

Données périnatales en Wallonie

Année 2011





Données périnatales en Wallonie

Année 2011

Rédaction

Ch. Leroy, V. Van Leeuw et Y. Englert



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

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

La présente publication a été approuvée par les membres du Conseil scientifique du CEpiP.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.

Colophon

Auteurs

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Yvon Englert

Lay-out

E & P Consult

Secrétariat

Nadia Di Benedetto
Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Avec nos remerciements tout particuliers

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

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document

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

Pour plus d'informations

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

INTRODUCTION

The objective of the "Centre for Perinatal Epidemiology" (CEpiP) is to set up a permanent and exhaustive register of perinatal data (births and perinatal deaths) in Wallonia and in Brussels. The process has functioned since 2008. This report presents the results of the statistical analyses of live births and stillbirths in 2011 in Wallonia (all births occurring in the area of Wallonia).

METHODOLOGY

The report is developed by using the official data of birth and death in Wallonia, both the medical and the administrative data. Medical and socio-demographic data and the analysis of evolutions of some indicators of perinatal health were conducted.

RESULTS

In total, 38 281 births were registered in Wallonia, of which 220 were stillbirths. Fetal mortality rates with gestation age of 22 weeks or with birth weights of 500 g was 5,7 ‰, this rate were respectively 3,3 ‰ with gestation age from 28 weeks and 4,9 ‰ with birth weights from 500 g. Since 2009 we observed an important increase in diabetes rate and the proportion of overweight and obesity of the pregnant women. The rate for arterial high blood pressure remains stable from 2010 to 2011. The overall caesarean rates remains stable from 2008 to 2011 (20 ‰), but caesarean rates rose among the women with multiple pregnancies. The rate of induction does not vary from 2008 till 2011 but remains the highest of Europe (32,5 ‰).

DISCUSSION-CONCLUSION

The changes observed over the three to four year, period since the start of CEpiP may simply reflect random variation rather than secular trend. Fetal mortality rates according to the various criteria showed that the interpretation and comparisons had to take into account the definition used in the fetal mortality. The improving in the quality of the medical data for some variables probably owed to the interaction between the maternity units and the CEpiP. On the negative side, some socio-demographic data, in particular the educational and professional status, remain less good collected.

Table des matières

COLOPHON	3
ABSTRACT	5
TABLE DES MATIÈRES	6
ASBL CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP	9
ORGANIGRAMME	10
1 INTRODUCTION	11
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
1.2 MÉTHODOLOGIE	11
1.2.1 Description du flux des données	11
1.2.2 Méthode et analyses	12
1.2.3 Données	12
2 COMPARAISONS GÉOGRAPHIQUES ET TEMPORELLES DES DONNÉES	14
3 DÉFINITIONS	15
4 TABLEAU SYNOPTIQUE : WALLONIE 2011	16
4.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE	16
4.2 CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ	16
5 NAISSANCES EN WALLONIE EN 2011	17
5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES	17
5.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES	18
5.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS	18
5.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents	18
5.3.2 Caractéristiques biomédicales de la mère	24
5.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	30
5.4.1 Présentation de l'enfant à la naissance	30
5.4.2 Type de surveillance fœtale	30
5.4.3 Accouchement par césarienne	31
5.4.4 Naissance avec instrumentation	37
5.4.5 Induction de l'accouchement	37
5.4.6 Péridurale obstétricale	41
5.4.7 Épisiotomie	42
5.4.8 Accouchement sans intervention obstétricale	43
5.5 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES	44
5.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT	46
5.6.1 Poids de naissance	46
5.6.2 Durée de la grossesse	47
5.6.3 Streptocoque du groupe B	50
5.6.4 Apgar	50
5.6.5 Ventilation du nouveau-né	51
5.6.6 Admission dans un centre néonatal	51
5.6.7 Sexe de l'enfant à la naissance	52
5.6.9 Malformations	52
5.7 LIEU D'ACCOUCHEMENT	53
5.7.1 Accouchements en maternité	53
5.7.2 Accouchements hors maternité	53
5.8 MORTINATALITÉ	55
5.8.1 Chiffres	55
5.8.2 Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel	56
5.8.3 Causes de mortalité fœtale	57
6 CONCLUSION	58
7 RÉFÉRENCES	61

8	ANNEXES	62	
	Annexe 1.	Bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant	62
	Annexe 2.	Bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né	68
	Annexe 3.	Volet CEpiP	74
	Annexe 4.	Variables e-Birth	76

TABLEAUX

Tableau 1 :	Détails des naissances	17
Tableau 2 :	Détails des accouchements	18
Tableau 3 :	Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement	19
Tableau 4 :	Nationalité de la mère par accouchement	21
Tableau 5 :	Lieu de résidence de la mère à l'accouchement	22
Tableau 6 :	Niveau d'instruction de la mère à l'accouchement	22
Tableau 7 :	État civil et état d'union de la mère par accouchement	23
Tableau 8 :	Situation professionnelle des parents à l'accouchement	23
Tableau 9 :	Parité et accouchement	24
Tableau 10 :	Activité professionnelle selon la parité	24
Tableau 11 :	Statut HIV des patientes à l'accouchement	24
Tableau 12 :	Type de conception en cas de séropositivité HIV maternelle	25
Tableau 13 :	Description du poids en début de grossesse et de la taille de la mère	25
Tableau 14 :	Taux de surpoids et d'obésité chez les mères de 18 ans et plus selon l'âge maternel	25
Tableau 15 :	Prise de poids moyenne selon l'IMC chez les mères de 18 ans et plus	26
Tableau 16 :	Taux d'hypertension artérielle par accouchement	26
Tableau 17 :	Taux de diabète par accouchement	26
Tableau 18 :	Taux de diabète selon la nationalité d'origine de la mère	27
Tableau 19 :	Taux de diabète selon l'âge de la mère	27
Tableau 20 :	Taux de diabète selon l'IMC de la mère	27
Tableau 21 :	Type de conception par accouchement	28
Tableau 22 :	Taux d'accouchements multiples selon le type de conception	28
Tableau 23 :	Taux d'enfants mort-nés selon le type de conception pour les singletons	28
Tableau 24 :	Type de conception selon l'âge maternel	29
Tableau 25 :	Présentation de l'enfant à la naissance pour les singletons vivants	30
Tableau 26 :	Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons	30
Tableau 27 :	Type de surveillance fœtale pendant le travail pour les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues)	30
Tableau 28 :	Type d'accouchement selon l'antécédent de césarienne pour les multipares	32
Tableau 29 :	Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants	32
Tableau 30 :	Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons vivants en sommet chez la primipare	33
Tableau 31 :	Taux de césariennes et nationalité d'origine pour les singletons vivants en sommet chez la primipare	33
Tableau 32 :	Indication de césarienne pour les naissances uniques vivantes	34
Tableau 33 :	Indication de césarienne pour les accouchements multiples d'enfants nés vivants et mort-nés	35
Tableau 34 :	Taux de ventouses et de forceps par naissance	37
Tableau 35 :	Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare	39
Tableau 36 :	Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne	40
Tableau 37 :	Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne	40
Tableau 38 :	Détails des accouchements multiples	44
Tableau 39 :	Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation	45
Tableau 40 :	Répartition du poids de naissance	46
Tableau 41 :	Répartition de l'âge gestationnel par accouchement	47
Tableau 42 :	Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel	48
Tableau 43 :	Répartition du type de début de travail selon l'âge gestationnel	48
Tableau 44 :	Accouchement < 37 semaines et âge maternel pour les singletons vivants chez la primipare	49
Tableau 45 :	Accouchement < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	49
Tableau 46 :	Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	49
Tableau 47 :	Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction de la mère pour les singletons vivants chez la primipare	50

Tableau 48 :	Statut du GBs par accouchement	50
Tableau 49 :	Ventilation du nouveau-né vivant	51
Tableau 50 :	Admission du nouveau-né vivant dans un centre néonatal	51
Tableau 51 :	Sexe de l'enfant	52
Tableau 52 :	Types de malformations	52
Tableau 53 :	Nombre de maternités par nombre d'accouchements	53
Tableau 54 :	Accouchement à domicile et âge maternel	53
Tableau 55 :	Accouchement à domicile et situation professionnelle de la mère	54
Tableau 56 :	Accouchement à domicile et parité	54
Tableau 57 :	Taux de mortalité selon l'âge gestationnel	56
Tableau 58 :	Taux de mortalité selon l'âge gestationnel pour les enfants avec poids de naissance supérieur ou égal à 500g	56
Tableau 59 :	Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance	57

FIGURES

Figure 1 :	Evolution du nombre de naissances	17
Figure 2 :	Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements	20
Figure 3 :	Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements	20
Figure 4 :	Evolution du taux de surpoids	26
Figure 5 :	Evolution du taux d'obésité	26
Figure 6 :	Evolution du taux de l'hypertension artérielle et de diabète	27
Figure 7 :	Evolution du taux de césariennes parmi l'ensemble des grossesses, les grossesses uniques et les grossesses multiples	31
Figure 8 :	Evolution du taux de césariennes pour les singletons vivants en siège selon la parité	32
Figure 9 :	Taux de césariennes selon l'IMC pour les singletons vivants en sommet chez la primipare de 18 ans et plus	33
Figure 10 :	Evolution du taux de césariennes par maternité	35
Figure 11 :	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines	36
Figure 12 :	Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en siège de ≥ 37 semaines	36
Figure 13 :	Evolution du taux de naissances avec instrumentation	37
Figure 14 :	Evolution du taux d'induction	38
Figure 15 :	Evolution du taux d'inductions par maternité	38
Figure 16 :	Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclu)	38
Figure 17 :	Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 34 et 36 semaines	39
Figure 18 :	Taux d'inductions par âge gestationnel pour un singleton vivant en sommet de ≥ 37 semaines sans hypertension et sans diabète	39
Figure 19 :	Evolution du taux de péridurales (hors césariennes programmées) par maternité	41
Figure 20 :	Taux de péridurales par maternité pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines, hors césariennes programmées	41
Figure 21 :	Evolution du taux d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse	42
Figure 22 :	Taux d'épisiotomies par maternité pour un singleton vivant en sommet ≥ 37 semaines	42
Figure 23 :	Taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale par maternité pour les singletons vivants en sommet ≥ 37 semaines	43
Figure 24 :	Evolution des proportions de grossesses multiples	45
Figure 25 :	Evolution du taux d'admissions en centre néonatal N* et NIC parmi les naissances vivantes	51
Figure 26 :	Evolution du taux de mortalité	55

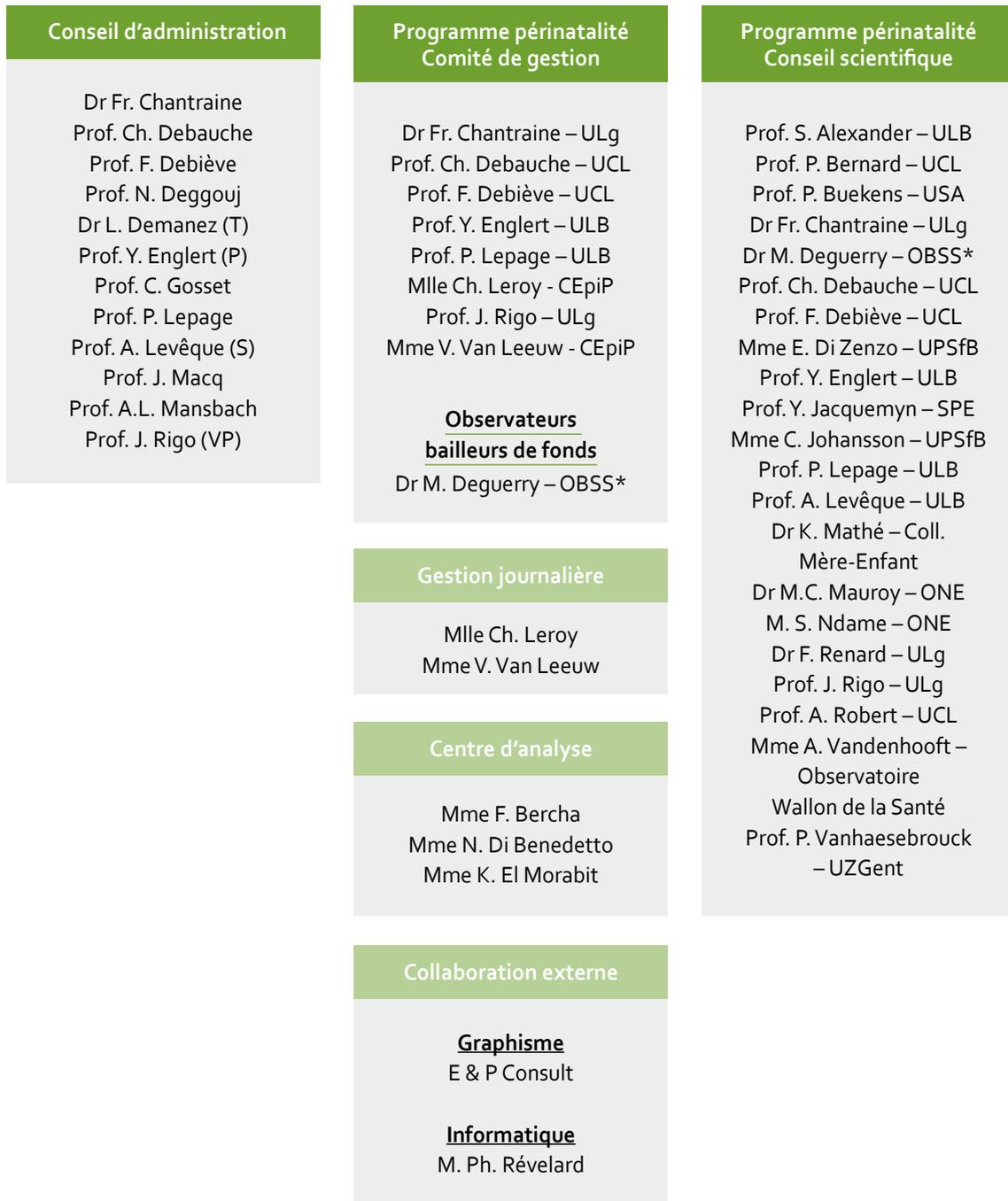
ASBL Centre d'Épidémiologie Périnatale, CEpiP

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 objectif de constituer un registre permanent et exhaustif de données périnatales (naissances et décès périnataux) en Wallonie et à Bruxelles. Dans ce cadre, la tâche du CEpiP consiste à traiter et analyser les données périnatales qu'il reçoit de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les naissances et les décès survenus en Wallonie et à récolter, traiter et analyser les données périnatales de ceux survenus à Bruxelles en collaboration avec l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. 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 (SPE).

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 2011 en Wallonie. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de santé (principalement sages-femmes et médecins) et les services d'état civil pour chaque naissance.

Les analyses sont faites **selon le lieu de naissance. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire de la Région wallonne, indépendamment du lieu de résidence de la mère.** Ce rapport reflète l'activité globale périnatale wallonne, avec des figures 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 sous format papier 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.

Ces bulletins sont composés de différents volets. Les données médicales, reprises dans le volet C et/ou le volet CEpiP (introduit en mai 2009 dans les maternités wallonnes pour remplacer le volet C des naissances vivantes), sont remplies par les sages-femmes et les médecins lors de l'accouchement. Ces volets sont transmis au service d'état civil de la commune de naissance de l'enfant. Là, les données sociodémographiques (volet D) vont être recueillies par le fonctionnaire de l'état civil, le plus souvent au moment où un membre de la famille, généralement le père, vient déclarer la naissance. Le volet A est détaché et le bulletin devient alors tout à fait anonyme. 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.

Par ailleurs, depuis 2010, un système d'enregistrement électronique des naissances d'enfant né vivant a été introduit au niveau fédéral sous le nom d'e-Birth et prend petit-à-petit la place du bulletin de naissance format papier.

En effet, afin de pouvoir optimiser l'échange des données entre l'ensemble des acteurs impliqués dans le traitement des déclarations de naissance, la Belgique via le Fedict a créé l'application e-Birth. La notification de la naissance est initiée par les prestataires de soins qui pratiquent les accouchements, tant au sein des

maternités qu'à domicile ou dans les maisons de naissance. Ceux-ci complètent une série d'informations médicales relatives aux naissances reprises de l'ancien formulaire CEpiP/SPE¹, en certifiant l'identification de la mère et de l'enfant, puis transmettent vers les services de l'État Civil dans la commune de naissance et ce par voie électronique sécurisée. L'administration communale peut alors compléter les informations du formulaire sociodémographique.

En Wallonie, une maternité et une commune sont passées à un encodage e-Birth au cours de l'année 2010 et sept maternités et cinq communes au cours de l'année 2011. 12,7 % des naissances vivantes de 2011 ont été déclarées via l'application e-Birth.

Pour la Région wallonne, la tâche du CEpiP ne consiste pas en la collecte des données mais bien en la vérification, complémentairement au travail de l'administration, de la qualité du remplissage du certificat de naissance. En outre, il rectifie, en collaboration avec l'administration, et avec l'aide des gynécologues et des sages-femmes en salle d'accouchement et du fonctionnaire communal, les données incomplètes, incorrectes ou incohérentes. Il analyse ensuite les données à des fins épidémiologiques et de santé publique.

1.2.2 MÉTHODE ET ANALYSES

Ce rapport décrit de manière synthétique et agrégée des données périnatales pour les naissances survenues en Région wallonne. Pour certaines analyses, les données médicales ont été croisées avec les données sociodémographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques 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 en fonction de l'intérêt ou d'analyses similaires dans la littérature. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 12.0 2013.

1.2.3 DONNÉES

Les données utilisées sont celles du volet CEpiP et des volets B et D du bulletin statistique de naissance et des volets B, C et D du bulletin statistique de décès. Pour sept maternités wallonnes, les données proviennent en partie ou en totalité des formulaires médicaux et sociodémographique e-Birth.

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

Dans le volet sociodémographique d'e-Birth, les catégories des variables « niveau d'instruction », « situation professionnelle » et « niveau social dans la profession » ont été quelque peu modifiées. Ces modifications n'ont pas d'influence pour les analyses effectuées dans le présent rapport, excepté pour le niveau d'instruction où le type de filières dans le secondaire inférieur et supérieur n'est plus présent. Ceci a nécessité de regrouper les anciens niveaux du secondaire inférieur et supérieur. Le niveau d'instruction comporte donc 7 catégories : pas d'instruction, primaire, secondaire inférieur, secondaire supérieur, supérieur non universitaire, universitaire et autre.

¹ Le formulaire SPE correspond au formulaire médical utilisé en Flandre en remplacement du volet C de la déclaration d'un enfant né vivant. Il est identique au volet CEpiP ce qui facilite les comparaisons interrégionales.

La variable « nationalité » a également été recodée en 16 catégories :

- **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
- **Amérique du Nord** : Groenland, Canada, Saint-Pierre-et-Miquelon, Etats-Unis
- **Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes** : Anguilla, Antigua, Antilles américaines, Antilles britanniques, Antilles néerlandaises, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Caïmanes, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, République dominicaine, République dominique, El Salvador, Equateur, Iles Falkland, Grenade, Guadeloupe, Guatémale, Guyane, Guyane française, Guyane hollandaise, Haïti, Honduras, Ile de Dominica, Iles Turks et Caicos, Iles Vierges, Jamaïque, Kitts and Nevis, Martinique, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Ile de Porto-Rico, République de Sainte Lucie, Saint-Vincent, Surinam, Trinidad et Tobago, Uruguay, Vénézuéla
- **Océanie** : Australie, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Guam, Heard et Mac Donald, Iles mineures éloignées des Etats-Unis, Iles Samoa, Kiribati, Mariannes du Nord, Marshall, Micronésie, Nauru, Niué, Norfolk, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palou, Papouasie-Nouvelle Guinée, Pitcairn, Polynésie française, Salomon, Samoa, Samoa américaine, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna
- **Asie du Sud-Est** : Bangladesh, Bhoutan, Brunei Cambodge, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Hong-Kong, Japon, Inde, Indonésie, Laos, Macao, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar (Birmanie), Népal, Philippines, Singapour, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande, Timor-Leste, Vietnam
- **Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient** : Afghanistan, Arabie Saoudite, Arménie, Azerbaïdjan, Bahrein, Emirats arabes-unis, Géorgie, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Kazakhstan, Kirghistan, Koweït, Liban, Oman, Ouzbékistan, Pakistan, Palestine, Qatar, Syrie, Tadjikistan, Turkménistan, Yémen,
- **Autres Maghreb et Egypte** : Algérie, Egypte, Libye, Mauritanie, Sahara, Tunisie
- **Autres Afrique subsaharienne** : Afars et Issas, Afrique du Sud, Angola, Archipel des Comores, Bophutatswana, Botswana, Britanniques d'Outre-Mer, Burkina Faso, Burundi, Cabinda, Cameroun, Côte d'Ivoire, Lesotho, République Centrafricaine, Erythrée, Ethiopie, Fernando Poo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Guinée portugaise, Haute-Volta, Iles du Cap Vert, Ile Maurice, Ile Sainte-Hélène, Ile de Santhomé, Iles Seychelles, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ngwane, Ouganda, République populaire du Bénin, République populaire du Congo, République de Djibouti, République démocratique de Madagascar, Réunion, Rhodésie, Rwanda, Sao Tomé et Principe, Sénégal, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Sud-Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Transkei, Urundi, Zambie, Zimbabwe

Dans le volet médical, le mode d'accouchement ne permet plus qu'un seul choix (le dernier mode d'accouchement) et non plus deux ou trois comme dans le volet CEpiP (la mère pouvait avoir eu un essai de forceps, puis une césarienne non programmée). Cette légère différence ne pose pas de problème pour les analyses effectuées dans le présent rapport puisque celles-ci reposent uniquement sur le dernier mode d'accouchement. De plus, une nouvelle variable concernant l'«intention d'allaiter son enfant» apparaît sur le nouveau formulaire e-Birth et sera donc analysée uniquement pour les données provenant des formulaires e-Birth.

Les variables e-Birth se trouvent en annexe 4.

2. Comparaisons géographiques et temporelles des données

Les données présentées dans ce rapport concernent donc les naissances survenues dans les 39 maternités wallonnes, en activité en 2011, ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire de la Région wallonne.

Ces données peuvent être comparées avec celles de la Région bruxelloise de 2011 (1). Elles peuvent être également comparées avec les données publiées par le SPE pour 2011 (2). A ceci près que le SPE prend en compte dans son rapport toutes les naissances survenues en Flandre mais également à l'UZ-VUB de Jette (une des 11 maternités bruxelloises recensées dans le rapport de données périnatales en Région bruxelloise). Il est également important de préciser que le SPE ne prend pas en compte les naissances d'enfants vivants et mort-nés ayant un poids de naissance inférieur à 500 g (quel que soit l'âge gestationnel).

Elles peuvent également faire l'objet de comparaisons temporelles avec les données de la Wallonie des années précédentes ; de 2008 (3), 2009 (4) et 2010 (5), pour les variables présentes à la fois sur le volet C et le volet CEpiP et uniquement avec les années 2009 et 2010 pour les nouvelles variables introduites via le volet CEpiP.

3. Définitions

NAISSANCE VIVANTE

Toute naissance déclarée vivante quel que soit l'âge gestationnel ou le poids de naissance.

ENFANT MORT-NÉ

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

PARITÉ

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

CONCEPTION DE LA GROSSESSE

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

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

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

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

DIABÈTE

Tout diabète gestationnel **ou** préexistant

SÉROPOSITIVITÉ HIV

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

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

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

SURVEILLANCE FŒTALE

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

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

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

INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

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

MODE D'ACCOUCHEMENT

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

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

N*

Service de néonatalogie non-intensive

NIC

Neonatal Intensive Care /Service de néonatalogie intensive

4. Tableau synoptique : Wallonie 2011

4.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Grossesse unique		37 062	(98,4 %)
Grossesse gémellaire		596	(1,6 %)
Grossesse triple		9	(0,02 %)
Parité	Primipare	16 478	(43,9 %)
	Multipare	21 064	(56,1 %)
Conception de la grossesse	Spontanée	34 864	(95,9 %)
	Assistée	1 504	(4,1 %)
Hypertension artérielle		1 816	(4,9 %)
Diabète		2 442	(6,6 %)
Durée de la grossesse	<28 semaines	185	(0,5 %)
	28-31 semaines	256	(0,7 %)
	32-36 semaines	2 537	(6,7 %)
	≥ 37 semaines	34 633	(92,1 %)
Induction		12 221	(32,5 %)
Analgésie péridurale		29 650	(79,1 %)
Césarienne		7 872	(20,9 %)
Épisiotomie		13 282	(35,4 %)

4.2 CARACTÉRISTIQUES DU BÉBÉ

Présentation de l'enfant	Sommet fléchi	33 589	(88,0 %)
	Autre présentation céphalique	2 245	(5,9 %)
	Siège	2 127	(5,6 %)
	Transverse	223	(0,6 %)
Poids de naissance	< 500 g (si plus de 22 semaines)	32	(0,1 %)
	500 -1 499 g	461	(1,2 %)
	1 500 -2 499 g	2 733	(7,1 %)
	≥ 2 500 g	35 000	(91,6 %)
Sexe	Masculin	19 568	(51,1 %)
	Féminin	18 713	(48,9 %)
Transfert en néonatalogie	N*	2 774	(7,2 %)
	NIC	1 303	(3,4 %)
Mort-nés		220	(0,6 %)

5. Naissances en Wallonie en 2011

5.1 NAISSANCES EN CHIFFRES

38 281 naissances survenues sur le territoire de la Région wallonne ont été enregistrées par l'état civil.

Tableau 1: Détails des naissances, Wallonie, 2011	
	38 061 naissances VIVANTES
	220 MORT-NÉS de ≥ 500 g et/ou ≥ 22 semaines
Ou	1 219 naissances multiples
	37 062 naissances uniques
Total:	38 281 naissances

En 2010, on notait 38 438 naissances (5).

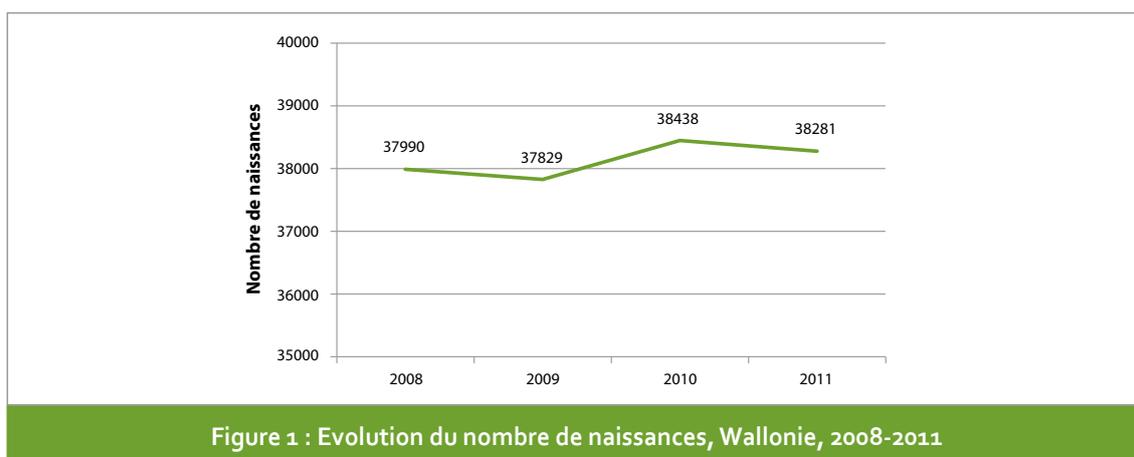


Figure 1 : Evolution du nombre de naissances, Wallonie, 2008-2011

La Figure 1 montre un nombre de naissances survenues en Wallonie qui oscille entre 2008 et 2011 avec un maximum pour l'année 2010 (38 438 naissances).

5.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES

Tableau 2 : Détails des accouchements, Wallonie, 2011	
Singletons : 37 062 accouchements	
	36 867 accouchements de singletons vivants
	195 accouchements de singletons mort-nés
Grossesses multiples : 605 accouchements	
	577 accouchements gémellaires de 2 enfants vivants
	16 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	3 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	8 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	1 accouchement d'une grossesse triple avec 3 enfants mort-nés
Total : 37 667 accouchements	

En 2010, on notait 37 786 accouchements (5).

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 SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS

5.3.1.1 ÂGE MATERNEL

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de **29,5 ans** (minimum : 13,7 ans – maximum : 50,8 ans), l'âge médian est de **29,4 ans** (p25 : 25,7 ans – p75 : 33,1 ans). Chez la primipare, l'âge médian est de **27,3 ans** (p25 : 24,0 ans – p75 : 30,6 ans). L'âge moyen est de **27,4 ans** (min. : 13,7 ans – max. : 50,1 ans). Chez la multipare, l'âge médian est de **31,0 ans** (p25 : 27,6 ans – p75 : 34,6 ans). L'âge moyen est de **31,1 ans** (min. : 16,4 ans – max. : 50,8 ans).

Tableau comparatif	
Flandre 2011(2) :	
Âge moyen primipare	: 28,3 ans
Âge moyen multipare	: 31,2 ans
Bruxelles 2011(1) :	
Âge moyen	: 30,9 ans
Âge moyen primipare	: 29,2 ans
Âge moyen multipare	: 32,3 ans
Wallonie 2010(5) :	
Âge moyen	: 29,4 ans
Âge moyen primipare	: 27,3 ans
Âge moyen multipare	: 31,1 ans

1 date de naissance de la mère n'a pu être obtenue.

Le projet Euro-Peristat (6) 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), comme c'est le cas dans ce rapport.

Tableau 3 : Répartition des mères selon l'âge à l'accouchement (N=37 666), Wallonie, 2011			Données comparatives	
Âge (années)	Nombre d'accouchements	%	Bruxelles 2011(1) %	Flandre 2011(2) %
10-14	11	0,0	0,0	1,8
15-19	1 383	3,7	2,0	
20-24	6 489	17,2	12,9	13,0
25-29	12 731	33,8	28,0	36,9
30-34	10 946	29,1	33,5	34,0
35-39	5 019	13,3	18,4	12,0
40-44	1 039	2,8	4,8	2,2
45-49	46	0,1	0,3	0,1
≥ 50	2	0,0	0,0	

La date de naissance de la mère est inconnue pour 1 mère (0,0 %).

On note 11 accouchements en dessous de l'âge de 15 ans et 382 en dessous de l'âge de 18 ans (1,0 % des accouchements). Parmi les mères âgées de moins de 18 ans, 294 (77,7 %) sont d'origine belge.

La proportion de mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est de **3,7 %** ce qui est plus élevé qu'en Région bruxelloise (2,1 %) (1). À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de **16,2 %**. Ce résultat est plus faible qu'en Région bruxelloise (23,5 %) (1).

Parmi les mères de 35 ans et plus, **21,1 %** sont primipares (ont accouché pour la première fois) et **22,1 %** sont de grandes multipares (ont accouché pour la quatrième fois ou plus).

La proportion de mères âgées de 45 ans et plus est de **0,1 %**. Parmi celles-ci, 35 (72,9 %) sont de nationalité d'origine belge et 4 (8,3 %) d'origine marocaine.

Entre 2008 et 2011, la distribution de l'âge de la mère est similaire. Durant ces quatre années, l'âge moyen de la mère à l'accouchement reste très stable passant de 29,4 à 29,5 ans.

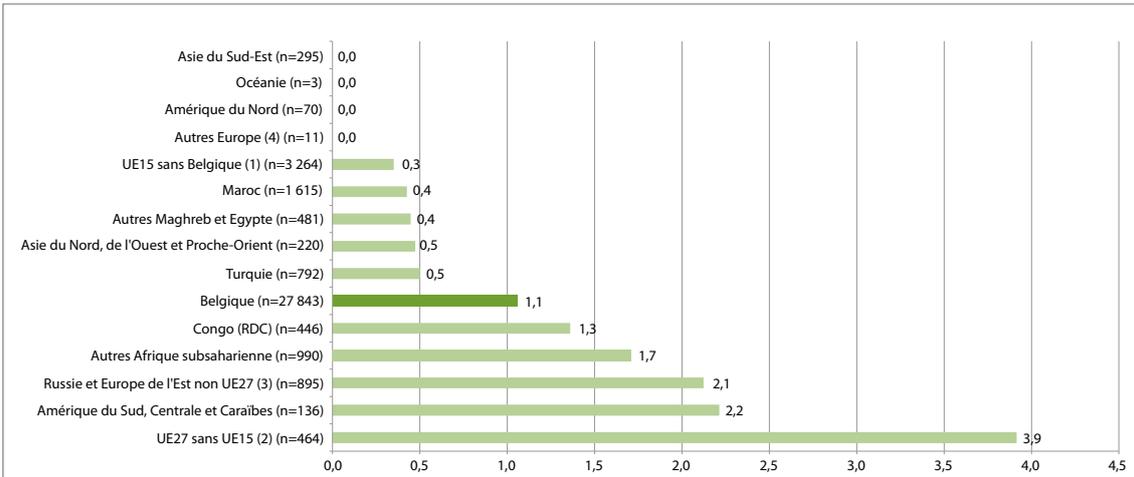


Figure 2 : Taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements (N=37 525), Wallonie, 2011

La nationalité de la mère est inconnue pour 90 mères (0,2 %).
 La nationalité de la mère est indéterminée, apatride,... pour 52 mères (0,1 %).

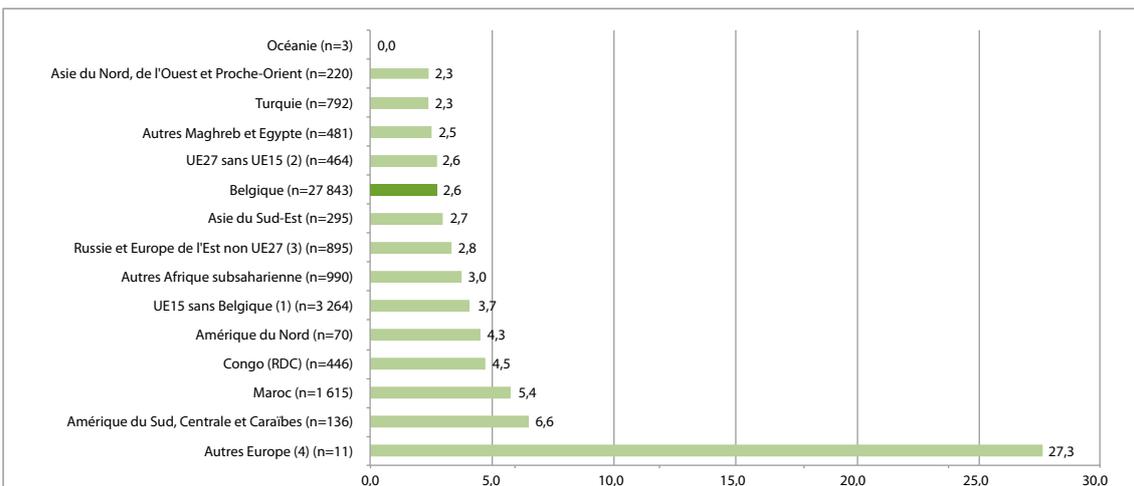


Figure 3 : Taux d'accouchements à 40 ans et plus selon la nationalité d'origine par rapport au nombre total d'accouchements (N=37 525), Wallonie, 2011

La nationalité de la mère est inconnue pour 90 mères (0,2 %).
 La nationalité de la mère est indéterminée, apatride,... pour 52 mères (0,1 %).

Parmi les mères de nationalité d'origine belge, les taux d'accouchements avant l'âge de 18 ans et à partir de 40 ans et plus ne diffèrent pas de 2008 à 2011.

5.3.1.2 NATIONALITÉ DE LA MÈRE

Tableau 4 : Nationalité de la mère par accouchement, Wallonie, 2011

Nationalité	Nationalité d'origine (N=37 577)		Nationalité actuelle (N=37 577)	
	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	27 843	74,1	31 487	83,8
UE15 sans Belgique	3 264	8,7	2 088	5,6
UE27 sans UE15	464	1,2	381	1,0
Russie et Europe de l'Est non UE27	895	2,4	659	1,8
Autres Europe	11	0,0	10	0,0
Turquie	792	2,1	334	0,9
Maroc	1 615	4,3	824	2,2
Autres Maghreb et Egypte	481	1,3	323	0,9
Congo (RDC)	446	1,2	247	0,7
Autres Afrique subsaharienne	990	2,6	726	1,9
Amérique du Nord	70	0,2	66	0,2
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	136	0,4	67	0,2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	220	0,6	173	0,5
Asie du Sud-Est	295	0,8	165	0,4
Océanie	3	0,0	2	0,0
Autres (apatride, indéterminé)	52	0,1	25	0,1
La nationalité d'origine et actuelle est inconnue pour 90 mères (0,2 %).				

16,2 % des mères sont non belges **au moment de l'accouchement**. En outre, un quart des mères sont de nationalité non belge **à l'origine**³, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas nées belges. Les nationalités d'origine les plus représentées sont marocaine (4,3 %), italienne (4,0 %) et française (3,3 %).

La proportion de mères de nationalité non belge à l'origine au moment de l'accouchement passe de 23,7 % à 25,9 % de 2008 à 2011.

³ Il s'agit cependant ici 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 DE LA MÈRE

Tableau 5 : Lieu de résidence de la mère à l'accouchement (N=37 650), Wallonie, 2011		
Lieu de résidence	Nombre	%
Bruxelles	209	0,6
Total Flandre :	271	0,7
Flandre orientale	19	0,1
Flandre occidentale	65	0,2
Limbourg	47	0,1
Anvers	8	0,0
Brabant flamand	132	0,3
Total Wallonie :	36 671	97,4
Hainaut	13 708	36,4
Liège	12 107	32,2
Luxembourg	2 881	7,6
Namur	5 370	14,3
Brabant wallon	2 605	6,9
Total pays frontaliers :	396	1,1
France	373	1,0
Allemagne	10	0,0
Luxembourg	7	0,0
Pays-Bas	6	0,0
Autres pays étrangers	103	0,3

Le lieu de résidence de la mère est inconnu pour 17 mères (0,0 %).

La très grande majorité des mères (97,4 %) ayant accouché sur le territoire wallon réside en Wallonie.

5.3.1.4 NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA MÈRE

Tableau 6 : Niveau d'instruction de la mère à l'accouchement (N=28 745), Wallonie, 2011		
Type d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction	334	1,2
Primaire	903	3,1
Secondaire inférieur	4 158	14,5
Secondaire supérieur	11 146	38,8
Supérieur non universitaire	7 743	26,9
Supérieur universitaire	4 162	14,5
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger)	299	1,0

Le niveau d'instruction de la mère est inconnu pour 8 922 mères (23,7 %).

80,0 % des mères ont obtenu leur diplôme de secondaire supérieur. Parmi celles-ci, un peu plus d'un quart ont un diplôme de supérieur non universitaire et 15 % universitaire.

Cette variable est souvent délaissée par les officiers d'état civil, comme le suggèrent les taux importants d'abstention : 8 922 réponses manquantes (23,7 %), avec des taux assez variables d'une commune à l'autre (0,1 % à 52,3 %). Cette donnée est encore nettement moins bien recueillie en cas de naissance d'un enfant mort-né, où 63,6 % des données manquent cette année.

Par ailleurs, le taux de données manquantes pour le niveau d'instruction est stable mais élevé depuis 2008 en Wallonie (autour de 23,0 %).

5.3.1.5 ÉTAT CIVIL ET ÉTAT D'UNION DE LA MÈRE

Tableau 7 : État civil et état d'union de la mère par accouchement (N= 37 361), Wallonie, 2011		
État civil et état d'union	Nombre	%
Célibataire et vit seule	5 739	15,4
Célibataire et en union	13 870	37,1
Mariée en union	15 812	42,3
Mariée vit seule	435	1,2
Veuve, divorcée, séparée en union	828	2,2
Veuve, divorcée, séparée et vit seule	677	1,8
L'état civil et l'état d'union de la mère sont inconnus pour 306 mères (0,8 %).		

La proportion de mère célibataire et ayant déclaré vivre seul est de **15,4 %**.

Le dernier rapport reprenant les naissances suivies par l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) de 2008 à 2010 (7) fait état de 7,3 % de mères isolées (Wallonie et Bruxelles confondues). Si l'on comptabilise les mères célibataires et ayant déclaré vivre seul en Région bruxelloise et en Wallonie, la proportion s'élève à 13,9 %, ce qui est largement au-dessus des estimations données par l'ONE dans leurs rapports. 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.

5.3.1.6 SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Tableau 8 : Situation professionnelle des parents à l'accouchement, Wallonie, 2011				
Situation professionnelle	Père (N=33 906)		Mère (N=36 709)	
	nombre	%	nombre	%
Actif	27 735	81,8	21 711	59,1
Chômeur	2 364	7,0	5 014	13,7
Sans profession (CPAS / mutuelle / invalidité / incapacité / sans profession / formation / rentier)	3 565	10,5	9 261	25,2
Pensionné	48	0,1	1	0,0
Etudiant	194	0,6	722	2,0
La situation professionnelle du père est inconnue pour 3 761 pères (10,0%) et celle de la mère pour 958 mères (2,5 %).				

La proportion de pères actifs a diminué de 2008 à 2011, passant de **84,1 % à 81,8 %**. Quant aux mères actives, la proportion est restée stable durant ces quatre années.

Par ailleurs, une légère hausse des données manquantes est observée pour la situation professionnelle des parents de 2008 à 2011 (1,3 % à 2,5 % pour les mères).

5.3.2 CARACTÉRISTIQUES BIOMÉDICALES DE LA MÈRE

5.3.2.1 PARITÉ

Taux de primipares : **43,9 %**.

Tableau 9 : Parité et accouchement (N=37 542), Wallonie, 2011			Données comparatives	
Parité	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %	Taux de primipares :
1	16 478	43,9	44,7	Flandre 2011 (2) : 45,8 % Bruxelles 2011 (1) : 43,5 %
2	12 657	33,7	33,3	
3	5 267	14,0	14,0	
4	1 957	5,2	4,9	
5	659	1,8	1,8	
6	294	0,8	0,8	
7	138	0,4	0,3	
8	51	0,1	0,1	
9	23	0,1	0,0	
10	12	0,0	0,0	
11	3	0,0	0,0	
12	1	0,0	0,0	
13	2	0,0	0,0	

La parité est inconnue pour 125 mères (0,3 %).

Le nombre de grandes multipares (4^e accouchement et plus) est de 3 140 (**8,4 %**).

Parmi les multipares, 324 patientes ont un antécédent d'au moins un enfant mort-né (**1,5 %** des accouchements).

De 2008 à 2011, les proportions de primipares et de multipares sont restées stables avec un résultat d'environ 44,0 % de primipares.

Tableau 10 : Activité professionnelle selon la parité (N=36 585), Wallonie, 2011										
Parité	Active		Étudiante		Chômage		Sans profession		Pensionnée	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	10 073	62,5	592	3,7	2 024	12,5	3 425	21,3	0	0,0
2-3	10 620	60,9	120	0,7	2 405	13,8	4 292	24,6	1	0,0
4+	944	31,1	8	0,3	575	19,0	1 506	49,6	0	0,0

5.3.2.2 SÉROPOSITIVITÉ HIV

Tableau 11 : Statut HIV des mères à l'accouchement (N=37 531), Wallonie, 2011			Données comparatives	
Statut HIV	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %	
Positif	69	0,2	0,2	
Négatif	35 361	94,2	95,2	
Ne sait pas	1 291	3,4	2,3	
Non testé	810	2,2	2,3	

Le statut HIV de la mère est inconnu pour 136 mères (0,4 %).

Des 69 accouchements concernés par un statut HIV positif, 71 enfants sont nés.

De 2009 à 2011, aucune évolution de la proportion de mères avec un statut HIV positif n'a été observée.

Tableau 12 : Type de conception en cas de séropositivité HIV maternelle (N = 67), Wallonie, 2011

Type de conception	Nombre	%
Spontanée	64	95,5
Assistée	3	4,5

Le type de conception en cas de séropositivité HIV est inconnu pour 2 mères (2,9 %).

5.3.2.3 POIDS ET TAILLE DE LA MÈRE

Tableau 13 : Description du poids en début de grossesse et de la taille de la mère, Wallonie, 2011

Poids en début de grossesse : N=34 438	Médiane	64 kg (p25 : 56 kg ; p75 : 74 kg)
Taille de la mère : N=33 674	Médiane	165 cm (p25 : 160 cm ; p75 : 170 cm)

Le poids de départ de la mère est inconnu pour 3 229 mères (8,6 %) et la taille pour 3 993 (10,6 %).
L'IMC est inconnu pour 4 878 accouchements (13,0% des accouchements).

Le taux de mères de plus de 18 ans en surpoids (Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m²) en début de grossesse est de **35,9 %**, le taux de mères obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) est de **14,2 %**, et le taux de patientes en obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m²) est de **1,4 %**. Ces proportions sont plus élevées que celles observées en Région bruxelloise (32,7 % de mères en surpoids, 10,7 % de mères obèses et 0,7 % de mères en obésité morbide) (1). Parmi les 13 pays/régions européen(ne)s possédant des données sur l'IMC de la mère, la proportion de mères en surpoids en Wallonie en 2010 (34,9 %) se situe en 6^{ème} position derrière l'Ecosse (48,4 %), la Suède et l'Allemagne (6).

Le taux de mères de plus de 18 ans en insuffisance pondérale (IMC $< 18,5$ kg/m²) en début de grossesse est de **6,8 %**.

Tableau 14 : Taux de surpoids et d'obésité chez les mères de 18 ans et plus selon l'âge maternel (N=32 500), Wallonie, 2011

Âge (années)	Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m ²)		Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	
	Nombre	%	Nombre	%
18-19 (n=829)	228	27,5	72	8,7
20-29 (n=16 711)	5 782	34,6	2 333	14,0
30-39 (n=14 024)	5 230	37,3	2 054	14,7
40-49 (n=935)	425	45,5	161	17,2
50+ (n=1)	0	0,0	0	0,0

Les mères de 40 à 49 ans présentent les taux de surpoids et d'obésité les plus élevés avec respectivement 45,5 % et 17,2 %.

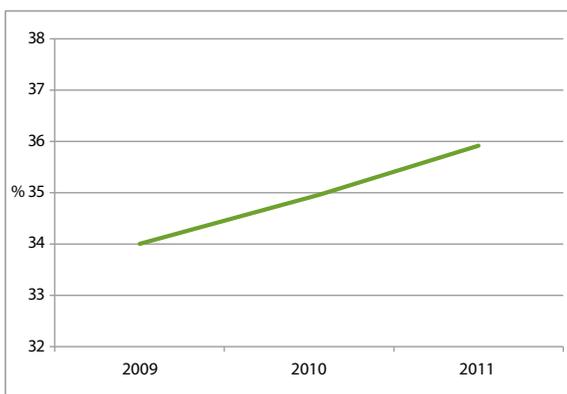


Figure 4: Evolution du taux de surpoids, Wallonie, 2009-2011

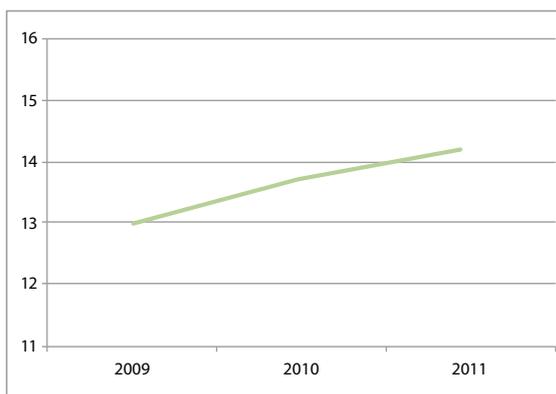


Figure 5: Evolution du taux d'obésité, Wallonie, 2009-2011

De 2009 à 2011, une augmentation du taux de surpoids et du taux d'obésité est constatée.

Tableau 15 : Prise de poids moyen selon l'IMC chez les mères de 18 ans et plus (N=31 335), Wallonie, 2011

IMC (kg/m ²)	Prise de poids moyen (sd)(kg)
< 18,5 (n=2 182)	13,2 (4,8)
18,5-24,9 (n=17 957)	13,0 (4,9)
25,0-29,9 (n=6 766)	11,8 (5,7)
30,0-39,9 (n=3 988)	9,0 (6,4)
40,0 et plus (n=442)	5,6 (8,0)

Les recommandations de prise de poids durant la grossesse, publiées dans le rapport "Weight gain during pregnancy : reexamining the guidelines" en 2009 (8), 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 ≥ 30 kg/m². Les résultats observés dans le tableau 15 correspondent pratiquement aux guidelines de prise de poids par catégories d'IMC.

5.3.2.4 HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET DIABÈTE

Tableau 16 : Taux d'hypertension artérielle par accouchement (N=37 319), Wallonie, 2011

Parité	Nombre	%	Données comparatives Wallonie 2010 (5) %
Primipares (n=16 352)	1 004	6,1	6,2
Multipares (n=20 871)	806	3,9	4,1
Total (n=37 319)	1 816	4,9	5,0

L'hypertension artérielle de la mère est inconnue pour 348 mères (0,9 %).

Tableau 17: Taux de diabète par accouchement (N=37 215), Wallonie, 2011

Parité	Nombre	%	Données comparatives Wallonie 2010 (5) %
Primipares (n=16 318)	974	6,0	5,1
Multipares (n=20 802)	1 266	6,1	6,5
Total (n=37 215)	2 442	6,6	5,8

Le diabète de la mère est inconnu pour 452 mères (1,2 %).

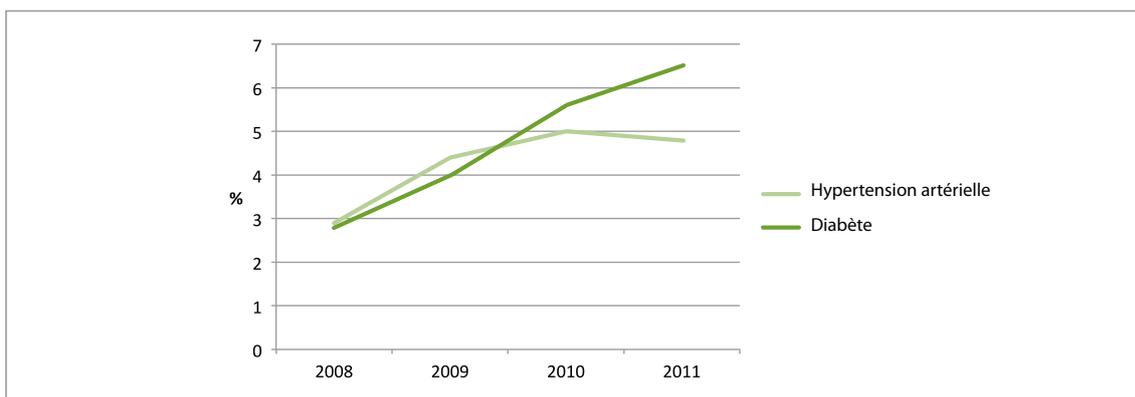


Figure 6: Evolution du taux d'hypertension artérielle et de diabète, Wallonie, 2008-2011

La proportion de diabète évolue depuis 2008. Par contre, la proportion de mères souffrant d'hypertension artérielle a augmenté entre 2008 et 2009, mais reste plus stable depuis 2009.

Tableau 18 : Taux de diabète selon la nationalité d'origine de la mère (N=37 129), Wallonie, 2011

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=27 581)	1 649	6,0
Europe moins Belgique (n=3 676)	255	6,9
Turquie (n=778)	67	8,6
Maghreb et Egypte (=2 066)	232	11,2
Afrique subsaharienne (n=967)	59	6,1
Autres (n=2 061)	180	8,7

Selon la nationalité d'origine de la mère, le taux de diabète le plus élevé concerne les mères d'origine maghrébine et égyptienne avec 11,2 %.

Tableau 19 : Taux de diabète selon l'âge de la mère (N= 37 215), Wallonie, 2011

Age (années)	Nombre	%
< 20 (n=1 364)	32	2,4
20 -29 (n=18 978)	913	4,8
30-39 (n=15 801)	1 323	8,4
40-49 (n=1 070)	173	16,2
50 + (n=2)	1	50,0

Tableau 20 : Taux de diabète selon l'IMC de la mère (N=32 578), Wallonie, 2011

IMC (kg/m ²)	Nombre	%
< 18,5 (n=2 258)	70	3,1
18,5-24,9 (n=18 680)	881	4,7
25,0-29,9 (n=7 036)	600	8,5
30,0-39,9 (n=4 147)	545	13,1
40,0 et plus (n=457)	82	17,9

Les deux tableaux ci-dessus montrent une tendance pour les associations « diabète » et « âge de la mère » ainsi que « diabète » et « IMC » de la mère. Plus l'âge de la mère augmente, plus le taux de diabète augmente avec un taux de 16,2 % pour les mères âgées de 40 à 49 ans. Pour l'IMC, le taux atteint un maximum de 17,9 % pour les mères avec un IMC de 40,0 kg/m² et plus.

5.3.2.5 CONCEPTION DE LA GROSSESSE

Tableau 21 : Type de conception par accouchement (N=36 368), Wallonie, 2011			Données comparatives		
Type de conception	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %	Bruxelles 2011 (1) %	Flandre 2011 (2) %
Spontanée	34 864	95,9	95,8	95,2	94,0
Traitement hormonal	344	0,9	1,0	1,1	2,3
ICSI	114	0,3	0,2	1,2	1,5
FIV	1 046	2,9	3,0	2,5	2,1

Le type de conception est inconnu ou non demandé pour 3,5 % des singletons et 3,3 % des accouchements multiples.

95,9 % des grossesses ont été conçues spontanément.

Seul 0,3 % d'ICSI ont été enregistrés, ce qui laisse à penser que de nombreux traitements d'ICSI ont probablement été enregistrés comme des FIV. C'est pourquoi, dans les tableaux suivants, les variables «traitement hormonal, ICSI et FIV» ont été regroupées sous l'item «conception assistée».

Tableau 22 : Taux d'accouchements multiples selon le type de conception (N=36 368), Wallonie, 2011			Données comparatives
Type de conception	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Spontanée (n=34 864)	419	1,2	1,2
Conception assistée (n=1 504)	166	11,0	12,8

11,0 % des grossesses dont la conception est assistée concernent des grossesses multiples.

Parmi les grossesses multiples, on note 69,6 % de grossesses spontanées et 27,6 % de conceptions assistées. Ces chiffres sont assez comparables à ceux présentés en 2011 au Congrès de l'ESHRE par une équipe suisse (9) : 72,8 % des grossesses multiples étaient spontanées, 11,2 % faisaient suite à une stimulation de l'ovulation avec ou sans insémination et 16,0 % étaient issues d'une FIV ou d'une ICSI.

Tableau 23 : Taux d'enfants mort-nés selon le type de conception pour les singletons (N=35 783), Wallonie, 2011			Données comparatives
Type de conception	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Spontanée (n=34 445)	161	0,5	0,4
Conception assistée (n=1 338)	11	0,8	0,7

Le taux d'enfants mort-nés en fonction du type de conception est légèrement supérieur parmi les grossesses de conception assistée (0,8 %).

Tableau 24 : Type de conception selon l'âge maternel (N=36 368), Wallonie, 2011					
Singletons (n=35 783)			Grossesses multiples (n=585)		
Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %	Âge (années)	Conception spontanée %	Conception assistée %
<20 (n=1 342)	99,9	0,1	<20 (n=6)	100,0	0,0
20-29 (n=18 315)	97,5	2,5	20-29 (n=238)	79,0	21,0
30-39 (n=15 095)	94,9	5,1	30-39 (n=326)	65,6	34,4
40-49 (n=1 029)	89,9	10,1	40-49 (n=15)	73,3	26,7
50+ (n=2)	50,0	50,0	50+ (n=0)	0,0	0,0

Pour les singletons comme pour les grossesses multiples, la proportion de conception spontanée diminue en fonction de l'âge de la mère. Plus la mère est âgée, plus la proportion de conception spontanée diminue.

Le type de conception ne diffère pas en fonction de la nationalité d'origine et l'IMC de la mère.

5.3.2.6 ALLAITEMENT DE L'ENFANT

Pour les naissances déclarées via l'application e-Birth (n=4 727), 82,7 % des mères ont notifié leur intention d'allaiter leur enfant au moment de l'accouchement. Cette variable présente 2,1 % de manquants.

Ce pourcentage, bien que ne donnant aucune information sur la poursuite de l'allaitement dans la durée, est très proche du taux d'initiation relevé par l'ONE dans son rapport 2010 de la Banque de Données Médico-Sociales où le taux était de 83,8 % (7).

5.4 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

5.4.1 PRÉSENTATION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Tableau 25: Présentation de l'enfant à la naissance pour les singletons vivants (N=36 783), Wallonie, 2011			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Sommet fléchi	32 807	89,2	90,0
Sommet autre	2 097	5,7	4,8
Siège	1 747	4,7	4,9
Transverse	132	0,4	0,3
La présentation est inconnue pour 84 singletons vivants (0,2 %).			

89,2 % des singletons vivants se présentent en sommet fléchi lors de l'accouchement.

Tableau 26: Présentation de l'enfant à la naissance pour les enfants mort-nés singletons (N=195), Wallonie, 2011			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Sommet fléchi	130	66,7	60,5
Sommet autre	13	6,7	9,3
Siège	51	26,2	28,5
Transverse	1	0,5	1,7
La présentation est inconnue pour 1 enfant mort-né singleton (0,5 %).			

Plus de deux-tiers des enfants mort-nés singletons se présentent en sommet fléchi à l'accouchement et plus d'un quart en siège. Ce résultat élevé de présentation en siège s'explique par le nombre important de grands prématurés à des âges gestationnels où la présentation en siège est habituelle.

Pour les singletons vivants à terme, les taux de présentation en siège ne diffèrent pas en fonction de la parité, l'âge de la mère, la nationalité d'origine et l'IMC.

5.4.2 TYPE DE SURVEILLANCE FŒTALE

Tableau 27: Type de surveillance fœtale pendant le travail pour les enfants nés vivants ≥ 37 semaines (césariennes programmées exclues) (N=30 907), Wallonie, 2011			Données comparatives
Monitoring	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Cardiotocogramme seul (CTG)	27 945	90,4	90,9
STAN	1 409	4,6	4,7
CTG + pH au scalp	18	0,1	0,0
Auscultation intermittente seule	635	2,1	1,9
CTG + auscultation intermittente	900	2,9	2,0

La majorité des enfants nés vivants avec un âge gestationnel supérieur ou égale à 37 semaines ont eu un cardiotocogramme seul (90,4 %).

5.4.3 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

5.4.3.1 PRÉVALENCE

La prévalence globale est de **20,9** pour 100 accouchements, et de **20,3 %** et **59,8 %** pour les accouchements uniques et multiples respectivement.

Pour les césariennes électorives, la prévalence est de 10,4 pour 100 accouchements et de 10,5 pour les césariennes non-programmées.

La donnée concernant le type d'accouchement est manquante pour 80 accouchements (**0,2 %**).

18 césariennes de grossesses gémellaires ont été réalisées en cours d'accouchement, pour le deuxième jumeau (3,0 % des accouchements de jumeaux). On approche donc les taux retrouvés aux États-Unis et au Canada (plus de 3,0 %) où la version grande extraction n'est pas recommandée, et très au-delà des taux français ($\leq 0,5 %$) où cette attitude est répandue (10).

Données comparatives

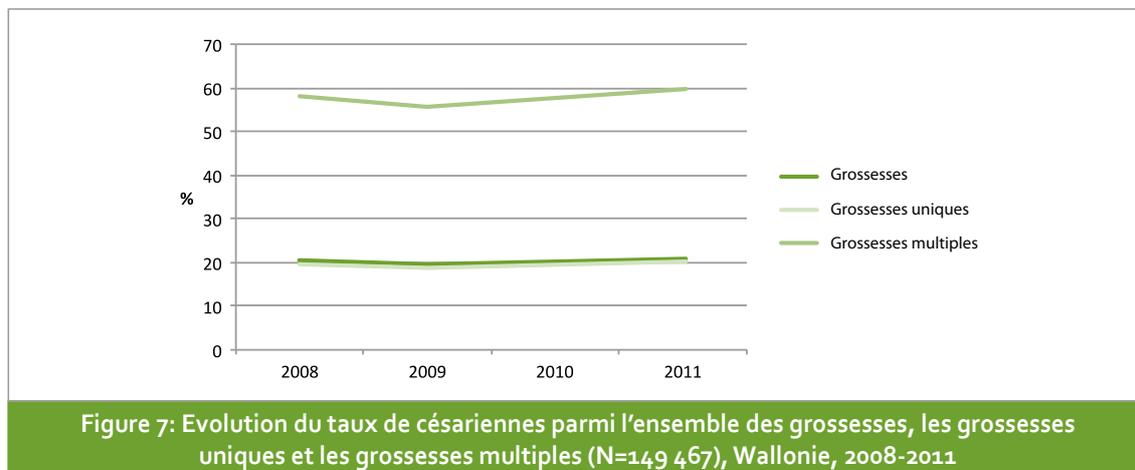
Prévalence :

Flandre 2011 (2)	: 19,7 %
Bruxelles 2011 (1)	: 20,0 %
Wallonie 2010 (5)	: 20,2 %

Le taux de césariennes est élevé en Wallonie, mais varie fortement d'une maternité à l'autre (15,0 à 34,0 %).

Euro-Peristat (6) recommande de calculer le taux de césariennes sur le nombre total de naissances. On obtient donc 21,6 césariennes pour 100 naissances.

Pour 2010, au niveau européen, le taux de césariennes oscille entre 14,8 % (Islande) et 52,2 % (Chypre). La Wallonie (20,9 %) fait partie de la majorité des pays qui présente un taux de césarienne inférieur à 30,0 % (6), tout en présentant le taux le plus important des 3 Régions du pays.



La figure 7 montre un taux de césariennes relativement constant parmi les grossesses uniques mais une augmentation plus prononcée du taux parmi les grossesses multiples, passant de 55,7 % en 2009 à 59,7% en 2011.

5.4.3.2 ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

Tableau 28 : Type d'accouchement selon l'antécédent de césarienne pour les multipares (N=20 788), Wallonie, 2011				
Antécédent de césarienne	Accouchements par voie basse		Accouchements par césarienne	
	Nombre	%	Nombre	%
Oui (n=4 157)	1 364	32,8	2 793	67,2
Non (n=16 631)	15 343	92,3	1 288	7,7

L'antécédent de césarienne est inconnu pour 244 multipares (1,2 %).

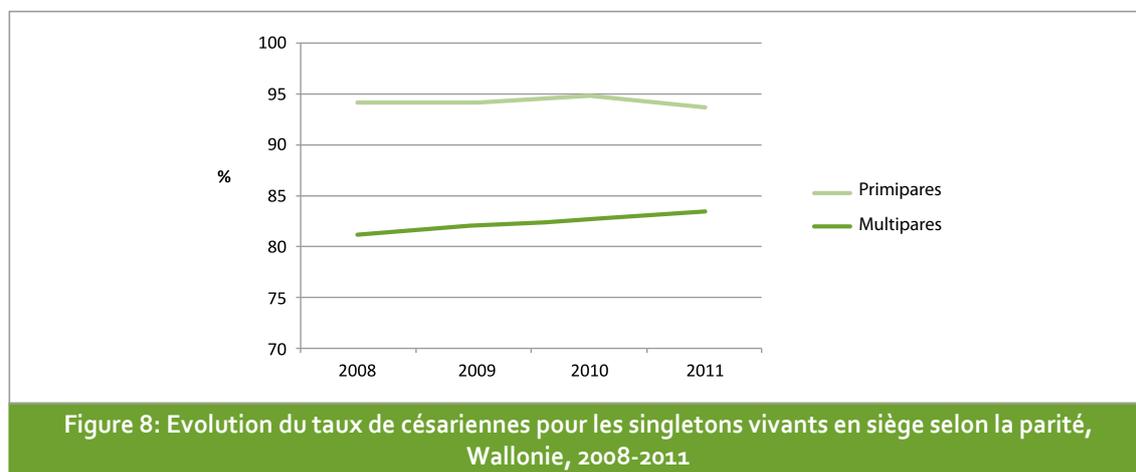
20,0 % des multipares ont un antécédent de césarienne. Parmi ces 20,0 % de multipares, 32,8 % ont accouché par voie basse et 67,2 % par césarienne en 2011.

5.4.3.3 CÉSARIENNE ET FACTEURS DE RISQUE

Tableau 29: Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants (N=36 739), Wallonie, 2011			Données comparatives
Présentation	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Sommet fléchi (n=32 770)	4 683	14,3	13,7
Sommet autre (n=2 091)	1 058	50,6	48,9
Siège (n=1 746)	1 571	90,0	90,3
Transverse (n=132)	132	100,0	97,3

La présentation est inconnue pour 50 singletons vivants (0,1 %).

Les taux de césariennes les plus élevés s'observent parmi les singletons vivants ayant une présentation en transverse (100 %) et en siège (90,0 %).



Le taux de césariennes pour les singletons vivants en siège chez la primipare est resté relativement stable. Par contre, pour les multipares, le taux a augmenté de 2008 à 2011 passant de 81,1 % à 83,4 %.

Tableau 30: Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N=15 111), Wallonie, 2011

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=11)	1	9,1
15-19 (n=1 107)	130	11,7
20-24 (n=3 852)	580	15,1
25-29 (n=5 976)	982	16,4
30-34 (n=3 040)	607	20,0
35-39 (n=946)	268	28,3
40-44 (n=170)	59	34,7
45-49 (n=8)	2	25,0
50 + (n=1)	1	100,0

Le tableau 30 montre que chez les primipares le taux de césariennes pour les singletons vivants en sommet varie en fonction de l'âge de la mère.

Tableau 31: Taux de césariennes et nationalité d'origine pour les singletons vivants en sommet chez la primipare (N= 15 100), Wallonie, 2011

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=11 506)	1 879	16,3
Europe moins Belgique (n=1 567)	303	19,3
Turquie (n=253)	40	15,8
Maghreb et Egypte (n=728)	138	19,0
Afrique subsaharienne (n=355)	115	32,4
Autres (n=691)	154	22,3

Pour les singletons vivants en sommet chez la primipare, le taux de césariennes est le plus élevé parmi les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne avec 32,4 %.

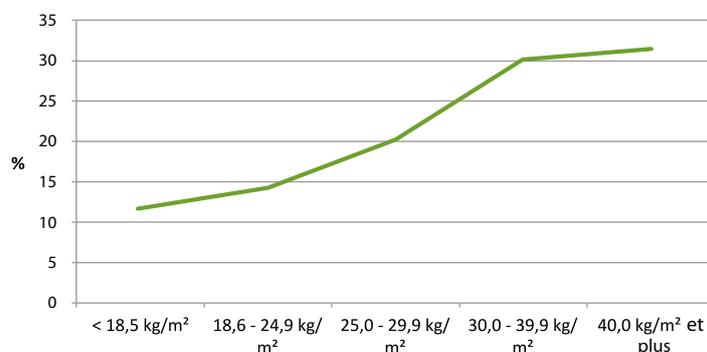


Figure 9 : Taux de césariennes selon l'IMC pour les singletons vivants en sommet chez la primipare de 18 ans et plus (N=13 144), Wallonie, 2011

Cette figure montre que lorsque l'IMC de la mère augmente, le taux de césariennes augmente passant de **11,7 %** pour les mères avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m² à **31,5 %** pour celles avec un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m².

5.4.3.4 INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Le nombre total de césariennes est de 7 887. 0,8 % des causes (63) n'ont pu être obtenues, pour les grossesses uniques uniquement.

Pour 21 enfants singletons déclarés mort-nés, une césarienne a été réalisée : dans 10 cas pour pathologie placentaire, dans 4 cas pour antécédent de césarienne, dans 3 cas pour dystocie, dans 2 cas pour souffrance fœtale aiguë et dans 2 cas pour mort fœtale in utero.

Les causes des césariennes des grossesses gémellaires sont présentées à part (Tableau 33). L'indication de la césarienne dans le cadre des 8 grossesses triples était la grossesse triple elle-même dans tous les cas. Pour 2 grossesses, une cause supplémentaire était indiquée, respectivement antécédent de césarienne et pathologie maternelle.

Tableau 32 : Indication de césarienne pour les naissances uniques vivantes (N=7 427), Wallonie, 2011		
	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel : TOTAL	1993	26,8
Césarienne antérieure et utérus (multi)cicatriciel	1984	26,7
Antécédent de césarienne et (suspicion) de rupture utérine	9	0,1
Anomalie de la présentation : TOTAL	1526	20,5
Siège	1282	17,3
Transverse	86	1,2
Face, front et autres présentations	27	0,4
Anomalie de la présentation et antécédent de césarienne	131	1,8
Dystocie, pas en travail : TOTAL	543	7,3
Dystocie, pas en travail	507	6,8
Echec de déclenchement/induction/épreuve travail	36	0,5
Dystocie arrêt dilatation : TOTAL	968	13,0
Dystocie arrêt dilatation	908	12,2
Dystocie arrêt dilatation et antécédent de césarienne	54	0,7
Dystocie arrêt dilatation et siège	6	0,1
Dystocie arrêt progression à dilatation complète : TOTAL	278	3,7
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	259	3,5
Dystocie arrêt progression à dilatation complète et antécédent de césarienne	9	0,1
Echec ventouse/forceps	10	0,1
Souffrance fœtale aiguë (SFA) : TOTAL	1109	14,9
SFA	889	12,0
SFA et dystocie arrêt progression à dilatation complète	29	0,4
SFA et dystocie arrêt dilatation	148	2,0
SFA et pathologie maternelle	43	0,6
Pathologie maternelle : TOTAL	616	8,3
Hypertension/Prééclampsie/Eclampsie	31	0,4
Pathologie maternelle sans précision	499	6,7
Pathologie maternelle sans précision et antécédent de césarienne	82	1,1
Chorioamniotite	4	0,1
Cause placentaire : TOTAL	261	3,5
Cause placentaire sans précision	248	3,3
Décollement placentaire	5	0,1
Placenta praevia/vasa	8	0,1
Demandée par la patiente : TOTAL	42	0,6
Autres : TOTAL	91	1,2
Procidence cordon	30	0,4
Retard de croissance intra-utérin	29	0,4
Prématurité	9	0,1
Pathologie fœtale	8	0,1
Malformation utérine	7	0,1
Fibrome praevia	3	0,0
Cerclage abdominal ou du col	3	0,0
Antécédent de Mort in utéro	1	0,0
Plastie utérine	1	0,0

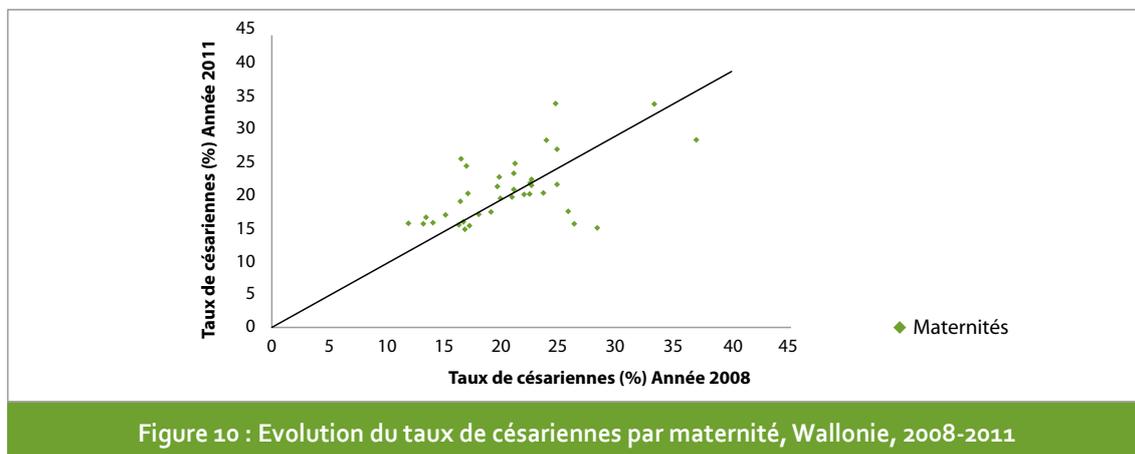
Pour les naissances uniques vivantes, la césarienne antérieure ou l'utérus cicatriciel est l'indication de la césarienne dans plus de 1 césarienne sur 4 tout comme pour les années 2009 et 2010. Cette indication est suivie de près par l'anomalie de la présentation (1 césarienne sur 5) et la souffrance fœtale (1 césarienne sur 6).

Tableau 33 : Indication de césarienne pour les accouchements multiples d'enfants nés vivants et mort-nés (N=368), Wallonie, 2011

	Nombre	%
Césarienne antérieure et utérus cicatriciel	40	10,9
Anomalie de la présentation (siège et transverse)	106	28,8
Dystocie, pas en travail	4	1,1
Dystocie arrêt dilatation	16	4,3
Dystocie arrêt progression à dilatation complète	5	1,4
Souffrance fœtale aiguë (SFA)	23	6,3
Pathologie maternelle	32	8,7
Cause placentaire	8	2,2
Procidence cordon	3	0,8
Prématurité	9	2,4
Grossesse multiple sans précision	105	28,5
Mort in utéro du 1er jumeau	2	0,5
1er jumeau voie basse, 2ème jumeau par césarienne pour anomalie de la présentation ou SFA	15	4,1

Concernant les grossesses multiples, les deux indications de césariennes prédominantes sont l'anomalie de la présentation (près d'1 cas sur 3) et la grossesse multiple en elle-même.

5.4.3.5 CÉSARIENNES ET MATERNITÉS



La Figure ci-dessus présente le taux de césariennes pour les maternités en activité en 2008 et 2011. La moitié des maternités a augmenté son taux de césariennes et un tiers l'a diminué dont 4 fortement.

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

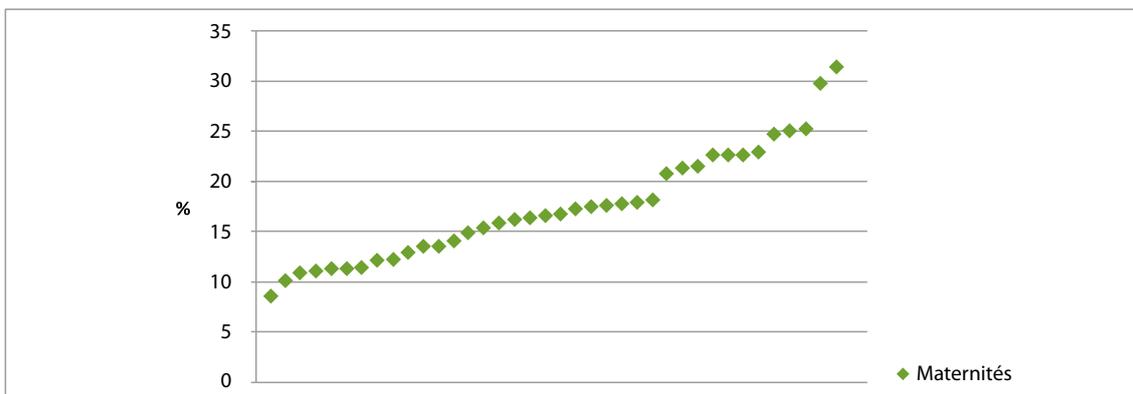


Figure 11 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en sommet de ≥ 37 semaines (N=14 049), Wallonie, 2011

Total : 16,6 % ; min : 8,6 % ; max : 31,4 %

Pour les primipares ayant accouché d'un singleton vivant en sommet, le taux de césariennes varie très fortement d'une maternité à l'autre.

En 2010, la proportion totale était de 13,7 % avec un minimum de 5,7 % et un maximum de 24,2 % (5).

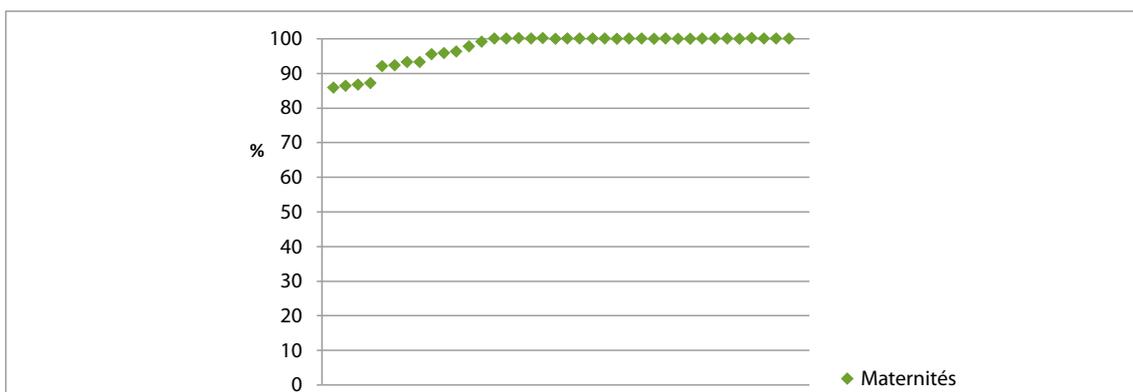


Figure 12 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour un singleton vivant en siège de ≥ 37 semaines (N=811), Wallonie, 2011

Total : 96,1 % ; min : 85,7 % ; max : 100,0 %

2/3 des maternités de la Région wallonne pratiquent automatiquement une césarienne chez les primipares ayant un singleton vivant en siège avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines.

En 2010, la proportion totale était de 96,1 % avec un minimum de 67,5 % et un maximum de 100,0 %. L'écart entre les différents taux a diminué entre 2010 et 2011.

5.4.4 NAISSANCE AVEC INSTRUMENTATION

Tableau 34 : Taux de ventouses et de forceps par naissance (N=38 202), Wallonie, 2011			Données comparatives		
	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %	Bruxelles 2011 (1) %	Flandre 2011 (2) %
Ventouse	1 882	4,9	4,6	7,3	9,4
Forceps	980	2,6	2,5	1,1	0,5
Total	2 862	7,5	7,6	8,4	10,0

Le type d'accouchement est inconnu pour 79 naissances (0,2 %).

La proportion d'utilisation de la ventouse (4,9 %) est deux fois plus élevée que l'utilisation du forceps (2,6 %).

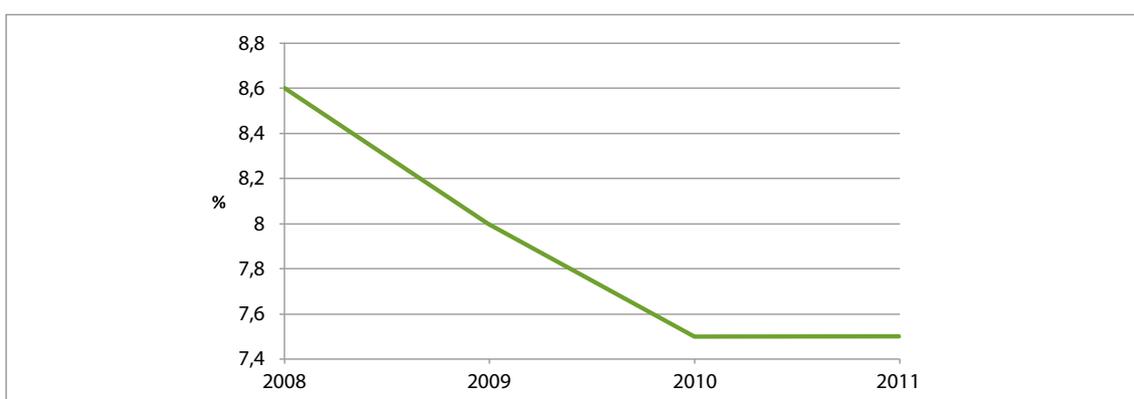


Figure 13: Evolution du taux de naissances avec instrumentation (N=151 958), Wallonie, 2008-2011

Le taux de naissances avec instrumentation diminue nettement de 2008 à 2010 (8,6 % à 7,5 %) avec une stabilisation entre 2010 et 2011.

5.4.5 INDUCTION DE L'ACCOUCHEMENT

5.4.5.1 PRÉVALENCE

On constate que 32,5 % des accouchements ont été induits, ou :

- 33,9 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 35,3 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 36,9 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 34,2 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare
- 36,2 % si l'on ne comptabilise pas les césariennes programmées

Données comparatives

Induction :

Flandre 2011 (2)	: 23,8 %
Bruxelles 2011 (1)	: 28,7 %
Wallonie 2010 (5)	: 33,1 %

La notification de l'induction est manquante pour 71 accouchements (0,2 %).

Le taux d'inductions en Wallonie (32,5 %) est nettement plus élevé que les taux en Région bruxelloise (28,7 %) (1) et en Région flamande (23,8 %) (2).

Le projet Euro-Peristat (6) recommande de présenter les taux d'inductions comme le nombre d'enfants nés après induction sur le total des naissances vivantes et mortes. De cette manière, on obtient 32,2 % de naissances induites.

Parmi les pays européens possédant des données sur l'induction (2010), la Wallonie présente le taux d'inductions le plus élevé (33,0 %) (6).

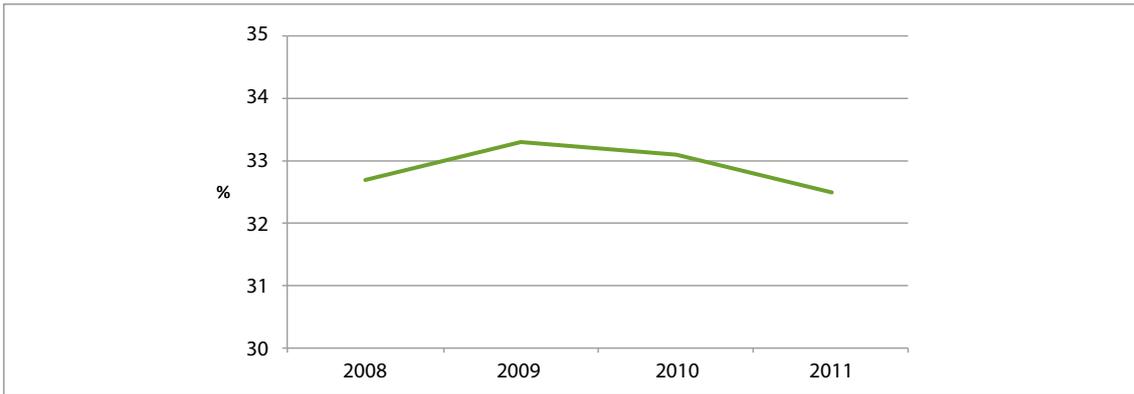


Figure 14 : Evolution du taux d'inductions (N=150 027), Wallonie, 2008-2011

Le taux d'inductions montre une légère pente descendante depuis 2009, tout en restant le plus élevé des 3 régions du pays et de l'ensemble des pays européens repris dans le dernier rapport Euro-Peristat (6). Il varie également fortement d'une maternité à l'autre, allant de 20,7 % à 46,4 % selon la maternité.

5.4.5.2 INDUCTIONS ET MATERNITÉS

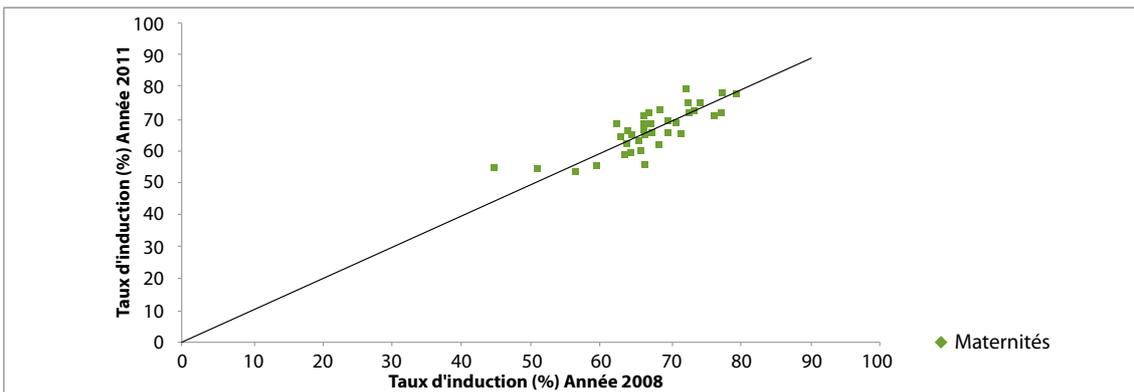


Figure 15 : Evolution du taux d'inductions par maternité, Wallonie 2008-2011

La Figure ci-dessus présente les taux d'inductions pour les maternités en activité en 2008 et 2011. Un tiers des maternités a augmenté son taux d'inductions et un tiers l'a diminué.

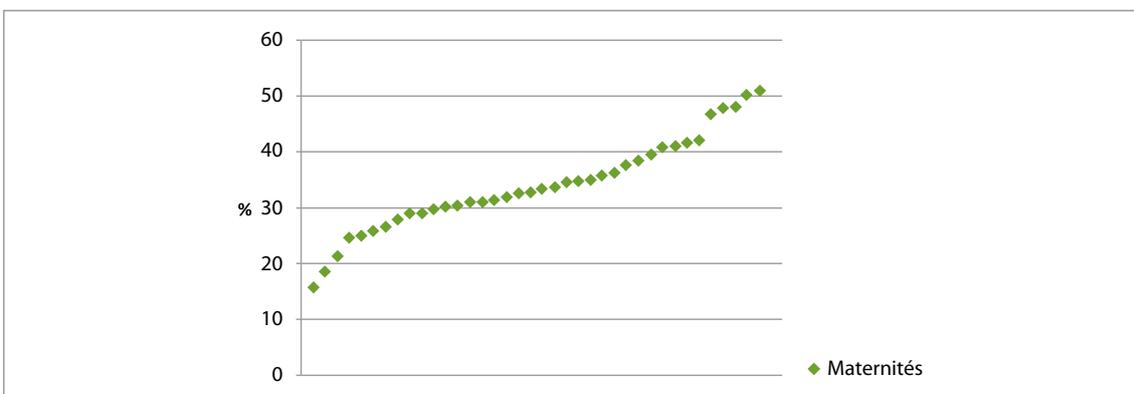
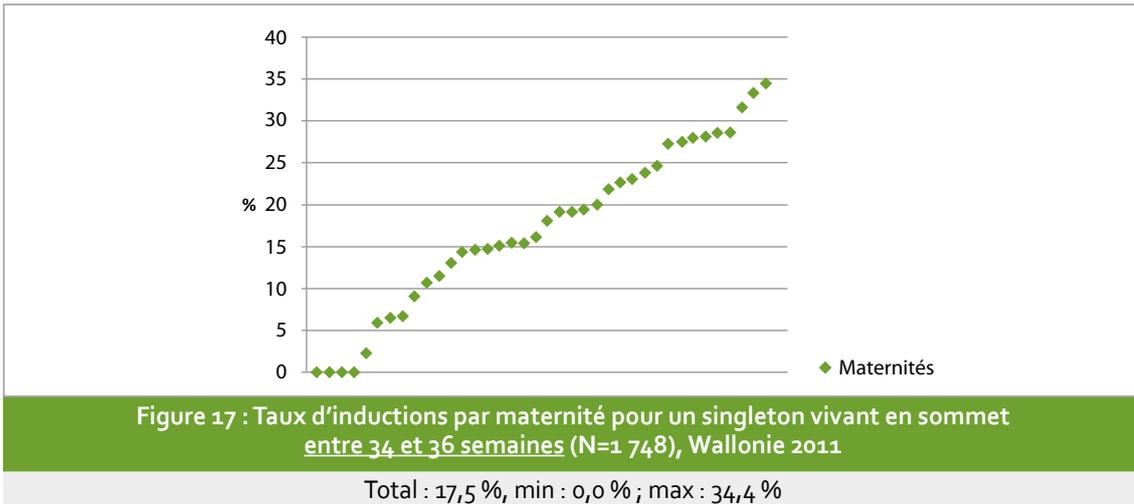
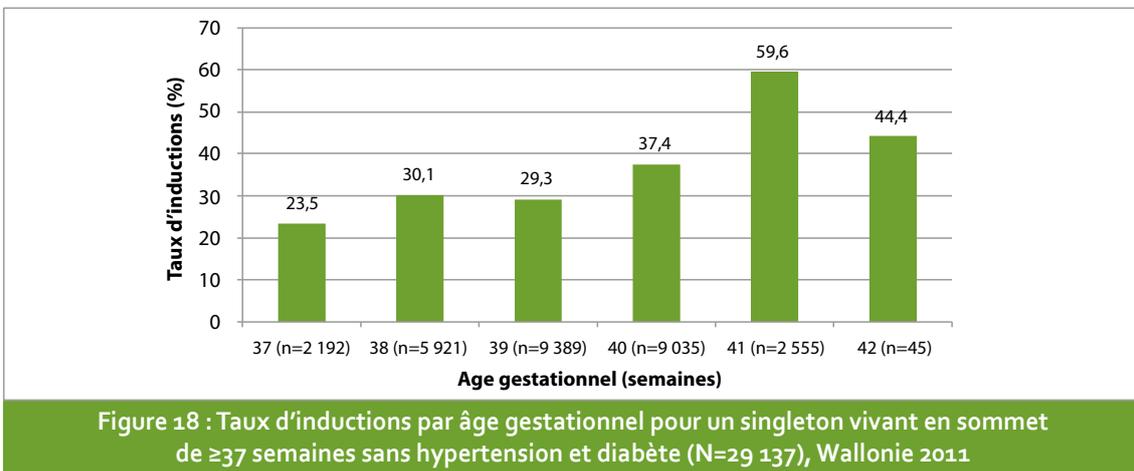


Figure 16 : Taux d'inductions par maternité pour un singleton vivant en sommet entre 37 et 40 semaines (41 semaines exclu) (N=29 731), Wallonie 2011

Total : 33,1 %, min : 15,6 % ; max : 50,9 %



Comme le montrent les figures 16 et 17, les taux d'inductions sont extrêmement variables d'une maternité à l'autre.



5.4.5.3 INDUCTION ET CÉSARIENNE

Tableau 35 : Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare (N= 14 119), Wallonie, 2011			Données comparatives
Induction	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Induction (n=5 211)	1 019	19,6	17,0
Pas d'induction (n=8 908)	1 320	14,8	11,7
Total (n=14 119)	2 339	16,6	13,6

L'induction est inconnue pour 3 césariennes (0,1 %).

Tableau 36: Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne (N=14 836), Wallonie, 2011

Tableau 36: Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines chez la multipare sans antécédent de césarienne (N=14 836), Wallonie, 2011			Données comparatives
Induction	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Induction (n=5 838)	183	3,1	2,4
Pas d'induction (n=8 998)	347	3,9	2,9
<i>Dont : Programmée</i>		1,8	1,2
<i>Non programmée</i>		2,0	1,7
Total (n=14 836)	530	3,6	1,8

Tableau 37: Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de \geq 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne (N=3 451), Wallonie, 2011

Tableau 37: Taux de césariennes après induction pour les singletons vivants en sommet de \geq 37 semaines chez la multipare avec antécédent de césarienne (N=3 451), Wallonie, 2011			Données comparatives
Induction	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Induction (n=411)	111	27,0	20,0
Pas d'induction (n=3 040)	2 098	69,0	65,5
<i>Dont : Programmée</i>		56,9	55,5
<i>Non programmée</i>		12,1	10,0
Total (n=3 451)	2 209	64,0	59,3
L'induction est inconnue pour 2 césariennes (0,1 %).			

Pour les primipares avec un singleton vivant en présentation sommet avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines, le taux de césariennes est nettement plus élevé parmi les mères ayant eu une induction (19,6 %) que parmi celles ayant eu un travail spontané (14,8 %). Ce constat s'observe également pour les multipares sans antécédent de césarienne mais avec une plus faible différence entre les deux taux de césariennes. Les taux augmentent très fortement pour les multipares avec antécédent de césarienne où le taux de césariennes concerne 27,0 % des accouchements avec induction et 69,0 % des accouchements sans induction.

5.4.6 PÉRIDURALE OBSTÉTRICALE

25 844 accouchements ont bénéficié d'une péridurale (76,9 %) (hors césariennes programmées). Ce taux est de 85,9 % chez la primipare et 69,6 % pour la multipare. L'information est manquante pour 80 accouchements (0,2 %). Si l'on ne considère que les accouchements par voie basse, on observe 22 142 péridurales pour 29 598 accouchements (74,8 %), et 0,4 % de données manquantes par voie basse ; ce taux va de 26,1 % à 89,3 % selon la maternité.

Données comparatives

Péridurale :

Flandre 2011 (2)	: 68,6 %
Bruxelles 2011 (1)	: 70,3 %
Wallonie 2010 (5)	: 76,5 %

Le taux de péridurales (hors césariennes programmées) reste stable entre 2009 et 2011 (77,0 %). Ce constat est également observé dans la figure ci-dessous. Pour la majorité des maternités, le taux de péridurales n'a pas augmenté durant la période 2009-2011. Un tiers de maternités a légèrement diminué son taux de péridurales et quelques-unes (4) l'ont augmenté.

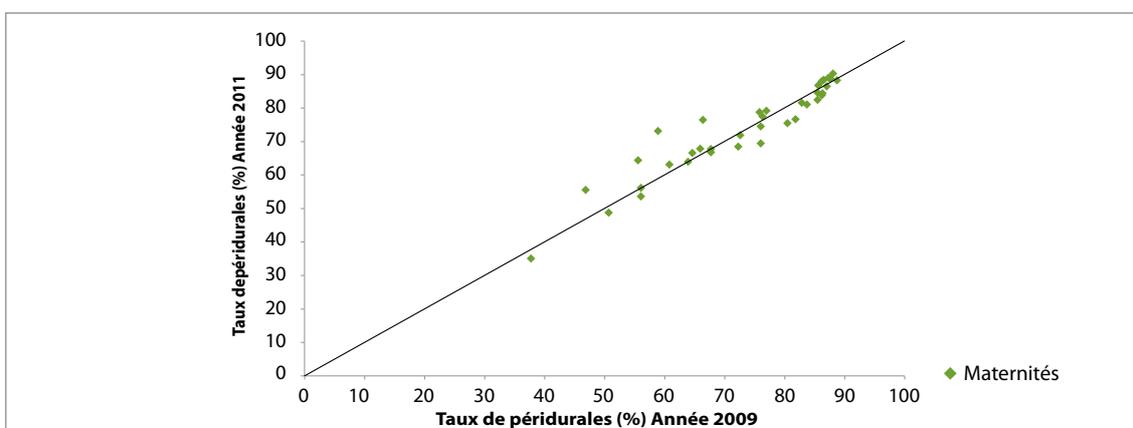


Figure 19 : Evolution du taux de péridurales par maternité (hors césariennes programmées), Wallonie 2009-2011

La figure ci-dessus présente les taux de péridurales pour les maternités en activité en 2008 et 2011.

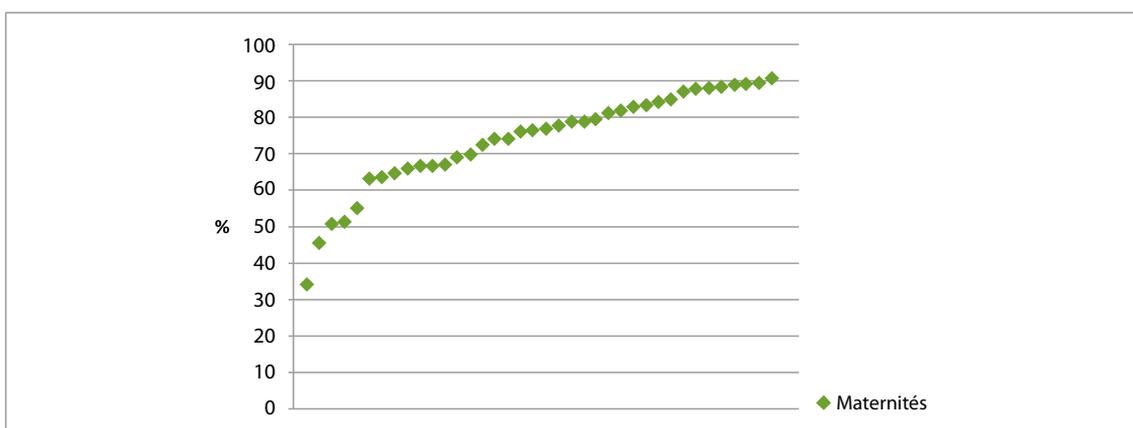


Figure 20 : Taux de péridurales par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines, hors césariennes programmées (N=30 041), Wallonie, 2011

Total : 77,2 % ; min : 34,1 % ; max : 90,5 %

Malgré la stabilité du taux de péridurales au cours des dernières années, celui-ci est très variable d'une maternité à l'autre, variant de 34,1 % à 90,5 %.

5.4.7 ÉPISIOTOMIE

On compte 13 282 épisiotomies pour 37 548 accouchements (35,4 %) et 13 254 épisiotomies pour 29 644 accouchements par voie basse (44,7 %). Cette information est manquante pour 71 accouchements par voie basse (0,2 %). On observe 65,0 % d'épisiotomie chez la primipare et 29,5 % chez la multipare en cas d'accouchement par voie basse. Ce taux va de 13,3 % à 53,1 % selon la maternité, et de 16,0 % à 64,3 % en cas d'accouchement par voie basse.

Données comparatives

Épisiotomie :

Flandre 2011 (2)	: 53,3 %
Bruxelles 2011 (1)	: 27,6 %
Wallonie 2010 (5)	: 45,4 %

La Wallonie présente un taux d'épisiotomies nettement plus élevé qu'en Région bruxelloise (1) et pour 2010, au niveau européen, la Wallonie se situe parmi les pays affichant les taux d'épisiotomie les plus élevés (7ème position) (6).

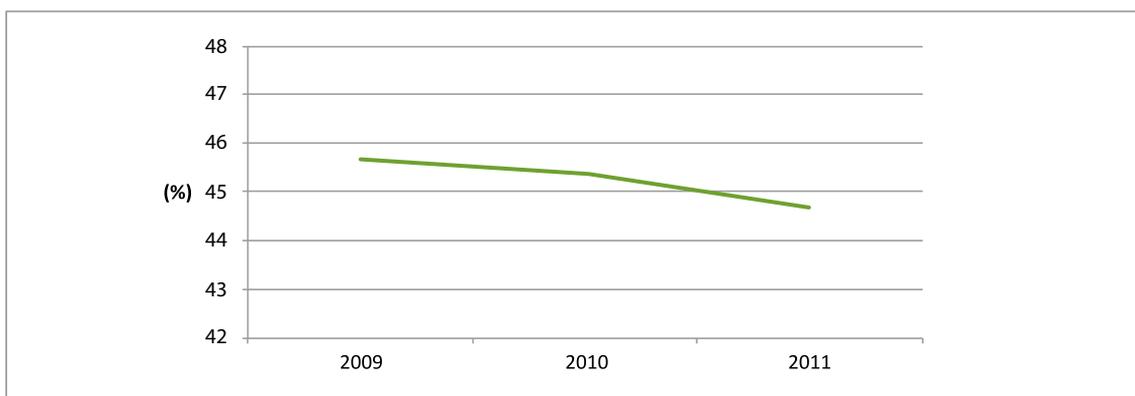


Figure 21 : Evolution du taux d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse (N=32 488), Wallonie, 2011

Une très légère diminution du taux d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse s'observe entre 2009 et 2011.

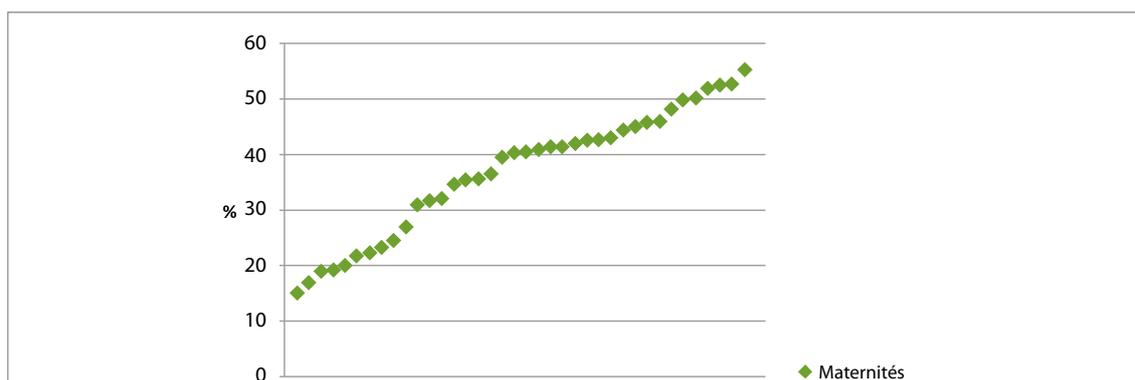


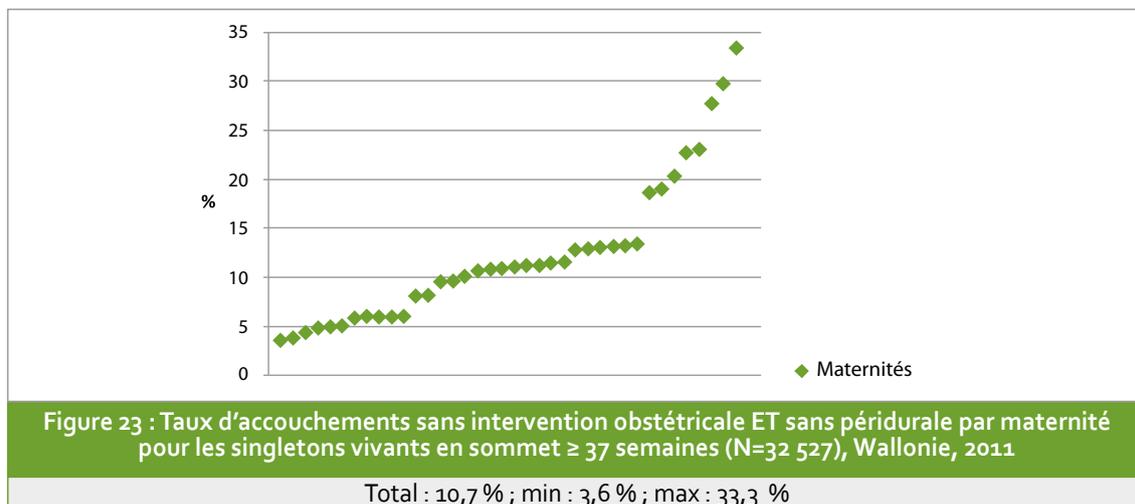
Figure 22 : Taux d'épisiotomies par maternité pour un singleton vivant en sommet \geq 37 semaines (N=32 488), Wallonie, 2011

Total : 38,2 % ; min : 15,1 % ; max : 55,3 %

Pour un singleton vivant en présentation sommet à 37 semaines gestationnelles ou plus, le taux d'épisiotomies varie fortement en fonction des maternités wallonnes allant de 15,1 % à 55,3 %.

5.4.8 ACCOUCHEMENT SANS INTERVENTION OBSTÉTRICALE

Il s'agit des accouchements après 37 semaines, sans instrumentation, sans induction et sans épisiotomie. On comptabilise 24,8 % d'accouchements sans intervention obstétricale et 9,8 % d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale.



La figure 23 montre que le taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines gestationnelles oscille fortement d'une maternité à l'autre (de 3,6 % à 33,3 %).

Aucune tendance n'est observée entre le taux d'accouchements sans intervention obstétricale ET sans péridurale pour les singletons vivants en sommet \geq 37 semaines gestationnelles et l'IMC de la mère ainsi que pour l'âge de la mère.

5.5 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

Données comparatives

Accouchements multiples

Flandre 2011 (2)	: 1,8 %
Bruxelles 2011 (1)	: 2,0 %
Wallonie 2010 (5)	: 1,7 %

Tableau 38: Détails des accouchements multiples, Wallonie, 2011

Grossesses gémellaires : 596 accouchements	
	577 accouchements gémellaires de 2 enfants vivants
	16 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et 1 mort-né
	3 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
Grossesses triples : 9 accouchements	
	8 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	1 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants mort-nés

Euro-Peristat (6) définit le taux de grossesses multiples par le nombre de femmes ayant donné naissances à ≥ 2 enfants sur le nombre total de femmes qui ont accouché. D'après ces recommandations, le taux de grossesses multiples en Wallonie en 2011 est de 1,6 %.

On observe 9 grossesses de triplés (0,03 % des grossesses). Parmi ces grossesses, 4 ont été conçues par ICSI ou FIV, 3 grossesses triples ont fait suite à un traitement hormonal et 2 étaient spontanées.

On compte également 3 grossesses multiples (2 gémellaires et 1 triple) avec syndrome transfuseur-transfusé (0,5 % des grossesses multiples et 0,008 % des naissances). Cette donnée est probablement sous-estimée puisque le syndrome transfuseur-transfusé affecte environ 2,0 % des grossesses gémellaires (10,0 % 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.

Tableau 39 : Accouchements multiples et âge maternel selon le type de procréation (N=36 368), Wallonie, 2011

Type de conception	Âge (années)	Nombre	%
Conception spontanée (n=34 864)	< 20 (n=1 346)	6	0,5
	20-29 (n=18 048)	188	1,0
	30-39 (n=14 533)	214	1,5
	40-49 (n=936)	11	1,2
	50 + (n=1)	0	0,0
Conception assistée (n=1 504)	< 20 (n=2)	0	0,0
	20-29 (n=505)	50	9,9
	30-39 (n=888)	112	12,6
	40-49 (n=108)	4	3,7
	50 + (n=1)	0	0,0

La conception est inconnue ou non demandée pour 1 084 accouchements (2,9 %).

Le taux d'accouchements multiples le plus élevé s'observe parmi les grossesses de conception assistée chez les mères âgées de 30 à 39 ans (**12,6 %**).

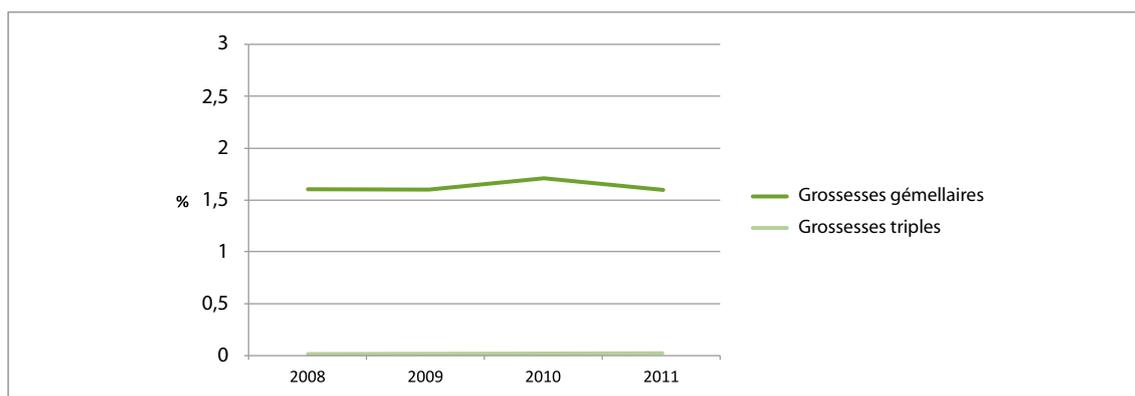


Figure 24: Evolution des proportions de grossesses multiples (N=150 032), Wallonie, 2008-2011

La figure ci-dessus montre que les proportions de grossesses multiples restent stables sur la période 2008-2011

5.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

5.6.1 POIDS DE NAISSANCE

5.6.1.1 POIDS MOYEN DE L'ENFANT

Le poids moyen de l'enfant à la naissance est de **3 219 g** (minimum : 175 g – maximum : 5 645 g)
Pour les enfants nés vivants, celui-ci est de **3 230 g** (minimum : 541 g – maximum : 5 645 g)

Le poids n'a pu être obtenu pour 55 naissances (0,1 %).

5.6.1.2 RÉPARTITION DU POIDS DE NAISSANCE

Euro-Peristat (6) 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 comparaisons 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. C'est la raison pour laquelle, le tableau ci-dessous présente les catégories de poids de naissance pour les enfants singletons et issus de grossesse multiple, nés vivants et mort-nés.

Tableau 40 : Répartition du poids de naissance (N=38 226), Wallonie, 2011								
	Naissances vivantes (n= 38 010)				Mort-nés (n=216)			
	Singletons (n=36 818)		Grossesses multiples (n=1 192)		Singletons (n=192)		Grossesses multiples (n=24)	
Poids (g)	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
< 500	5	0,0	0	0,0	21	10,9	6	25,0
500-999	80	0,2	39	3,3	66	34,4	12	52,0
1 000-1 499	166	0,5	61	5,1	37	19,3	0	0,0
1 500-1 999	362	1,0	176	14,8	14	7,3	2	8,3
2 000-2 499	1 734	4,7	429	36,0	12	6,3	4	16,7
2 500-2 999	7 902	21,5	387	32,5	15	7,8	0	0,0
3 000-3 499	15 096	41,0	93	7,8	23	12,0	0	0,0
3 500-3 999	9 291	25,2	7	0,6	4	2,1	0	0,0
4 000-4 499	1 995	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 4 500	187	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Le poids de naissance est inconnu pour 51 enfants nés vivants (0,1 %) et 4 mort-nés (1,8%).

5.6.1.3 PRÉVALENCE DU FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g est de 3 226 pour 38 225 naissances (8,4 %) au total, et de 3 052 pour 38 009 naissances vivantes (8,0 %).

Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs (NIC), la proportion d'enfants de faible poids atteint 11,2 %, contre 7,0 % dans les autres maternités.

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 500 g est de 493 pour 38 225 naissances (1,3 %) au total, et de 351 pour 38 009 naissances vivantes (0,9 %).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1 000 g est de 229 pour 38 225 naissances (0,6 %) au total, et de 124 pour 38 009 naissances vivantes (0,3 %).

Données comparatives

Poids de naissance < 2 500 g :

Flandre 2011 (2)	: 6,7 %
Bruxelles 2011 (1)	: 7,9 %
Wallonie 2010 (5)	: 8,3 %

Poids de naissance < 1 500 g :

Flandre 2011 (2)	: 1,2 %
Bruxelles 2011 (1)	: 1,9 %
Wallonie 2010 (5)	: 1,1 %

La proportion de petit poids de naissance (moins de 2 500 g) et très petit poids de naissance (moins de 1 500 g) ne varient pas durant la période 2008-2011.

Les recommandations européennes (6) en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2 500 g et à un âge gestationnel supérieur à 37 semaines. On obtient alors un taux de 3,6 pour 100 naissances vivantes (1 263/34 832) de 37 semaines et plus, et de 16,2 pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus (6/37).

5.6.2 DURÉE DE LA GROSSESSE

5.6.2.1 DURÉE MOYENNE DE LA GROSSESSE

La durée moyenne de la grossesse est de **38 semaines** (minimum : 20 semaines* – maximum : 43 semaines).

La durée moyenne de la grossesse pour les grossesses uniques est de 38 semaines (minimum : 20 semaines* – maximum : 43 semaines) et de 35 semaines (minimum : 22 semaines – maximum : 40 semaines) pour les grossesses multiples.

*Les 2 naissances avant 22 semaines concernaient un enfant de plus de 500 g.

L'âge gestationnel n'a pu être obtenu pour 56 accouchements (0,1 %).

5.6.2.2 RÉPARTITION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

Tableau 41 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=37 611), Wallonie, 2011					Données comparatives			
Âge gestationnel (semaines)	Singletons (n= 37 006)		Grossesses multiples (n= 605)		Bruxelles 2011 (1) %		Flandre 2011 (2) %	
	Nombre	%	Nombre	%	Singletons	Grossesses multiples	Singletons	Grossesses multiples
≤ 23	43	0,1	3	0,5	0,2	0,8	0,4	3,3
24	27	0,1	4	0,7	0,1	0,4		
25	29	0,1	5	0,8	0,1	0,6		
26-27	66	0,2	8	1,3	0,3	1,6		
28-31	217	0,6	39	6,5	0,7	9,1	0,6	8,1
32-36	2 252	6,1	285	47,1	5,4	40,7	5,3	44,2
≥ 37	34 372	92,9	261	43,1	93,1	46,8	93,7	44,4

Le poids de naissance est inconnu pour 56 enfants nés vivants (0,1 %).

Moins de 10,0 % des grossesses uniques accouchent avant terme. Pour les grossesses multiples, ce résultat atteint 57,0 % dont 10,0 % n'atteignent pas les 32 semaines de grossesse.

5.6.2.3 PRÉVALENCE DE LA PRÉMATURITÉ

Le nombre total d'accouchements à un âge inférieur à 37 semaines est de 2 978 pour un total de 34 633 accouchements (7,9 %), 7,1 % pour les accouchements de singletons et 56,9 % pour les accouchements de jumeaux. Dans les maternités avec un centre de soins néonataux intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines atteint 11,8 %, contre 7,1 % dans les autres maternités.

Données comparatives	
Accouchement < 37 semaines :	
Flandre 2011 (2)	: 7,1 %
Bruxelles 2011 (1)	: 7,8 %
Wallonie 2010 (5)	: 7,8 %

Euro-Peristat (6) définit cet indicateur comme le nombre de naissances vivantes et mortes entre 22 et 37 semaines de gestation sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. En Région wallonne en 2011, on obtient alors 8,7 % de naissances prématurées.

La plupart des données disponibles en Europe ne concernent que le nombre de naissances vivantes prématurées sur le total des naissances vivantes. Avec ce calcul, on obtient un taux de 8,3 % en Wallonie.

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

Tableau 42: Taux d'enfants nés vivants, mort-nés et décédés avant 7 jours de vie selon l'âge gestationnel (N=38 281), Wallonie, 2011						
Âge gestationnel (semaines)	Enfant né vivant et vivant après 7 jours (n=37 997)		Enfant né vivant et décédé avant 7 jours de vie (n=64)		Enfant mort-né (n=220)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=50)	1	2,0	5	10,0	44	88,0
24 (n=35)	9	25,7	9	25,7	17	48,6
25 (n=39)	19	48,7	9	23,1	11	28,2
26-27 (n=82)	53	64,6	7	8,5	22	26,8
28-31 (n=298)	242	81,2	9	3,0	46	15,4
32-36 (n=2 828)	2 776	98,2	9	0,3	43	1,5
≥ 37 (n=34 893)	34 842	99,9	15	0,0	37	0,1

L'âge gestationnel est inconnu pour 56 accouchements (0,1 %).

Sans surprise, lorsque l'âge gestationnel augmente, la proportion d'enfants nés vivants et vivants toujours après 7 jours de vie devient de plus en plus importante. Cette tendance est inversée pour les mort-nés et les enfants nés vivants et décédés avant 7 jours de vie.

Tableau 43: Répartition du type de début de travail selon l'âge gestationnel, Wallonie, 2011						
Âge gestationnel (semaines)	Type de début de travail (N=37 610)					
	Travail spontané (n=21 477)		Induction (n=12 219)		Césarienne élective (n=3 914)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=46)	27	58,7	19	41,3	0	0,0
24 (n=31)	21	67,7	9	29,0	1	3,2
25 (n=34)	25	73,5	8	23,5	1	2,9
26-27 (n=74)	51	68,9	18	24,3	5	6,8
28-31 (n=256)	186	72,7	46	18,0	24	9,4
32-36 (n=2536)	1 868	73,7	383	15,1	285	11,2
≥ 37 (n=34 633)	19 299	55,7	11 736	33,9	3 598	10,4

L'âge gestationnel est inconnu pour 56 accouchements (0,1 %) et le type de début de travail pour 1 accouchement (0,0 %).

5.6.2.4 ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET FACTEURS DE RISQUE

Tableau 44 : Accouchement < 37 semaines et âge maternel pour les singletons vivants chez la primipare (N=16 111), Wallonie, 2011

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=11)	1	9,1
15-19 (n=1 140)	93	8,2
20-24 (n=4 018)	250	6,2
25-29 (n=6 369)	438	6,9
30-34 (n=3 333)	250	7,5
35-39 (n=1 040)	83	8,0
40-44 (n=191)	21	11,0
45-49 (n=8)	0	0,0
50+ (n=1)	0	0,0

Les proportions d'accouchements prématurés les plus élevées pour les singletons vivants chez la primipare s'observent aux âges extrêmes.

Tableau 45 : Accouchement < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=16 100), Wallonie, 2011

Nationalité	Nombre	%
Belgique (n=12 314)	885	7,2
Europe moins Belgique (n=1 675)	110	6,6
Turquie (n=261)	15	5,7
Maghreb et Egypte (n=760)	39	5,1
Afrique subsaharienne (n=364)	21	5,8
Autres (n=726)	66	9,1

L'analyse des accouchements prématurés en fonction de la nationalité d'origine de la mère (primipare avec un singleton vivant) montre que la proportion la plus élevée est parmi les mères de nationalité d'origine belge (7,2 %). Pour ce qui est de l'analyse avec l'IMC pour ce même sous-groupe de population, les mères avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m² présentent la proportion la plus élevée d'accouchements prématurés avec 8,7 % et les mères avec un IMC supérieur ou égale à 40 kg/m² le taux le plus bas (4,0 %).

Tableau 46 : Accouchement < 37 semaines et situation professionnelle de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N= 16 111) Wallonie, 2011

Situation professionnelle	Nombre	%
Active (n=9 849)	663	6,7
Étudiante (n=586)	36	6,1
Sans profession (chômage / invalidité / CPAS / femme au foyer) (n=5 344)	405	15,0
Situation professionnelle inconnue (n=332)	32	9,6

Toujours pour ce même sous-groupe de population, le tableau 46 montre que la proportion d'accouchements prématurés est plus élevée parmi les mères qui sont sans profession (15,0 %).

Tableau 47: Accouchement < 37 semaines et niveau d'instruction de la mère pour les singletons vivants chez la primipare (N=12 529), Wallonie, 2011

Niveau d'instruction	Nombre	%
Pas d'instruction (n=90)	9	10,0
Primaire (n=295)	35	11,9
Secondaire inférieur (n=1 568)	106	6,8
Secondaire supérieur (n=4 825)	333	6,9
Supérieur non-universitaire (n=3 671)	251	6,8
Supérieur universitaire (n=1 953)	108	5,5
Autre (spécial, études en cours, à l'étranger) (n=127)	7	5,5

Une tendance est observée dans le tableau 47 qui analyse les accouchements prématurés et le niveau d'instruction de la mère pour les singletons vivants chez la primipare. Du niveau « pas d'instruction » au niveau « supérieur universitaire », la proportion varie de 10,0 à 5,5 %.

5.6.3 STREPTOCOQUE DU GROUPE B

Les taux sont calculés pour les accouchements d'enfants nés vivants, à partir de 35 semaines uniquement, hors césarienne programmée.

Tableau 48: Statut du GBS par accouchement (N=32 899), Wallonie, 2011			Données comparatives
Statut du GBS	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Qui	6 013	18,3	19,0
Non	24 997	76,0	75,4
Non testé/non connu	1 889	5,7	5,6
Pour les accouchements à partir de 35 semaines, le statut du GBS de la mère est inconnu pour 96 accouchements (0,3%).			

Le taux de traitement par antibiothérapie en cas de dépistage positif du streptocoque B est de **92,7 %** pour les naissances vivantes à partir de 35 semaines. 11 données sont manquantes (**0,2 %**).

5.6.4 APGAR

5.6.4.1 SCORE D'APGAR À 1 MINUTE

Score d'apgar inférieur à 7 à 1 minute : **6,5 %** de toutes les naissances vivantes.

Score d'apgar inférieur à 4 à 1 minute : **1,8 %** de toutes les naissances vivantes.

Le score d'apgar à 1 minute manque pour 111 naissances (0,3 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 à 1 minute est de 12,1 % après l'utilisation d'un STAN, et de 6,5 % 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 : **1,3 %** 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 111 naissances (0,3 %).

Le taux de score d'apgar inférieur à 7 est de 2,3 % après l'utilisation d'un STAN, et de 1,3 % si un monitoring seul a été nécessaire (hors césariennes programmées).

5.6.5 VENTILATION DU NOUVEAU-NÉ

La donnée est manquante pour 116 naissances vivantes (0,3 % des naissances vivantes).

Tableau 49: Ventilation du nouveau-né vivant (N=37 945), Wallonie, 2011			Données comparatives
	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Ventilation	1 936	5,1	5,5
<i>Dont : Intubation</i>	214	11,1	8,7
<i>Ballon et masque</i>	1 690	87,3	89,7

La ventilation du nouveau-né vivant est inconnue pour 116 naissances vivantes (0,3 %) et le type de ventilation pour 32 naissances vivantes (1,6 %).

5,1 % des naissances vivantes sont ventilées dont 87,3 % au ballon et masque.

5.6.6 ADMISSION DANS UN CENTRE NÉONATAL

Tableau 50: Admission du nouveau-né vivant dans un centre néonatal (N=36 706), Wallonie, 2011			Données comparatives
	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Transfert	4 077	10,7	11,3
<i>Dont : N*</i>	2 774	68,0	71,8
<i>NIC</i>	1 272	31,2	27,5

L'admission dans un centre néonatal du nouveau-né vivant est inconnue pour 1 355 naissances vivantes (3,6 %) et le type de centre pour 31 naissances vivantes (0,8 %).

L'admission des nouveau-nés en centre néonatal concerne 10,7 % des naissances avec 2/3 de transfert en service N* et 1/3 de transfert en service NIC.

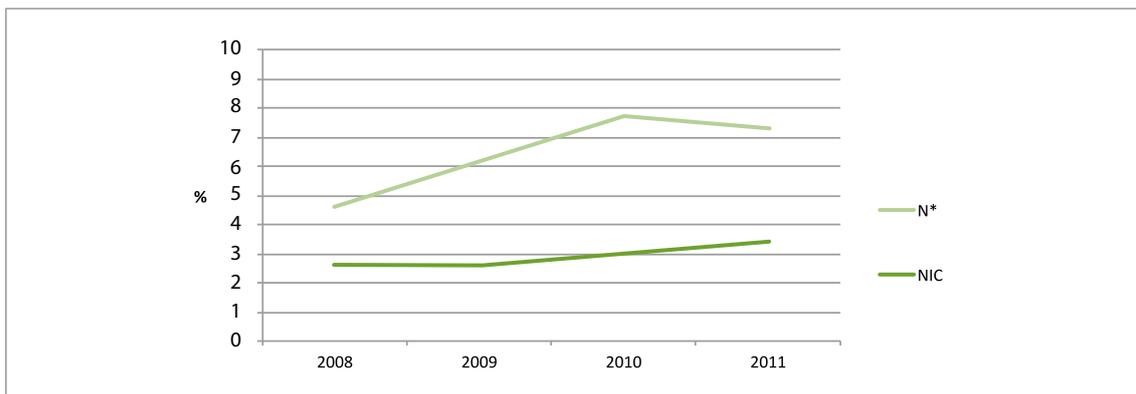


Figure 25: Evolution du taux d'admissions en centre néonatal N* et NIC parmi les naissances vivantes (N=152 259), Wallonie, 2008-2011

Le taux d'admissions en centre néonatal N* augmente de 2008 à 2010 avec une légère diminution de 2010 à 2011. Pour ce qui est des admissions en service NIC, le taux a également augmenté mais de manière moins prononcée.

5.6.7 SEXE DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Tableau 51 : Sexe de l'enfant (N=38 281), Wallonie, 2011			Données comparatives
Sexe	Nombre	%	Wallonie 2010 (5) %
Masculin	19 568	51,1	51,2
Féminin	18 713	48,9	48,8

Le tableau montre une légère différence entre les proportions de garçons (51,1 %) et de filles (48,9 %) ce qui s'observe également pour les trois années précédentes.

5.6.8 MALFORMATIONS

333 malformations ont été enregistrées en 2011. 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 211 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.

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.

Tableau 52 : Types de malformations (N=190), Wallonie, 2011		
Nombre	Malformations	
39	Fente labiale/palatine	
28	Hypospade	
15	Anomalie réductionnelle des membres	
12	Trisomie 21	
12	Spina bifida	dont 1 avec hydrocéphalie
		dont 1 avec hydrocéphalie et fente labiale/palatine
9	Hydrocéphalie	dont 1 avec dysplasie rénale
9	Imperforation anale	dont 1 avec atrésie œsophage
		dont 1 avec atrésie de l'intestin grêle et dysplasie rénale
8	Atrésie de l'intestin grêle	dont 1 avec atrésie de l'œsophage
7	Hernie diaphragmatique	
6	Trisomie 18	
5	Omphalocèle	
5	Communication interventriculaire	
4	Dysplasie rénale polykystique	
4	Transposition des gros vaisseaux	dont 1 avec communication interventriculaire
4	Gastroschisis	
4	Hydrops foetal	dont 1 avec hernie diaphragmatique
3	Atrésie de l'œsophage	
3	Tétralogie de Fallot	
3	Malformation adénomatoïde du poumon	
2	Anomalie obstructive bassinet/uretère	
2	Anencéphalie	
1	Agénésie rénale	
1	Trisomie 13	
1	Dysplasie squelettique/nanisme	
1	Craniosténose	
1	Atrésie de l'anus	
1	Hygroma kystique	

5.7 LIEU D'ACCOUCHEMENT

5.7.1 ACCOUCHEMENTS EN MATERNITÉ

Tableau 53 : Nombre de maternités par nombre d'accouchements (N=37 423), Wallonie, 2011	
Nombre d'accouchements	Nombre de maternités
< 500	8
500 - 999	15
1 000 - 1 499	10
1 500 - 1 999	2
2 000 - 2 499	1
2 500 +	2

5.7.2 ACCOUCHEMENTS HORS MATERNITÉ

Nous avons comptabilisé **244** naissances extrahospitalières, c'est-à-dire 6,4 pour 1 000 naissances.

Ces accouchements sont répartis comme suit :

- 70 en maison de naissance
- 119 à domicile programmés en présence d'un professionnel
- 55 hors maternité non prévus (dont 1 mort-né), parmi lesquels 27 enfants nés sans professionnel présent au moment de l'accouchement.

Données comparatives

Bruxelles 2011 (1) : 4,9 ‰
Wallonie 2010 (5) : 6,2 ‰

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

Dans les accouchements à domicile prévus, le taux d'épisiotomies est de **1,1 %**.

Le taux d'accouchements hors maternité est resté stable de 2008 à 2011 (environ 6 ‰).

Tableau 54 : Accouchement à domicile et âge maternel (N=244), Wallonie, 2011		
Âge (années)	Accouchement non programmé (n=55)	Accouchement programmé (n=189)
	Nombre	Nombre
<20 (n=2)	2	0
20-29 (n=93)	25	68
30-39 (n=137)	26	111
40-49 (n=12)	2	10

Tableau 55 : Accouchement à domicile et situation professionnelle de la mère (N=184), Wallonie, 2011

Situation professionnelle	Accouchement non programmé (n=51)	Accouchement programmé (n=133)
	Nombre	Nombre
Active (n=124)	22	102
Étudiante (n=0)	0	0
Chômage (n=14)	3	11
Pensionnée (n=0)	0	0
Sans profession (n=46)	26	20

La situation professionnelle de la mère est inconnue pour 60 accouchements (24,6 %).

Tableau 56 : Accouchement à domicile et parité (N=234), Wallonie, 2011

Parité	Accouchement non programmé (n=48)	Accouchement programmé (n=186)
	Nombre	Nombre
Primipare (n=75)	7	68
2-3 (n=133)	29	104
4+ (n=26)	12	14

La parité est inconnue pour 10 accouchements (4,1 %).

5.8 MORTINATALITÉ

5.8.1 CHIFFRES

Euro-Peristat (6) définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. On compte 220 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines (5,7‰ naissances), dont 25 enfants mort-nés issus de grossesses multiples. Le taux de mort-nés est de 5,3 et 20,5 pour 1 000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.

Le taux de mortinatalité pour les mort-nés dont le poids de naissance est supérieur ou égal à 500 g est de 4,9 ‰. Ce taux est de 4,7 ‰ en Flandre et 7,9 ‰ en Région bruxelloise.

La recommandation de l'OMS est de comparer les naissances d'au moins 28 semaines, le taux de mort-nés est alors de 3,3 ‰ (3,0 ‰ singletons et 11,9 ‰ pour les grossesses multiples de \geq 28 semaines).

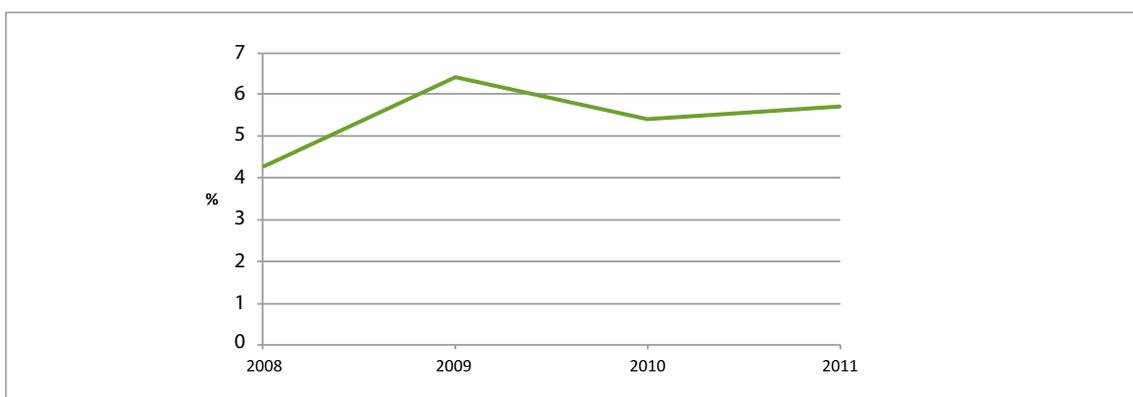


Figure 26 : Evolution du taux de mortinatalité (N=152 538), Wallonie, 2008-2011

Le taux de mortinatalité a fortement augmenté entre 2008 et 2009 et s'est stabilisé de 2009 à 2011. L'augmentation concerne essentiellement les enfants mort-nés extrêmement prématurés (22-23 semaines d'âge gestationnel). Cette croissance semble être liée en grande partie à la sensibilisation du CEpiP auprès des maternités à appliquer l'Arrêté Royal du 17 juin 1999³ ce qui a augmenté le nombre de bulletins de naissance d'enfant mort-né remplis dans les maternités.

³ L'Arrêté royal du 17 juin 1999 prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle de tous les décès définit la mortinaissance comme « toute mort fœtale dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 500 grammes ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 centimètres du vortex au talon) ». Une circulaire du Ministère de la justice du 10 juin 1999 relative à l'acte de déclaration d'un enfant sans vie précise que l'acte de déclaration d'un enfant sans vie n'est dressé que si la naissance a eu lieu plus de six mois après la conception (il s'agit ici de ce que l'on appelle communément la « règle des 180 jours »). D'autres règlements fixent également une limite de 180 jours de grossesse (soit 26 semaines) : par exemple, dans la nomenclature de l'INAMI, un accouchement est une intervention effectuée à partir du 180ième jour de gestation. Une circulaire du Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement du 27 mars 2000 précise que l'allocation de naissance peut être accordée pour un enfant mort-né pour autant que la durée de grossesse soit au minimum de 180 jours. Voir aussi dans l'introduction la définition utilisée dans cette note.

5.8.2 TAUX DE MORT-NÉS SELON L'ÂGE GESTATIONNEL

Tableau 57 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel (N= 38 225), Wallonie, 2011						
Âge gestationnel (semaines)	Mort-nés singletons (n=195)		Mort-nés jumeaux (n=22)		Mort-nés triplés (n=3)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
≤ 23 (n=50)	37	74,0	4	8,0	3	6,0
24 (n=35)	15	42,9	2	5,7	0	0,0
25 (n=39)	10	25,6	1	2,6	0	0,0
26-27 (n=82)	21	25,6	1	1,2	0	0,0
28-31 (n=298)	42	14,1	4	1,3	0	0,0
32-36 (n=2 828)	35	1,2	8	0,3	0	0,0
≥ 37 (n=34 893)	35	0,1	2	0,0	0	0,0

L'âge gestationnel est inconnu pour 56 naissances vivantes (0,1 %).

Le taux de mort-nés singletons décroît lorsque l'âge gestationnel augmente avec un minimum de 0,1 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines et un maximum de 74,0 % parmi les mort-nés singletons avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 23 semaines.

Tableau 58 : Taux de mortinatalité selon l'âge gestationnel pour les enfants avec poids de naissance supérieur ou égal à 500g (N=38 160), Wallonie, 2011		
Âge gestationnel (semaines)	Mort-nés	
	Nombre	%
≤ 23 (n=31)	26	83,9
24 (n=32)	14	43,8
25 (n=33)	9	27,3
26-27 (n=80)	20	25,0
28-31 (n=296)	44	14,9
32-36 (n=2 819)	40	1,4
≥ 37 (n=34 869)	36	0,1

Données comparatives		
Wallonie 2010 (5) %	Bruxelles 2011 (1) %	Flandre 2011 (2) %
%	%	%
82,4	82,9	34,7
26,3	62,5	
31,4	32,1	
26,8	34,6	
11,0	12,5	11,3
1,4	2,6	1,8
0,1	0,1	0,1

5.8.3 CAUSES DE MORTALITÉ FŒTALE

Tableau 59: Causes de mortalité fœtale selon le certificat de naissance (N=220), Wallonie, 2011			
		Nombre	%
Malformations : TOTAL		53	24,1
	Système nerveux	24 ¹	10,9
	Chromosomique	11 ²	5,0
	Cœur	4 ³	1,8
	Système musculo-squelettique et Anomalie tissu conjonctif	2	0,9
	Association syndromique/Syndrome génétique	2	0,9
	Malformations multiples sans précision	6	2,7
	Malformation sans précision	4	1,8
Mort fœtale in utero (MFIU) sans cause apparente : TOTAL		61	27,7
Diagnostic après autopsie :	Autopsie non contributive ou non réalisée	52	23,6
	Compression du cordon	8	3,6
	Origine placentaire sans précision	1	0,5
Mort fœtale in utero avec cause probable précisée : TOTAL		7	3,2
	Pathologie maternelle	5	2,3
	Retard de croissance intra-utérin	1	0,5
	Stigmates malformatifs	1	0,5
Décollement placentaire		23	10,5
Pathologie maternelle aiguë (hypertension, diabète, lupus,...)		12	5,5
Chorioamniotite		9	4,1
Décès de cause indéterminée dans le cadre d'une prématurité extrême		7	3,2
Asphyxie/Arrêt cardiaque/Souffrance fœtale aiguë		7	3,2
Retard de croissance intra-utérin		5	2,3
Infection maternelle à CMV		4	1,8
Infection sans précision		3	1,4
Anasarque foeto-placentaire		2	0,9
Hémorragie foeto-maternelle		2	0,9
Grossesses multiples : TOTAL		21	9,5
	Prématurité ≤ 25 semaines	5	2,3
	Chorioamniotite	4	1,8
	MFIU avec cause probable précisée – grossesse multiple	4	1,8
	MFIU sans précision	3	1,4
	Syndrome transfuseur-transfusé	2	0,9
	Décollement placentaire	1	0,5
	Pathologie maternelle	1	0,5
	Retard de croissance intra-utérin	1	0,5
Autres : TOTAL		4	1,8
	Benckiser	1	0,5
	Rupture utérine	1	0,5
	Toxicomanie maternelle	1	0,5
	Traumatisme de la route sans précision	1	0,5

¹ dont 1 enfant issu de grossesse multiple
² dont 1 enfant issu de grossesse multiple
³ dont 2 enfants issus de grossesses multiples

6. Conclusion

Suite au traitement des données périnatales (naissances et décès périnataux), nous proposons une analyse descriptive des variables médicales et sociodémographiques disponibles grâce aux bulletins statistiques des naissances et des décès survenus en Région wallonne (données de fait).

Cette quatrième année de publication a permis au CEpiP d'analyser les évolutions de quelques indicateurs de santé périnatale en Région wallonne. Ces évolutions, réalisées sur trois ou quatre années, couvrent une période encore trop courte pour valider de réelles évolutions de prévalence mais montre déjà des tendances intéressantes pour certaines variables.

QUALITÉ DES DONNÉES

Suite à l'analyse des données 2011, il a été constaté que certaines variables du volet sociodémographique restent moins bien récoltées depuis 2008. Les variables qui posent problème sont le niveau d'instruction et la situation professionnelle des parents.

Pour le niveau d'instruction de la mère, le taux de manquants s'élève à 23,7 %, avec une hausse des données manquantes observée de 2010 à 2011 (15,7 % à 23,7 %). Les taux sont assez variables d'une commune à l'autre (0,1 % à 52,3 %). Cette variabilité dans les taux de manquants pourrait s'expliquer d'une part par la sensibilité du personnel des administrations communales à remplir les déclarations de naissance et d'autre part par le fait que l'enregistrement et la définition du niveau d'études des parents de nationalité non belge à l'origine, et qui ont passé leur enfance, au moins en partie, à l'étranger, peut être complexe pour le personnel des administrations communales. Cette donnée est encore nettement moins bien recueillie en cas de naissance d'un enfant mort-né, où 63,6 % des données manquent cette année. Ce taux de réponses manquantes pour les décès pourrait s'expliquer, par le fait que les décès fœtaux en dessous de 26 semaines ne donnent pas lieu à un numéro d'acte de décès, tous les parents ne se présentent pas à l'état civil et l'officier est supposé remplir les données sociodémographiques lui-même. Les données concernant le niveau d'études n'étant pas souvent enregistrées par le registre national, il est alors impossible de remplir cette donnée en l'absence des parents.

Cette situation contraste avec l'excellente performance des administrations communales en ce qui concerne la nationalité d'origine et actuelle, le lieu de résidence ainsi que l'état civil et l'état d'union des parents. Cette différence dans les variables est liée au fait que les communes ont la possibilité de récupérer ce type de données qui n'étaient pas complétées sur le volet initial (les informations étant présentes dans le registre national).

Pour les données médicales, certaines variables restaient encore insuffisamment recueillies. Malgré cela, une amélioration de la qualité des données concernant l'indice de masse corporelle et la conception de la grossesse a pu être observée depuis 2009, le taux de manquant passant de 17,9 % à 13,0 % pour l'IMC et de 6,4 % à 3,4 % pour la conception de la grossesse. Celle-ci est probablement le résultat des contacts et des feedbacks aux maternités, mais également de leur adaptation progressive aux variables du volet CEpiP, certaines maternités ayant adapté les variables des « dossiers patientes » au volet CEpiP.

Concernant l'analyse des données, la problématique liée à la collecte de certaines données médicales et sociodémographiques reste essentielle à la réalisation d'études valides et fiables. L'effort de sensibilisation auprès du personnel des maternités doit se poursuivre ainsi que l'attention sur l'évolution des données collectées par les communes afin de pouvoir relayer des informations objectives à la Cellule statistiques de naissances-décès de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

CARACTÉRISTIQUES DE LA MÈRE

Pour les données sociodémographiques de la mère, l'âge moyen (29,5 ans) est stable depuis 2008. La proportion de mères âgées de moins de 20 ans reste élevée (3,7 %) comparée à la Région bruxelloise (2,1 %) (1). A l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est plus faible en Wallonie (16,2 %). Une étude sur les âges extrêmes des futures mères est en cours d'analyse. Pour la nationalité d'origine, 2/3 des mères sont non belges à l'accouchement.

Lors de l'analyse des données biomédicales, trois constats importants doivent être soulignés : une augmentation importante du taux de diabète et de la proportion de mères en surpoids et obèses ainsi qu'une stabilisation du taux d'hypertension artérielle, lorsqu'on compare les données du rapport actuel avec celles des années antérieures.

Les données sur le diabète et l'hypertension artérielle se trouvaient déjà sur le volet C avant l'introduction du 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". Entre 2008 et 2009, l'augmentation des taux de diabète et de l'hypertension pouvait s'expliquer par le changement de formulaire de déclaration de naissance. Cependant entre 2009 et 2011, l'évolution des taux ne peut plus être la conséquence du changement de formulaire.

L'augmentation du taux de diabète est probablement multifactorielle et peut être liée à une meilleure systématique des tests de dépistage au cours de la grossesse ainsi qu'à une augmentation réelle de la prévalence, reflétant déjà en partie une nouvelle politique de dépistage du diabète dans le cadre de la grossesse (diminution du seuil glycémique pour le dépistage du diabète gestationnel), qui se généralisera dans les années à venir. La grossesse est une période « clé » tant pour l'incidence que pour le dépistage du diabète. Améliorer le dépistage des mères diabétiques permet de limiter les risques associés qui ne sont pas insignifiants. En effet, l'étude HAPO "Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study" (étude prospective) a conduit à abaisser le seuil du diagnostic du diabète gestationnel. Les auteurs ont démontré une meilleure association entre ce seuil abaissé et un poids de naissance supérieur au percentile 90, un accouchement par césarienne, une hypoglycémie néonatale et un hyperinsulinisme fœtale. L'étude a également démontré une meilleure association entre les nouvelles normes de glycémies maternelles anormales et cinq complications fœto-maternelles : l'accouchement prématuré, le risque de prééclampsie, la dystocie de l'épaule, l'hyperbilirubinémie et les soins intensifs néonataux (12). C'est pourquoi, le dépistage du diabète et la prise en charge des mères diabétiques et de leur(s) enfant(s) sont très importants afin de limiter les complications.

Enfin, l'augmentation de la proportion de mères en surpoids (35,9 %) et obèses (14,2 %) de 2009 à 2011 est interpellante. Ces proportions sont plus élevées que celles observées en Région bruxelloise. Parmi les 13 pays/régions européen(ne)s possédant des données sur l'IMC de la mère, la proportion de mères en surpoids en Wallonie en 2010 (34,9 %) se situe en 6ème position. Cependant, la comparaison aux résultats de l'enquête nationale de santé publiée par l'Institut de santé publique en 2008 (13) (48,9 % de femmes avec un IMC \geq 25 et de 14,6 % avec un IMC \geq 30 kg/m²), démontre une proportion de femmes en surpoids beaucoup plus faible parmi les futures mères que dans la population générale. Il faut rester vigilant car une étude récente réalisée par le CEpiP a démontré que l'admission dans un service de soins intensifs néonataux et le faible score d'Apgar arrivent plus fréquemment chez les enfants de mères obèses après un travail spontané ou induit (14). En outre, le surpoids est un facteur de risque du diabète gestationnel bien illustré dans le présent rapport.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

Le taux de césariennes reste stable de 2008 à 2011 (20,0 %) pour l'ensemble des accouchements avec une augmentation pour les grossesses multiples (56,0 % à 60,0 %). Ce taux est plus élevé parmi les mères âgées et en surpoids/obésité. Il est également plus élevé parmi les mères de nationalité d'origine d'Afrique subsaharienne avec 32,4 %. D'ailleurs, une étude récente, réalisée par le CEpiP, montre que, les mères originaires d'Afrique subsaharienne primipares et multipares, sans antécédent de césarienne, qui accouchent d'un enfant en sommet à terme présentent le taux de césariennes le plus élevé, même après ajustement pour les caractéristiques maternelles, socio-économiques, médicales et celles liées à la maternité (15).

Le taux d'inductions ne varie pas de 2008 à 2011 mais reste le plus élevé d'Europe (32,5 %). Au niveau des maternités bruxelloises, un tiers a augmenté son taux et un tiers l'a diminué.

La sensibilisation des professionnels de la santé et de la population aux taux élevés d'inductions et de césariennes ainsi que leurs complications semblent être importante.

MORTINATALITÉ

En Wallonie, le taux de mortinatalité pour les mort-nés avec un âge gestationnel de 22 semaines ou un poids de naissances de 500 g est de 5,7 ‰. Ce taux est de 3,3 ‰ pour les mort-nés à partir de 28 semaines et de 4,9 ‰ pour les mort-nés dont le poids de naissance est supérieur ou égal à 500 g. Ces calculs de taux de mortinatalité en fonction de différents critères montrent bien que l'interprétation et les comparaisons des analyses sont délicates, ce qui a également été démontré par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles dans sa note sur l'évolution de la mortalité fœto-infantile de 2000 à 2010 (16).

Par ailleurs, ce taux prend également en compte certaines interruptions médicales de grossesse. En effet, en Belgique, aucune distinction n'est faite de manière systématique entre les décès spontanés et provoqués.

Nous remercions vivement le personnel des maternités, les sages-femmes indépendantes et le personnel des services d'état civil, qui contribuent quotidiennement à remplir les certificats ainsi que la direction générale de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles sans qui ce rapport ne pourrait être publié.

7. Références

- (1) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.
- (2) Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2011. Studie centrum voor perinatale Epidemiologie 2011.
- (3) Minsart AF, Van de Putte S, Wilen G, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2010.
- (4) Minsart AF, Van Leeuw V, Wilen G, Van de Putte S, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (5) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- (6) EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013.
- (7) Rapport 2010 de la Banque de Données Médico-Sociales, Office de la Naissance et de l'Enfance, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.
- (8) IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.
- (9) 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.
- (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 2010 ; 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) HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008; 358: 1991-2002.
- (13) Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport I - État de santé. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2011 ; Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, ISSN: 2032-9180 – Numéro de dépôt. D/2011/2505/07 – IPH/EPI REPORTS N° 2011/005
- (14) Minsart et al.: Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2013 13:36
- (15) Minsart A-F, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92 :204-209.
- (16) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Evolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013

8. Annexes

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

Modèle I 0102040311 2491934 01

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

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

<p>1. Naissances précédentes</p> <p>• nombre total d'enfants nés vivants □□</p> <p>• nombre total d'enfants mort-nés □□</p> <p>• nombre total d'enfants encore en vie □□</p> <p>• date du dernier accouchement (JJMMAAAA) □□ / □□ / □□□□</p> <p>2. Durée probable de la grossesse en semaines □□</p> <p>3. Facteurs de risques médicaux relatifs à cette grossesse (maximum 3)</p> <p><input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> maladie rénale</p> <p><input type="checkbox"/> hypertension chronique <input type="checkbox"/> hémorragie du 3e trimestre</p> <p><input type="checkbox"/> hypertension gravidique <input type="checkbox"/> naissance antérieure d'un enfant pesant < 2500 grammes</p> <p><input type="checkbox"/> éclampsie</p> <p><input type="checkbox"/> autres, précisez</p> <p><input type="checkbox"/> pas de risques médicaux connus</p> <p>4. Transfert in utero</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>5. Présentation de l'enfant avant la naissance</p> <p><input type="checkbox"/> sommet flechi <input type="checkbox"/> siège</p> <p><input type="checkbox"/> autres présentations céphaliques <input type="checkbox"/> oblique/transverse</p> <p><input type="checkbox"/> autres, précisez</p> <p>6. Accouchement</p> <p>6.1 Induction avant le début du travail</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>6.2 Accouchement avec assistance</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Si oui, complétez 6.3, 6.4 et 6.5</i> <i>Si non, passez immédiatement au point 7</i></p> <p>6.3 Type d'assistance (maximum 3)</p> <p><input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> extraction par le siège (Bracht excl.)</p> <p><input type="checkbox"/> ventouse <input type="checkbox"/> version avec extraction</p> <p><input type="checkbox"/> césarienne <input type="checkbox"/> version externe</p> <p><input type="checkbox"/> autres, précisez</p>	<p>6.4 État de la mère justifiant ce type d'accouchement</p> <p><input type="checkbox"/> césarienne antérieure <input type="checkbox"/> pathologies placentaires</p> <p><input type="checkbox"/> dystocie</p> <p><input type="checkbox"/> autres, précisez</p> <p><input type="checkbox"/> pas d'indication maternelle</p> <p>6.5 État de l'enfant justifiant ce type d'accouchement</p> <p><input type="checkbox"/> souffrance foetale <input type="checkbox"/> anomalie de la présentation</p> <p><input type="checkbox"/> autres, précisez</p> <p><input type="checkbox"/> pas d'indication foetale</p> <p>7. État de l'enfant à la naissance</p> <p>7.1 Traumatisme obstétrical</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <p>7.2 Détresse respiratoire</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <p>7.3 État infectieux</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> si oui, précisez</p> <p>7.4 Anomalies congénitales</p> <p><input type="checkbox"/> anencéphalie <input type="checkbox"/> imperforation anale</p> <p><input type="checkbox"/> spina bifida <input type="checkbox"/> réduction des membres</p> <p><input type="checkbox"/> hydrocéphalie <input type="checkbox"/> hernie diaphragmatique</p> <p><input type="checkbox"/> fente labiale/palatine <input type="checkbox"/> omphalocèle/gastroschisis</p> <p><input type="checkbox"/> autres, précisez</p> <p><input type="checkbox"/> pas d'anomalie congénitale</p> <p>8. Poids de l'enfant à la naissance (en grammes) □□□□</p> <p style="text-align: right;">(suite au verso)</p>
---	---

VOLET C
(suite)

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT (suite)

9. Indice d'Apgar k:

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

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

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

Adresse de la naissance : commune

rue, no.

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

Sexe de l'enfant

• masculin • féminin • indéterminé (1)

Signature et cachet du médecin ou de l'accoucheuse

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

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

1. Date et heure de la naissance		4. Enfant issu d'une grossesse multiple	
<ul style="list-style-type: none"> • date (JJMMAAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> • heure (HHMM) <input type="text"/> h <input type="text"/> m 		<input type="checkbox"/> • oui <input type="checkbox"/> • non	
2. Lieu de naissance		En cas d'accouchement multiple :	
<input type="checkbox"/> • institution hospitalière <input type="checkbox"/> • maison privée <input type="checkbox"/> • autres, précisez :		<ul style="list-style-type: none"> • nombre total de naissances, mort-nés compris <input type="text"/> • no. d'ordre de l'enfant déclaré <input type="text"/> • nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré) 	
3. Sexe de l'enfant		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ nombre d'enfants nés vivants 	
<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé		<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé	
		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ nombre d'enfants mort-nés 	
		<input type="checkbox"/> • masculin <input type="checkbox"/> • féminin <input type="checkbox"/> • indéterminé	

VOLET D

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

1. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. => _____

2. Numéro de l'acte au registre des naissances

3. Date de naissance (JJMMAAAA)

• du père ___/___/____

• de la mère ___/___/____

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

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

5. Situation professionnelle actuelle

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

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

	père	mère
• indépendant(a)	<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. État civil de la mère

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

11. État d'union de la mère

<input type="checkbox"/> • vit seule	<input type="checkbox"/> • en union
--------------------------------------	-------------------------------------

12. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

___/___/____

13. Naissances précédentes issues du mariage actuel

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

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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

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

Modèle III D 0102040711 2162313 95

VOLET C **DECES D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN OU D'UN MORT-NE**

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

A. Renseignements concernant la naissance

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 < 2.500 grammes
- éclampsie
- autres, précisez
- pas de risques médicaux connus

4. Transfert in utero

• oui • non • ne sait pas

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

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

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

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

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

• oui • non • ne sait pas

si oui, précisez

7.2 Détresse respiratoire

• oui • non • ne sait pas • sans objet

si oui, précisez

7.3 Etat infectieux

• oui • non • ne sait pas

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)

9. Indice d'Appgar à:

• 1 minute • 10 minutes

• 5 minutes

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

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

(suite au verso)

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

Nom et prénom de l'enfant	<input type="text"/>	
Nom et prénom de la mère	<input type="text"/>	
Résidence habituelle de la mère :	commune	<input type="text"/>
	rub. no.	<input type="text"/>
Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/> m
Adresse du décès :	commune	<input type="text"/>
	rub. no.	<input type="text"/>
Numéro de l'acte au registre des décès	<input type="text"/>	
Sexe de l'enfant	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> indéterminé	
L'enfant est-il	<input type="checkbox"/> mort-né <input type="checkbox"/> né vivant	
	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Obstacle au don du corps (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Obligation de mise immédiate:	
	• en cercueil hermétique (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• en cercueil simple (4)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:	
	• crémation (5)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• soins de conservation (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	• transport avant la mise en bière (7)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Risques d'exposition aux radiations ionisantes (8)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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

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

Signature et cachet du médecin

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

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

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

(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox virales; B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cf. A.R. du 26 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 - art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).

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

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

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

- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);

- certitude ou suspicion de décès par cause externe.

(7) cf (2) et (3).

VOLET B

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

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

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

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 <input type="text"/>											
<small>97 si hors maternité, non programmé, sans professionnel 98 si hors maternité, non programmé, avec professionnel 99 si hors maternité, programmé, avec professionnel</small>											
Classification de l'accouchement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
<small>(année, numéro de l'accouchement, et code en cas de naissance multiple)</small>											
IDENTIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT											
Date de naissance de la mère (jour/mois/année) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Code postal de la commune de résidence de la mère <input type="text"/>											
<small>(4 chiffres, 9999 si à l'étranger)</small>											
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	Date de naissance du dernier enfant né vivant <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	<input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)										
La mère a-t-elle accouché entre-temps d'un enfant/fœtus mort-né ? ($\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											
Y a-t-il eu une césarienne pour une précédente grossesse ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>											
GROSSESSE ACTUELLE											
Parité (nombre d'accouchements, cet accouchement inclus, de tout enfant vivant, ou d'un enfant/fœtus mort-né de ≥ 500 g ou ≥ 22 semaines ou ≥ 25 cm - les grossesses multiples n'influencent PAS la parité) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Poids de la mère AVANT la grossesse (ou avant 15 semaines) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)											
Poids de la mère à l'entrée en salle d'accouchement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Inconnu (pas de réponse de la patiente)											
Taille de la mère <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
ACCOUCHEMENT											
Durée de la grossesse jusqu'à l'accouchement (en semaines achevées) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Certitude de cette durée Sûr <input type="checkbox"/> Estimation <input type="checkbox"/>											
Présentation de l'enfant à la naissance Sommet fœché 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"/>							
	Forceps <input type="checkbox"/>	Césarienne non programmée (tous les autres cas) <input type="checkbox"/>							
Episiotomie		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>							
Indications de la césarienne (plusieurs choix possibles)	Césarienne antérieure <input type="checkbox"/>	Siège <input type="checkbox"/>	Transverse <input type="checkbox"/>	Souffrance fœtale <input type="checkbox"/>					
	Dystocie, pas en travail <input type="checkbox"/>								
	Dystocie, en travail mais stagnation dilatation <input type="checkbox"/>								
	Dystocie, en travail mais arrêt de la progression à l'expulsion <input type="checkbox"/>								
	Pathologie maternelle <input type="checkbox"/>		Cause placentaire (décollement, praevia) <input type="checkbox"/>						
Demandée par la patiente <input type="checkbox"/>		Grossesse multiple <input type="checkbox"/>							
Autre (spécifier):									

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

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

POST-PARTUM

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

MORTALITE PERINATALE

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

Annexe 4. Variables E-birth

FEDICT
EBIRTH PROJECT - ELECTRONIC BIRTH NOTIFICATION
EXPORT TO COMMUNITIES
 Definition CSV export files
 Version 0.10

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

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

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

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

Delivery			
Pregnancy Duration	The lenght of the pregnancy in full weeks		
Duration Confidence	The confidence with the provided pregnancy duration.	1	Sure
		2	Estimation
Postion At Birth	The position of the child at time of birth	1	Head-down position
		2	Other head presentation
		3	Breech presentation
		4	Transverse (oblique) presentation
		9	Unknown
Induction Delivery	To determine whether the delivery process was started in an artificial way (use of medicines or by breaking the membranes).	1	Yes
		2	No
Epidural Analgesia Rachi	To determine if Epidural analgesia and/or Rachi was observed.	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring CTG	Monitoring (control) foetal - CTG	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring STAN-Monitor	Monitoring (control) foetal - STAN-Monitor	1	Yes
		2	No

Foetal Monitoring MBO	Monitoring (control) foetal - MBO (micro blood examination)	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring Intermittent	Monitoring (control) foetal - Intermittent auscultation	1	Yes
		2	No
Colonization Streptococcus B	To determine if Colonization Streptococcus of B group was observed.	1	Positive
		2	Negative
		3	Not tested
Intrapartal Operation SBG Prophylaxis	To determine if Intrapartal operation of SBG prophylaxis (peni, ampi) was the case or not observed or not.	1	Yes
		2	No
Delivery Way	To determine how the delivery happened.	1	Spontaneous (head)
		2	Vacuum extraction
		3	Forceps
		4	Primary caesarian
		5	Secondary caesarian
		6	Vaginal breech
Episiotomy	To determine if it was the case or not	1	Yes
		2	No
Previous Caesarean Section	Indication(s) for caesarean section - previous caesarean section	1	Yes
		2	No
Breech Presentation	Indication(s) for caesarean section - position deviation	1	Yes
		2	No
Transverse Presentation	Indication(s) for caesarean section - position deviation	1	Yes
		2	No
Foetal Distress	Indication(s) for caesarean section - foetal distress	1	Yes
		2	No
Dystocie Not In Labour	Indication(s) for caesarean section - dysproportion (foeto-pelvic), not in labour	1	Yes
		2	No
Dystocie In Labour Insufficient Dilatation	Indication(s) for caesarean section - dystocie, in labour	1	Yes
		2	No
Dystocie In Labour Insufficient Expulsion	Indication(s) for caesarean section - dystocie, in labour	1	Yes
		2	No
Maternal Indication	Indication(s) for caesarean section - maternal indication	1	Yes
		2	No
Abruptio Placentae	Indication(s) for caesarean section - abruptio placentae, placenta praevia	1	Yes
		2	No
Requested By Patient	Indication(s) for caesarean section - requested by patient without medical indication	1	Yes
		2	No
Multiple Pregnancy	Indication(s) for caesarean section - multiple pregnancy	1	Yes
		2	No
Other	Indication(s) for caesarean section - other (to be specified)	1	Yes
		2	No
Other Description	Description of the other indication(s) for caesarean section		
Breast Feeding	Question to know if the mother thinks to breast-feed her baby (babies).	1	Yes
		2	No

State at birth			
Weight At Birth	The weight of the baby at birth in grams		
Apgar 1	Apgar score after 1 minute		
Apgar 5	Apgar score after 5 minutes		
Artificial Respiration	Has artificial respiration has been given to the newborn baby?	1	Yes
		2	No
Artificial Respiration Type	The kind of artificial respiration given to the newborn baby	1	Artificial respiration with balloon and mask
		2	Artificial respiration with intubation
Transfer Neonatal	Inform if the baby has been transferred to a neonatal department within the 7 days following the birth.	1	Yes
		2	No
Transfer Neonatal Type	Here the type of neonatal department has to be chosen.	1	N*-department
		2	NIC.department
Congenital Malformation	Identify if the baby suffers of congenital malformation (detected at birth)	1	Yes
		2	No

Anencephalia	Congenital Malformation - Anencephalia	1	Yes
		2	No
Spina bifida	Congenital Malformation - Spina bifida	1	Yes
		2	No
Hydrocephalia	Congenital Malformation - Hydrocephalia	1	Yes
		2	No
Split Lip Palate	Congenital Malformation - split lip/palate	1	Yes
		2	No
Anal Atresia	Congenital Malformation - anal atresia	1	Yes
		2	No
Members Reduction	Congenital Malformation - members reduction	1	Yes
		2	No
Diaphragmatic Hernia	Congenital Malformation - diaphragmatic hernia	1	Yes
		2	No
Omphalocele	Congenital Malformation - omphalocele	1	Yes
		2	No
Gastroschisis	Congenital Malformation - gastroschisis	1	Yes
		2	No
Transpositie Grote Vaten	Congenital Malformation - transpositie grote vaten	1	Yes
		2	No
Afwijking Long	Congenital Malformation - afwijking long (CALM)	1	Yes
		2	No
Atresie Dundarm	Congenital Malformation - atresie dundarm	1	Yes
		2	No
Nier Agenese	Congenital Malformation - nier agenese	1	Yes
		2	No
Craniosynostosis	Congenital Malformation - craniosynostosis	1	Yes
		2	No
Turner syndrom (XO)	Congenital Malformation - turner syndrom (XO)	1	Yes
		2	No
Obstructieve Defecten Nierbekken Ureter	Congenital Malformation - obstructieve defecten nierbekken en ureter	1	Yes
		2	No
Tetralogie Fallot	Congenital Malformation - tetralogie Fallot	1	Yes
		2	No
Oesofagale Atresie	Congenital Malformation - oesofagale atresie	1	Yes
		2	No
Atresie Anus	Congenital Malformation - atresie anus	1	Yes
		2	No
Twin To Twin Transfusiesyndroom	Congenital Malformation - twin-to-twin transfusiesyndroom	1	Yes
		2	No
Skeletdysplasie Dwerggroei	Congenital Malformation - skeletdysplasie/dwerggroei	1	Yes
		2	No
Hydrops Foetalis	Congenital Malformation - hydrops foetalis	1	Yes
		2	No
Poly Multikystische Nierdysplasie	Congenital Malformation - poly/multikystische nierdysplasie	1	Yes
		2	No
VSD	Congenital Malformation - VSD	1	Yes
		2	No
Atresie Galwegen	Congenital Malformation - atresie galwegen	1	Yes
		2	No
Hypospadias	Congenital Malformation - hypospadias	1	Yes
		2	No
Cystisch Hygroma	Congenital Malformation - cystisch hygroma	1	Yes
		2	No
Trisomie 21	Congenital Malformation - trisomie 21	1	Yes
		2	No
Trisomie 18	Congenital Malformation - trisomie 18	1	Yes
		2	No
Trisomie 13	Congenital Malformation - trisomie 13	1	Yes
		2	No

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

E-BIRTH - SOCIO-ECONOMIC FORM

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

TRACKING & STATUS INFORMATION

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

BIRTH NOTIFICATION (information as provided by the hospital / medical practitioner)

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

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

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

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

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

SOCIO-ECONOMIC FORM

birth Certificate number	
Number birth	Number of the birth act completed by the Burgerlijke Stand/Etat Civil agent.

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

Mother Other Social State	If option other is chosen for the social state in the current profession, a description must be	
Mother Current profession	Current profession of the mother.	Note : if the web application is used, a profession is proposed based on the initial characters entered by the user.
Mother Usual Place Of Living - Municipality code	Usual place of living of the mother. NIS-code of the municipality (only if country is Belgium, without district code).	List if NIS code for Belgian cities available in annex.
Mother Usual Place Of Living - Country	Usual place of living of the mother. Country / nationality code.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.
Mother Usual Place Of Living - Description	Usual place of living of the mother. Free text description.	
Mother Civil Status	Civil status of the mother.	1 Céliataire
		2 Mariée
		3 Veuve
		4 Divorcée
		5 Légalement séparée de corps
		9 Inconnu
Mother Cohabitation	Does the mother live with her partner?	1 Oui, cohabitation légale
		2 Oui, en union (mariage)
		3 Oui, cohabitation de fait
		4 Non
Mother Cohabitation Date	Date of the current wedding or of the (cohabitation légale/ wettelijke samenwoning)	

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

