



Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2010

Rédaction

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



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



Commission
communautaire
commune



Wallonie

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 :

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

Colophon

Auteurs

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Anne-Frédérique Minsart¹
Yvon Englert

Lay-out

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

Secrétariat

Nadia Di Benedetto
Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Avec nos remerciements tout particuliers

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

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

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document

L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale
Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP

Pour plus d'informations

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

INTRODUCTION

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

METHODOLOGY

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

RESULTS

In total, 25 096 births were registered in Brussels of which 221 were stillbirths, a rate of 8.8 %, higher than previous years in Brussels, and higher also than Wallonia. The number of deliveries amounted to 24 516, among of them, 566 were multiple births. A few characteristics will be described. At booking, 32.8 % of the women aged more than 18 years were in overweight and 10.5 % were obese. Pregnancy weight gain was inversely correlated with BMI. The rates of caesarean section remain stable between 2008 and 2010 (approximately 20 %). The rate of caesarean section among the live singletons births in breech deliveries was 88.7 %. As in 2009, a significant number of inductions (27.9 %), of epidurals (70.9 %) and of episiotomies (29.2 %) were found. These rates are less important in Wallonia but still remain among the highest of Europe.

DISCUSSION-CONCLUSION

This third report confirms the increase in the number of births in Brussels Capital City Region. It confirms the improvement of the quality of the data collection, following proactive collaboration between the eleven maternity units, the nineteen municipal administrations, Brussels-Capital Health and Social Observatory and the CEpiP. For the second time, the data on body mass are available. The higher number of stillbirths in Brussels could be explained at the same time by differences in the attitudes of declaration, but also by higher concentration of specialized maternity units in Brussels Region.

Table des matières

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

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

TABLES

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

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

FIGURES

Figure 1 :	Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine	17
Figure 2 :	Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine	17
Figure 3 :	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines	31
Figure 4 :	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en siège de \geq 37 semaines	31
Figure 5 :	Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclu)	33
Figure 6 :	Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 34 et 36 semaines	33
Figure 7 :	Taux d'inductions par âge gestationnel pour un singleton vivant en sommet de \geq 37 semaines sans hypertension et sans diabète	33
Figure 8 :	Taux de péridurales par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines, hors césariennes programmées	35
Figure 9 :	Taux d'épisiotomies par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines	35
Figure 10 :	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale par maternité pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines	36
Figure 11 :	Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental par maternité pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines	37

ASBL Centre d'Épidémiologie Périnatale, CEpiP

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

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

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

Organigramme



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

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

1. Introduction

1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce dossier présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques des naissances vivantes et des mort-nés de 2010 en 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 généralisation 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 Fédération Wallonie-Bruxelles 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, le niveau d'instruction et l'indice de masse corporelle de la mère ont été utilisés pour les analyses sans systématique mais plutôt en fonction de l'intérêt ou d'analyses similaires dans la littérature. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 11.0, 2009.

1.2.3 DONNÉES

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

2. Comparaisons géographiques et temporelles des données

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

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

3. Définitions

PARITÉ

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

CONCEPTION DE LA GROSSESSE

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

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

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

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

DIABÈTE

Tout diabète gestationnel ou préexistant

SÉROPOSITIVITÉ HIV

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

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

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

SURVEILLANCE FŒTALE

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

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

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

INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

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

MODE D'ACCOUCHEMENT

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

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

ENFANT MORT-NÉ

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

N*

Service de néonatalogie non-intensive

NIC

Neonatal Intensive Care /Service de néonatalogie intensive

4. Tableau synoptique : Région bruxelloise 2010

4.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Grossesse unique		23 950	(97.7 %)
Grossesse gémellaire		552	(2.3 %)
Grossesse triple		14	(0.05 %)
Parité	Primipare	10 800	(44.2 %)
	Multipare	13 662	(55.8 %)
Conception de la grossesse	Spontanée	21 539	(89.3 %)
	Assistée	1 060	(4.4 %)
Hypertension artérielle		1 093	(4.5 %)
Diabète		1 402	(5.8 %)
Durée de la grossesse	<28 semaines	206	(0.8 %)
	28-31 semaines	230	(0.9 %)
	32-36 semaines	1 511	(6.2 %)
	≥ 37 semaines	22 515	(92.0 %)
Induction		6 837	(27.9 %)
Analgésie péridurale		17 874	(73.2 %)
Césarienne		4 705	(19.2 %)
Épisiotomie		7 123	(29.2 %)

4.2 CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ

Présentation de l'enfant	Sommet fléchi	22 448	(89.7 %)
	Autre présentation céphalique	1 027	(4.1 %)
	Siège	1 344	(5.4 %)
	Transverse	195	(0.8 %)
Poids de naissance	< 500 g (si plus de 22 semaines)	35	(0.1 %)
	500-1 499 g	449	(1.8 %)
	1 500-2 499 g	1 492	(6.0 %)
	≥ 2 500 g	23 027	(92.1 %)
Sexe	Masculin	12 854	(51.2 %)
	Féminin	12 232	(48.8 %)
Transfert en néonatalogie	N*	1 677	(6.8 %)
	NIC	1 301	(5.2 %)
Mort-nés		221	(0.9 %)

5. Naissances en Région bruxelloise en 2010

5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

25 096 naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise ont été enregistrées par l'état civil.

Table 1 : Détails des naissances, Région bruxelloise, 2010	
	24 875 naissances VIVANTES
	221 MORT-NÉS de ≥ 500 g et/ou ≥ 22 semaines
Ou	1 146 naissances multiples
	23 950 naissances uniques
Total :	25 096 naissances

En 2009, on notait 24 383 naissances (3).

5.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

Table 2 : Détails des accouchements, Région bruxelloise, 2010	
Singletons : 23 950 accouchements	
	23 746 accouchements de singletons vivants
	204 accouchements de singletons mort-nés
Grossesses multiples : 566 accouchements	
	539 accouchements de 2 jumeaux vivants
	8 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	5 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	14 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
Total :	24 516 accouchements

En 2009, on notait 23 845 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 **30.9** (minimum : 14.5 ans – maximum : 62.4 ans), l'âge médian est de **30.9 ans** (p25 : 27.2 ans – p75 : 34.7 ans).

Chez la primipare, l'âge médian est de **29.2 ans** (p25 : 25.4 ans – p75 : 32.8 ans). L'âge moyen est de **29.2 ans** (min. : 14.5 ans – max. : 50.6 ans).

Chez la multipare, l'âge médian est de **32.3 ans** (p25 : 28.7 ans – p75 : 35.8 ans). L'âge moyen est de **32.2 ans** (min. : 16.1 ans – max. : 62.4 ans).

On note 4 accouchements en-dessous de l'âge de 15 ans (0.02 % des accouchements) et 117 accouchements en-dessous de l'âge de 18 ans (0.5 % des accouchements).

Tableau comparatif	
Flandre 2010 (1) :	
Âge moyen primipare :	28.3 ans
Âge moyen multipare :	31.1 ans
Wallonie 2010 (2) :	
Âge moyen :	29.4 ans
Âge moyen primipare :	27.3 ans
Âge moyen multipare :	31.1 ans
Bruxelles 2009 (3) :	
Âge moyen :	30.7 ans
Âge moyen primipare :	29.0 ans
Âge moyen multipare :	32.1 ans

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

Le projet Euro-Peristat (4) recommande de calculer l'âge maternel moyen sur le nombre d'accouchements et pas sur le nombre de naissances (qui inclut donc toutes les naissances issues des grossesses multiples).

Table 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement (N=24 516), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives	
Âge (années)	Nombre d'accouchements	%	Wallonie 2010 (2) %	Flandre 2010 (1) %
10-14	4	0.0	0.0	1.8
15-19	479	2.0	3.8	
20-24	3 198	13.0	17.5	13.3
25-29	6 989	28.5	34.0	37.2
30-34	8 164	33.3	28.7	33.3
35-39	4 523	18.5	13.2	12.0
40-44	1 093	4.5	2.7	2.2
45-49	58	0.2	0.1	0.1
≥ 50	6	0.0	0.0	
Âge inconnu	2	0.0	0.0	0.0

Le nombre de mères de moins de 18 ans est de 117 (0.5 %). Parmi ces patientes, 34 (29.3 %) sont d'origine belge.

La proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de **2.0 %**. À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de **23.2 %**.

Parmi les mères de 35 ans et plus, **28.6 %** sont primipares (ont accouché pour la première fois) et **18.6 %** sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus).

La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est de **0.3 %**. Parmi celles-ci, 15 (24.2 %) sont de nationalité d'origine belge, 11 (17.7 %) de l'Europe des 15 (hors Belgique) et 15 (24.2 %) de nationalité d'origine marocaine.

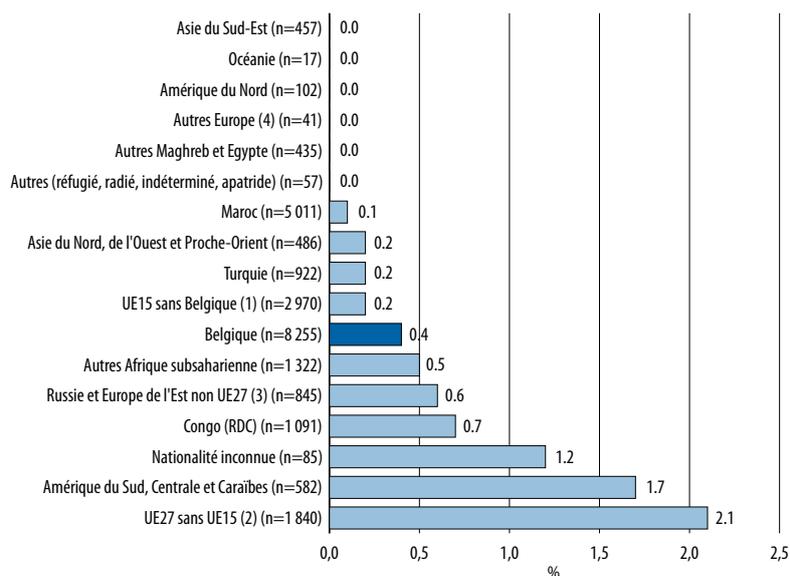


Figure 1 : Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements (N=24 518), Région bruxelloise, 2010

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

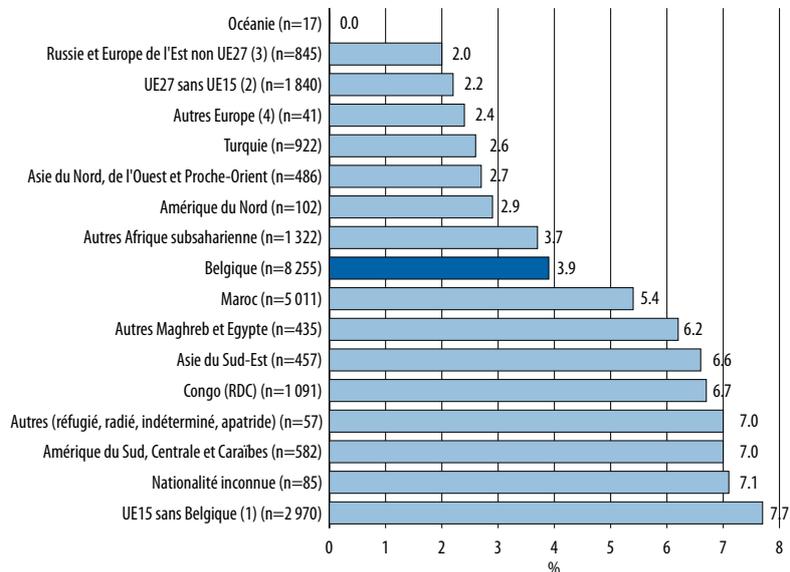


Figure 2 : Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements (N=24 518), Région bruxelloise, 2010

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

5.3.1.2 NATIONALITÉ DE LA MÈRE

Table 4 : Nationalité de la mère par accouchement, Région bruxelloise, 2010				
Nationalité	Nationalité d'origine (N=24 443)		Nationalité actuelle (N=24 462)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	8 254	33.8	13 658	55.8
UE15 sans Belgique	2 970	12.2	2 813	11.5
UE27 sans UE15	1 840	7.5	1 802	7.4
Russie et Europe de l'Est non UE27	845	3.5	582	2.4
Autres Europe	41	0.2	31	0.1
Turquie	922	3.8	382	1.6
Maroc	5 011	20.5	2 214	9.1
Autres Maghreb et Egypte	435	1.8	242	1.0
Congo (RDC)	1 091	4.5	594	2.4
Autres Afrique subsaharienne	1 322	5.4	957	3.9
Amérique du Nord	104	0.4	94	0.4
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	582	2.4	438	1.8
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	495	2.0	302	1.2
Asie du Sud-Est	457	1.9	309	1.3
Océanie	17	0.1	16	0.1
Autres (apatride, indéterminé)	57	0.2	28	0.1

La nationalité d'origine de 85 mères ainsi que la nationalité actuelle de 57 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 **44.2 %** des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**.

En outre, **66.2 %** des mères sont de nationalité non belge **à l'origine**, c'est-à-dire qu'elles ne sont **pas nées belges**. Les nationalités d'origine les plus représentées sont marocaine (20.5 %), congolaise (4.4 %), française (4.1 %) et turque (3.8 %). 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=24 505), Région bruxelloise, 2010		
Lieu de résidence	Nombre	%
Bruxelles	18 469	75.4
Total Flandre :	3 928	16.0
Flandre orientale	284	1.2
Flandre occidentale	17	0.1
Limbourg	31	0.1
Anvers	203	0.8
Brabant flamand	3 393	13.8
Total Wallonie :	1 885	7.7
Hainaut	466	1.9
Liège	88	0.4
Luxembourg	37	0.2
Namur	132	0.5
Brabant wallon	1 162	4.7
Total pays frontaliers :	63	0.3
France	38	0.2
Allemagne	8	0.0
Luxembourg	9	0.0
Pays-Bas	8	0.0
Autres pays étrangers	150	0.6
Cas particuliers (pas d'adresse fixe en Belgique, radié, etc.)	10	0.0

11 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=22 468), Région bruxelloise, 2010		
Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	420	1.9
Primaire	2 100	9.3
Secondaire inférieur	2 495	11.1
Secondaire supérieur	8 349	37.2
Supérieur de type court	3 857	17.2
Supérieur de type long ou universitaire	5 227	23.3
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger)	20	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 : 2 049 réponses manquantes (**8.4 %**). Cette donnée est moins bien recueillie en cas de naissance d'un enfant mort-né, où **35.2 %** des données manquent cette année, taux diminué de moitié par rapport à 2009 (74.0 %). Ce taux de réponses manquantes pour les décès est élevé en 2010 et s'explique de plusieurs façons, la première raison étant la difficulté d'obtenir des données sensibles lorsqu'un décès est survenu. De plus, deux tiers des mères sont de nationalité non belge à l'origine, et ont pu passer leur enfance, au moins en partie, à l'étranger, ce qui complique la définition et l'enregistrement du niveau d'études par l'administration communale. D'autre part, l'information donnée aux communes et aux maternités sur la nécessité d'enregistrer tous les décès fœtaux dès 22 semaines a été renforcée, ce qui a mené à une augmentation de ces enregistrements. Comme ces naissances ne donnent pas lieu à un numéro d'acte de décès et une obligation d'enterrement ou d'incinération, tous les parents ne se présentent pas à

l'état civil et l'officier est supposé remplir les données socio-économiques lui-même. Les données concernant le niveau d'études n'étant pas souvent enregistrées par le registre national, il lui est impossible de remplir cette donnée.

5.3.1.5 SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Table 7 : Situation professionnelle des parents, Région bruxelloise, 2010				
Situation professionnelle	Si père déclaré (N=22 635)		Mère (N=24 201)	
	nombre	%	nombre	%
Actif	17 814	78.7	12 804	52.9
Chômeur	1 362	6.0	2 248	9.3
Sans profession	3 295	14.6	8 815	36.4
Pensionné	24	0.1	5	0.0
Etudiant	140	0.6	329	1.4

La situation professionnelle n'était pas renseignée sur le certificat de naissance pour **418 pères** (1.7 % des accouchements) et **258 mères** (1.1 % des accouchements). Les taux ont été calculés sur le total des données connues.

En outre, **1 389 pères** n'ont pas été déclarés à l'état civil (**5.7 %** 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 **15.4 %** de mères seules, ce qui est largement au-dessus des estimations données par l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) dans leurs rapports. En effet, le dernier rapport reprenant les naissances suivies par l'ONE en 2010 (5) fait état de 7.3 % de mères isolées (Région wallonne 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.

Table 8 : État civil et état d'union de la mère par accouchement (N=24 399), Région bruxelloise, 2010		
État civil et état d'union	Nombre	%
Célibataire et vit seule	2 878	11.8
Célibataire et en union	4 887	20.0
Mariée en union	15 269	62.6
Mariée vit seule	418	1.7
Veuve, divorcée, séparée en union	469	1.9
Veuve, divorcée, séparée et vit seule	478	2.0

L'état civil était manquant dans 0.3 % 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 **30.9 ans**. L'âge moyen d'une maman ayant accouché en Région bruxelloise de son premier enfant est de **29.2 ans**. **40.5 %** des mères qui accouchent en Région bruxelloise ont fait des études supérieures et **52.8 %** sont professionnellement actives. Concernant les pères, **78.8 %** des pères sont professionnellement actifs. En moyenne **66.2 %** des mères n'ont pas la nationalité d'origine belge, avec une représentation majoritaire des origines marocaine, congolaise, française et turque. Enfin, **15.4 %** des mères déclarent vivre seule et **5.7 %** des pères ne sont pas déclarés à l'accouchement.

5.3.2 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

5.3.2.1 PARITÉ

Taux de primipares : **44.2 %**. Il y a 54 données manquantes (0.2 %).

Table 9 : Parité et accouchement (N=24 462), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives	
Parité	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %	Taux de primipares :
1	10 800	44.2	45.5	Flandre 2010 (1) : 45.9 % Wallonie 2010 (2) : 44.6 %
2	7 621	31.2	31.9	
3	3 891	16.0	14.6	
4	1 462	6.0	5.3	
5	470	1.9	1.8	
6	142	0.6	0.7	
7	46	0.2	0.1	
8	18	0.1	0.1	
9	8	0.0	0.0	
10	3	0.0	0.0	
11	1	0.0	0.0	

Le nombre de grandes multipares (4^e accouchement et plus) est de 2 150 (**8.8 %**). 218 patientes ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (0.9 % des accouchements).

Table 10 : Activité professionnelle selon la parité (N=24 146), Région bruxelloise, 2010								
Parité	Active		Étudiante		Chômage		Sans profession	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	6 087	57.0	248	2.3	914	8.6	3 399	31.8
2-3	5 985	52.5	74	0.6	1 078	9.4	4 245	37.2
4+	712	33.5	7	0.3	253	11.9	1 144	53.8

5.3.2.2 SÉROPOSITIVITÉ HIV

Table 11 : Statut HIV des patientes à l'accouchement (N=22 062), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Statut HIV	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Positif	102	0.5	0.5
Négatif	21 769	98.7	91.7
Ne sait pas	167	0.8	1.2
Non testé	24	0.1	6.6

Les données n'ont pu être obtenues pour 2 454 accouchements (10.0 %). Ce taux élevé d'inconnues s'explique par le fait qu'une maternité bruxelloise ne collecte pas cette donnée.

Des 102 accouchements concernés par un statut HIV positif, 106 enfants sont nés dont 2 enfants mort-nés, 1 enfant décédé dans les 7 jours et 1 enfant décédé après 28 jours de vie.

Table 12 : Type de procréation en cas de séropositivité HIV maternelle (N=102), Région bruxelloise, 2010		
Type de procréation	Nombre	%
Spontanée	94	92.2
Assistée (insémination sans traitement exclu)	5	4.9
Non demandé ou inconnu	3	2.9

5.3.2.3 POIDS EN DÉBUT ET FIN DE GROSSESSE ET TAILLE

Table 13 : Description du poids et taille des patientes, Région bruxelloise, 2010		
Poids de départ : N=21 122	Moyenne	65 kg (min : 33 ; max : 170)
	Médiane	63 kg (p25 : 56 ; p75 : 72)
La donnée est manquante pour 13.8 % des accouchements		
Taille de la mère : N=20 999	Moyenne	165 cm (min : 130 ; max : 198)
	Médiane	165 cm (p25 : 160 ; p75 : 170)
La donnée est manquante pour 14.3 % 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 32.8 %, le taux de patientes obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) est de 10.5 %, et le taux de patientes en obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m²) est de 0.9 %.

Le taux de patientes de plus de 18 ans en insuffisance pondérale (IMC < 18.5 kg/m²) en début de grossesse est de 5.7 %.

L'IMC est inconnu pour 4 384 accouchements (17.9 % des accouchements).

L'enquête nationale de santé publiée par l'Institut de santé publique en 2008 (6) fait état d'un IMC moyen en Région bruxelloise de 24.7 kg/m². Pour les femmes de 18 ans et plus, 27.9 % ont un IMC ≥ 25 et 11.9 % un IMC ≥ 30 kg/m².

Entre 18 et 24 ans ils ont enregistré 13.8 % d'IMC ≥ 25 , entre 25 et 34 ans : 23.9 %, entre 35 et 44 ans : 27.1 %, entre 45 et 54 ans : 30.2 %.

Table 14 : Taux d'obésité (IMC \geq 30 kg/m ²) chez les mères de 18 ans et plus selon l'âge maternel (N=20 059), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Âge (années)	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
18-19 (n=289)	18	6.2	6.4
20-29 (n=8 298)	821	9.9	10.2
30-39 (n=10 516)	1 100	10.5	10.3
40-49 (n=952)	163	17.1	15.1
50+ (n=4)	2	50.0	75.0

Table 15 : Taux de patientes avec un IMC \geq 25 kg/m ² selon l'âge maternel et la parité (N=20 048), Région bruxelloise, 2010				
Âge (années)	Primipares (N=8 856)		Multipares (N=11 192)	
	Nombre	%	Nombre	%
18-19 (n=289)	69	27.3	9	25.0
20-29 (n=8 297)	1 237	26.3	1 424	39.6
30-39 (n=10 506)	897	24.5	2 522	36.8
40-49 (n=952)	81	33.2	338	47.7
50+ (n=4)	1	50.0	1	50.0

Table 16 : Prise de poids moyen selon l'IMC chez les mères de 18 ans et plus (N=18 910), Région bruxelloise, 2010	
IMC (kg/m ²)	Prise de poids moyen (sd)
< 18.5 (n=1 061)	13.4 (5.1)
18.5-24.9 (n=11 624)	13.4 (5.2)
25.0-29.9 (n=4 238)	11.7 (6.1)
30.0-39.9 (n=1 817)	9.4 (7.1)
40.0 et plus (n=170)	5.8 (8.0)

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

5.3.2.4 HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET DIABÈTE

Table 17 : Taux d'hypertension par accouchement (N=24 382), Région bruxelloise, 2010				Données comparatives
Parité		Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Primipares (n=10 755)	oui	612	5.7	5.6
	non	10 143	94.3	94.4
Multipares (n=13 608)	oui	481	3.5	4.1
	non	13 127	96.5	95.9
Total (n=24 382)	oui	1 093	4.5	4.8
	non	23 289	95.5	95.2

Table 18 : Taux de diabète par accouchement (N=23 979), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Diabète	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Oui	1 402	5.8	5.0
Non	22 577	94.2	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 3.3 et 3.2 % respectivement en 2008 et de 4.8 et 5.0 % en 2009. Cette augmentation est également observée en Région wallonne en 2010.

5.3.2.5 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

Table 19 : Type de conception par accouchement (N=24 116), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives		
Type de procréation	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %	Wallonie 2010 (2) %	Flandre 2010 (1) %
Spontanée	21 539	89.3	86.2	93.3	91.1
Traitement hormonal	247	1.0	0.9	0.9	2.1
ICSI	251	1.0	1.0	0.2	1.4
FIV	562	2.3	2.3	2.9	2.1
Non demandé	1 517	6.3	9.5	2.7	3.2

Cette donnée n'est pas remplie pour 1.6 % des accouchements. La donnée est inconnue ou non demandée pour 7.9 % des singletons et 3.9 % 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 20 : Taux d'accouchements multiples selon le type de conception (N=24 116), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Type de procréation	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Spontanée (n=21 539)	369	1.7	1.6
Conception assistée (n=1 060)	175	16.5	17.0
Non demandé (n=1 517)	20	1.3	1.0

De plus, parmi les grossesses multiples, on note 65.4 % de grossesses spontanées et 31.0 % de conceptions assistées. Ces chiffres sont assez comparables à ceux présentés en 2011 au Congrès de l'ESHRE par une équipe suisse (8) : 72.8 % des grossesses multiples étaient spontanées, 11.2 % faisaient suite à une stimulation de l'ovulation avec ou sans insémination et 16 % étaient issues d'une FIV ou d'une ICSI.

On observe à Bruxelles 18.3 % d'accouchements multiples en cas de FIV ou ICSI. Les données belges du BELRAP (banque de données de la procréation médicalement assistée en Belgique) font état en 2008 d'environ 12 % de grossesses multiples en cas d'un traitement de FIV ou d'ICSI (9). Ceci suggère une déclaration plus systématique des grossesses multiples issues de procréation médicalement assistée que de grossesses uniques issues de ces traitements.

Table 21 : Taux d'enfants mort-nés selon le type de conception pour les singletons (N=23 553), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Type de procréation	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Spontanée (n=21 171)	136	0.6	0.8
Conception assistée (n=885)	15	1.7	1.1
Non demandé (n=1 497)	40	2.7	0.3

Table 22 : Taux de grossesses multiples selon le type de conception et l'âge maternel (N=22 599), Région bruxelloise, 2010					
Conception spontanée (N=21 539)			Conception assistée (N=1 060)		
Âge (années)	Nombre de grossesses multiples	%	Âge (années)	Nombre de grossesses multiples	%
<20 (n=445)	3	0.7	<20 (n=3)	1	33.3
20-29 (n=9 183)	127	1.4	20-29 (n=199)	30	15.1
30-39 (n=10 971)	222	2.0	30-39 (n=718)	129	18.0
40-49 (n=936)	17	1.8	40-49 (n=138)	14	10.1
50+ (n=4)	0	0.0	50+ (n=2)	1	50.0

Table 23 : Type de conception selon l'âge maternel (N=24 117), Région bruxelloise, 2010							
Singletons (N=23 553)				Grossesses multiples (N=564)			
Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %	Non demandé %	Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %	Non demandé %
<20 (n=475)	93.1	0.0	6.9	<20 (n=4)	75.0	25.0	0.0
20-29 (n=9 866)	91.8	1.7	6.5	20-29 (n=162)	78.4	18.5	3.1
30-39 (n=12 102)	88.8	4.9	6.3	30-39 (n=364)	61.0	35.4	3.6
40-49 (n=1 105)	83.2	11.2	5.6	40-49 (n=33)	51.5	42.4	6.1
50+ (n=5)	80.0	20.0	0.0	50+ (n=1)	0.0	100.0	0.0

Table 24 : Type de conception selon la nationalité d'origine de la mère (N=24 040), Région bruxelloise, 2010		
Nationalité	Conception spontanée %	Conception assistée %
Belgique (n=8 135)	88.3	6.0
Europe moins Belgique (n=4 732)	87.7	4.8
Turquie (n=903)	92.9	4.0
Maghreb et Egypte (n=5 361)	92.1	2.4
Afrique subsaharienne (n=1 294)	90.4	3.4
Autres (n=3 615)	89.1	3.7

Table 25 : Type de conception selon l'IMC chez les mères de 18 ans et plus (N=19 974), Région bruxelloise, 2010		
IMC (kg/m ²)	Conception spontanée %	Conception assistée %
< 18.5 (n=1 129)	89.9	5.1
18.5-24.9 (n=12 286)	91.2	4.8
25.0-29.9 (n=4 464)	91.6	4.4
30.0-39.9 (n=1 915)	90.7	5.6
40.0 et plus (n=180)	86.1	7.2

5.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

5.4.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Table 26 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les singletons vivants (N=23 678), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Sommet fléchi	21 658	91.4	92.6
Sommet autre	942	4.0	3.4
Siège	973	4.1	3.7
Transverse	105	0.4	0.4

Parmi les singletons vivants, 45 présentations sont inconnues (0.2 %).

Table 27 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons (N=197), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Sommet fléchi	132	67.2	56.5
Sommet autre	11	5.6	5.2
Siège	48	24.2	25.9
Transverse	6	3.0	3.6

Parmi les singletons mort-nés, 6 présentations sont inconnues (3.0 %).

Table 28 : Taux de présentation du siège selon la parité pour les singletons vivants à terme (N=22 095), Région bruxelloise, 2010		
Parité	Nombre	%
1 (n=9 647)	439	4.6
2 (n=6 942)	209	3.0
3 (n=3 575)	92	2.6
4 et plus (n=1 931)	44	2.3

Table 29 : Taux de présentation du siège selon l'âge maternel chez la primipare pour les singletons vivants à terme (N=9 640), Région bruxelloise, 2010		
Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=381)	7	1.8
20-29 (n=5 164)	183	3.5
30-39 (n=3 853)	231	6.0
40-49 (n=242)	18	7.4

Table 30 : Taux de présentation du siège selon la nationalité de la mère chez la primipare pour les singletons vivants à terme (N=9 647), Région bruxelloise, 2010

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 522)	196	5.6
Europe moins Belgique (n=2 191)	110	5.0
Turquie (n=293)	12	4.1
Maghreb et Egypte (n=1 803)	57	3.2
Afrique subsaharienne (n=458)	11	2.4
Autres (n=1 380)	48	3.5

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=8 005), Région bruxelloise, 2010

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=544)	33	6.1
18.6-24.9 (n=5 427)	242	4.5
25.0-29.9 (n=1 485)	60	4.0
30.0-39.9 (n=504)	22	4.4
40.0 et plus (n=45)	2	4.4

5.4.2 TYPE DE SURVEILLANCE FŒTALE

Table 32 : Type de surveillance fœtale pendant le travail pour les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues) (N=20 621), Région bruxelloise, 2010

Monitoring	Nombre	%	Données comparatives
			Bruxelles 2009 (3) %
Cardiotocogramme seul (CTG)	17 937	87.0	85.3
STAN*	2 340	11.3	10.3
CTG + pH au scalp	75	0.4	2.3
Auscultation intermittente seule	74	0.4	0.3
CTG + auscultation intermittente	19	0.1	0.2
Aucune surveillance	176	0.9	1.7

* dont 35 avec pH au scalp

Parmi les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues), le type de surveillance est inconnu pour 88 naissances.

Le taux de césarienne lorsqu'il a été nécessaire de suivre le tracé fœtal par un STAN est de 23.9 % des accouchements de singletons vivants à partir de 37 semaines contre 16.2 % si le tracé fœtal a été suivi par un monitoring fœtal seul. Le taux de ventouse et forceps est de 20.3 % après un STAN contre 7.5 % après un monitoring cardiaque fœtal seul.

5.4.3 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

5.4.3.1 PRÉVALENCE

La prévalence globale est de **19.2** pour 100 accouchements, et de **18.2 %** et **59.5 %** pour les accouchements uniques et multiples respectivement. Pour les césariennes électorives, la prévalence est de 9.2 pour 100 accouchements et de 10.0 % pour les césariennes non-programmées. La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 74 accouchements (**0.3 %**).

13 césariennes de grossesses gémellaires ont été réalisées en cours d'accouchement, pour le deuxième jumeau (2.4 % des accouchements multiples). On approche donc les taux retrouvés aux États-Unis et au Canada (plus de 3 %) où la version grande extraction n'est pas recommandée, mais on est bien au-delà des taux français (≤ 0.5 %) où cette attitude est répandue (10).

Données comparatives

Prévalence :

Flandre 2010 (1) : 19.4 %
Wallonie 2010 (2) : 20.2 %
Bruxelles 2009 (3) : 18.0 %

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

On obtient donc 20.1 césariennes pour 100 naissances.

Le taux de césariennes est élevé en Région bruxelloise, mais varie fortement d'une maternité à l'autre (14.9 à 27.2 %). Il est cependant moins élevé que dans les autres régions du pays.

5.4.3.2 ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

19.1 % des multipares ont un antécédent de césarienne. Parmi ces 19.1 %, un peu plus d'un tiers sont des accouchements par voie basse et un peu moins de deux tiers des césariennes.

Table 33 : Taux de multipares selon l'antécédent de césarienne par naissance (N=13 981), Région bruxelloise, 2010

Antécédent de césarienne	Accouchements par voie basse		Accouchement par césarienne	
	Nombre de multipares	%	Nombre de multipares	%
Oui (n=2 638)	950	35.7	1 688	63.5
Non (n=11 164)	10 235	91.7	929	8.3
Inconnu (n=179)	165	92.2	14	7.8

5.4.3.3 CÉSARIENNE ET FACTEURS DE RISQUE

Table 34 : Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants (N=23 703), Région bruxelloise, 2010

Présentation	Nombre	%
Sommet fléchi (n=21 659)	2 962	13.7
Sommet autre (n=942)	384	40.8
Siège (n=973)	863	88.7
Transverse (n=105)	105	100
Inconnu (n=24)	22	91.7

Données comparatives

Bruxelles 2009 (3) %

13.5

32.7

86.1

98.8

48.0

Table 35 : Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les primipares (N=545), Région bruxelloise, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Nombre	%
< 28 (n=16)	13	81.2
28-31 (n=24)	21	87.5
32-36 (n=66)	62	93.9
≥ 37 (n=439)	417	95.0

Données comparatives

Bruxelles 2009 (3) %

85.7

92.3

83.3

92.5

Table 36 : Taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon l'âge gestationnel pour les multipares (N=419), Région bruxelloise, 2010						
Âge gestationnel (semaines)	Avec antécédent(s) de césarienne (N=147)			Sans antécédent de césarienne (N=272)		
	Total	Nombre de césariennes	%	Total	Nombre de césariennes	%
< 28	0	0	0.0	12	10	83.3
28-31	4	4	100.0	12	11	91.7
32-36	12	10	83.3	38	30	78.9
≥ 37	131	129	98.5	210	149	71.0

Table 37 : Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=9 397), Région bruxelloise, 2010		
Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=3)	1	33.3
15-19 (n=401)	25	6.2
20-24 (n=1 855)	237	12.8
25-29 (n=3 230)	388	12.0
30-34 (n=2 576)	373	14.5
35-39 (n=1 096)	244	22.3
40-44 (n=226)	77	34.1
45-49 (n=10)	5	50.0

Données comparatives	
Bruxelles 2009 (3) %	
	100.0
	9.6
	10.8
	13.4
	15.1
	20.8
	32.1
	71.4

Table 38 : Taux de césariennes et nationalité d'origine pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=9 397), Région bruxelloise, 2010		
Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 378)	415	12.3
Europe moins Belgique (n=2 133)	277	13.0
Turquie (n=290)	38	13.1
Maghreb et Egypte (n=1 758)	273	15.5
Afrique subsaharienne (n=455)	132	29.0
Autres (n=1 383)	215	15.5

Données comparatives	
Bruxelles 2009 (3) %	
	13.1
	12.4
	14.5
	14.3
	26.9
	15.9

Table 39 : Taux de césariennes selon l'IMC pour les singletons vivants en sommet chez la primipare de 18 ans et plus (N=7 720), Région bruxelloise, 2010		
IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=524)	61	11.6
18.6-24.9 (n=5 227)	626	12.0
25.0-29.9 (n=1 430)	260	18.2
30.0-39.9 (n=492)	135	27.4
40.0 et plus (n=47)	14	29.8

Données comparatives	
Bruxelles 2009 (3) %	
	10.3
	12.6
	18.8
	25.7
	44.2

5.4.3.4 INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Le nombre total de césariennes est de 4 705. 20 causes n'ont pu être obtenues (0.4 %), pour les grossesses uniques uniquement.

Pour 13 enfants singletons déclarés mort-nés une césarienne avait été réalisée : dans 4 cas pour pathologie placentaire ou maternelle, dans 3 cas pour souffrance fœtale, dans 2 cas pour antécédent de césarienne, dans 2 cas pour dystocie et dans un cas une rupture utérine. Une indication est manquante.

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

L'indication de la césarienne dans le cadre des 14 grossesses triples était la grossesse triple elle-même dans tous les cas. Pour 2 grossesses, une cause supplémentaire est indiquée, respectivement antécédent de césarienne et souffrance foetale.

Table 40 : Indication de césarienne pour les naissances uniques vivantes (N= 4 323), Région bruxelloise, 2010

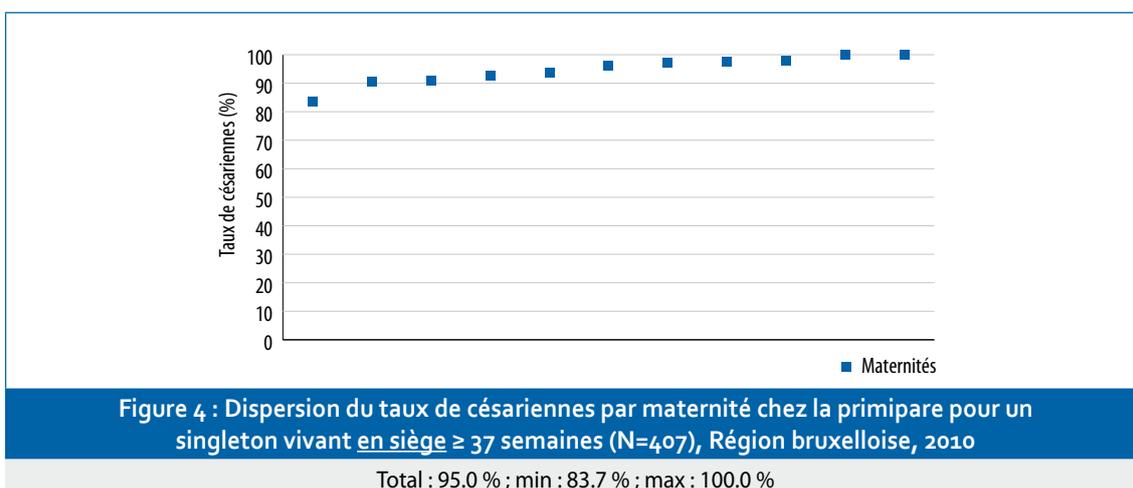
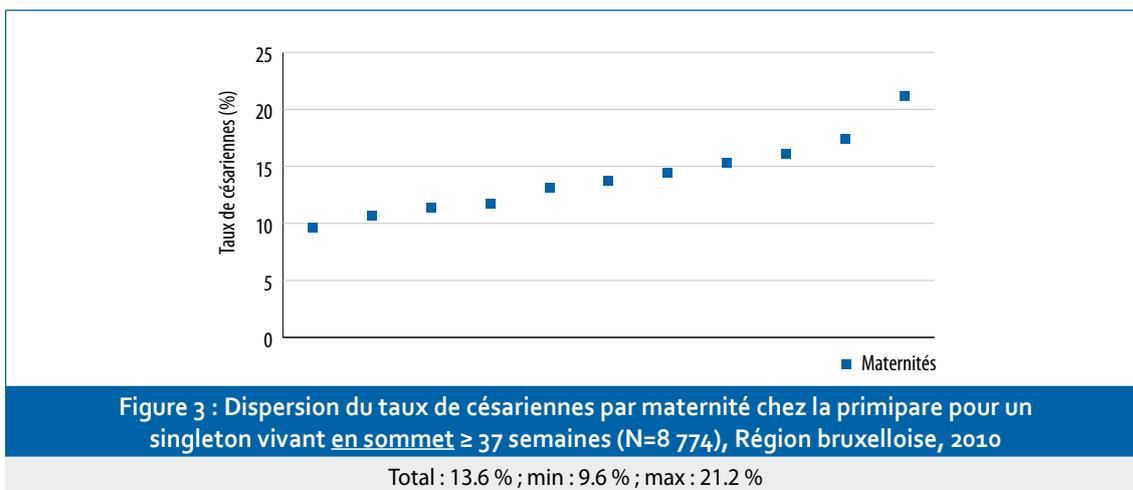
	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel : TOTAL	1 116	25.8
Antécédent de césarienne	970	22.4
Utérus mult cicatriciel	106	2.5
Antécédent d'hystérotomie/myomectomie (hors césarienne)	24	0.6
Antécédent de césarienne et suspicion de rupture utérine	3	0.1
Antécédent de césarienne et rupture utérine	13	0.3
Anomalie de la présentation : TOTAL	812	18.8
Siège	635	14.7
Transverse	69	1.6
Face, front et autres présentations	19	0.4
Anomalie de la présentation et antécédent de césarienne	89	2.1
Dystocie, pas en travail : TOTAL	176	4.1
Dystocie, pas en travail	163	3.8
Echec de déclenchement/induction/épreuve travail	13	0.3
Dystocie arrêt dilatation : TOTAL	505	11.7
Dystocie arrêt dilatation	455	10.5
Dystocie arrêt dilatation et antécédent de césarienne	48	1.1
Dystocie arrêt dilatation et siège	2	0.0
Dystocie arrêt progression à dilatation complète : TOTAL	144	3.3
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	111	2.6
Dystocie arrêt progression à dilatation complète et antécédent de césarienne	5	0.1
Echec ventouse/forceps	28	0.6
Souffrance fœtale aiguë (SFA) : TOTAL	928	21.5
SFA	734	17.0
SFA et dystocie arrêt progression à dilatation complète	36	0.8
SFA et dystocie arrêt dilatation	129	3.0
SFA et pathologie maternelle	18	0.4
Pathologie foetale	11	0.3
Pathologie maternelle : TOTAL	341	7.9
Hypertension/Prééclampsie/Eclampsie	19	0.4
Pathologie maternelle sans précision	267	6.2
Pathologie maternelle sans précision et antécédent de césarienne	47	1.1
Chorioamniotite	8	1.8
Cause placentaire : TOTAL	199	4.6
Cause placentaire sans précision	183	4.2
Décollement placentaire	6	0.1
Placenta praevia/vasa	10	0.2
Demandée par la patiente : TOTAL	56	1.3
Demandée par la patiente et siège	6	0.1
Demandée par la patiente et antécédent de césarienne	25	0.6
Demandée par la patiente sans précision	25	0.6
Autres : TOTAL	46	1.1
Procidence cordon	15	0.3
Cerclage abdominal	9	0.2
Retard de croissance intra-utérin	8	0.2
Myome praevia	5	0.1
Malformation utérine	5	0.1
Obésité morbide	1	0.0
Ligature de trompes	1	0.00
Arrêt cardiaque maternel	1	0.0
Spina bifida maternel	1	0.0

Table 41 : Indication de césarienne pour les accouchements multiples d'enfants nés vivants et mort-nés (N=335), Région bruxelloise, 2010

	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel	51	15.2
Anomalie de la presentation (siège et transverse)	117	34.9
Dystocie, pas en travail	3	0.9
Dystocie arrêt dilatation	10	3.0
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	4	1.2
Souffrance fœtale aiguë (SFA)	43	12.8
Pathologie maternelle	18	5.4
Cause placentaire	10	3.0
Demandée par la patiente	5	1.5
Procidence cordon	1	0.3
Grossesse multiple sans précision	59	17.6
Mort in utéro	1	0.3
1er jumeau voie basse, 2ème jumeau par césarienne pour anomalie de la présentation ou SFA	13	3.9

5.4.3.5 CÉSARIENNES ET MATERNITÉS

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



5.4.4 ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL

Table 42 : Taux de ventouses et de forceps par naissance (N=25 021), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives		
	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %	Wallonie 2010 (2) %	Flandre 2010 (1) %
Ventouse	1 759	7.0	7.2	4.6	9.5
Forceps	293	1.2	1.3	2.5	0.6
Ventouse et forceps	29	0.1	0.1	0.5	
Total ventouse et/ou forceps	2 081	8.3	8.6	7.6	10.1

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 75 naissances (0.3 %).

5.4.5 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

5.4.5.1 PRÉVALENCE

On constate que **27.9 %** des accouchements ont été induits, ou :

- 27.8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 28.8 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 31.8 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 26.6 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare

Données comparatives	
Induction :	
Flandre 2010 (1) :	23.8 %
Wallonie 2010 (2) :	33.1 %
Bruxelles 2009 (3) :	27.7 %

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. De cette manière, on obtient 30.8 % de naissances induites.

La notification de l'induction est manquante pour 36 accouchements (0.1 %). Le taux d'induction va de 22.2 % à 37.3 % selon la maternité.

30.8 % des accouchements ont été induits lorsqu'on ne comptabilise pas les césariennes programmées.

5.4.5.2 INDUCTIONS ET MATERNITÉS

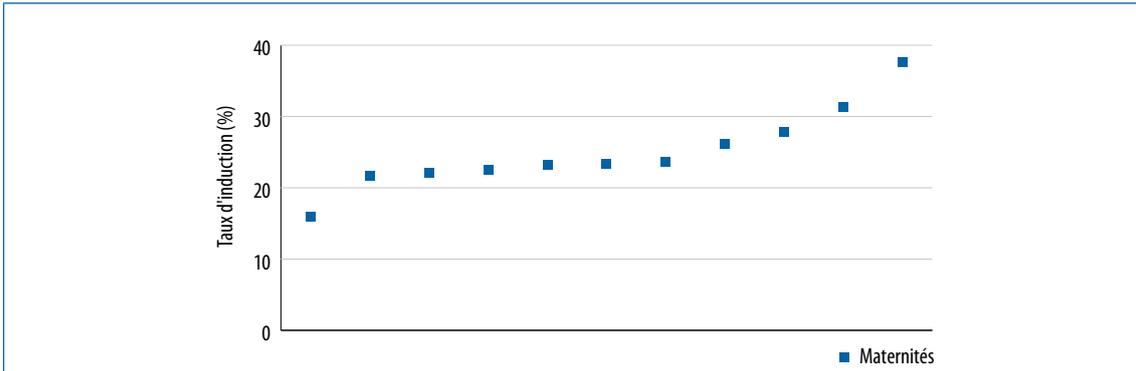


Figure 5 : Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclu) (N=17 356), Région bruxelloise, 2010

Total : 24.6 % ; min : 15.9 % ; max : 37.7 %

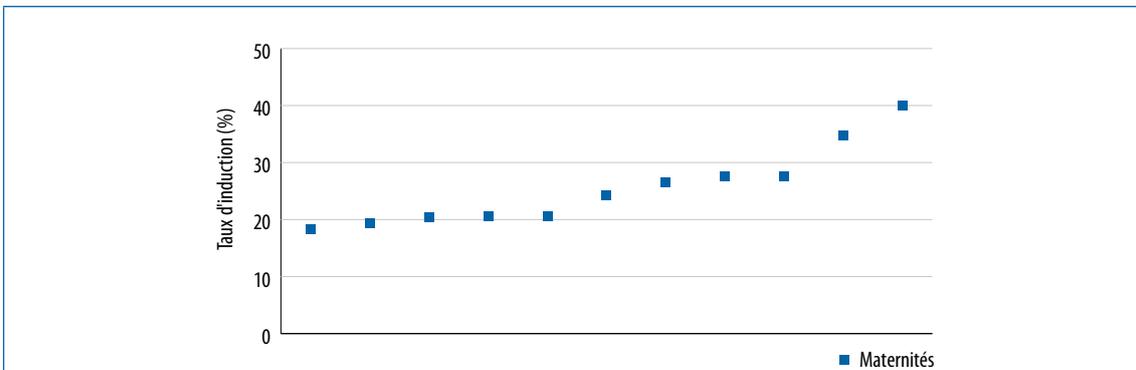


Figure 6 : Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 34 et 36 semaines (N=896), Région bruxelloise, 2010

Total : 26.3 % ; min : 18.4 % ; max : 40.0 %

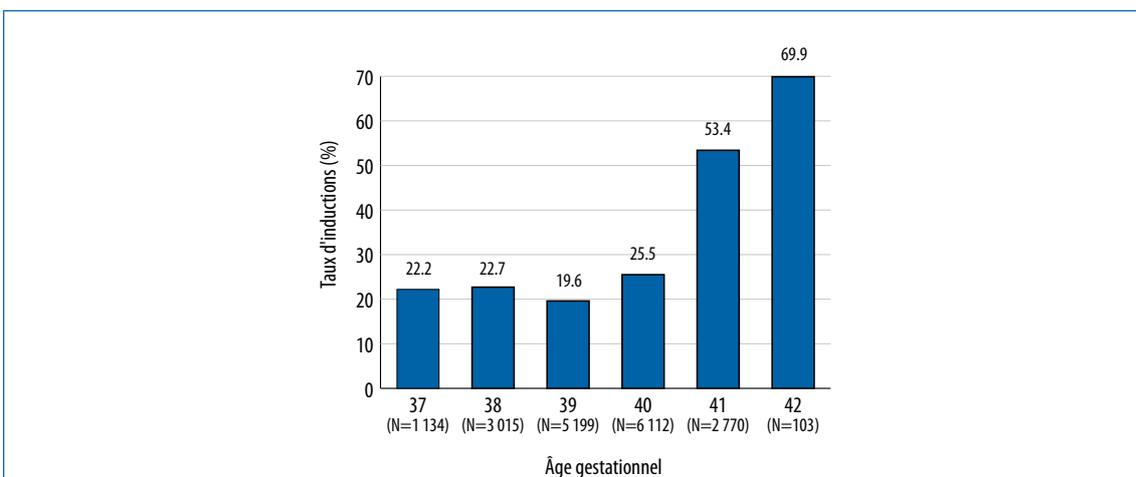


Figure 7 : Taux d'inductions par âge gestationnel pour un singleton vivant en sommet de ≥37 semaines sans hypertension et diabète (N=18 333), Région bruxelloise, 2010

5.4.5.3 INDUCTION ET CÉSARIENNE

Table 43 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare (N=8 805), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Induction	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Induction (n=2 816)	530	18.8	17.5
Pas d'induction (n=5 989)	669	11.2	12.0
Total (n=8 805)	1 199	13.6	13.7

Table 44 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne (N=9 519), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Induction	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Induction (n=2 826)	93	3.3	3.2
Pas d'induction (n=6 693)	188	2.8	2.8
<i>Dont: Programmée</i>		1.1	1.0
<i>Non programmée</i>		1.7	1.8
Total (n=9 519)	281	3.0	2.9

La donnée concernant l'induction est manquante pour 1 césarienne (0.01 %).

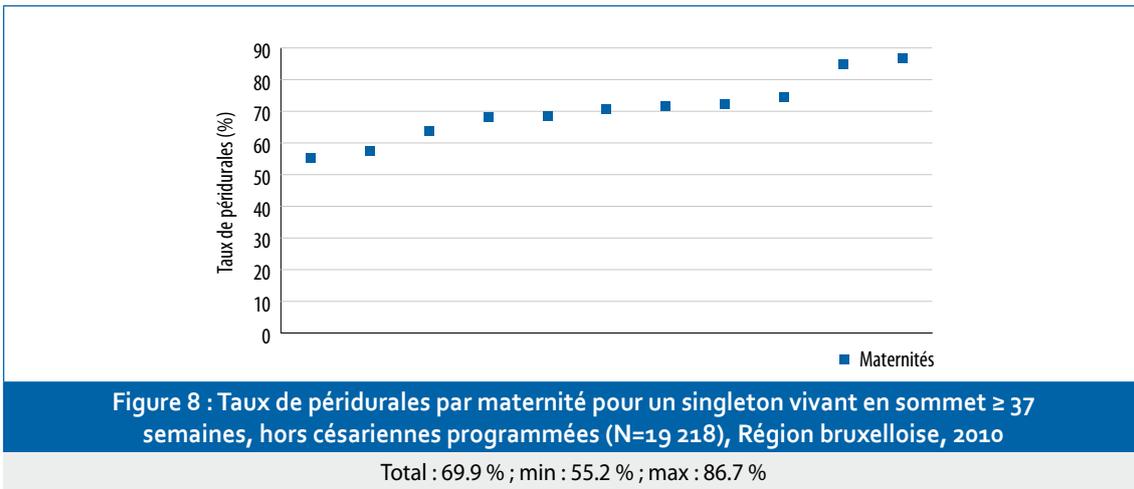
Table 45 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne (N=2 005), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Induction	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Induction (n=269)	69	25.7	26.1
Pas d'induction (n=1 736)	1 094	63.0	62.5
<i>Dont: Programmée</i>		50.3	48.7
<i>Non programmée</i>		12.7	13.5
<i>Non précisé</i>		0.0	0.3
Total (n=2 005)	1 163	58.0	57.7

5.4.6 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

15 719 accouchements ont bénéficié d'une péridurale (70.9 %) (hors césariennes programmées). Ce taux est de 81.1 % chez la primipare et 62.5 % pour la multipare. L'information est manquante pour 20 accouchements (0.1 %).

Si l'on ne considère que les accouchements par voie basse, on observe 13 407 péridurales pour 19 703 accouchements (68.1 %), et 0.1 % de données manquantes par voie basse, et ce taux va de 53.6 % à 85.8 % selon la maternité.

Donnée comparative	
Péridurale :	
Flandre 2010 (1) :	67.7 %
Wallonie 2010 (2) :	76.5 %
Bruxelles 2009 (3) :	69.4 %



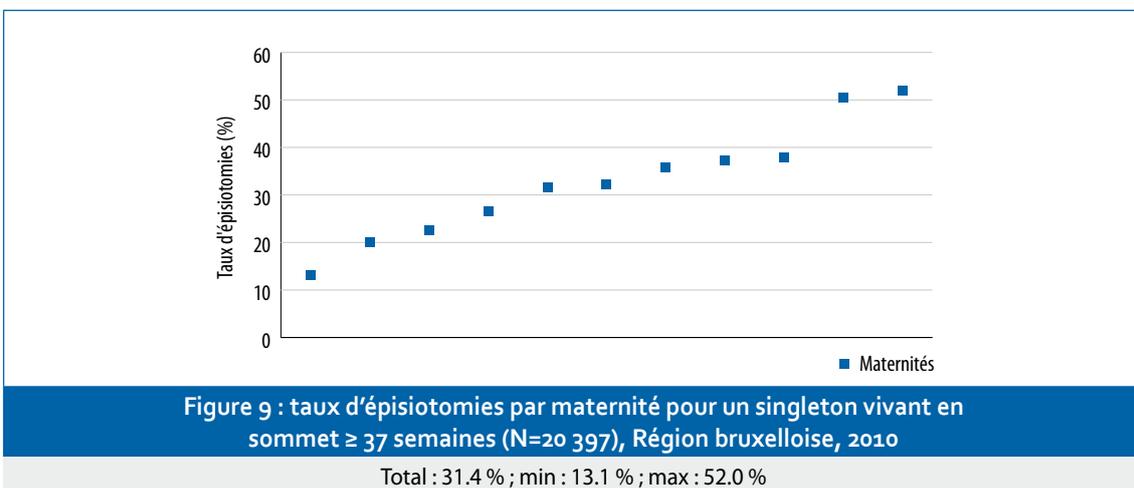
5.4.7 ÉPISIOTOMIE

On compte 7 123 épisiotomies pour 24 425 accouchements (29.2 %) et 7 107 épisiotomies pour 19 708 accouchements par voie basse (36.1 %). Cette information est manquante pour 42 accouchements par voie basse (0.2 %).

On observe 54.3 % d'épisiotomie chez la primipare et 22.2 % chez la multipare en cas d'accouchement par voie basse.

Ce taux va de 11.8 % à 48.9 % selon la maternité, et de 14.4 % à 64.7 % en cas d'accouchement par voie basse.

Données comparatives	
Épisiotomie :	
Flandre 2010 (1) :	54.0 %
Wallonie 2010 (2) :	36.3 %
Bruxelles 2009 (3) :	31.2 %



5.4.8 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Il s'agit des accouchements à partir de 37 semaines, sans instrumentation, sans induction et sans épisiotomie. On comptabilise **33.3 %** d'accouchements sans intervention obstétricale et **15.4 %** d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale.

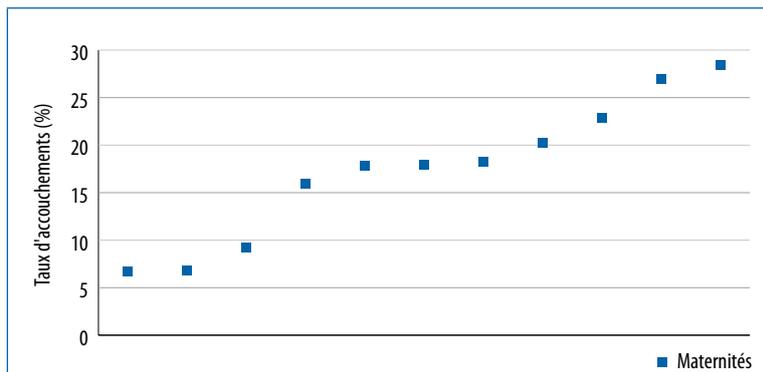


Figure 10 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale par maternité pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines, Région bruxelloise, 2010

Total : 17.8 % ; min : 6.7 % ; max : 28.4 %

Table 46 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel (N=8 748), Région bruxelloise, 2010

Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=366)	145	39.6
20-29 (n=4 758)	1 317	27.7
30-39 (n=3 416)	778	22.8
40-49 (n=208)	36	17.3

Table 47 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel (N=8 748), Région bruxelloise, 2010

Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=366)	42	11.5
20-29 (n=4 758)	399	8.4
30-39 (n=3 416)	271	7.9
40-49 (n=208)	13	6.3

Table 48 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon la nationalité d'origine (N=8 749), Région bruxelloise, 2010

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 132)	767	24.5
Europe moins Belgique (n=1 978)	543	27.5
Turquie (n=270)	60	22.2
Maghreb et Egypte (n=1 665)	424	25.5
Afrique subsaharienne (n=424)	117	27.6
Autres (n=1 280)	335	26.2

Table 49 : Taux d'accouchements sans intervention obstétricale pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC (N=7 252), Région bruxelloise, 2010

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=488)	117	24.0
18.6-24.9 (n=4 927)	1 292	26.2
25.0-29.9 (n=1 335)	321	24.0
30.0-39.9 (n=461)	87	18.9
40.0 et plus (n=41)	7	17.1

5.4.9 ACCOUCHEMENT AVEC INTERVENTION OBSTÉTRICALE

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

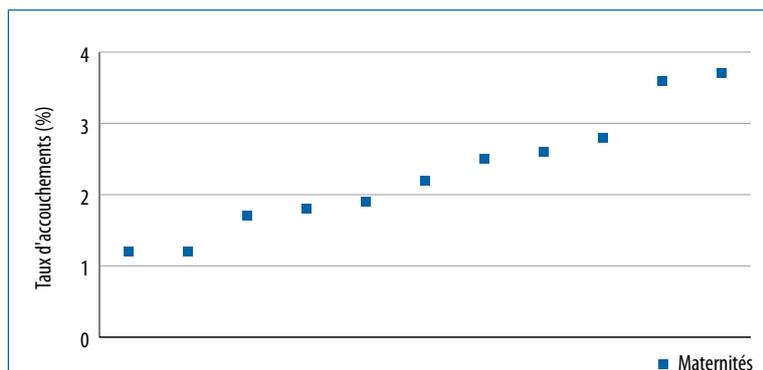


Figure 11 : Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental par maternité pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines, Région bruxelloise, 2010

Total : 2.3 % ; min : 1.2 % ; max : 3.7 %

Table 50 : Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon l'âge maternel (N=8 748), Région bruxelloise, 2010

Âge (années)	Nombre	%
<20 (n=366)	10	2.7
20-29 (n=4 758)	187	3.9
30-39 (n=3 416)	180	5.3
40-49 (n=208)	13	6.3

Table 51 : Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare selon la nationalité d'origine (N=8 749), Région bruxelloise, 2010

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 132)	137	4.4
Europe moins Belgique (n=1 978)	90	4.6
Turquie (n=270)	11	4.1
Maghreb et Egypte (n=1 665)	81	4.9
Afrique subsaharienne (n=424)	13	3.1
Autres (n=1 280)	58	4.5

Table 52 : Taux d'accouchements avec induction ET péridurale ET épisiotomie ET accouchement instrumental pour les singletons vivants en sommet à terme chez la primipare de 18 ans et plus selon l'IMC (N=7 252), Région bruxelloise, 2010

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=488)	22	4.5
18.6-24.9 (n=4 927)	229	4.7
25.0-29.9 (n=1 335)	72	5.4
30.0-39.9 (n=461)	20	4.3
40.0 et plus (n=41)	4	9.8

5.5 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

Données comparatives	
Accouchements multiples	
Flandre 2010 (1) :	1.9 %
Wallonie 2010 (2) :	1.7 %
Bruxelles 2009 (3) :	2.2 %

Table 53 : Détails des accouchements multiples, Région bruxelloise, 2010	
Grossesses gémellaires :	
	539 accouchements de 2 jumeaux vivants
	8 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	5 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
Grossesses triples :	
	14 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants

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

D'après ces recommandations, le taux de grossesses multiples en Région bruxelloise en 2010 est de **2.3 %**.

On observe 14 grossesses de triplés (0.05 % des grossesses) ayant mené à des naissances. Parmi ces grossesses, 50.0 % ont été conçues par ICSI ou FIV. L'information concernant le type de conception ne manque pour aucune grossesse triple, 5 grossesses triples se sont donc présentées spontanément (0.02 % des accouchements) et 2 grossesses après traitement hormonal.

On compte également 2 grossesses gémellaires avec syndrome transfuseur-transfusé (2/552 grossesses gémellaires, 0.4 % des grossesses gémellaires, et 0.01 % des naissances). Cette donnée est probablement sous-estimée puisque le syndrome transfuseur-transfusé affecte environ 2 % des grossesses gémellaires (10 % des grossesses monochoriales), ou 0.04 % des naissances totales (11). Il est également possible que certaines grossesses gémellaires aient été affectées par la perte d'un fœtus, et que la grossesse ait finalement été déclarée comme une grossesse unique et non une grossesse gémellaire.

Table 54 : Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation, Région bruxelloise, 2010			
Type de conception	Âge (années)	Nombre	%
Conception spontanée (n=21 540)	< 20 (n=445)	3	0.7
	20-29 (n=9 184)	127	1.4
	30-39 (n=10 971)	222	2.0
	40-49 (n=936)	17	1.8
	50 + (n=4)	0	0.0
Conception assistée (n=1 060)	< 20 (n=3)	1	33.3
	20-29 (n=199)	30	15.1
	30-39 (n=718)	129	18.0
	40-49 (n=138)	14	10.1
	50 + (n=2)	1	50.0
Non demandé (n=1 517)	< 20 (n=31)	0	0.0
	20-29 (n=645)	5	0.8
	30-39 (n=777)	13	1.7
	40-49 (n=64)	2	3.1

5.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

5.6.1 POIDS DE NAISSANCE

5.6.1.1 POIDS MOYEN DE L'ENFANT

3 266 g (minimum : 150 g – maximum : 5 750 g)

Le poids n'a pu être obtenu pour 93 naissances (0.4 %).

Le poids moyen parmi les enfants nés vivants est de **3 282 g** (minimum : 420 g – maximum : 5 750 g)

5.6.1.2 RÉPARTITION DU POIDS DE NAISSANCE

Euro-Peristat (4) définit cet indicateur comme le nombre de naissances par intervalle de 500 g, sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. De plus les proportions d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g et 1 500 g sont habituellement présentées à des fins de comparaison internationales. Il est proposé d'également calculer ce taux sur l'ensemble des naissances vivantes uniquement, pour éviter le biais lié à la déclaration des mort-nés qui n'est pas égale dans chaque pays et région.

Table 55 : Répartition du poids de naissance (N=25 096), Région bruxelloise, 2010					Données comparatives			
Poids (g)	Singletons (n=23 950)		Grossesses multiples (n=1 146)		Wallonie 2010 (2) %		Flandre 2010 (1) %	
	Nombre	%	Nombre	%	Singletons	Grossesses multiples	Singletons	Grossesses multiples
< 500	28	0.1	7	0.6	0.1	1.2	*	*
500-999	159	0.7	30	2.6	0.3	3.7	0.4	2.9
1 000-1 499	164	0.7	96	8.4	0.4	4.3	0.4	7.3
1 500-1 999	211	0.9	158	13.8	1.1	17.4	0.8	14.5
2 000-2 499	778	3.3	345	30.1	4.5	35.3	3.2	31.0
2 500-2 999	4 098	17.1	393	34.3	21.1	29.5	16.1	33.6
3 000-3 499	9 512	39.7	99	8.6	41.1	7.0	39.6	9.6
3 500-3 999	6 938	29.0	14	1.2	25.0	1.1	30.0	1.1
4 000-4 499	1 746	7.3	1	0.1	5.5	0.0	8.2	0.0
≥ 4 500	226	0.9	0	0.0	0.6	0.0	1.1	0.0
Poids inconnu	90	0.4	3	0.3	0.3	0.6		

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

5.6.1.3 PRÉVALENCE DU FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g est de 1 977 pour 25 004 naissances (7.9 %) au total, et de 1 804 pour 24 793 naissances vivantes (7.3 %).

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 9.7 %, contre 4.5 % dans les autres maternités.

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 500 g est de 484 pour 25 004 naissances (1.9 %) au total, et de 351 pour 24 793 naissances vivantes (1.4 %).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 000 g est de 224 pour 25 004 naissances (0.9 %) au total, et de 119 pour 24 793 naissances vivantes (0.5 %).

Données comparatives	
Poids de naissance < 2 500 g :	
Flandre 2010 (1) :	6.8 %
Wallonie 2010 (2) :	8.3 %
Bruxelles 2009 (3) :	7.9 %
Poids de naissance < 1 500 g :	
Flandre 2010 (1) :	1.2 %
Wallonie 2010 (2) :	1.1 %
Bruxelles 2009 (3) :	1.8 %

Les recommandations européennes (4) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du **taux d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g et à un âge gestationnel supérieur à 37 semaines**. On obtient alors un taux de 2.5 pour 100 naissances vivantes (566/22 711) de 37 semaines et plus, et de **20.6** pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (7/34).

Table 56 : Taux d'enfants singletons nés vivants et mort-nés selon l'âge gestationnel et le poids de naissance (N=23 860), Région bruxelloise, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Poids < 1 000 g (N=187)				Poids 1 000-1 499 g (N=164)				Poids 1 500-1 999 g (N=211)				Poids ≥ 2 000 g (N=23 298)			
	Vivants (N=90)		Mort-nés (N=97)		Vivants (N=142)		Mort-nés (N=22)		Vivants (N=195)		Mort-nés (N=16)		Vivants (N=23 239)		Mort-nés (N=59)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 23	3	3.3	50	51.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
24	9	11.0	16	16.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25	14	15.4	15	15.5	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
26-27	33	36.3	13	13.4	17	12.0	6	27.3	0	0.0	1	6.2	0	0.0	1	1.7
28-31	29	31.9	3	3.1	83	58.4	12	54.5	45	23.1	10	62.5	6	0.0	2	3.4
32-36	2	2.2	0	0.0	41	28.9	2	9.1	126	64.6	5	31.3	1 053	4.5	25	42.4
≥ 37	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	9.1	24	12.3	0	0.0	22 162	95.4	31	52.5
Âge inconnu	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18	0.1	0	0.0

Table 57 : Taux d'enfants issus de grossesse multiple, nés vivants et mort-nés selon l'âge gestationnel et le poids de naissance (N=1 143), Région bruxelloise, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Poids < 1 000 g (N=37)				Poids 1 000-1 499 g (N=96)				Poids 1 500-1 999 g (N=158)				Poids ≥ 2 000 g (N=852)			
	Vivants (N=28)		Mort-nés (N=9)		Vivants (N=90)		Mort-nés (N=6)		Vivants (N=157)		Mort-nés (N=1)		Vivants (N=850)		Mort-nés (N=2)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 23	0	0.0	4	44.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
24	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25	4	14.3	2	22.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
26-27	11	39.3	1	11.1	9	10.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
28-31	11	39.3	0	0.0	44	48.9	1	16.7	29	18.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
32-36	2	7.1	2	22.2	37	41.1	1	16.7	111	70.7	1	100.0	361	42.5	2	100.0
≥ 37	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	16.7	17	10.8	0	0.0	489	57.5	0	0.0
Âge inconnu	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

5.6.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

5.6.2.1 DURÉE MOYENNE DE LA GROSSESSE

38 semaines (minimum : 20 semaines* – maximum : 43 semaines). L'âge gestationnel n'a pu être obtenu pour 54 accouchements (0.2 %).

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

5.6.2.2 PRÉVALENCE DE LA PRÉMATURITÉ

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 1 947 pour un total de 24 463 accouchements (**8.0 %**), 6.8 % pour les accouchements de singletons et 54.9 % pour les accouchements de jumeaux.

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint 11.0 %, contre 5.5 % dans les autres maternités.

Données comparatives	
Accouchement < 37 semaines :	
Flandre 2010 (1) :	7.2 %
Wallonie 2010 (2) :	7.8 %
Bruxelles 2009 (3) :	7.7 %

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 2010, on obtient **9.1 %** 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 **8.4 %** en Région bruxelloise.

Des variations d'attitude face à des situations obstétricales difficiles, à des âges gestationnels précoces, peuvent entraîner des différences importantes dans les taux retrouvés. En effet, certaines naissances «vivantes» sont en fait des naissances d'enfants «destinés à mourir», du fait de leur prématurité extrême (< 24 semaines) ou d'une pathologie non compatible avec la vie.

Table 58 : Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel (N=25 096), Région bruxelloise, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Enfant né vivant et vivant après 7 jours (N=24 829)		Enfant mort-né (N=221)		Enfant né vivant et décédé avant 7 jours de vie (N=46)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=64)	1	1.6	61	95.3	2	3.1
24 (n=26)	7	25.9	16	63.0	3	11.1
25 (n=36)	13	36.1	17	47.2	6	16.7
26-27 (n=97)	64	66.0	27	27.8	6	6.2
28-31 (n=275)	243	88.4	28	10.2	4	1.4
32-36 (n=1 775)	1 730	97.5	38	2.1	7	0.4
≥ 37 (n=22 769)	22 717	99.8	34	0.1	180	0.1
Âge inconnu (n=54)	54	100.0	0	0.0	0	0.0

Table 59 : Répartition du type de début de travail selon l'âge gestationnel (N=24 516), Région bruxelloise, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Travail spontané (N=15 388)		Induction (N=6 837)		Césarienne elective (N=2 247)		Type de début de travail inconnu (N=44)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=62)	20	32.3	39	62.9	0	0.0	3	4.8
24 (n=26)	11	42.3	15	57.7	0	0.0	0	0.0
25 (n=33)	9	27.3	18	54.5	6	18.2	0	0.0
26-27 (n=85)	42	49.4	26	30.6	17	20.0	0	0.0
28-31 (n=230)	144	62.6	40	17.4	46	20.0	0	0.0
32-36 (n=1 511)	961	63.6	352	23.3	198	13.1	0	0.0
≥ 37 (n=22 515)	14 186	63.0	6 346	28.2	1 976	8.8	7	0.0
Âge inconnu (n=54)	15	27.8	1	1.9	4	7.4	34	62.9

5.6.2.3 RÉPARTITION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

Table 60 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=24 516), Région bruxelloise, 2010

Âge gestationnel (semaines)	Singletons (N=23 950)		Grossesses multiples (N=566)	
	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=62)	60	0.3	2	0.4
24 (n=26)	26	0.1	0	0.0
25 (n=33)	30	0.1	3	0.5
26-27 (n=85)	73	0.3	12	2.1
28-31 (n=230)	190	0.8	40	7.1
32-36 (n=1 511)	1 257	5.2	254	44.9
≥ 37 (n=22 515)	22 260	92.9	255	45.1
Âge inconnu (n=54)	54	0.2	0	0.0

Données comparatives

Wallonie 2010 (2) %		Flandre 2010 (1) %	
Singletons	Grossesses multiples	Singletons	Grossesses multiples
0.1	1.4	0.4	2.8
0.1	1.1		
0.1	0.3		
0.2	1.2		
0.5	5.9	0.5	7.8
5.9	52.2	5.4	46.4
93.0	37.9	93.7	42.9
0.2	0.0		

5.6.2.4 ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET FACTEURS DE RISQUE

Table 61 : Accouchement < 37 semaines et âge maternel pour les singletons vivants chez la primipare (N=10 464), Région bruxelloise, 2010

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=3)	1	33.3
15-19 (n=418)	35	8.4
20-24 (n=2 023)	138	6.8
25-29 (n=3 554)	245	6.9
30-34 (n=2 919)	205	7.0
35-39 (n=1 267)	99	7.8
40-44 (n=266)	35	12.8
45-49 (n=13)	0	0.0
50+ (n=1)	0	0.0

Table 62 : Accouchement < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=10 464), Région bruxelloise, 2010

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=3 843)	315	8.2
Europe moins Belgique (n=2 381)	173	7.3
Turquie (n=321)	28	8.7
Maghreb et Egypte (n=1 917)	95	5.0
Afrique subsaharienne (n=501)	41	8.2
Autres (n=1 501)	106	7.1

Table 63 : Accouchement < 37 semaines et IMC pour les singletons vivants chez la primipare (N=8 682), Région bruxelloise, 2010

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18.5 (n=595)	42	7.1
18.5-24.9 (n=5 865)	350	6.0
25.0-29.9 (n=1 621)	114	7.0
30.0-39.9 (n=549)	42	7.7
40.0 et plus (n=52)	5	9.6

Table 64 : Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=10 464), Région bruxelloise, 2010

Situation professionnelle	Nombre	%
Active (n=5 904)	428	7.2
Étudiante (n=243)	19	7.8
Chômage (n=888)	71	8.0
Sans profession / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=3 342)	230	6.9
Situation professionnelle inconnue (n=87)	10	11.5

Table 65 : Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction pour les singletons vivants chez la primipare (N=10 464), Région bruxelloise, 2010

Niveau d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction (n=141)	11	7.8
Primaire (n=754)	54	7.2
Secondaire inférieur (n=909)	60	6.6
Secondaire supérieur (n=3 524)	276	7.8
Supérieur de type court (n=1 798)	124	6.9
Supérieur de type long ou universitaire (n=2 585)	156	6.0
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger) (n=4)	0	0.0
Inconnu (n=749)	12	1.6

5.6.3 STREPTOCOQUE DU GROUPE B

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

Table 66 : Statut du GBS par accouchement (N=21 199), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Statut du GBS	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
oui	4 382	20.7	20.0
non	15 294	72.1	71.8
non testé/non connu	1 523	7.2	8.3

La donnée est manquante pour 262 accouchements à partir de 35 semaines (1.1 %).

Le taux de traitement par antibiothérapie en cas de dépistage positif du streptocoque B est de **93.0 %** pour les naissances vivantes à partir de 35 semaines. 120 données sont manquantes (0.5 %).

5.6.4 APGAR

5.6.4.1 SCORE D'APGAR À 1 MINUTE

Score d'apgar inférieur à 7 : **7.3 %** de toutes les naissances vivantes.

Score d'apgar inférieur à 4 : **2.1 %** de toutes les naissances vivantes.

Le score d'apgar à 1 minute manque pour 107 naissances (0.4 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 est de 13.2 % après l'utilisation d'un STAN, et de 6.6 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.4.2 SCORE D'APGAR À 5 MINUTES

Score d'apgar inférieur à 7 à 5 minutes : **1.6 %** de toutes les naissances vivantes.

Score d'apgar inférieur à 4 à 5 minutes : **0.2 %** de toutes les naissances vivantes.

Le score d'apgar à 5 minutes manque pour 117 naissances (0.5 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 est de 3.0 % après l'utilisation d'un STAN, et de 1.4 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.5 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

La donnée est manquante pour 201 naissances (**0.8 %** des naissances vivantes).

Table 67 : Ventilation du nouveau-né vivant (N=24 896), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Ventilation	1 658	6.7	6.4
Dont: <i>Intubation</i>	212	12.8	14.4
<i>Ballon et masque</i>	1 412	85.2	83.4
<i>Type de ventilation inconnu</i>	34	2.0	2.2

5.6.6 TRANSFERT VERS UN CENTRE NÉONATAL

La donnée est manquante pour 310 naissances (1.2 % des naissances).

Table 68 : Transfert vers un centre néonatal (N=24 786), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Transfert	3 006	12.1	12.7
Dont: N*	1 677	55.8	58.5
NIC	1 301	43.3	41.0
Type de centre inconnu	28	0.9	0.6

5.6.7 TRANSFERT EX UTERO

68 nouveau-nés sont nés dans un centre sans NIC et ont été secondairement transférés dans un service NIC (27.1/10 000 naissances vivantes). Parmi ceux-ci, 16 étaient sous l'âge gestationnel de 34 semaines et/ou avaient un poids inférieur à 1 500 g (6.4/10 000 naissances vivantes) dont 9 étaient sous l'âge gestationnel de 32 semaines et/ou avaient un poids inférieur à 1 500 g (3.6/10 000 naissances vivantes).

Une étude réalisée en 2004 par le Collège Mère-Enfant avait estimé le taux de transfert postpartum ex utero à environ 143 pour 10 000 accouchements (12).

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

5.6.8 SEXE

Table 69 : Sexe de l'enfant (N=25 092), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives
Sexe	Nombre	%	Bruxelles 2009 (3) %
Masculin	12 854	51.2	51.3
Féminin	12 232	48.8	48.7
Inconnu	6	0.0	0.0

La donnée est manquante pour 4 naissances (0.02 %)

5.6.9 MALFORMATIONS

301 malformations ont été enregistrées en 2010. Il s'agit bien des malformations diagnostiquées soit pendant la grossesse, soit à la naissance de l'enfant. Le tableau ci-dessous reprend uniquement les 222 malformations précisées sur le volet CEpiP. En effet, le volet CEpiP ne reprend qu'un nombre limité de malformations, mais les soignants ajoutent régulièrement d'autres malformations à la main. Pour information, parmi les 79 autres malformations renseignées 28 sont d'origine cardiaque.

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

Table 70 : Types de malformations (N= 222), Région bruxelloise, 2010

Nombre	Malformations	
39	Fente labiale/palatine	dont 1 avec syndrome de Pierre Robin
		dont 1 avec imperforation anale
		dont 1 avec communication interventriculaire et malformation de l'oropharynx
		dont 1 avec hernie diaphragmatique
		dont 1 avec anomalie réductionnelle des membres
29	Trisomie 21	
20	Transposition des gros vaisseaux	dont 4 avec communication interventriculaire
		dont 1 avec un ventricule unique
17	Spina bifida	dont 2 avec hydrocéphalie
11	Agénésie rénale	dont 1 avec hypospade
		dont 1 avec anomalie obstructive bassin/uretère
		dont 1 avec dysplasie rénale polykystique
10	Anomalie obstructive bassin/uretère	
10	Communication interventriculaire	dont 1 avec sténose aortique
		dont 1 avec craniosténose et anomalie réductionnelle des membres
10	Hypospade	
9	Hydrocéphalie	dont 1 avec agénésie rénale et communication interventriculaire
		dont 1 avec agénésie du corps calleux
9	Dysplasie squelettique/nanisme	
8	Tétralogie de Fallot	
7	Hydrops foetal	dont 1 avec canal atrio-ventriculaire complet
		dont 1 avec communication interventriculaire
7	Hernie diaphragmatique	
6	Dysplasie rénale polykystique	
4	Anomalie réductionnelle des membres	
4	Imperforation anale	dont 1 avec atrésie des voies laryngées
4	Atrésie de l'œsophage	
4	Trisomie 18	
3	Trisomie 13	
3	Gastroschisis	
2	Omphalocèle	dont 1 avec gastroschisis
1	Anencéphalie	
1	Hygroma kystique	
1	Malformation adénomatoïde du poumon	
1	Atrésie de l'intestin grêle	
1	Syndrome Dandy Walker	
1	Syndrome de Vater	

5.7 LIEU D'ACCOUCHEMENT

5.7.1 ACCOUCHEMENTS EN MATERNITÉ

Table 71 : Nombre de maternités par nombre d'accouchements, Région bruxelloise, 2010

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

5.7.2 ACCOUCHEMENTS HORS MATERNITÉ

Nous avons comptabilisé **125** naissances extrahospitalières, c'est-à-dire 5,0 pour 1 000 naissances.

Ces accouchements sont répartis comme suit :

- 69 à domicile programmés en présence d'un professionnel (2,7 ‰ des naissances)
- 56 hors maternité non prévus, dont 24 sans professionnel présent au moment de l'accouchement.

Données comparatives

Flandre 2010 (1) :	9,8 ‰
Wallonie 2010 (2) :	6,2 ‰
Bruxelles 2009 (3) :	4,9 ‰

Il est à noter que, dans la majorité des cas, lorsqu'une parturiente débute son travail à domicile mais que pour une raison ou une autre, elle doit être transférée vers un service de maternité, l'accouchement est comptabilisé dans les accouchements de la maternité en question. Nous n'avons plus de trace du début de travail à domicile. À cette fin, de nouvelles variables concernant les transferts ont été mises en place depuis janvier 2012, à destination des sages-femmes effectuant des accouchements extrahospitaliers. Malgré cela, nous savons que 5 enfants ont été transférés après l'accouchement en centre néonatal.

Dans les accouchements à domicile prévus, le taux d'épisiotomie est de 0,8 %.

Table 72 : Accouchement à domicile et âge maternel (N=125), Région bruxelloise, 2010

Âge (années)	Accouchement non programmé (n=56)		Accouchement programmé (n=69)	
	Nombre	%	Nombre	%
<20 (n=1)	1	100,0	0	0,0
20-29 (n=43)	25	58,1	18	41,9
30-39 (n=76)	27	35,5	49	64,5
40-49 (n=5)	3	60,0	2	40,0

Table 73 : Accouchement à domicile et situation professionnelle de la mère (N=125), Région bruxelloise, 2010

Situation professionnelle	Accouchement non programmé (n=56)		Accouchement programmé (n=69)	
	Nombre	%	Nombre	%
Active (n=59)	15	25.4	44	74.6
Étudiante (n=2)	1	50.0	1	50.0
Chômage (n=10)	2	20.0	8	80.0
Sans profession (n=45)	32	71.1	13	28.9
Inconnu (n=9)	6	66.7	3	33.3

Table 74 : Accouchement à domicile et parité (N=125), Région bruxelloise, 2010

Parité	Accouchement non programmé (n=56)		Accouchement programmé (n=69)	
	Nombre	%	Nombre	%
Primipare (n=26)	4	15.4	22	84.6
2-3 (n=74)	37	50.0	37	50.0
4+ (n=11)	7	63.6	4	36.4
Inconnu (n=14)	8	57.1	6	42.9

Table 75 : Accouchement à domicile et niveau d'instruction de la mère (N=125), Région bruxelloise, 2010

Niveau d'instruction	Accouchement non programmé (n=56)		Accouchement programmé (n=69)	
	Nombre	%	Nombre	%
Pas d'instruction (n=3)	3	100.0	0	0.0
Primaire (n=5)	4	80.0	1	20.0
Secondaire inférieur (n=3)	3	100.0	0	0.0
Secondaire supérieur (n=21)	11	52.4	10	47.6
Supérieur de type court (n=19)	6	31.6	13	68.4
Supérieur de type long ou universitaire (n=34)	7	20.6	27	79.4
Inconnu (n=40)	22	55.0	18	45.0

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 221 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (8.8 ‰ naissances), dont 18 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mort-nés est de 8.5 et 15.7 pour 1 000 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 2010 (1) :	4.2 ‰
Wallonie 2010 (2) :	5.4 ‰ <i>dont 4.7 ‰ pour les singletons et 27.7 ‰ pour les grossesses multiples</i>
Bruxelles 2009 (3) :	9.3 ‰ <i>dont 8.3 ‰ pour les singletons et 30.9 ‰ pour les grossesses multiples</i>

On constate en 2010 un nombre moins élevé d'enfants mort-nés par rapport aux taux retrouvés en 2009 mais plus élevé qu'en 2008 (8.4 ‰ naissances). Lors du lancement du CEpiP, des difficultés autour de l'enregistrement des mort-nés dans les hôpitaux wallons et bruxellois se sont présentées. En effet, le personnel soignant déclarait ne pas toujours connaître les «directives» de l'enregistrement. Le relatif non-respect de la loi visant à l'enregistrement des mort-nés de 22 semaines ou 500 g mène à une sous-estimation du taux de mort-nés. Lors des visites aux maternités en 2009, le CEpiP a fait un rappel des directives, ce qui peut expliquer une augmentation des déclarations. La fiabilité de cette donnée semble s'améliorer. Le nombre de mort-nés plus élevé à Bruxelles qu'en Wallonie pourrait s'expliquer à la fois par des différences dans les attitudes de déclaration, mais également par une concentration plus élevée de maternités spécialisées en Région bruxelloise.

5.8.2 TAUX DE MORT-NÉS SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Table 76 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel pour les singletons (N=23 950), Région bruxelloise, 2010			Données comparatives		
Âge gestationnel (semaines)	Nombre de mort-nés (N=203)	%	Bruxelles 2009 (3) %	Wallonie 2010 (2) %	Flandre 2010 (1) %
≤ 23 (n=60)	57	95.0	98.2	89.2	34.2
24 (n=26)	16	61.5	72.7	62.5	
25 (n=30)	15	50.0	60.0	31.3	
26-27 (n=73)	23	31.5	29.7	32.3	
28-31 (n=190)	27	14.2	17.6	13.6	7.3
32-36 (n=1 257)	32	2.5	2.3	1.6	1.3
≥ 37 (n=22 260)	33	0.1	0.1	0.1	0.1
Âge inconnu (n=54)	0	0.0	2.3	2.4	

5.8.3 CAUSES DE MORTALITÉ FŒTALE

Table 77 : Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=221), Région bruxelloise, 2010

	Nombre	%
Malformations : TOTAL	76	34.2
Système nerveux	24 ¹	10.8
Chromosomique	14	6.3
Cœur	8 ²	3.6
Association syndromique/Syndrome génétique	5	2.3
Anomalies faciales/Fente labio-palatine	4	1.8
Système musculo-squelettique et Anomalie tissu conjonctif	4	1.8
Appareil urinaire	4	1.8
Anomalie des membres	0	0.0
Appareil digestif	0	0.0
Malformations multiples sans précision	8	3.6
Malformation sans précision	5	2.3
Mort fœtale in utero (MFIU) sans cause apparente : TOTAL	43	19.4
Diagnostic après autopsie :		
Autopsie non contributive ou non réalisée	31	14.0
Compression du cordon	8	3.6
Origine placentaire sans précision	4	1.8
Chorioamniotite	18	8.1
Pathologie maternelle aiguë (hypertension, hémorragie, diabète)	14	6.3
Mort fœtale in utero, cause non transmise	13	5.9
Décollement placentaire	9	4.1
Retard de croissance intra-utérin	8	3.6
Mort fœtale in utero avec cause probable précisée – retard de croissance	7	3.2
Infection maternelle à CMV	5	2.3
Décès de cause indéterminée dans le cadre d'une prématurité extrême	3	1.8
Asphyxie / Souffrance fœtale aiguë	2	0.9
Infection sans précision	2	0.9
Grossesses multiples : TOTAL	15	6.8
MFIU cause non transmise ou autopsie non contributive	7	3.2
Retard de croissance intra-utérin	2	0.9
Syndrome transfuseur-transfusé	2	0.9
Grossesse arrêtée – extra-utérine	1	0.5
Asphyxie / Souffrance foetale aigue	1	0.5
Chorioamniotite	1	0.5
Fibroélastose endocardique	1	0.5
Autres : TOTAL	6	2.7
Tumeur	1	0.5
Alcoolisme maternel	1	0.5
Polyhydramnios	1	0.5
Hémorragie foeto-maternelle	1	0.5
Parvovirus B19	1	0.5
Anasarque foeto-placentaire	1	0.5

¹ dont 2 enfants issus de grossesses multiples

² dont 1 enfant issu de grossesse multiple

5.8.4 MORTALITÉ MATERNELLE

Bien que le CEpiP n'enregistre pas spécifiquement les morts maternelles, 2 décès (éclampsie et embolie amniotique) lui ont été renseignés en 2010.

6. Conclusions – Points d’attention

- 1 En 2010, 117 femmes ont accouché avant l’âge de 18 ans, ce qui correspond à un accouchement sur 200. À l’inverse, 23 mères sur 100 ont plus de 35 ans et 2 mères sur 1 000 ont plus de 45 ans à l’accouchement. On observe 6 accouchements après 50 ans dont 2 sont le fruit d’une assistance à la procréation.
- 2 Le taux de césariennes reste stable entre 2008 et 2010, ne dépassant pas la limite des 20 %. Ce taux est le moins élevé des trois régions du pays.
- 3 On constate, comme en 2009, un nombre important d’inductions (27.9 %), de péridurales (70.9 %) et d’épisiotomies (29.2 %). Ces taux sont moins élevés qu’en Wallonie mais figurent parmi les plus élevés d’Europe.
- 4 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.
- 5 Certaines données médicales sont encore insuffisamment recueillies, comme la notification des malformations, l’emploi du STAN, le type de conception de la grossesse, l’antécédent de césarienne et le poids et la taille de la patiente. Pour les données administratives, il s’agit du niveau d’instruction et de la situation professionnelle, particulièrement lors de la naissance d’un enfant mort-né.
- 6 On compte 221 mort-nés d’au moins 500 g ou 22 semaines (8.8 ‰ naissances). Le nombre de mort-nés plus élevé à Bruxelles qu’en Wallonie pourrait s’expliquer à la fois par des différences dans les attitudes de déclaration, mais également par une concentration plus élevée de maternités spécialisées en Région bruxelloise.

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

7. Références

- (1) Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2010. Studie centrum voor perinatale Epidemiologie 2011.
- (2) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart AF, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2010. Centre d’Epidémiologie Périnatale, 2012.
- (3) Minsart AF, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelare M, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2009. Centre d’Epidémiologie Périnatale, 2011.
- (4) Data from 2004. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. 2008.
- (5) Fontaine L, Goetghebuer T, Liegeois M et al. Banque de données Médico-Sociales – Données statistiques 2010, Office de la Naissance et de l’Enfance, 2012.
- (6) Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport I - 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) Yaktine A, Del Valle H, Datiles J et al. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of medicine of the national academies, 2009.
- (8) Wunder D, Neurohr EM, Faouzi M, Birkhäuser. Origin of multiple pregnancies in Berne, Switzerland, between 1995 and 2006: is IVF-ICSI really the most important origin? ESHRE 2011, Stockholm.
- (9) BELRAP. Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy, Belgium, 2008.
- (10) Schmitz T, Azria E, Cabrol D, Goffinet F. L’accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable ? Analyse des données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2009 ; 38, 367-376.
- (11) Lewi L, Jani J, Boes AS, Donne E, Van Mieghem T, Gucciardo L, Diemert A, Hecher K, Lewi P, Deprest J. The natural history of monochorionic twins and the role of prenatal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 ; 30 : 401.
- (12) Tency I, Martens E, Martens G, Foidart JM, Temmerman M, College of physicians for Mother and Newborn. Perinatal referral in Belgium. Federal Public Service Health, Food, Chain Safety and environment, 2007.

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

Modèle I 0102040311 2491934 01

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

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

1. Naissances précédentes

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

2. Durée probable de la grossesse en semaines □ □

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

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

4. Transfert in utero

- oui • non

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

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

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui • non

6.2 Accouchement avec assistance

- oui • non

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

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

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

6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement

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

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

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

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- oui • non
- si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

- oui • non
- si oui, précisez

7.3 Etat infectieux

- oui • non
- si oui, précisez

7.4 Anomalies congénitales

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

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

(suite au verso)

03/0001

Modèle I

0102040312 2491934 02

VOLET C
(suite)

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT (suite)

9. Indice d'Apgar à:

• 1 minute

• 10 minutes

• 5 minutes

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

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

No. dossier médical de la Mère

Identification du médecin ou de l'accoucheuse

• No. INAMI.

• date (JJMMAAAA)

 / /

nom, prénom
signature
cachet

VOLET A

Modèle I

0102040111 2491934 92

DECLARATION DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

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

Adresse de la naissance : commune

rue, no.

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

Sexe de l'enfant

• masculin • féminin • indéterminé (1)

Signature et cachet du médecin ou de l'accoucheuse

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

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

1. Date et heure de la naissance

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

2. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autres, précisez

3. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

4. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

• nombre total de naissances, mort-nés compris

• no. d'ordre de l'enfant déclaré

• nombre et sexe des enfants nés du même accouchement
(y compris le déclaré)

⇒ nombre d'enfants nés vivants

• masculin • féminin • indéterminé

⇒ nombre d'enfants mort-nés

• masculin • féminin • indéterminé

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

1. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. ==> _____

2. Numéro de l'acte au registre des naissances

3. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père _____ / _____ / _____
 • de la mère _____ / _____ / _____

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

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

5. Situation professionnelle actuelle

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

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

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

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

• père _____
 Code I.N.S. ==> _____

• mère _____
 Code I.N.S. ==> _____

8. Nationalité

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

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

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

Code I.N.S. ==> _____

10. Etat civil de la mère

célibataire divorcée
 mariée légalement séparée de corps
 veuve ne sait pas

11. Etat d'union de la mère

vit seule en union

12. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

_____ / _____ / _____

13. Naissances précédentes issues du mariage actuel

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

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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

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

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

(suite au verso)

VOLET C
(suite)

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

B. Renseignements concernant le décès

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

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

2. Type de décès

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

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

.....
 Réservé

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

- voie publique ne sait pas
 domicile
 autres, précisez

4.2 Date de l'accident (JJMMAAAA)

.....

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

.....

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

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

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

II. Causes associées

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

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

Réservé

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

6. Autopsie/examens complémentaires

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

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

- oui non

No. du dossier médical de la mère

No. du dossier médical de l'enfant

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

 nom, prénom
 signature
 cachet

VOLET B

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

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

1. Date et heure du décès

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

2. Date et heure de naissance

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

3. L'enfant est-il

• mort-né • né vivant

4. Lieu de naissance

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

5. Lieu de décès

• institution hospitalière • maison privée
 • autre, précisez

6. Sexe de l'enfant

• masculin
 • féminin
 • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

• oui • non

En cas d'accouchement multiple :

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

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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

Annexe 3. Volet CEpiP

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

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

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

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

POST-PARTUM

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

MORTALITE PERINATALE

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

