	30.4
2-3	5 983	54.8	63	0.6	1 060	9.7	3 814	34.9
4+	586	31.3	8	0.4	227	12.1	1 052	56.2

5.3.2.2 Séropositivité HIV (CEpiP)

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

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

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

Statut HIV	Nombre	%
Positif	98	0.5
Négatif	17 745	91.7
Ne sait pas	231	1.2
Non testé	1 280	6.6

Les données n'ont pu être obtenues pour 4 491 accouchements (**18.8 %**).

Des 98 accouchements concernés par un statut HIV positif, 102 enfants sont nés dont 2 enfants mort-nés, et 1 enfant décédé dans la première semaine de vie.

Type de procréation	Nombre	%
Spontanée	84	85.7
Assistée (insémination sans traitement exclu)	10	10.2
Non demandé ou inconnu	4	4.1

5.3.2.3 Poids en début et fin de grossesse et taille (CEpiP)

Poids de départ : N=20 800	Moyenne	65 kg (min : 32 ; max : 150)
	Médiane	63 (p25 : 56 ; p75 :71)
La donnée est manquante pour 12.7 % des accouchements		
Poids à l'accouchement ≥ 37 semaines : N=19 457	Moyenne	78 kg (min : 35 ; max : 167)
	Médiane	76 (p25 : 69 ; p75 :85)
La donnée est manquante pour 11.5 % des accouchements		
Taille de la mère : N=21 111	Moyenne	165 cm (min : 130 ; max :190)
	Médiane	165 (p25 :160 ; p75 : 170)
La donnée est manquante pour 11.5 % 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 **31.7 %**, le taux de patientes obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) est de **10.4 %**, et le taux de patientes en obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m²) est de **0.7 %**.

Le taux de patientes de plus de 18 ans en insuffisance pondérale (IMC < 18.5 kg/m²) en début de grossesse est de **5.3 %**.

L'IMC est inconnu pour 3 869 accouchements (**16.2 %** des accouchements).

L'enquête nationale de santé publiée par l'Institut de santé publique (6) fait état d'un IMC moyen de 24.8 kg/m² pour les femmes de 18 ans et plus, de 40 % d'IMC ≥ 25 et 14 % d'IMC ≥ 30 kg/m².

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

Table 14 : Taux d'obésité (IMC \geq 30 kg/m ²) chez les mères de 18 ans et plus selon l'âge maternel (N=19 876), Région bruxelloise, 2009		
Âge (années)	Nombre	%
18-19 (n=328)	21	6.4
20-29 (n=8 565)	872	10.2
30-39 (n=10 101)	1 041	10.3
40-49 (n=882)	133	15.1
50+ (n=4)	3	75.0

Table 15 : Taux de patientes avec un IMC \geq 25 kg/m ² selon l'âge maternel et la parité (N=19 871), Région bruxelloise, 2009				
Âge (années)	Primipares (N=8 870)		Multipares (N=11 001)	
	Nombre	%	Nombre	%
18-19 (n=328)	68	23.1	7	21.2
20-29 (n=8 563)	1 270	25.9	1 399	38.2
30-39 (n=10 098)	780	22.7	2 423	36.4
40-49 (n=882)	80	33.6	277	43.0

5.3.2.4 Hypertension artérielle et diabète

Table 16: Taux d'hypertension par accouchement (N=23 845), Région bruxelloise, 2009			
Parité		Nombre	%
Primipares (n=10822)	oui	607	5.6
	non	10 215	94.4
Multipares (n=12992)	oui	535	4.1
	non	12 457	95.9
Total (n=23845)	oui	1142	4.8
	non	22 703	95.2

Table 17 : Taux de diabète par accouchement (N=23 845), Région bruxelloise, 2009		
Diabète	Nombre	%
oui	1 191	5.0
non	22 654	95.0

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 3.4 et 3.2 % respectivement en 2008. Cette augmentation est également observée en Région wallonne en 2009.

5.3.2.5 Conception de la grossesse (CEpiP)

Table 18 : Type de conception par accouchement (N=23 652), Région bruxelloise, 2009				
Type de procréation	Nombre	%	Données comparatives	
			Wallonie 2009 (2) %	Flandre 2009 (1) %
Spontanée	20 397	86.2	93.2	91.2
Traitement hormonal	206	0.9	1.0	2.1
Insémination artificielle sans traitement hormonal*	30	0.1	-	-
ICSI	243	1.0	0.3	1.9
FIV	538	2.3	2.8	1.4
Non demandé	2 238	9.5	2.8	3.4

*Cette donnée n'est pas recueillie par le volet CEpiP mais nous a été renseignée par une maternité

Cette donnée n'est pas remplie pour **0.8 %** des accouchements. La donnée est inconnue ou non demandée pour **10.3 %** des singletons et **4.9 %** 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 19 : Taux d'accouchements multiples selon le type de conception (N=23 652), Région bruxelloise, 2009		
Type de procréation	Nombre	%
Spontanée (n=20 397)	332	1.6
Conception assistée (n=1 017)	173	17.0
Non demandé (n=2 238)	23	1.0

De plus, parmi les grossesses multiples, on note 62.9 % de grossesses spontanées et 32.8 % de conceptions assistées. Ces chiffres sont assez comparables à ceux présentés en 2011 au Congrès de l'ESHRE par une équipe suisse (7) : 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 (8). Ceci suggère une déclaration plus systématique des grossesses multiples issues de procréation médicalement assistée que de grossesses uniques issues de ces traitements.

Table 20 : Taux d'enfants mort-nés selon le type de conception pour les singletons (n=23 124), Région bruxelloise, 2009		
Type de procréation	Nombre	%
Spontanée (n=20 065)	168	0.8
Conception assistée (n=844)	9	1.1
Non demandé (n=2 215)	6	0.3

Table 21 : Taux de grossesses multiples selon le type de conception et l'âge maternel (N=21 927), Région bruxelloise, 2009

Conception spontanée (N=20 730)			Conception assistée (N=1 197)		
Âge (années)	Nombre de grossesses multiples	%	Âge (années)	Nombre de grossesses multiples	%
<20 (n=502)	16	3.2	<20 (n=0)	-	-
20-29 (n=9 081)	260	2.9	20-29 (n=255)	76	29.8
30-39 (n=10 319)	359	3.5	30-39 (n=795)	239	30.1
40-49 (n=828)	30	3.6	40-49 (n=147)	38	25.9

Table 22 : Type de conception selon l'âge maternel (N=23 652), Région bruxelloise, 2009

Singletons (N=23 124)				Grossesses multiples (N=528)			
Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %	Non demandé %	Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %	Non demandé %
<20 (n=532)	91.4	0.0	8.7	<20 (n=8)	100.0	0.0	0.0
20-29 (n=9 920)	88.9	1.8	9.3	20-29 (n=172)	76.2	21.5	2.3
30-39 (n=11 655)	85.5	4.8	9.8	30-39 (n=312)	57.1	37.5	5.5
40-49 (n=1 017)	78.5	10.7	10.8	40-49 (n=36)	41.7	52.8	5.6

Table 23 : Type de conception et nationalité d'origine de la mère (N=21 386), Région bruxelloise, 2009

Nationalité	Conception spontanée %	Conception assistée %
Belgique (n=7 150)	93.3	6.7
Europe moins Belgique (n=4 733)	95.0	5.1
Turquie (n=906)	97.1	2.6
Maghreb et Egypte (n=5 114)	97.4	3.6
Afrique subsaharienne (n=2 044)	95.7	4.3
Autres (n=1 439)	97.1	2.9

Table 24 : Type de conception et IMC chez les mères de 18 ans et plus (N=18 416), Région bruxelloise, 2009

IMC (kg/m ²)	Conception spontanée %	Conception assistée %
< 18.5 (n=976)	95.2	4.8
18.6-24.9 (n=11 596)	95.1	4.9
25.0-29.9 (n=3 928)	95.1	4.9
30.0-39.9 (n=1 782)	94.4	5.6
40.0 et plus (n=134)	94.0	6.0

5.4 Caractéristiques de l'accouchement

5.4.1 Présentation de l'enfant à la naissance

Table 25 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les singletons vivants (N=23 082), Région bruxelloise, 2009

Présentation	Nombre	%
Sommet fléchi	21 363	92.6
Sommet autre	773	3.4
Siège	862	3.7
Transverse	84	0.4

Parmi les singletons vivants, 39 présentations sont inconnues (0.2 %).

Table 26 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons à terme (N=31), Région bruxelloise, 2009

Présentation	Nombre	%
Sommet fléchi	29	93.6
Siège	2	6.5

Parmi les singletons mort-nés à terme, aucune présentation n'est inconnue.

Table 27 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons < 37 semaines (N=144), Région bruxelloise, 2009

Présentation	Nombre	%
Sommet fléchi	80	55.6
Sommet autre	10	6.9
Siège	47	32.6
Transverse	7	4.9

Parmi les singletons mort-nés prématurés, 17 présentations sont inconnues (10.6 %).

Table 28 : Taux de présentation du siège selon la parité pour les singletons vivants à terme (N=21 639), Région bruxelloise, 2009

Parité	Nombre	%
1 (n=9 789)	387	4.0
2 (n=6 947)	200	2.9
3 (n=3 185)	71	2.2
4 (n=1 144)	25	2.2
5 (n=377)	12	3.2
6 (n=138)	4	2.9
7 (n=27)	1	3.7
8 (n=20)	4	20.0
9 (n=7)	0	0.0
10 (n=3)	0	0.0
11 (n=2)	0	0.0

Table 29 : Taux de présentation du siège selon l'âge maternel chez la primipare pour les singletons vivants à terme (N=9 789), Région bruxelloise, 2009		
Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=433)	9	2.1
20-29 (n=5 337)	173	3.2
30-39 (n=3 769)	186	4.9
40-49 (n=250)	19	7.6

Table 30 : Taux de présentation du siège selon la nationalité de la mère chez la primipare pour les singletons vivants à terme (n=9 788), Région bruxelloise, 2009		
Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 539)	163	4.6
Europe moins Belgique (n=2 483)	130	5.2
Turquie (n=310)	8	2.6
Maghreb et Egypte (n=2 003)	55	2.8
Afrique subsaharienne (n=735)	11	1.5
Autres (n=718)	20	2.8

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=8 085), Région bruxelloise, 2009		
IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=549)	25	4.6
18.6-24.9 (n=5 568)	222	4.0
25.0-29.9 (n=1 406)	52	3.7
30.0-39.9 (n=521)	13	2.5
40.0 et plus (n=41)	1	2.4

5.4.2 Type de surveillance fœtale (CEpiP)

Table 32 : Type de surveillance fœtale pendant le travail pour les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues) (N=16 378), Région bruxelloise, 2009		
Monitoring	Nombre	%
Cardiotocogramme seul	13 965	85.3
STAN*	1 681	10.3
pH au scalp**	374	2.3
Auscultation intermittente seule	49	0.3
CTG + auscultation intermittente	32	0.2
Aucune surveillance	277	1.7

*dont 118 avec pH au scalp
**principalement dans 2 maternités

Le type de surveillance fœtale est manquant pour 161 accouchements (0.9 %).

Le taux de césarienne lorsqu'il a été nécessaire de suivre le tracé fœtal par un STAN est de 20.4 % des accouchements de singletons vivants à partir de 37 semaines contre 6.6 % si un monitoring fœtal seul a été utilisé. Le taux de ventouse et forceps est de 22.1 % après un STAN contre 8.9 % après un monitoring cardiaque fœtal seul.

5.4.3 Accouchement par césarienne

5.4.3.1 Prévalence

La prévalence globale est de **18.0** pour 100 accouchements, et de **17.1 %** et **56.7 %** pour les accouchements uniques et multiples respectivement.

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 28 accouchements (**0.1 %**).

6 césariennes de grossesses gémellaires ont été réalisées en cours d'accouchement, pour le deuxième jumeau (1.1 % des accouchements multiples).

Le taux de césariennes va de 14.6 à 26.0 % selon la maternité.

Données comparatives
Prévalence :
Flandre 2009 (1) : 18.5 %
Wallonie 2009 (2) : 19.9 %
Bruxelles 2008 (3) : 18.8 %

Euro-Peristat (4) recommande de calculer le taux de césarienne sur le nombre total de naissances. On obtient donc 18.9 césariennes pour 100 naissances.

Le taux de césariennes est élevé en Région bruxelloise. Il est cependant moins élevé que dans les autres régions du pays, extrêmement variable d'une maternité à l'autre, et montre même une diminution par rapport à 2008.

5.4.3.2 Antécédent de césarienne

10.5 % des patientes ont un antécédent de césarienne et 19.3 % des multipares ont un antécédent de césarienne.

5.4.3.3 Césarienne et facteurs de risque

Présentation	Nombre de césariennes	%
Sommet fléchi (n=21 350)	2 872	13.5
Sommet autre (n=773)	253	32.7
Siège (n=861)	741	86.1
Transverse* (n= 84)	83	98.8
Inconnu (n=25)	12	48.0

* 1 extraction par le siège par voie basse à 25 semaines

Âge gestationnel (semaines)	Nombre	%
< 28 (n=7)	6	85.7
28-31 (n=26)	24	92.3
32-36 (n=42)	35	83.3
≥ 37 (n=387)	358	92.5

Table 35 : Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les multipares (N=395), Région bruxelloise, 2009						
Âge gestationnel (semaines)	Avec antécédent(s) de césarienne (N=130)			Sans antécédent de césarienne (N=265)		
	Total	Nombre de césariennes	%	Total	Nombre de césariennes	%
< 28	3	3	100.0	4	1	25.0
28-31	5	5	100.0	11	9	81.8
32-36	20	19	95.0	36	26	72.2
≥ 37	102	98	96.1	214	153	71.5

Table 36 : Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=9 983), Région bruxelloise, 2009		
Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=1)	1	100.0
15-19 (n=460)	44	9.6
20-24 (n=2 053)	221	10.8
25-29 (n=3 408)	457	13.4
30-34 (n=2 704)	408	15.1
35-39 (n=1 106)	230	20.8
40-44 (n=237)	76	32.1
45-49 (n=14)	10	71.4

Table 37 : Taux de césariennes et nationalité d'origine pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=9 982), Région bruxelloise, 2009		
Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 623)	475	13.1
Europe moins Belgique (n=2 494)	309	12.4
Turquie (n=324)	47	14.5
Maghreb et Egypte (n=2 033)	291	14.3
Afrique subsaharienne (n=773)	208	26.9
Autres (n=735)	117	15.9

Table 38 : Taux de césariennes selon l'IMC pour les singletons vivants en sommet chez la primipare de 18 ans et plus (N=8 218), Région bruxelloise, 2009		
IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=554)	57	10.3
18.6-24.9 (n=5 639)	712	12.6
25.0-29.9 (n=1 440)	271	18.8
30.0-39.9 (n=542)	139	25.7
40.0 et plus (n=43)	19	44.2

5.4.3.4 Indications de césarienne

Le nombre total de césariennes est de 4 284. 73 causes n'ont pu être obtenues (1.7 %), pour 3 grossesses multiples et 70 grossesses uniques précisément.

Pour 22 enfants singletons déclarés mort-nés une césarienne avait été réalisée : dans 9 cas pour pathologie placentaire ou maternelle, dans 3 cas pour souffrance fœtale, dans 7 cas pour utérus cicatriciel et dans 3 cas pour dystocie.

Les causes des césariennes des grossesses gémellaires sont présentées à part. L'indication de la césarienne dans le cadre des 13 grossesses triples était la grossesse triple elle-même dans tous les cas sauf un, où la césarienne a été réalisée pour souffrance fœtale aiguë.

Table 39 : Indication de césarienne pour les naissances uniques vivantes (N=3 891), Région bruxelloise, 2009		
	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel : TOTAL	982	25.2
Antécédent de césarienne	865	22.2
Utérus multicicatriciel	62	1.6
Antécédent d'hystérotomie (hors césarienne)	52	1.3
Antécédent de césarienne et antécédent de rupture utérine	1	0.0
Antécédent de césarienne et suspicion de rupture utérine	1	0.0
Antécédent de césarienne et rupture utérine	4	0.1
Anomalie de la présentation : TOTAL	716	18.4
Siège	643	16.5
Transverse	64	1.6
Face ou front	9	0.2
Dystocie, pas en travail : TOTAL	315	8.1
Dystocie, pas en travail	224	5.8
Echec de déclenchement	11	0.3
Dystocie, pas en travail et antécédent de césarienne	79	2.0
Dystocie, pas en travail et siège	1	0.0
Dystocie arrêt dilatation : TOTAL	408	10.5
Dystocie arrêt dilatation	375	9.6
Dystocie arrêt dilatation et antécédent de césarienne	31	0.8
Dystocie arrêt dilatation et siège	2	0.1
Dystocie arrêt progression à dilatation complète : TOTAL	148	3.8
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	129	3.3
Dystocie arrêt progression à dilatation complète et antécédent de césarienne	4	0.1
Echec ventouse/forceps	15	0.4
Souffrance fœtale aiguë (SFA): TOTAL	821	21.1
SFA	654	16.8
SFA et dystocie arrêt progression à dilatation complète	21	0.5
SFA et dystocie arrêt dilatation	121	3.1
SFA et pathologie maternelle	21	0.5
Pathologie foetale	4	0.1

Pathologie maternelle	239	6.1
Hypertension/Prééclampsie/Eclampsie	9	0.2
Hypertension/Prééclampsie et antécédent de césarienne	4	0.1
Pathologie maternelle sans précision	188	4.8
Pathologie maternelle sans précision et antécédent de césarienne	28	0.7
Chorioamniotite	10	0.3
Cause placentaire : TOTAL	175	4.5
Cause placentaire sans précision	153	3.9
Décollement placentaire	8	0.2
Placenta praevia	14	0.4
Demandée par la patiente : TOTAL	55	1.4
Demandée par la patiente et siège	6	0.2
Demandée par la patiente et antécédent de césarienne	21	0.5
Demandée par la patiente sans précision	28	0.7
Autres : TOTAL	33	0.8
Procidence cordon	15	0.4
Cerclage abdominal	5	0.1
Myome praevia	5	0.1
Hémorragie obstétricale	2	0.0
Trouble de la coagulation	1	0.0
Isoimmunisation rhésus	1	0.0

Table 40 : Indication de césarienne pour les accouchements multiples d'enfants nés vivants (N=285), Région bruxelloise, 2009

	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel	29	10.2
Anomalie de la présentation	114	40.0
Dystocie, pas en travail	1	0.4
Dystocie arrêt dilatation	15	5.3
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	3	1.1
Souffrance fœtale aiguë (SFA)	34	11.9
Pathologie maternelle	18	6.3
Cause placentaire	6	2.1
Demandée par la patiente	2	0.7
Procidence cordon	1	0.4
Nœud dans le cordon	1	0.4
Hémorragie obstétricale	1	0.4
Grossesse multiple sans précision	54	18.9
1er jumeau voie basse, 2ème jumeau par césarienne pour anomalie de la présentation ou SFA	6	2.1

5.4.3.5 Césarienne 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.

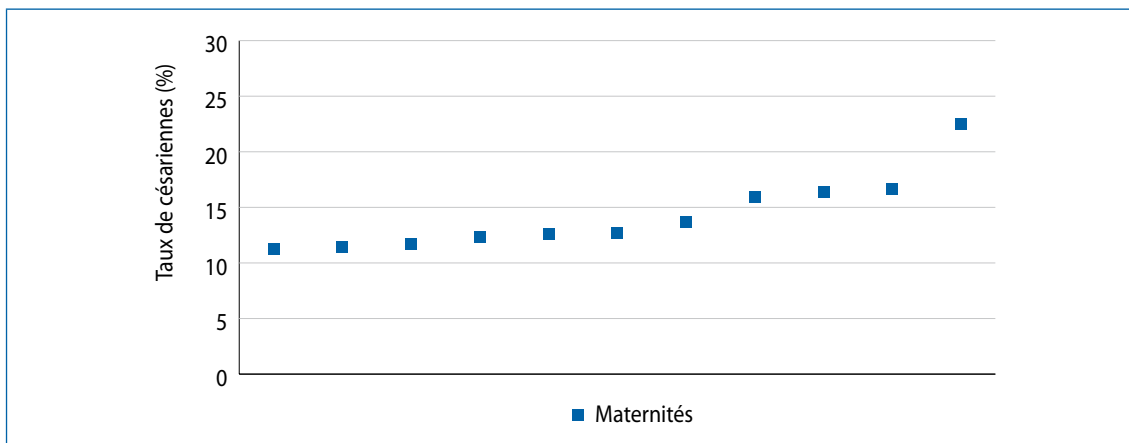


Figure 3 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines (N=9 347), Région bruxelloise, 2009

Total : 13,8 % ; min : 11,3 % ; max : 22,5 %

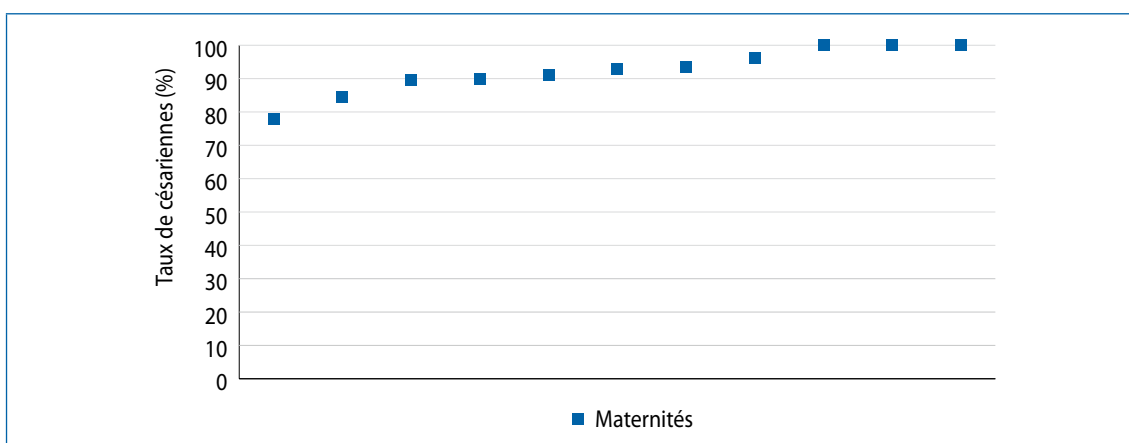


Figure 4 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en siège de ≥ 37 semaines (N=386), Région bruxelloise, 2009

Total : 92,8 % ; min : 77,8 % ; max : 100,0 %

5.4.4 Accouchement instrumental

	Nombre	%
Ventouse seule	1 738	7.1
Forceps seul sur sommet	319	1.3
Forceps seul sur siège	0	0.0
Ventouse et forceps	14	0.1
Ventouse et césarienne	25	0.1
Forceps et césarienne	5	0.0
Forceps sur siège et césarienne	0	0.0
Ventouse et forceps et césarienne	3	0.0
Total ventouse ou forceps	2 104	8.6

Flandre 2009 (1) :
Ventouse : 9.7 %
Forceps : 0.7 %
Wallonie 2009 (2) :
Ventouse : 4.9 %
Forceps : 2.8 %
Bruxelles 2008 (3) :
Ventouse : 7.5 %
Forceps : 1.4 %

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 28 accouchements (0.1 %).

5.4.5 Induction de l'accouchement

5.4.5.1 Prévalence

On constate que 27.7 % des accouchements ont été induits, ou :

- 27.7 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 28.6 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 31.2 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 26.5 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare

Induction :
Flandre 2009 (1) : 24.2 %
Wallonie 2009 (2) : 33.3 %
Bruxelles 2008 (3) : 26.0 %

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 27.6 % de naissances induites.

La notification de l'induction est manquante pour 31 accouchements (0.1 %). Le taux d'induction va de 22.0 % à 37.9 % selon la maternité.

5.4.5.2 Induction et maternités

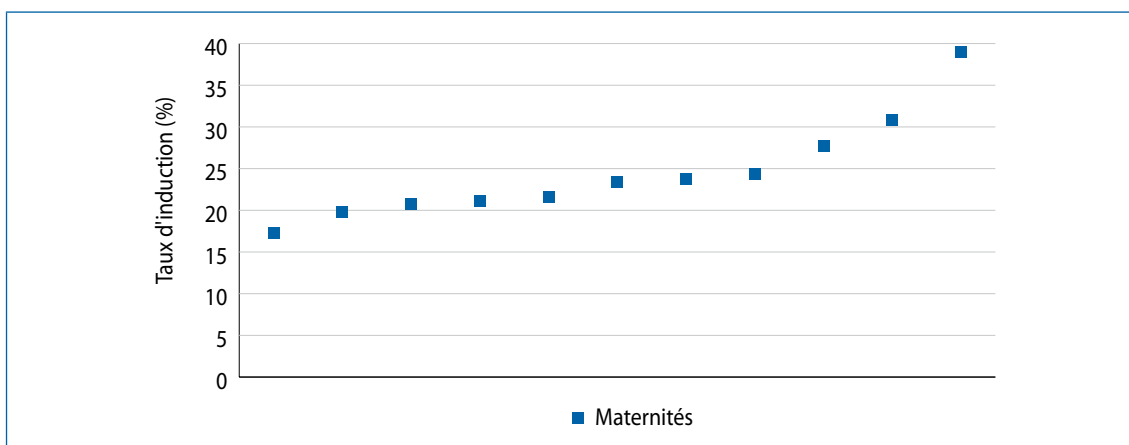


Figure 5 : Taux d'induction par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclus) (N=17 611), Région bruxelloise, 2009

Total : 24.0 % ; min : 17.2 % ; max : 39.0 %

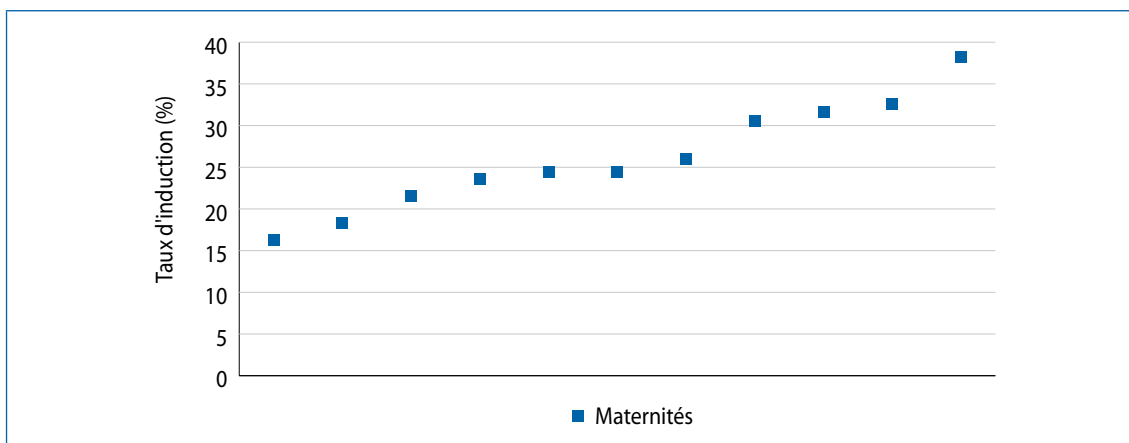


Figure 6 : Taux d'induction par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 34 et 36 semaines (N=894), Région bruxelloise, 2009

Total : 27.4 % ; min : 16.3 % ; max : 38.2 %

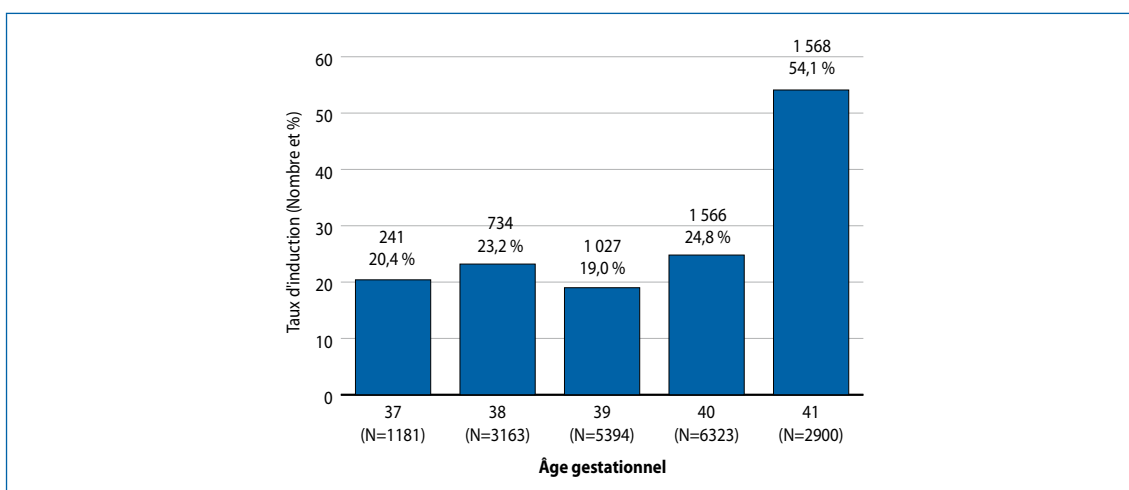


Figure 7 : Taux d'induction par âge gestationnel pour un singleton vivant en sommet de ≥ 37 semaines sans hypertension et sans diabète (N=18 961), Région bruxelloise, 2009

5.4.5.3 Induction et césarienne

Table 42 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare (N=9 377), Région bruxelloise, 2009		
Induction	Nombre de césariennes	%
Induction (n=2 924)	513	17.5
Pas d'induction (n=6 453)	771	12.0
Total (n=9 377)	1 284	13.7

Table 43 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne (N=9 310), Région bruxelloise, 2009		
Induction	Nombre de césariennes	%
Induction (n=2 757)	88	3.2
Pas d'induction (n=6 553)	184	2.8
<i>Dont : Programmée</i>		1.0
<i>Non programmée</i>		1.8
Total (n=9 310)	272	2.9

Table 44 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne (N=2 080), Région bruxelloise, 2009		
Induction	Nombre de césariennes	%
Induction (n=272)	71	26.1
Pas d'induction (n=1 808)	1 130	62.5
<i>Dont : Programmée</i>		48.7
<i>Non programmée</i>		13.5
<i>Non précisé</i>		0.3
Total (n=2 080)	1 201	57.7

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

5.4.6 Périurale obstétricale (CEpiP)

15 136 accouchements ont bénéficié d'une périurale (69.4 %) (hors césariennes programmées). Ce taux est de 79.3 % chez la primipare et 60.8 % pour la multipare. L'information est manquante pour 53 accouchements (0.2 %).

Si l'on ne considère que les accouchements par voie basse, on observe 13 105 périurales pour 19 502 accouchements (67.2 %), et 0.2 % de données manquantes, et ce taux va de 50.7 % à 85.2 % selon la maternité.

Données comparatives
Périurale :
Flandre 2009 (1) : 66.5 %
Wallonie 2009 (2) : 79.1 %

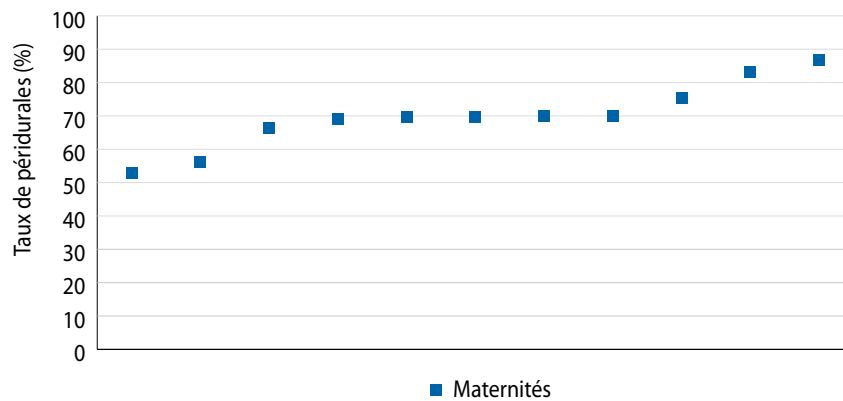


Figure 8 : Taux de péridurale par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines, hors césariennes programmées (N=20 806), Région bruxelloise, 2009

Total : 69.4 % ; min : 52.9 % ; max : 86.8 %

5.4.7 Épisiotomie (CEpiP)

On compte 7 395 épisiotomies pour 23 699 accouchements (31.2 %) et 7 380 épisiotomies pour 19 447 accouchements par voie basse (38.0 %). Cette information est manquante pour 92 accouchements par voie basse (0.5 %).

On observe 55.9 % d'épisiotomie chez la primipare et 23.4 % chez la multipare en cas d'accouchement par voie basse.

Ce taux va de 13.1 % à 47.2 % selon la maternité, et de 15.9 % à 63.7 % en cas d'accouchement par voie basse.

Données comparatives

Épisiotomie :

Flandre 2009 (1) : 55.1 %

Wallonie 2009 (2) : 38.2 %

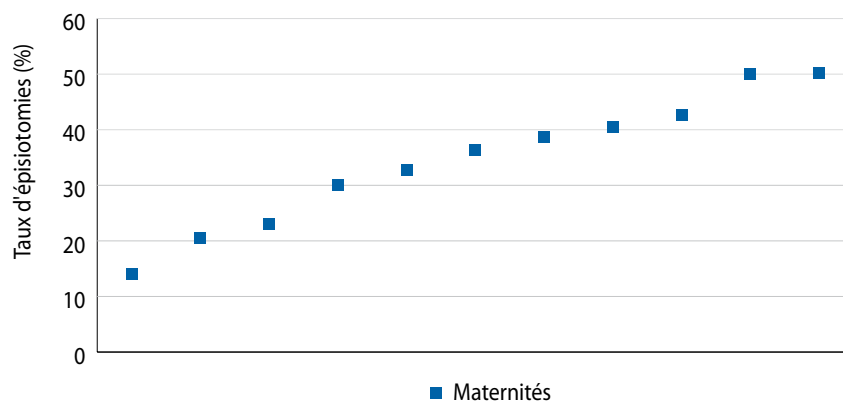


Figure 9 : Taux d'épisiotomie par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines (N=20 772), Région bruxelloise, 2009

Total : 33.4 % ; min : 14.1 % ; max : 50.3 %

5.4.8 Accouchements 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 **33.1 %** d'accouchements sans intervention obstétricale et **15.8 %** d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale. Ce dernier taux va de 6.0 % à 25.4 % selon la maternité.

Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=424)	150	35.4
20-29 (n=5 144)	1 347	26.2
30-39 (n=3 559)	820	23.0
40-49 (n=230)	42	18.3

Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=423)	54	12.8
20-29 (n=5 139)	435	8.5
30-39 (n=3 556)	299	8.4
40-49 (n=229)	24	10.5

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 360)	776	23.1
Europe moins Belgique (n=2 338)	641	27.4
Turquie (n=301)	68	22.6
Maghreb et Egypte (n=1 944)	455	23.4
Afrique subsaharienne (n=719)	209	29.1
Autres (n=694)	210	30.3

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=524)	128	24.4
18.6-24.9 (n=5 329)	1 301	24.4
25.0-29.9 (n=1 348)	295	21.9
30.0-39.9 (n=507)	97	19.1
40.0 et plus (n=39)	4	10.3

5.5 Accouchements multiples

5.5.1 Prévalence des accouchements multiples

Données comparatives
Accouchements multiples :
Flandre 2009 (1) : 1.8 %
Wallonie 2009 (2) : 1.7 %
Bruxelles 2008 (3) : 1.9 %

Table 49 : Détails des accouchements multiples, Région bruxelloise, 2009	
Grossesses gémeillaires	
	488 accouchements de 2 jumeaux vivants
	18 accouchements gémeillaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	7 accouchements gémeillaires de 2 enfants mort-nés
	1 grossesse gémeillaire comptant 2 enfants mort-nés, où le deuxième jumeau est né plus de 24h après le premier jumeau (<i>attention : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires</i>)
	2 accouchements gémeillaires d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
Grossesses triples	
	12 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	1 accouchement d'une grossesse triple avec 2 enfants vivants et 1 enfant mort-né (<i>attention : l'enfant mort-né est né plus de 3 semaines avant les 2 enfants nés vivants : les accouchements différés sont considérés comme des accouchements supplémentaires*</i>)

Euro-Peristat (4) définit le taux de grossesses multiples par le nombre de femmes ayant donné naissances à ≥ 2 enfants sur le nombre total de femmes qui ont accouché.

D'après ces recommandations, le taux de grossesses multiples en Région bruxelloise en 2009 est de **2.2 %**.

On observe 13 grossesses de triplés (0.05 % des grossesses) ayant mené à des naissances. Parmi ces grossesses, 76.9 ont été conçues par ICSI ou FIV. L'information concernant le type de conception ne manque pour aucune grossesse triple, trois grossesses triples se sont donc présentées spontanément (0.01 % des accouchements). On compte également 6 grossesses gémeillaires avec syndrome transfuseur-transfusé (6/516 grossesses gémeillaires, 1.2 % des grossesses gémeillaires, et 0.02 % des naissances). Cette donnée est probablement sous-estimée puisque le syndrome transfuseur transfusé affecte environ 2 % des grossesses gémeillaires (10 % des grossesses monochoriales), ou 0.04 % des naissances totales (9). Il est également possible que certaines grossesses gémeillaires 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 gémeillaire.

5.5.2 Accouchements multiples et âge maternel

Table 50 : Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation, Région bruxelloise, 2009			
Type de conception	Âge (années)	Nombre	%
Conception spontanée (N=20 397)	< 20 (n=494)	8	1.6
	20-29 (n=8 952)	131	1.5
	30-39 (n=10 138)	178	1.8
	40-49 (n=813)	15	1.9
Conception assistée (n=1 017)	< 20 (n=0)	-	-
	20-29 (n=216)	37	17.1
	30-39 (n=673)	117	17.4
	40-49 (n=128)	19	14.8
Non demandé (n=2 238)	< 20 (n=46)	0	0.0
	20-29 (n=924)	4	0.4
	30-39 (n=1 156)	17	1.5
	40-49 (n=112)	2	1.8

5.6 Caractéristiques de l'enfant

5.6.1 Poids de naissance

5.6.1.1 Poids moyen de l'enfant

3 269 g (minimum : 120 g – maximum : 5 515 g)
Le poids n'a pu être obtenu pour 80 naissances (0.3 %).

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 2500 g et 1500 g sont habituellement présentées à des fins de comparaison internationales. Il est proposé d'également calculer ce taux sur l'ensemble des naissances vivantes uniquement, pour éviter le biais lié à la déclaration des mort-nés qui n'est pas égale dans chaque pays et région.

Poids (g)	Singletons (n=23 314)		Grossesses multiples (n=1 069)		Wallonie 2009 (2) %		Flandre 2009 (1) %	
	Nombre	%	Nombre	%	Singletons	Grossesses multiples	Singletons	Grossesses multiples
< 500	23	0.1	9	0.8	0.1	0.2	-	-
500-999	137	0.6	38	3.6	0.4	2.8	0.4	3.4
1000-1499	152	0.7	81	7.6	0.5	5.9	0.4	6.3
1500-1999	228	1.0	166	15.5	1.0	16.8	0.9	14.9
2000-2499	753	3.2	335	31.3	4.4	33.7	3.3	30.4
2500-2999	3 919	16.8	325	30.4	21.4	31.6	16.4	33.7
3000-3499	9 397	40.3	101	9.5	41.1	7.9	39.0	10.3
3500-3999	6 645	28.5	8	0.8	25.1	0.8	30.2	0.9
4000-4499	1 740	7.5	0	0.0	5.2	0.2	8.2	0.1
≥ 4500	246	1.1	0	0.0	0.7	0.0	1.2	0.0
Poids inconnu	74	0.3	6	0.6	0.2	0.2		

5.6.1.3 Prévalence du faible poids à la naissance

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g est de 1922 pour 24303 naissances (**7.9 %**) au total, et de 1752 pour 24100 naissances vivantes (**7.3 %**).

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 9.5 %, contre 4.9 % dans les autres maternités.

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1500 g est de 440 pour 24 303 naissances (**1.8 %**) au total, et de 306 pour 24 100 naissances vivantes (**1.3 %**).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1000 g est de 207 pour 24 303 naissances (**0.9 %**) au total, et de 100 pour 24 100 naissances vivantes (**0.4 %**).

Données comparatives
Poids de naissance < 2500 g :
Flandre 2009 (1) : 6.8 %
Wallonie 2009 (2) : 7.8 %
Bruxelles 2008 (3) : 7.4 %
Poids de naissance < 1500 g :
Flandre 2009 (1) : 1.1 %
Wallonie 2009 (2) : 0.9 %
Bruxelles 2008 (3) : 1.9 %

*Les recommandations européennes (4) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g et à un âge gestationnel supérieur à 37 semaines. On obtient alors un taux de 2.5 pour 100 naissances vivantes (552/22 150) de 37 semaines et plus, et de **29.4** pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (10/34).*

5.6.2 Durée de la grossesse

5.6.2.1 Durée moyenne de la grossesse

39 semaines (minimum : 19 semaines* – maximum : 43 semaines)
L'âge gestationnel n'a pu être obtenu pour 44 accouchements (0.2 %).

*Cette naissance concernait un enfant de plus de 500g

Données comparatives	
Accouchement < 37 semaines :	
Flandre 2009 (1) :	7.3 %
Wallonie 2009 (2) :	7.9 %
Bruxelles 2008 (3) :	7.6 %

5.6.2.2 Prévalence de la prématurité

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 1827 pour un total de 23 801 accouchements (**7.7 %**), 6.6 % pour les accouchements de singletons et 54.2 % pour les accouchements de jumeaux.

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint 9.0 %, contre 5.2 % dans les autres maternités.

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 bruxelloise en 2009, on obtient **8.7 %** de naissances prématurées. La plupart des données disponibles en Europe ne concernent que le nombre de naissances vivantes prématurées sur le total des naissances vivantes. Avec ce calcul, on obtient un taux de **8.7 %** à 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 52 : Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel (N=24 383), Région bruxelloise, 2009

Âge (semaines)	Enfant né vivant et vivant après 7 jours (N=24 116)		Enfant mort-né (N=226)		Enfant né vivant et décédé avant 7 jours de vie (N=41)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=70)	0	0.0	66	94.3	4	5.7
24 (n=28)	8	28.6	16	57.1	4	14.3
25 (n=24)	7	29.2	16	66.7	1	4.2
26-27 (n=86)	58	67.4	20	23.3	8	9.3
28-31 (n=280)	239	85.4	37	13.2	4	1.4
32-36 (n=1 635)	1 590	97.3	36	2.2	9	0.6
≥ 37 (n=22 216)	22 171	99.8	34	0.2	11	0.1
Âge inconnu (n=44)	43	97.7	1	2.3	0	0.0

5.6.2.3 Répartition de l'âge gestationnel

Âge (semaines)	Singletons (N=23314)		Grossesses multiples (N=531)*		Wallonie 2009 (2) %		Flandre 2009 (1) %	
	Nombre	%	Nombre	%	singletons	grossesses multiples	singletons	grossesses multiples
≤ 23 (n=64)	55	0.2	9	1.7	0.1	0.8	0.4	3.0
24 (n=25)	22	0.1	3	0.6	0.1	0.5		
25 (n=22)	20	0.1	2	0.4	0.1	0.6		
26-27 (n=75)	64	0.3	11	2.1	0.2	1.8		
28-31 (n=232)	188	0.8	44	8.3	0.6	6.4	0.5	7.6
32-36 (n=1 409)	1 190	5.1	219	41.2	6.0	47.6	5.5	46.2
≥ 37 (n=21 974)	21 731	93.2	243	45.8	92.8	42.3	93.6	43.2
Âge inconnu (n=44)	44	0.2	0	0.0	0.1	0.0		

* Pour 2 grossesses multiples, la naissance du deuxième enfant a été retardée par rapport à celle du 1er enfant : 4 jours et 26 jours. Ces deuxièmes accouchements ont été ajoutés dans les catégories correspondantes.

4.6.2.4 Accouchement prématuré et facteurs de risque

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=1)	0	0.0
15-19 (n=472)	40	8.5
20-24 (n=2 122)	120	5.7
25-29 (n=3 554)	218	6.1
30-34 (n=2 871)	195	6.8
35-39 (n=1 177)	83	7.1
40-44 (n=258)	20	7.8
45-49 (n=14)	1	7.1

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 836)	295	7.7
Europe moins Belgique (n=2 643)	160	6.1
Turquie (n=335)	25	7.5
Maghreb et Egypte (n=2 105)	102	4.9
Afrique subsaharienne (n=791)	55	7.0
Autres (n=758)	40	5.3

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=580)	31	5.3
18.6-24.9 (n=5 909)	341	5.8
25.0-29.9 (n=1 503)	97	6.5
30.0-39.9 (n=562)	41	7.3
40.0 et plus (n=46)	5	10.9

Table 57 : Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=10 468), Région bruxelloise, 2009		
Situation professionnelle	Nombre	%
Active (n=6 056)	388	6.4
Étudiante (n=274)	19	6.9
Chômage (n=897)	63	7.0
Sans profession / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=3 158)	201	6.4
Situation professionnelle inconnue (n=83)	6	7.2

Table 58 : Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction pour les singletons vivants chez la primipare (N=10 469), Région bruxelloise, 2009			
Niveau d'instruction	Nombre	%	
Pas d'instruction (n=179)	13	7.3	
Primaire (n=708)	47	6.6	
Secondaire inférieur (n=962)	60	6.2	
Secondaire supérieur	Professionnel (n=764)	58	7.6
	Technique (n=671)	46	6.9
	Général (n=1 973)	132	6.7
Supérieur de type court (n=1 889)	134	7.1	
Supérieur de type long ou universitaire (n=2 661)	137	5.2	
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger) (n=17)	1	5.9	
Inconnu (n=645)	49	7.6	

5.6.3 Streptocoque du groupe B (CEpiP)

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

Table 59 : Statut du GBS par accouchement (N=22 832), Région bruxelloise, 2009		
Statut du GBS	Nombre	%
oui	4 554	20.0
non	16 388	71.8
non testé/non connu	1 890	8.3

La donnée est manquante pour 91 accouchements à partir de 35 semaines (0.4 %).

Le taux de traitement en cas de dépistage positif du streptocoque B est de **93.4 %** pour les naissances vivantes à partir de 35 semaines. 125 données sont manquantes (0.6 %).

5.6.4 Apgar

5.6.4.1 Score d'apgar à 1 minute

Score d'apgar inférieur à 7 : **7.1 %** de toutes les naissances vivantes.

Score d'apgar inférieur à 4 : **2.0 %** de toutes les naissances vivantes.

Le score d'apgar à 1 minute manque pour 85 naissances (0.4 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 est de 13.1 % après l'utilisation d'un STAN, et de 5.2 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.4.2 Score d'apgar à 5 minutes

Score d'apgar inférieur à 7 à 5 minutes : **1.7 %** 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 86 naissances (0.4 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 est de 2.5 % après l'utilisation d'un STAN, et de 1.2 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.5 Ventilation du nouveau-né (CEpiP)

La donnée est manquante pour 90 naissances (0.4 % des naissances vivantes).

Table 60 : Ventilation du nouveau-né vivant (N=24 067), Région bruxelloise, 2009		
	Nombre	%
Ventilation	1 550	6.4
Dont : Intubation	223	14.4
Ballon et masque	1 293	83.4
Type de ventilation inconnu	34	2.2

5.6.6 Transfert vers un centre néonatal (CEpiP)

La donnée est manquante pour 227 naissances (0.9 % des naissances).

Table 61 : Transfert vers un centre néonatal (N=23 930), Région bruxelloise, 2009		
	Nombre	%
Transfert	3 047	12.7
Dont : N*	1 781	58.5
NIC	1 248	41.0
Type de centre inconnu	18	0.6

5.6.7 Transfert ex utero (CEpiP)

84 nouveau-nés sont nés dans un centre sans NIC et ont été secondairement transférés dans un service NIC (34.8/10 000 naissances vivantes). Parmi ceux-ci, 14 étaient sous l'âge gestationnel de 32 semaines et/ou avaient un poids inférieur à 1500 g (5.8/10 000 naissances vivantes) et 20 étaient sous l'âge gestationnel de 34 semaines et/ou avaient un poids inférieur à 1500 g (8.3/10 000 naissances vivantes).

Une étude réalisée en 2004 par le Collège Mère-Enfant avait estimé le taux de transfert postpartum ex utero à environ 14,3 pour 10 000 accouchements (10).

5.6.8 Sexe

Sexe	Nombre	%
Masculin	12 518	51.3
Féminin	11 862	48.7
Indéterminé	2	0.0
Inconnu	1	0.0

5.6.9 Malformations (CEpiP)

360 malformations ont été enregistrées en 2009. 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 223 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. Ces autres malformations renseignées sont surtout cardiaques : 33 naissances.

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.

Malformations	Nombre	%
Anencéphalie	2	0.8
Hygroma kystique	1	0.4
Spina bifida	9	3.4
Trisomie 21	23	8.7
Hydrocéphalie	16	6.0
Trisomie 18	3	1.1
Fente labiale/palatine	25	9.4
Fente labiale/palatine avec Syndrome de Charge	1	0.4
Fente labiale/palatine avec malformation cardiaque	1	0.4
Fente labiale/palatine avec Cat-Eye Syndrome	1	0.4
Trisomie 13	1	0.4
Imperforation anale	3	1.1
Imperforation anale et mégavessie	1	0.4
Anomalie réductionnelle des membres	10	3.8
Anomalie réductionnelle des membres avec transposition des gros vaisseaux	1	0.4
Hernie diaphragmatique	10	3.8
Omphalocèle	2	0.8
Gastroschisis	4	1.5
Transposition des gros vaisseaux	9	3.4
Malformation adénomatoïde du poumon	3	1.1
Atrésie de l'intestin grêle	4	1.5
Agénésie rénale	5	1.9
Craniosténose	0	0.0
Syndrome de Turner	0	0.0
Anomalie obstructive bassin/uretère	15	5.6
Tétralogie de Fallot	9	3.4
Atrésie de l'œsophage	2	0.8
Atrésie anale	1	0.4

Dysplasie squelettique/nanisme	7	2.6
Dysplasie squelettique/nanisme et atrésie de l'œsophage et atrésie anale	1	0.4
Hydrops fœtal	5	1.9
Dysplasie rénale poly/multikystique	6	2.2
Dysplasie rénale poly/multikystique avec malformation cardiaque et agénésie du corps calleux	1	0.4
Dysplasie rénale poly/multikystique avec Syndrome de Meckel-Gruber	1	0.4
Communication interventriculaire	12	4.5
Communication interventriculaire dans canal-atrioventriculaire	4	1.5
Communication interventriculaire avec Syndrome de Shone	1	0.4
Communication interventriculaire avec agénésie du corps calleux	1	0.4
Atrésie des voies biliaires	0	0.0
Hypospade	22	7.9

5.7 Lieu d'accouchement

5.7.1 Accouchements en maternité

Table 64 : Nombre de maternités par nombre d'accouchements, Région bruxelloise, 2009

Nombre d'accouchements	Nombre de maternités
< 500	0
500-999	0
1000-1499	3
1500-1999	1
2000-2499	3
2500+	4

5.7.2 Accouchements hors maternité

Nous avons comptabilisé **119** naissances extrahospitalières, c'est-à-dire 4.9 pour 1000 naissances.

Ces accouchements sont répartis comme suit :

- 70 à domicile programmés en présence d'un professionnel (2.9‰ des naissances)
- 49 hors maternité non prévus, dont 11 sans professionnel présent au moment de l'accouchement.

Données comparatives

Flandre 2009 (1) : 9.8 ‰

Wallonie 2009 (2) : 5.8 ‰

Bruxelles 2008 (3) : 4.0 ‰
(programmées : 2.3 ‰)

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

Dans les accouchements à domicile prévus, 6 enfants ont été transférés après l'accouchement en centre néonatal ; le taux d'épisiotomie est de 1.31 %.

Table 65 : Accouchement à domicile et âge maternel (N=119), Région bruxelloise, 2009

Âge (années)	Accouchement non programmé (n=49)		Accouchement programmé (n=70)	
	Nombre	%	Nombre	%
<20 (n= 5)	5	100.0	0	0.0
20-29 (n=39)	18	46.2	21	53.9
30-39 (n=69)	23	33.3	46	66.7
40-49 (n=6)	3	50.0	3	50.0

Table 66 : Accouchement à domicile et situation professionnelle (N=119), Région bruxelloise, 2009

Situation professionnelle	Accouchement non programmé (n=49)		Accouchement programmé (n=70)	
	Nombre	%	Nombre	%
Active (n=60)	15	25.0	45	75.0
Étudiante (n=4)	1	25.0	3	75.0
Chômage (n=9)	4	44.4	5	55.6
Sans profession (n=41)	27	65.9	14	34.2
Inconnu (n=5)	2	40.0	3	60.0

Table 67 : Accouchement à domicile et parité (N=95), Région bruxelloise, 2009

Parité	Accouchement non programmé (n=39)		Accouchement programmé (n=56)	
	Nombre	%	Nombre	%
Primipare (n=38)	9	23.7	29	76.3
2-3 (n=47)	23	48.9	24	51.1
4+ (n=10)	7	70.0	3	30.0
40-49 (n=6)	3	50.0	3	50.0

Table 68 : Accouchement à domicile et niveau d'instruction (N=119), Région bruxelloise, 2009

Niveau d'instruction	Accouchement non programmé (n=49)		Accouchement programmé (n=70)		
	Nombre	%	Nombre	%	
Pas d'instruction (n=2)	2	100.0	0	0.0	
Primaire (n=4)	3	75.0	1	25.0	
Secondaire inférieur (n=8)	6	75.0	2	25.0	
Secondaire supérieur	Professionnel (n=2)	2	100.0	0	0.0
	Technique (n=5)	2	40.0	3	60.0
	Général (n=14)	5	35.7	9	64.3
Supérieur de type court (n=18)	5	27.8	13	72.2	
Supérieur de type long ou universitaire (n=34)	5	14.7	29	85.3	
Inconnu (n=32)	19	59.4	13	40.6	

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 226 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (9.3 ‰ naissances), dont 33 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mort-nés est de 8.3 et 30.9 pour 1000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement. Le taux de mort-nés est de 3.9 ‰ singletons de ≥ 28 semaines.

Données comparatives
Mortinatalité :
Flandre 2009 (1) : 5.8 ‰
Wallonie 2009 (2) : 6.4 ‰ dont 6.1 ‰ pour les singletons et 14.4 ‰ pour les grossesses multiples 3.1 ‰ pour les singletons ≥ 28 semaines
Bruxelles 2008 (3) : 8.4 ‰ dont 7.8 ‰ pour les singletons et 22.3 ‰ pour les grossesses multiples

On constate en 2009 un nombre plus élevé d'enfants mort-nés par rapport aux taux retrouvés en 2008. Lors du lancement du CEpiP, des difficultés autour de l'enregistrement des mort-nés dans les hôpitaux wallons et bruxellois se sont présentées. En effet, le personnel soignant exprimait 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 ne s'explique pas uniquement par des différences dans les attitudes de déclaration puisque le nombre de singletons mort-nés ≥ 28 semaines est aussi plus élevé à Bruxelles.

5.8.2 Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel

Table 69 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel pour les singletons (N=23 314), Région bruxelloise, 2009

Age gestationnel (semaines)	Nombre de mort-nés (N=193)	%	Wallonie 2009 (2) %	Flandre 2009 (1) %
≤ 23 (n=55)	54	98.2	93.8	35.8
24 (n=22)	16	72.7	84.2	
25 (n=20)	12	60.0	39.7	
26-27 (n=64)	19	29.7		
28-31 (n=188)	33	17.6	13.5	6.7
32-36 (n=1 190)	27	2.3	1.9	1.7
≥ 37 (n=21 731)	31	0.1	0.1	0.1
Age inconnu (n=44)	1	2.3	6.1	-

5.8.3 Causes de mortalité fœtale

Table 70 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=226), Région bruxelloise, 2009		
	Nombre	%
Malformations : Total	82	36.3
Système nerveux	17*	7.5
Chromosomique	15	6.6
Association syndromique/Syndrome génétique	12	5.3
Cœur	11	4.9
Anomalies faciales/Fente labio-palatine	3	1.3
Appareil digestif	3	1.3
Appareil urinaire	3	1.3
Anomalie des membres	2	0.9
Anomalie tissu conjonctif : hernie diaphragmatique	2	0.9
Malformations multiples sans précision	10	4.4
Malformation sans précision	4	1.8
Mort fœtale in utero sans cause apparente	42	18.6
Diagnostic après autopsie :		
Autopsie non contributive ou non réalisée	38	16.8
Compression du cordon	3	1.3
Origine placentaire sans précision	1	0.4
Mort fœtale in utero avec cause probable précisée	4	1.8
Stigmates malformatifs	3	1.3
Retard de croissance	1	0.4
Prématurité ≤ 25 semaines, dont la cause de décès n'est pas précisée	15	6.6
Décollement placentaire	12	5.3
Chorioamniotite	11	4.9
Pathologie aiguë maternelle (hypertension, hémorragie, arrêt cardiaque, drépanocytose)	9	4.0
Prématurité ≤ 25 semaines, dont la cause de décès est la prématurité	6	2.7
Infection maternelle à CMV	4	1.8
Asphyxie/souffrance fœtale aiguë	2	0.9
RCIU	2	0.9
Accouchement à domicile, cause non connue	2	0.9
Grossesses multiples	31	13.7
MFIU cause non transmise	11	4.9
Prématurité ≤ 25 semaines, dont la cause de décès est la prématurité	6	2.7
Chorioamniotite	6	2.7
Syndrome transfuseur-transfusé	6	2.7
Autres (décollement, pathologie maternelle)	2	0.9
Autres	4	1.8
Tératome orbitaire	1	0.4
Séroconversion maternelle toxoplasmose	1	0.4
Rupture utérine	1	0.4
Anasarque sur décompensation cardiaque	1	0.4

* dont 2 enfants issus de grossesses multiples

5.8.4 Mortalité maternelle

Bien que le CEpiP n'enregistre pas spécifiquement les morts maternelles, 1 décès (arrêt cardiaque) lui a été renseigné en 2009.

6. Conclusions – Points d’attention

- 1 En 2009, 134 femmes ont accouché avant l’âge de 18 ans, ce qui correspond à un accouchement sur 200. À l’inverse, près d’une mère sur 5 a plus de 35 ans et une mère sur 500 a plus de 45 ans à l’accouchement.
- 2 On constate un nombre important d’épisiotomies et d’inductions. Ces taux figurent parmi les plus élevés d’Europe. On observe une stagnation du taux de césarienne par rapport à l’an dernier, qui ne franchit pas la limite des 20 %, et qui est le moins élevé des 3 régions du pays.
- 3 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.
- 4 70 femmes ont fait le choix d’un accouchement à domicile programmé (2.9‰ des naissances). Ce taux est supérieur à celui de l’année dernière (55 femmes, 2.3‰ des naissances).
- 5 Les analyses de ce rapport ont été considérablement enrichies par le nouveau questionnaire CEpiP introduit en janvier 2009. Il est maintenant possible d’analyser de nombreux facteurs influençant l’issue de la grossesse, comme l’antécédent de césarienne, la procréation médicalement assistée ou l’obésité. Le questionnaire a changé de forme et a permis également de mieux enregistrer des données essentielles telles que l’hypertension et le diabète.
- 6 Certaines données sont encore insuffisamment recueillies, comme la notification des malformations, l’emploi du STAN, le type de conception de la grossesse et le poids et la taille de la patiente, pour les maternités, et le niveau d’instruction et la situation professionnelle, pour les services d’état civil, particulièrement lors de la naissance d’un enfant mort-né.
- 7 L’information diffusée aux maternités et services d’état civil sur l’enregistrement des mort-nés dès 22 semaines ou 500 g, a permis, en revanche, une augmentation des données recueillies concernant ces accouchements précoces.

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

7. Références

- (1) Martens E, Martens G, Defoort P. Périnatale activiteiten in Vlaanderen 2009. Studie centrum voor Périnatale Epidemiologie 2010.
- (2) Minsart AF, Van Leeuw V, Wilen G, Van de Putte S, Englert Y. Données périnatales en Wallonie - année 2009. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2011.
- (3) Minsart AF, Wilen G, De Spiegelaere M, Van de Putte S, Verdoot C, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2008. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2010.
- (4) Data from 2004. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. 2008.
- (5) Ndam Ebongue S, Sommer M, Mauroy MC, Banque de données médico-sociales – Données statistiques 2006-2007, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2009.
- (6) Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport I - Etat 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) 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.
- (8) BELRAP. Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy, Belgium, 2008.
- (9) Lewi L, Jani J, Boes AS, Donne E, Van Mieghem T, Gucciardo L, Diemert A, Hecher K, Lewi P, Deprest J. The natural history of monochorionic twins and the role of prenatal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007; 30 : 401.
- (10) Tency I, Martens E, Martens G, Foidart JM, Temmerman M, College of physicians for Mother and Newborn. Perinatal referral in Belgium. Federal Public Service Health, Food, Chain Safety and environment, 2007.

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

Modèle I 0102040311 2491934 01

VOLET C **NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT**

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin ou l'accoucheuse)

1. Naissances précédentes

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

2. Durée probable de la grossesse en semaines □□

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

- diabète
- 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
- pathologies placentaires

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
- si oui, précisez
- non

7.2 Détresse respiratoire

- oui
- si oui, précisez
- non

7.3 Etat infectieux

- oui
- si oui, précisez
- non

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)

03/0001

VOLET C
(suite)

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT (suite)

9. Indice d'Appgar 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 (JMMAAAA) / /

nom, prénom
signature
cachet

VOLET A

Modèle I

0102040111 2491934 92

DECLARATION DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

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

Adresse de la naissance : commune

rue, no.

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

Sexe de l'enfant

• masculin • féminin • indéterminé (1)

Signature et cachet du médecin ou de l'accoucheuse

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

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

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

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

1. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. ==> _____

2. Numéro de l'acte au registre des naissances

3. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père _____ / _____ / _____

• de la mère _____ / _____ / _____

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

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

5. Situation professionnelle actuelle

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

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

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

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

• père _____

Code I.N.S. ==> _____

• mère _____

Code I.N.S. ==> _____

8. Nationalité

• du père
 ⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==> _____

• de la mère
 ⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==> _____

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

Code I.N.S. ==> _____

10. Etat civil de la mère

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

11. Etat d'union de la mère

- vit seule
- en union

12. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

_____ / _____ / _____

13. Naissances précédentes issues du mariage actuel

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

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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

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

Modèle III D		0102040711 2162313 95
VOLET C		DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE
<i>(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)</i>		
A. Renseignements concernant la naissance		
1. Naissances précédentes		
• nombre total d'enfants nés vivants	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• nombre total d'enfants mort-nés	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• nombre total d'enfants encore en vie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• date du dernier accouchement (JJMMAAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Durée probable de la grossesse en semaines		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)		
<input type="checkbox"/> • diabète	<input type="checkbox"/> • maladie rénale	
<input type="checkbox"/> • hypertension chronique	<input type="checkbox"/> • hémorragie du 3e trimestre	
<input type="checkbox"/> • hypertension gravidique	<input type="checkbox"/> • naissance antérieure d'un enfant pesant < 2.500 grammes	
<input type="checkbox"/> • éclampsie		
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
<input type="checkbox"/> • pas de risques médicaux connus		
4. Transfert in utero		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
5. Présentation de l'enfant avant la naissance		
<input type="checkbox"/> • sommet fléchi	<input type="checkbox"/> • siège	
<input type="checkbox"/> • autres présentations céphaliques	<input type="checkbox"/> • oblique/transverse	
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
6. Accouchement		
6.1 Induction avant le début du travail		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
6.2 Accouchement avec assistance		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
<i>Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5</i>		
<i>Si non ou ne sait pas, passez immédiatement au point 7</i>		
6.3 Type d'assistance (maximum 3)		
<input type="checkbox"/> • forceps	<input type="checkbox"/> • extraction par le siège (Bracht excl.)	
<input type="checkbox"/> • ventouse	<input type="checkbox"/> • version avec extraction	
<input type="checkbox"/> • césarienne	<input type="checkbox"/> • version externe	
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement		
<input type="checkbox"/> • césarienne antérieure	<input type="checkbox"/> • pathologies placentaires	
<input type="checkbox"/> • dystocie		
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
<input type="checkbox"/> • pas d'indication maternelle		
6.5 Etat de l'enfant justifiant ce type d'accouchement		
<input type="checkbox"/> • souffrance foetale	<input type="checkbox"/> • anomalie de la présentation	
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
<input type="checkbox"/> • pas d'indication foetale		
7. Etat de l'enfant à la naissance		
7.1 Traumatisme obstétrical		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
<input type="checkbox"/> • si oui, précisez		
7.2 Détresse respiratoire		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
<input type="checkbox"/> • sans objet		
<input type="checkbox"/> • si oui, précisez		
7.3 Etat infectieux		
<input type="checkbox"/> • oui	<input type="checkbox"/> • non	<input type="checkbox"/> • ne sait pas
<input type="checkbox"/> • si oui, précisez		
7.4 Anomalies congénitales		
<input type="checkbox"/> • anencéphalie	<input type="checkbox"/> • imperforation anale	
<input type="checkbox"/> • spina bifida	<input type="checkbox"/> • réduction des membres	
<input type="checkbox"/> • hydrocéphalie	<input type="checkbox"/> • hernie diaphragmatique	
<input type="checkbox"/> • fente labiale/palatine	<input type="checkbox"/> • omphalocèle/gastroschisis	
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		
<input type="checkbox"/> • pas d'anomalie congénitale		
8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Indice d'Apgar à:		
<input type="text"/>	• 1 minute	<input type="text"/>
<input type="text"/>	• 5 minutes	<input type="text"/>
<input type="text"/>	• 10 minutes	<input type="text"/>
10. Soins immédiats au nouveau-né (maximum 3)		
<input type="checkbox"/> • ventilation sans intubation	<input type="checkbox"/> • sans objet	
<input type="checkbox"/> • intubation	<input type="checkbox"/> • pas d'intervention	
<input type="checkbox"/> • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)		
<input type="checkbox"/> • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)		
<input type="checkbox"/> • autres, précisez		

(suite au verso)

VOLET C
(suite)

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

B. Renseignements concernant le décès

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

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

2. Type de décès

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

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

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique ne sait pas
 domicile
 autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

.....

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

.....

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

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

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

II. Causes associées

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

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

Réservé

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

6. Autopsie/examens complémentaires

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

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

- oui non

No. du dossier médical de la mère

No. du dossier médical de l'enfant

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

 nom, prénom
 signature
 cachet

**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)*

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

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, ≥ 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>(≥ 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 ≥ 25cm - 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 (≥140 / ≥ 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	Inconnu (si absence de professionnel) <input type="checkbox"/>
Ventilation du nouveau-né	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
	Si oui : Ventilation ballon et masque <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/>					
Malformations majeures Si oui, cochez : (plusieurs choix possibles)		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Anencéphalie <input type="checkbox"/>	Fente labiale/palatine <input type="checkbox"/>	Hernie diaphragmatique <input type="checkbox"/>				
Spina bifida <input type="checkbox"/>	Imperforation anale <input type="checkbox"/>	Omphalocèle <input type="checkbox"/>				
Hydrocéphalie <input type="checkbox"/>	Anomalie réductionnelle membres <input type="checkbox"/>	Gastroschisis <input type="checkbox"/>				
Transposition des gros vaisseaux <input type="checkbox"/>	Tétralogie de Fallot <input type="checkbox"/>	Communication interventriculaire (CIV) <input type="checkbox"/>				
Malformation adénomatoïde du poumon (MAKP) <input type="checkbox"/>	Atrésie de l'œsophage <input type="checkbox"/>	Atrésie des voies biliaires <input type="checkbox"/>				
Atrésie intestin grêle <input type="checkbox"/>	Atrésie anale <input type="checkbox"/>	Hypospade <input type="checkbox"/>				
Agénésie rénale <input type="checkbox"/>	Syndrome transfuseur-transfusé (STT) <input type="checkbox"/>	Hygroma kystique <input type="checkbox"/>				
Craniosténose <input type="checkbox"/>	Dysplasie squelettique/nanisme <input type="checkbox"/>	Trisomie 21 <input type="checkbox"/>				
Syndrome de Turner (Xo) <input type="checkbox"/>	Hydrops fœtal <input type="checkbox"/>	Trisomie 18 <input type="checkbox"/>				
Anomalie obstructive bassin/uretère <input type="checkbox"/>	Dysplasie rénale poly/multikystique <input type="checkbox"/>	Trisomie 13 <input type="checkbox"/>				

POST-PARTUM

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

MORTALITE PERINATALE

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

