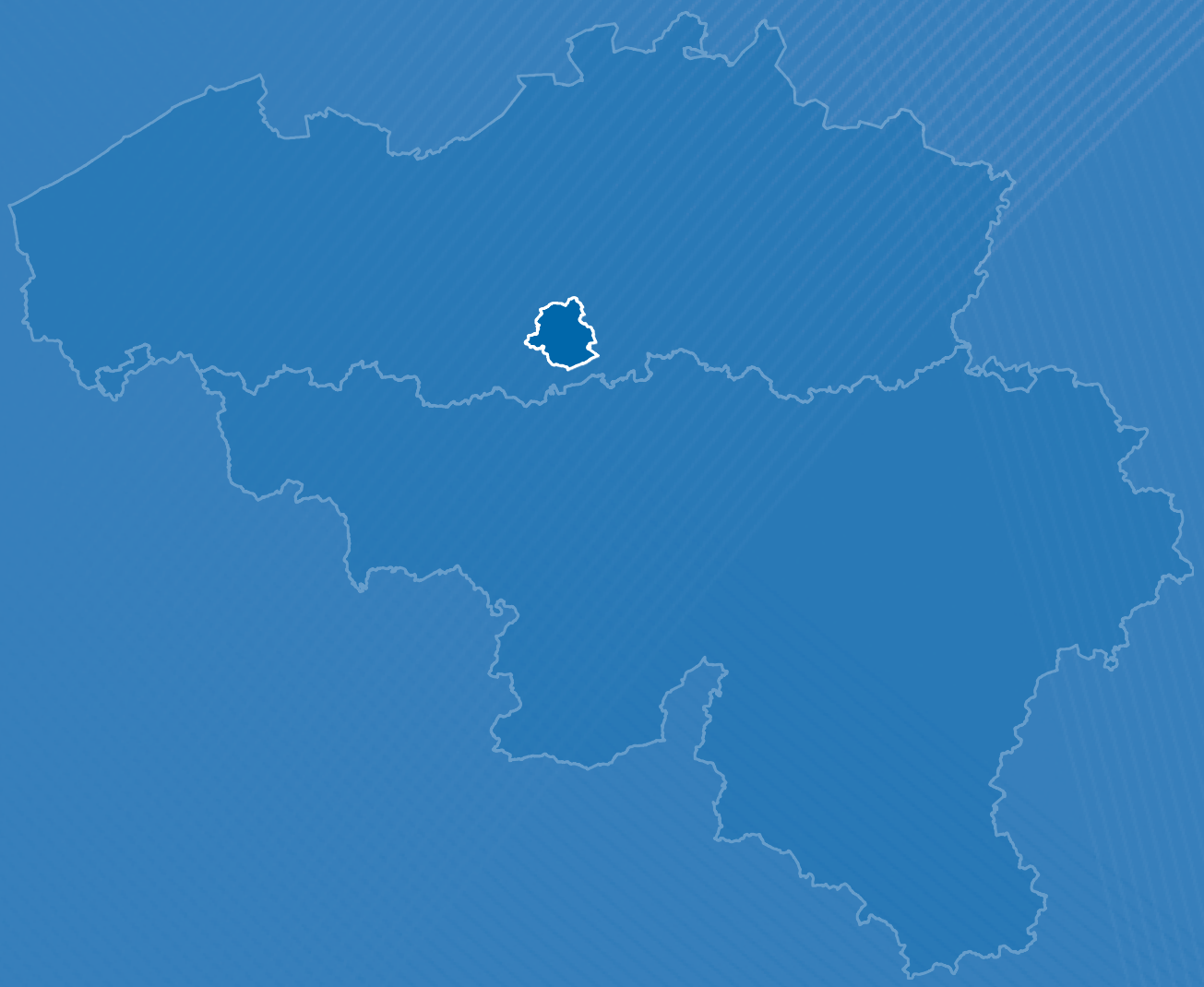
PROGRAMME
Périnatalité

CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2008



OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

PROGRAMME
Périnatalité

CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Données périnatales en Région bruxelloise

Année 2008

Rédaction

A.F. Minsart, G. Wilen, M. De Spiegelaere,
S. Van de Putte, C. Verdoot, Y. Englert

Ministère de la Communauté française

Commission communautaire commune

RÉGION WALLONNE

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL BRUXELLES

OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN BRUSSEL

Les données traitées dans le présent rapport ont été obtenues auprès de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.
La récolte, le traitement, l'analyse et la publication des données par l'ASBL CEpiP ont été réalisés avec le soutien de la Commission communautaire commune et plus particulièrement de l'Observatoire de la Santé et du Social.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :

Minsart AF, Wilen G, De Spiegelaere M, Van de Putte S, Verdoot C, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2010.

Colophon

Auteurs

Anne-Frédérique Minsart[1]
Géraldine Wilen
Myriam De Spiegelaere
Sabine Van de Putte
Caroline Verdoot
Yvon Englert

Lay-out

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

Secrétariat

Nadia Di Benedetto
Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Avec nos remerciements tout particuliers

à Jeanine Boudry, Geoffroy Collet, Didier Joudart pour leur aide indispensable lors de la collecte des données ; aux sages-femmes responsables : Yves Baukens des Cliniques de l'Europe, Marie-France Beautrix du Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Nathalie Chiampo de l'Hôpital Etterbeek Ixelles, Rita De Bock du Centre Hospitalier Inter Régional Edith Cavell, Viviane Delendecker du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, Thérèse Guilmot des Cliniques Universitaires Saint-Luc, Nadia Haloud de la Clinique Saint-Etienne, Sylvia Lachapelle et Cindy Rousseau qui lui a succédé à la Clinique Sainte-Anne Saint-Remi, Anne Maas et Patricia Kesterman des Cliniques Universitaires Erasme, Christine Stoop de la Clinique Saint-Jean, Carine Vanden Hende de l'Hôpital Français. Nous remercions également le personnel des maternités, sages-femmes et gynécologues, et le personnel des administrations communales pour le remplissage et le complément d'informations pour la constitution de la banque de données.

Experts ayant collaboré à l'élaboration de ce document

Lisa Balepa
Patricia Barlow
Christine Kirkpatrick
Laurence Nick
Tous les membres du conseil scientifique du CEpiP
La Commission communautaire commune
L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Pour plus d'informations

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

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

Préface

CEpiP An 1 !

Le CEpiP est particulièrement heureux de présenter ce premier rapport qui synthétise les données périnatales de la Région bruxelloise pour l'année civile 2008. Particulièrement heureux, non pas que ce premier rapport soit parfait, loin de là, mais parce qu'il est la preuve tangible que les nombreuses personnes qui nous ont soutenus, tant dans le monde politique, dans les administrations, à l'ONE, au Centrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), dans le monde académique, à la Société Belge de Pédiatrie et surtout au Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, qui a initié ce projet, ne se sont pas mouillés en vain. Résultat de quatre années d'efforts et fruit d'une collaboration avec la Région de Bruxelles-Capitale, de sa Commission communautaire commune et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, ce rapport sort 21 mois après que la dernière mère ait accouché le 31 décembre 2008. C'est un succès mais l'objectif, avec l'expérience accumulée et l'aide de l'Observatoire de la Santé et du Social, reste de pouvoir produire ce rapport pour l'automne qui suit l'année considérée.

Les données de la Région wallonne, collectées avec la collaboration étroite de l'administration de la Communauté française, ont été présentées séparément. En combinant ces deux rapports avec celui du SPE, une vision de l'ensemble du paysage périnatal belge devient possible.

Ce rapport n'est évidemment pas une fin en soi, mais un outil de travail qui doit permettre à tous les acteurs de la santé maternelle et infantile d'appuyer sur des données factuelles leurs décisions en matière de en santé publique. Quelle est l'évolution du nombre de naissances, quel est le taux de prématurés, le nombre de grossesses multiples, le nombre de césariennes ? Combien avons-nous de "teenager pregnancies" ? Sur quel facteur porter de nouveaux efforts ? Bien sûr, il y aura un intérêt majeur à voir, d'année en année, l'évolution des données, mais il n'en reste pas moins que cette photographie des naissances en Région de Bruxelles-Capitale nous donne d'emblée des renseignements intéressants :

De l'analyse des quelques 23 120 accouchements et 23 572 naissances présentées dans ce rapport (la différence entre ces chiffres est due aux grossesses multiples), il ressort que les mères plus âgées, les mères domiciliées dans les deux autres régions et les mères de nationalités très diverses sont particulièrement représentées, ce qui rappelle le caractère multiculturel de Bruxelles et son attractivité, avec des conséquences sur le paysage des pathologies obstétricales. En effet, les pathologies liées à l'âge, les différences de taux de prématurités et de diabète gestationnel en fonction de l'origine de la mère, les complications liées aux grossesses multiples apparaissent clairement dans ce rapport comme particulièrement importantes à analyser en Région bruxelloise si on veut comprendre la particularité des problèmes obstétricaux que l'on y rencontre. Le taux de césariennes, élevé comme partout en Europe, même pour les accouchements à terme d'enfants en présentation céphalique (une technique destinée à exclure les césariennes réalisées pour pathologie majeure) et le taux élevé d'inductions de l'accouchement, indiquent d'autres priorités de santé publique. Enfin, le rapport analyse les accouchements hors maternités en séparant les accouchements inopinés et ceux effectués délibérément à l'extérieur des hôpitaux et souligne que le phénomène est (encore) anecdotique.

Si tout ce travail a été possible, c'est aussi grâce aux autorités de la Communauté française, de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale qui ont dégagé les sommes nécessaires dans un contexte budgétaire difficile, et au conseil scientifique qui a analysé et critiqué avec sévérité et gentillesse ce travail. Mais c'est surtout le résultat du travail acharné des collaboratrices du CEpiP, nos encodeuses, Mesdames Di Benedetto, Bercha et El Morabit et nos universitaires, le Dr. Anne-Frederique Minsart et successivement Mme Sabine Van de Putte, Géraldine Wilen et Caroline Verdoot, sans lesquelles ce rapport n'aurait jamais vu le jour. À toutes, félicitations et merci.

Pr. Yvon Englert
Président du CEpiP

Table des matières

COLOPHON 3
PRÉFACE 5
TABLE DES MATIÈRES 7
TABLES ET FIGURES 9
CRÉATION DE L'ASBL CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE, CEPIP 11
ORGANIGRAMME 12

1. INTRODUCTION 13
1.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE 13
1.2 MÉTHODOLOGIE 13
1.2.1 Maternités dans la Région de Bruxelles-Capitale 13
1.2.2 Description du flux des données 13
1.2.3 Méthode et analyses 14
1.2.4 Données 14

2 COMPARAISON AUX DONNÉES DE LA WALLONIE ET DE LA FLANDRE 15

3 NAISSANCES EN RÉGION BRUXELLOISE EN 2008 16

3.1 NAISSANCES EN CHIFFRES 16

3.2 ACCOUCHEMENTS EN CHIFFRES 16

3.3 CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS 17
3.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents 17
3.3.1.1 Âge maternel 17
3.3.1.2 Nationalité de la mère 20
3.3.1.3 Lieu de résidence 21
3.3.1.4 Niveau d'instruction 21
3.3.1.5 Situation professionnelle des parents 21
3.3.1.6 En résumé 22
3.3.2 Caractéristiques médicales de la mère 22
3.3.2.1 Parité 22
3.3.2.2 Facteurs de risque médicaux 22

3.4 ACCOUCHEMENTS MULTIPLES 26
3.4.1 Prévalence 26
3.4.2 Accouchements multiples et caractéristiques maternelles 27

3.5 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT 28
3.5.1 Poids de naissance 28
3.5.1.1 Poids moyen de l'enfant 28
3.5.1.2 Répartition du poids de naissance 28
3.5.1.3 Prévalence du faible poids de naissance 28
3.5.1.4 Poids de naissance et caractéristiques maternelles 29
3.5.2 Durée de la grossesse 31
3.5.2.1 Durée moyenne de la grossesse 31
3.5.2.2 Répartition de l'âge gestationnel 31
3.5.2.3 Prévalence de prématurité 32
3.5.2.4 Âge gestationnel et caractéristiques maternelles 32

3.5.3 Malformations 34
3.5.3.1 Chiffres 34
3.5.3.2 Types de malformation 35
3.5.3.3 Malformations et caractéristiques maternelles 37
3.5.3.4 Malformations et âge gestationnel 38
3.5.3.5 Malformations et induction de l'accouchement 38
3.5.4 Score d'Apgar 38
3.5.4.1 Score d'Apgar à 1 minute 38
3.5.4.2 Score d'Apgar à 5 minutes 38
3.5.5 Ventilation du nouveau-né 38
3.5.6 Transfert vers un centre néonatal 39
3.5.7 Transfert in utero 39
3.5.8 Sexe 39

3.6 CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT 39
3.6.1 Présentation de l'enfant à la naissance 39
3.6.2 Accouchement par césarienne 40
3.6.2.1 Prévalence globale 40
3.6.2.2 Césarienne et présentation de l'enfant 41
3.6.2.3 Césarienne et maternités 42
3.6.2.4 Césarienne et caractéristiques maternelles 43
3.6.2.5 Césarienne et poids de naissance 44
3.6.2.6 Césarienne et âge gestationnel 45
3.6.3 Accouchement instrumental 45
3.6.4 Induction de l'accouchement 46
3.6.4.1 Prévalence 46
3.6.4.2 Induction et maternités 46
3.6.4.3 Induction et âge gestationnel 47
3.6.4.4 Induction et césarienne 47
3.6.5 Accouchements sans intervention obstétricale 48

3.7 LIEU D'ACCOUCHEMENT 48
3.7.1 Accouchements en maternité 48
3.7.2 Accouchements hors maternité 48
3.7.2.1 Accouchement à domicile et âge maternel 49

3.8 MORTINATALITÉ 49
3.8.1 Chiffres 49
3.8.2 Rappel de la problématique autour de la législation actuelle 50
3.8.3 Mortinatalité et âge gestationnel 50
3.8.4 Mortinatalité et âge gestationnel et poids de naissance 50
3.8.5 Causes de mortalité fœtale 51
3.8.6 Mortinatalité et réanimation néonatale 52
3.8.7 Mortinatalité et induction de l'accouchement 52
3.8.8 Mortinatalité et caractéristiques maternelles 52

4 CONCLUSION 55

5 RÉFÉRENCES 56

6 ANNEXES 57
Annexe 1. Bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant 57
Annexe 2. Bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né 63

Tables et figures

TABLES

Table 1 : Maternités de la Région de Bruxelles-Capitale en 2008 ... 13
Table 2. Détails des naissances, Région bruxelloise, 2008 ... 16
Table 3 : Détails des accouchements, Région bruxelloise, 2008 ... 16
Table 4 : Âge de la mère à l'accouchement, Région bruxelloise, 2008 ... 17
Table 5 : Moyenne de l'âge maternel selon la nationalité d'origine, Région bruxelloise, 2008 ... 18
Table 6 : Nationalité d'origine et nationalité actuelle de la mère par accouchement, Région bruxelloise, 2008. 20
Table 7 : Lieu de résidence de la mère à l'accouchement, Région bruxelloise, 2008 ... 21
Table 8 : Niveau d'instruction de la mère à l'accouchement, Région bruxelloise, 2008 ... 21
Table 9 : Situation professionnelle des parents à l'accouchement, Région bruxelloise, 2008 ... 21
Table 10 : État civil et état d'union de la mère à l'accouchement, Région bruxelloise, 2008 ... 22
Table 11 : Facteurs de risques médicaux par accouchement de singleton, Région bruxelloise, 2008 ... 23
Table 12 : Facteurs de risque médicaux par accouchement multiple, Région bruxelloise, 2008 ... 23
Table 13 : Taux de diabète et âge de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 23
Table 14 : Taux de diabète et nationalité d'origine de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 23
Table 15 : Taux de diabète et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 24
Table 16 : Taux de diabète et situation professionnelle de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 24
Table 17 : Taux de diabète et niveau d'instruction de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 24
Table 18 : Taux d'hypertension et âge de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 24
Table 19 : Taux d'hypertension et nationalité d'origine de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 25
Table 20 : Taux d'hypertension et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 25
Table 21 : Taux d'hypertension et situation professionnelle de la mère ... 25
Table 22 : Taux d'hypertension et niveau d'instruction de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 26
Table 23 : Détails des accouchements multiples, Région bruxelloise, 2008 ... 26
Table 24 : Accouchements multiples et âge maternel, Région bruxelloise, 2008 ... 27
Table 25 : Accouchements multiples et nationalité d'origine de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 27
Table 26 : Accouchements multiples et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 27
Table 27 : Répartition du poids de naissance, Région bruxelloise, 2008 ... 28
Table 28 : Poids de naissance < 2500 g et âge maternel, Région bruxelloise, 2008 ... 29
Table 29 : Poids de naissance < 2500 g et nationalité d'origine de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 29
Table 30 : Poids de naissance < 2500 g et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 30
Table 31 : Poids de naissance < 2500 g et situation professionnelle de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 30
Table 32 : Poids de naissance < 2500 g et niveau d'instruction de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 31
Table 33 : Poids de naissance < 2500 g et isolement de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 31
Table 34 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement, Région bruxelloise, 2008 ... 31
Table 35 : Accouchements < 37 semaines et âge maternel, Région bruxelloise, 2008 ... 32
Table 36 : Accouchements < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 33
Table 37 : Accouchements < 37 semaines et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 33
Table 38 : Accouchements < 37 semaines et situation professionnelle de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 33
Table 39 : Accouchements < 37 semaines et niveau d'instruction de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 34
Table 40 : Accouchements < 37 semaines et isolement de la mère, Région bruxelloise, 2008. ... 34
Table 41 : Malformations à la naissance, Région bruxelloise, 2008 ... 35
Table 42 : Malformations et âge de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 37
Table 43 : Malformations et nationalité d'origine de la mère, Région bruxelloise, 2008 ... 37
Table 44 : Malformations et âge gestationne, Région bruxelloise, 2008 ... 38
Table 45 : Ventilation du nouveau-né vivant, Région bruxelloise, 2008 ... 38
Table 46 : Transfert vers un centre néonatal, Région bruxelloise, 2008 ... 39
Table 47 : Transfert in utero par patiente, Région bruxelloise, 2008 ... 39
Table 48 : Sexe de l'enfant, Région bruxelloise, 2008 ... 39
Table 49 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les grossesses uniques vivantes, Région bruxelloise, 2008 ... 39

Table 50 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les grossesses uniques mortes à terme, Région bruxelloise, 2008 40
Table 51 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les grossesses uniques mortes de < 37 semaines, Région bruxelloise, 2008 40
Table 52 : Présentation à la naissance pour les accouchements multiples dont chaque enfant était vivant, Région bruxelloise, 2008 40
Table 53 : Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants, Région bruxelloise, 2008 41
Table 54 : Taux de césariennes selon la présentation pour les jumeaux vivants, Région bruxelloise, 2008 41
Table 55 : Taux de césariennes pour les singletons en siège selon la parité et l'âge gestationnel, Région bruxelloise, 2008 41
Table 56 : Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons, Région bruxelloise, 2008 43
Table 57 : Taux de césariennes et nationalité d'origine de la mère pour les singletons, Région bruxelloise, 2008 43
Table 58 : Taux de césariennes pour les singletons et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008 44
Table 59 : Taux de césariennes et poids de naissance pour les singletons, Région bruxelloise, 2008 44
Table 60 : Taux de césariennes et poids de naissance pour les grossesses multiples, Région bruxelloise, 2008 ... 44
Table 61 : Taux de césariennes et âge gestationnel pour les singletons, Région bruxelloise, 2008 45
Table 62 : Taux de césariennes et âge gestationnel pour les accouchements multiples, Région bruxelloise, 2008 45
Table 63 : Taux de ventouses et de forceps par naissance, Région bruxelloise, 2008 45
Table 64 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare, Région bruxelloise, 2008 47
Table 65 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare, Région bruxelloise, 2008 47
Table 66 : Nombre de maternités par nombre d'accouchements, Région bruxelloise, 2008 48
Table 67 : Accouchements à domicile en fonction de l'âge maternel, Région bruxelloise, 2008 49
Table 68 : Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel pour les singletons, Région bruxelloise, 2008 50
Table 69 : Causes de mortalité foetale selon le certificat de naissance, Région bruxelloise, 2008 51
Table 70 : Causes de césarienne chez les mort-nés, Région bruxelloise, 2008 52
Table 71 : Taux de mort-nés et âge maternel pour les singletons, Région bruxelloise, 2008 52
Table 72 : Taux de mort-nés et nationalité d'origine de la mère, Région bruxelloise, 2008 53
Table 73 : Taux de mort-nés et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008 53
Table 74 : Taux de mort-nés et situation professionnelle de la mère, Région bruxelloise, 2008 53
Table 75 : Taux de mort-nés et niveau d'instruction de la mère, Région bruxelloise, 2008 54
Table 76 : Taux de mort-nés et isolement de la mère, Région bruxelloise, 2008 54

FIGURES

Figure 1 : Taux d'accouchements avant l'âge de 20 ans selon la nationalité d'origine, Région bruxelloise, 2008 .. 18
Figure 2 : Taux d'accouchements à 35 ans et plus selon la nationalité d'origine, Région bruxelloise, 2008 19
Figure 3 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines, Région bruxelloise, 2008 42
Figure 4 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour une grossesse unique vivante en siège de ≥ 37 semaines, Région bruxelloise, 2008 42
Figure 5 : Taux d'induction par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet de ≥ 37 semaines, Région bruxelloise, 2008 46
Figure 6 : Taux d'induction en maternité par âge gestationnel pour une grossesse unique vivante en sommet de ≥ 37 semaines sans hypertension, Région bruxelloise, 2008 47

Création de l'ASBL Centre d'Épidémiologie Périnatale, CEpiP

Dès le milieu des années 80, la Flandre a mis sur pied une ASBL intitulée "Studiecentrum voor Perinatale Épidemiologie - SPE" qui est une co-fondation de l'association des gynécologues et pédiatres flamands et qui est financièrement et administrativement soutenue par la Communauté flamande. De ce fait, cette structure a obtenu de l'ensemble des maternités flamandes et de certaines maternités de la Région bruxelloises de substituer au volet C de la déclaration de naissance, un document "SPE" reprenant toutes les indications du volet C et des données propres qui intéressent l'équipe du SPE. Grâce aux données de ce document et à celles de la déclaration d'état civil, les besoins statistiques sont accomplis. En outre, le SPE effectue des analyses sur ces données et publie des rapports extrêmement intéressants depuis de longues années sur la périnatalité en Communauté flamande.

Dans ce cadre, le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) décide de réunir différents acteurs pour mettre sur pied l'asbl CEpiP, fondée le 14 septembre 2007, qui agit en complémentarité avec les services assurés par la Communauté française et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. La structure bénéficie de l'appui et du soutien financier de la Communauté française, la Commission communautaire commune et la Région wallonne.

En attendant la mise en oeuvre de la déclaration électronique (projet fédéral e-birth du FEDICT), le CEpiP a adopté depuis janvier 2009 en Région bruxelloise et mai 2009 en Communauté française, le questionnaire "Volet CEpiP" qui remplace le volet C du bulletin Modèle I (naissance d'un enfant né vivant). Ce document est identique au document du SPE, pour faciliter les comparaisons interrégionales et afin de pouvoir publier un rapport annuel fédéral. Bénéficiant de leur précieuse expérience et de leurs conseils bienveillants, le CEpiP travaille en étroite collaboration avec la Communauté française, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale et le SPE.

Organigramme

Conseil d'administration

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

Programme périnatalité Conseil de gestion

Prof. F. Debiève – UCL
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. J.M. Foidart – ULg
Prof. P. Lepage – ULB
Dr A.F. Minsart
Mme C. Verdoot
Prof. G. Verellen – UCL
Mme G. Wilen

Observateurs bailleurs de fonds

Dr M. Deguerry – OBSS
Dr M. De Spiegelaere – OBSS
Dr R. Moriaux – Comm. franç.

Gestion journalière

Dr A.F. Minsart
Mme C. Verdoot
Mme G. Wilen

Centre d'analyse

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

Collaboration externe

Graphisme

Mme N. da Costa Maya

Informatique

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

Programme périnatalité Conseil scientifique

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

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

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 2008 dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ces bulletins sont remplis par des professionnels de la santé (principalement sages-femmes et médecins) et par les services d'état civil pour chaque naissance.

Les analyses réalisées sur les données médicales sont faites **selon le lieu de naissance. Il s'agit donc de toutes les naissances survenues sur le territoire de la Région bruxelloise.** Ce rapport reflète l'activité globale périnatale bruxelloise, avec des graphiques reprenant de façon anonyme certaines activités périnatales par maternité.

1.2 Méthodologie

1.2.1 Maternités dans la Région de Bruxelles-Capitale

Table 1 : Maternités de la Région de Bruxelles Capitale en 2008

Hôpital	Adresse
Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre	Rue Haute 322, 1000 Bruxelles
Clinique Saint-Jean	Boulevard du Jardin Botanique 32, 1000 Bruxelles
Centre Hospitalier Universitaire Brugmann	Place A. Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles
Cliniques de l'Europe (Saint-Michel)	Rue de Linthout 150, 1040 Bruxelles
Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles	Rue Jean Paquot 63, 1050 Bruxelles
Clinique Sainte-Anne – Saint-Rémi	Boulevard Jules Graindor 66, 1070 Bruxelles
Clinique Universitaire de Bruxelles- Hôpital Erasme	Route de Lennik 808, 1070 Bruxelles
Hôpital Français	Avenue Josse Goffin 180, 1082 Bruxelles
Universitair Ziekenhuis Brussel	Laarbeeklaan 101, 1090 Bruxelles
Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell	Rue Edith Cavell 32, 1180 Bruxelles
Cliniques de l'Europe (Sainte-Elisabeth)	Avenue de Fré 206, 1180 Bruxelles
Cliniques Universitaires Saint-Luc	Avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles
Clinique Saint-Étienne	Rue du Méridien 100, 1210 Bruxelles

1.2.2 Description du flux des données

En Belgique, lors de la déclaration d'une naissance ou d'un décès à l'état civil, un bulletin statistique est obligatoirement rempli. Trois types de bulletins sont utilisés : le "bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant" (Annexe 1), le "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 sont utilisés pour les analyses reprises dans ce rapport. On parlera des "bulletins statistiques de naissance et de décès".

Ces bulletins sont composés de différents volets. Les données médicales, reprises dans le volet C, sont remplies par les sages-femmes et les médecins lors de l'accouchement (ou lors du décès). Ce volet confidentiel et anonyme est scellé dans une enveloppe fermée attachée au bulletin. Le médecin ou la sage-femme remplit également le volet B (contenant les informations de base : date et heure de naissance, sexe, lieu de l'accouchement, et indiquant si la grossesse est multiple) et les données nominatives sur un volet A détachable. Le tout est transmis au service d'état civil de la commune de naissance de l'enfant. Là, les données 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 (volets B, C et D). Il est transmis aux administrations des communautés : la Communauté flamande pour les naissances et décès survenus en Flandre, la Communauté française pour ceux survenus en Wallonie et la Commission communautaire commune pour la Région de Bruxelles-Capitale.

Pour la Région bruxelloise, la tâche du CEpiP consiste en la collecte, l'encodage des données et la vérification de la qualité du remplissage du certificat de naissance. En outre, il rectifie, en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social, la sage-femme en salle d'accouchements et le fonctionnaire communal, les données incomplètes, incorrectes ou incohérentes. Il analyse ensuite les données à des fins épidémiologiques et de santé publique.

1.2.3 Méthode et analyses

Ce rapport décrit de manière synthétique et agrégée les analyses des données périnatales de la Région bruxelloise. Pour certaines analyses, les données médicales ont été comparées aux données sociodémographiques afin de pouvoir analyser la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la mère, mais aussi parfois du père. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 10.0, 2008.

1.2.4 Données

Les données utilisées sont celles des volets B, C et D du bulletin statistique de naissance (mis en annexe). Toutes les données ont été contrôlées quant à leur cohérence et demandées aux maternités et aux administrations communales si elles faisaient défaut. Certains items nécessiteraient plus d'attention.
Pour les maternités, il s'agit de la notification de malformations, d'un transfert intra-utérin, de la parité et de la date du dernier accouchement, ces données ne pouvant souvent plus être complétées a posteriori si la patiente ne possède pas de dossier de suivi prénatal dans l'institution où s'est déroulé l'accouchement.
Pour les communes, il s'agit surtout du niveau d'instruction et de la profession qui, de la même manière, ne peuvent plus être corrigés par la suite sans l'aide des parents. On note cependant que le taux de remplissage de ces dernières données varie de 65.6 à 99.2 % selon la commune, montrant ainsi qu'un effort reste à faire dans l'information du personnel sur l'importance du recueil de ce type de données.

2. Comparaison aux données de la Wallonie et de la Flandre

Les données présentées dans ce rapport concernent donc les naissances survenues dans les 13 maternités bruxelloises ainsi que les accouchements extrahospitaliers survenus sur le territoire bruxellois.
Ces données peuvent donc être comparées à celles publiées par le SPE, qui concernent toutes les naissances survenues en Flandre additionnées à celles de l'UZB (1), et aux données wallonnes qui reprennent toutes les naissances survenues sur le territoire wallon (2).
Il n'existe pas de rapport basé sur les accouchements dans les maternités bruxelloises pour les années antérieures. En effet, les données publiées pour la période 1998-2004 concernent les naissances de mères bruxelloises, quelle que soit la région d'accouchement, et non les naissances en Région bruxelloise (3). En 2008, 1 673 Bruxelloises ont accouché en Flandre ou en Wallonie tandis que 2 024 Wallonnes et 3 652 Flamandes ont accouché en Région bruxelloise.
Les résultats antérieurs sont toutefois repris dans ce rapport à titre indicatif.

3. Naissances en Région bruxelloise en 2008

3.1 Naissances en chiffres

23572 naissances survenues sur le territoire bruxellois ont été enregistrées par l'état civil.

Table 2. Détails des naissances, Région bruxelloise, 2008	
	23 375 naissances VIVANTES
	197 MORT-NÉS de ≥ 500 g et / ou ≥ 22 semaines*
Total :	**23 572 naissances**

** La déclaration statistique est une obligation légale à partir de 22 semaines ou 500 g (voir chapitre 3.9).*

3.2 Accouchements en chiffres

Table 3 : Détails des accouchements, Région bruxelloise, 2008	
	22 497 accouchements de singletons vivants
	177 accouchements de singletons mort-nés
	417 accouchements de 2 jumeaux vivants, et 2 grossesses de 2 jumeaux vivants pour lesquelles les deuxièmes jumeaux sont nés plus de 24h après le 1er jumeau *(attention : ces accouchements différés sont considérés comme 2 accouchements supplémentaires)*
	7 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 mort-né
	6 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	1 accouchement gémellaire d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
	10 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	1 accouchement d'une grossesse quadruple avec 2 enfants vivants et 1 enfant mort-né et 1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
Total :	**23 118 grossesses enregistrées ont donné lieu à 23 120 accouchements**

Dans la suite de ce rapport, le chiffre de 23 118 a été utilisé pour l'analyse des données maternelles, et le chiffre de 23 120 pour l'analyse des données liées à l'accouchement.

3.3 Caractéristiques des parents

3.3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents

3.3.1.1 Âge maternel

L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30.8 ans (minimum : 14.6 ans – maximum : 52.0 ans – médiane : 30.7 ans – p25 : 26.9 ans – p75 : 34.7 ans)
Chez la primipare, l'âge moyen est de 29.0 ans (minimum : 14.6 ans – maximum : 52.0 ans). Chez la multipare, l'âge moyen est de 32.2 ans (minimum : 16.3 ans – maximum : 51.1 ans). Les accouchements en dessous de l'âge de 15 ans sont très rares (< 5).

Tableau comparatif
Flandre 2008 (1) :
Âge moyen primipare : 28.1 ans Âge moyen multipare : 31.1 ans
Wallonie 2008 (2) :
Âge moyen : 29.4 ans Âge moyen primipare : 27.3 ans Âge moyen multipare : 31.0 ans

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

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

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

Table 4 : Âge de la mère à l'accouchement (N=23 118), Région bruxelloise, 2008

Âge (années)	Nombre	%	Wallonie 2008 (2) %	Flandre 2008 (1) %
10-14	3	0.0	0.0	2.0
15-19	462	2.0	3.9	
20-24	3 133	13.6	17.4	14.0
25-29	6 721	29.1	34.2	37.9
30-34	7 444	32.2	28.6	31.9
35-39	4 277	18.5	13.2	12.1
40-44	983	4.3	2.5	2.1
45-49	80	0.4	0.1	0.1
≥ 50	4	0.0	0.0	
Âge inconnu	11	0.1	0.0	

En 2008, la proportion des mères âgées de moins de 20 ans, c'est-à-dire le nombre total de mères de moins de 20 ans rapporté au nombre total d'accouchements (**2.0 %**), est moins élevée qu'en Wallonie (2) et est semblable au taux retrouvé en Flandre (1).
Si on calcule cette proportion sur le nombre total de naissances (ce qui inclut donc chaque naissance issue de grossesse multiple), on obtient également 2.0 % de mères âgées de moins de 20 ans.
À l'inverse, la proportion de mères âgées de 35 ans et plus est de 23.1 % sur le total des 23 118 accouchements et de 23.3 % sur le total des 23 572 naissances. Ces proportions sont plus élevées qu'en Wallonie et en Flandre.

Ces proportions varient selon la nationalité d'origine de la mère (Figures 1 et 2). Les taux repris dans ces figures ont été calculés sur l'ensemble des accouchements pour lesquels l'âge était connu (N=23 113).

Table 5 : Moyenne de l'âge maternel selon la nationalité d'origine (N=23 118), Région bruxelloise, 2008

Nationalité d'origine	Âge moyen
Turquie (n=865)	28.0
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	28.9
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=554)	29.1
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=315)	29.6
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1 399)	29.7
Autres Afrique subsaharienne (n=1 064)	29.7
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=520)	30.0
Nationalité d'origine inconnue (n=610)	30.1
Maroc (n=4 549)	30.3
Congo (RDC) (n=1 005)	30.4
Autres Maghreb et Egypte (n=382)	31.0
Belgique (n=8 296)	31.2
Asie du Sud-Est (n=542)	31.4
UE15 moins Belgique (n=2 812)	33.0
Amérique du Nord (n=80)	34.6
Océanie (n=8)	35.0
Autres Europe (n=25)	35.3

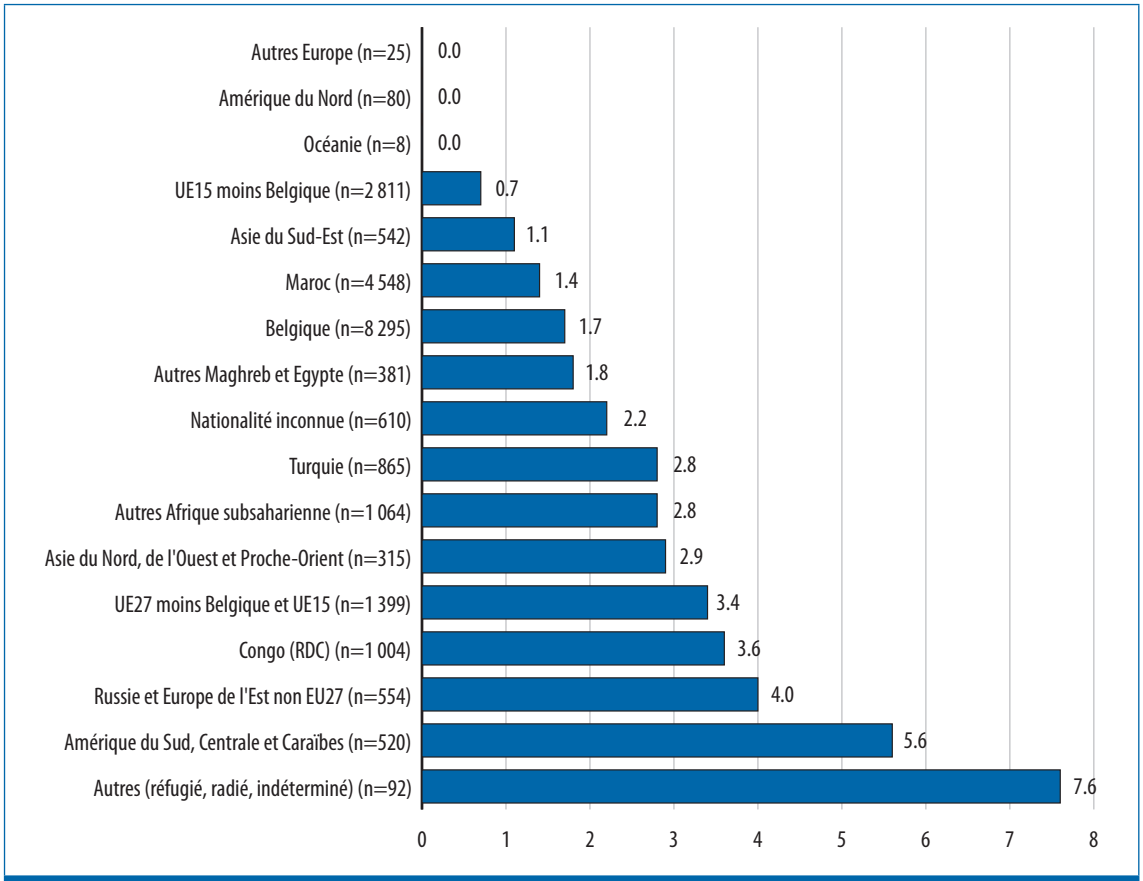


Figure 1 : Taux d'accouchements avant l'âge de 20 ans selon la nationalité d'origine (N=23 113), Région bruxelloise, 2008

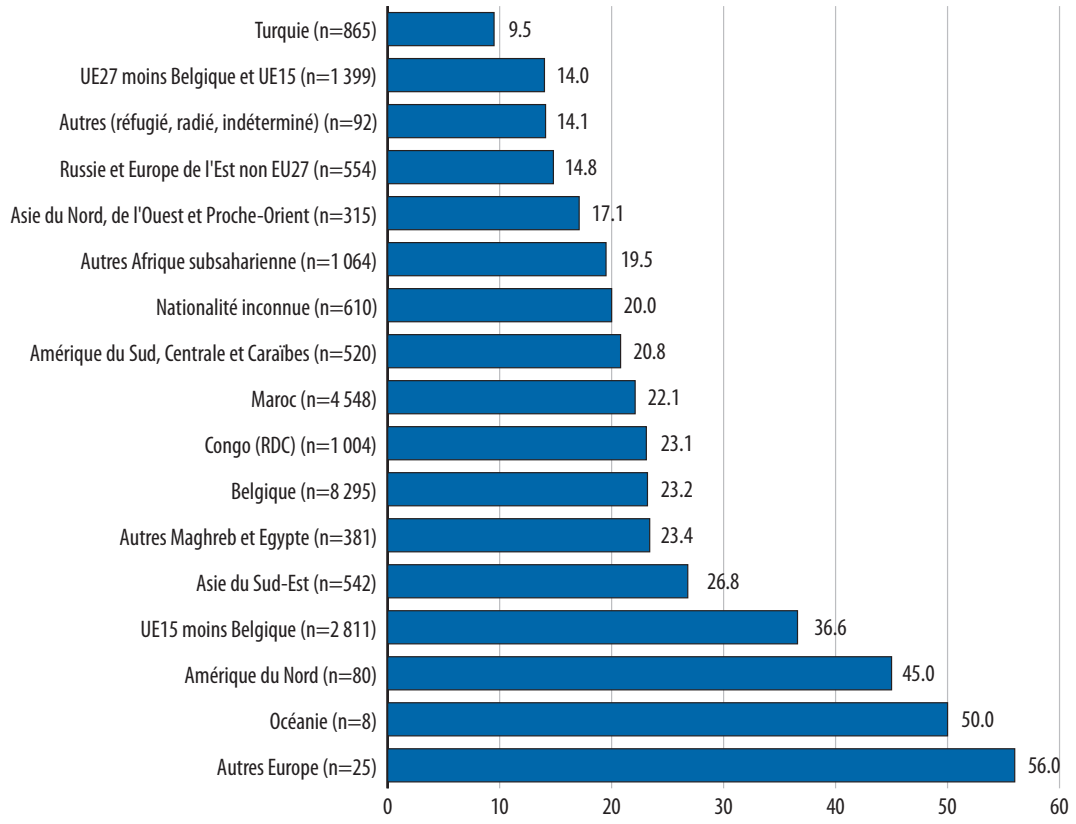


Figure 2 : Taux d'accouchements à 35 ans et plus selon la nationalité d'origine (N=23 113), Région bruxelloise, 2008

Parmi les mères de 35 ans et plus, 26.1 % sont primipares.

La distribution de l'origine de la mère parmi ces mères de 35 ans et plus suit celle des mères en général (Table 5), à l'exception des mères originaires de l'ex-Europe des 15 qui représentent jusqu'à un cinquième des mères de 35 ans et plus, et la proportion des mères originaires des pays de l'Est et de la Turquie qui diminue de moitié par rapport à la proportion observée pour l'ensemble des accouchements (Table 6). Si l'on n'analyse que les primipares de 35 ans et plus en particulier, la proportion des mères originaires de l'ex-Europe des 15 grimpe jusque 25 %, tandis que les mères originaires du Maroc ne représentent plus que 13 %.

Dans le groupe des moins de 20 ans, la proportion des mères originaires de l'ex-Europe des 15 est très faible (4 %), alors que la proportion des mères turques et des pays de l'est est presque doublée par rapport à la proportion observée pour l'ensemble des accouchements.

3.3.1.2 Nationalité de la mère

Table 6 : Nationalité d'origine et nationalité actuelle de la mère par accouchement, Région bruxelloise, 2008				
	Nationalité d'origine (N=22 508)		Nationalité actuelle (N=23 082)	
Nationalité	**nombre de patientes**	**%**	**nombre de patientes**	**%**
Belgique	8 296	36.9	13 664	59.2
UE15 moins Belgique	2 812	12.5	2 646	11.5
UE27 moins Belgique et UE15	1 399	6.2	1 322	5.7
Russie et Europe de l'Est non UE27	554	2.5	374	1.6
Autres Europe	25	0.1	24	0.1
Turquie	865	3.8	351	1.5
Maroc	4 549	20.2	1 984	8.6
Autres Maghreb et Egypte	382	1.7	227	1.0
Congo (RDC)	1 005	4.5	570	2.5
Autres Afrique subsaharienne	1 064	4.7	760	3.3
Amérique du Nord	80	0.4	77	0.3
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes	520	2.3	403	1.8
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient	315	1.4	213	0.9
Asie du Sud-Est	542	2.4	381	1.7
Océanie	8	0.0	8	0.0
Autres (réfugié, radié, indéterminé)	92	0.4	78	0.3

La nationalité d'origine de 610 mères n'a pu être obtenue (2.6 %), alors qu'en Wallonie seulement 5 nationalités manquaient. La nationalité actuelle de 36 mères (0.2 %) n'a pu être obtenue. Les pourcentages de la table 6 ont été calculés sur le total de données connues.

On observe que 40.8 % des mères sont non belges **au moment de l'accouchement.** Les nationalités d'origine les plus représentées sont la nationalité marocaine (8.6 %), française (3.8 %) congolaise (2.5 %) et turque (1.5 %).

En outre, 63.1 % des mères sont de nationalité non belge **à l'origine**, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas nées belges. Il ne s'agit cependant ici que de la nationalité d'origine de la mère (c'est-à-dire la nationalité que la mère avait à sa propre naissance, qui ne tient pas compte des nationalités d'origine de la génération précédente). De nombreuses mères nées belges ont des parents issus de l'immigration. Les mères de nationalité non belge les plus représentées sont marocaines (20.2 %), congolaises (4.5 %), françaises (3.9 %) et turques (3.8 %). Ces chiffres sont cohérents avec ceux enregistrés par la Direction Générale Statistique et Information Économique pour l'immigration de ces 20 dernières années, qui montrent une large prédominance de l'immigration de l'Europe des 15, suivie de l'Afrique (Maghreb compris). Cependant, les mères d'origines africaines et maghrébines dépassent ici les mères de nationalités européennes, ce qui pourrait être dû à une plus forte natalité dans ces populations, et à l'âge des migrants africains et magrébins, souvent plus jeunes lors de la migration que les migrants de l'ex-Europe des 15 (5).

3.3.1.3 Lieu de résidence

Table 7 : Lieu de résidence de la mère à l'accouchement (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Résidence	**Nombre**	**%**
Région bruxelloise	17 221	74.5
Flandre	3 652	15.8
Wallonie	2 025	8.8
Belgique non précisé	4	0.0
Pays étranger	189	0.8
Radiée	2	0.0
Résidence inconnue	25	0.1

3.3.1.4 Niveau d'instruction

Table 8 : Niveau d'instruction de la mère à l'accouchement (N=20 786), Région bruxelloise, 2008			
Type d'instruction		**Nombre**	**%**
Pas d'instruction		440	2.1
Primaire		2 139	10.3
Secondaire inférieur	Professionnel	849	4.1
	Technique	338	1.6
	Général	1 562	7.5
Secondaire supérieur	Professionnel	1 556	7.5
	Technique	685	3.3
	Général	3 861	18.6
Supérieur de type court		4 228	20.3
Supérieur de type long ou universitaire		5 128	24.7

Cette variable est souvent délaissée par les officiers d'état civil et par les parents, comme le suggèrent les taux importants d'abstention : 2 332 réponses manquantes (10.1 %). Les taux présentés dans la Table 8 sont calculés sur le total des données connues.

3.3.1.5 Situation professionnelle des parents

Table 9 : Situation professionnelle des parents à l'accouchement, Région bruxelloise, 2008				
	Père DÉCLARÉ (n=21 346)		**Mère (n=22 812)**	
Situation professionnelle	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
Actif	17 236	80.7	12 408	54.4
Chômeur	1 337	6.3	2 285	10.0
Sans profession	2 583	12.1	7 706	33.8
Pensionné	25	0.1	0	0.0
Étudiant	165	0.8	413	1.8

La situation professionnelle du père n'était pas renseignée sur le certificat de naissance (2.0 % des accouchements) et 306 mères (1.3 % des accouchements). Les taux ont été calculés sur le total de données connues. En outre, 1 302 pères n'ont pas été déclarés à l'état civil (5.6 % des accouchements). Nous avons réduit la notification de l'absence d'un père déclaré aux cas où aucune donnée sur le père n'a été communiquée (pas de date de naissance, pas de niveau d'instruction, de statut professionnel, de profession, de nationalité) alors que les données maternelles étaient complètes et que la mère a été déclarée célibataire ou veuve, divorcée ou séparée et vivant seule. En effet, la déclaration de naissance est remplie avec l'aide des

parents et sur base des données reprises au Registre national. Ces renseignements ne peuvent évidemment être transmis si les parents ne se présentent pas à l'administration communale. De plus, certaines personnes n'étant pas enregistrées au Registre national, ou plus simplement certaines données, comme le degré d'instruction et la situation professionnelle ne figurent pas au Registre national, ces renseignements ne peuvent être transmis. Par contre, si les données maternelles ont été complétées en présence de la mère, mais que les données du père ont été laissées vierges, il en a été déduit que le père était absent autour de la naissance. L'intérêt de faire ce calcul vient du fait que, si l'on ne tient compte que des réponses "célibataire/séparée/divorcée/mariée/veuve" et "vit seule" (Table 10), on obtient un total de **15.8 %** de mères isolées, ce qui est largement au-dessus des estimations données par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) dans ses rapports. En effet, le dernier rapport reprenant les naissances suivies par l'ONE en 2006 et 2007 (6) fait état de 3.8 % de mères isolées (Région wallonne et de Bruxelles-Capitale confondues). La collecte de l'ONE est réalisée par du personnel social et paramédical sur le terrain, alors que l'Officier de l'état civil représente davantage l'autorité et peut faire craindre un certain contrôle. Dans certaines situations la déclaration de vie en couple ou de façon isolée pourrait sembler plus ou moins avantageuse selon les cas et pousser en conséquence à l'abstention de déclaration.

Table 10 : État civil et état d'union de la mère à l'accouchement (N=23 118), Région bruxelloise, 2008

État civil et état d'union	Nombre	%
Célibataire et vit seule	2 700	11.7
Célibataire et en union	4 500	19.5
Mariée en union	14 378	62.2
Mariée vit seule	468	2.0
Veuve, divorcée, séparée en union	394	1.7
Veuve, divorcée, séparée et vit seule	493	2.1
État civil et/ou état d'union manquant	185	0.8

3.3.1.6 En résumé

L'âge moyen de la mère lors de l'accouchement est de 30.8 ans. L'âge moyen d'une mère ayant accouché en Région bruxelloise de son premier enfant est de 29 ans. 45.0 % des mères qui accouchent en Région bruxelloise ont fait des études supérieures et 53.7 % sont professionnellement actives. 74.6 % des pères sont professionnellement actifs. En moyenne 63.1 % des nouveau-nés ont une mère dont la nationalité d'origine n'est pas belge, avec une représentation majoritaire des origines marocaine, congolaise, française et turque. Enfin, près d'une mère sur 6 (15.8 %) déclare vivre seule et 5.6 % des pères ne sont pas déclarés à l'accouchement.

3.3.2 Caractéristiques médicales de la mère

3.3.2.1 Parité

Taux de primipares : 43.3 %.
191 données sur la parité n'ont pu être retrouvées (0.8 %).

Tableau comparatif
Taux de primipares :
Flandre 2008 (1) : 46.9 % Wallonie 2008 (2) : 44.5 %

3.3.2.2 Facteurs de risque médicaux

On observe une augmentation des taux d'hypertension dans les catégories d'âge maternel avancé, en cas de grossesse multiple ou d'enfant mort-né. La proportion de ces facteurs de risque est plus élevée que celle retrouvée en Wallonie. Nous ne pouvons exclure une différence due à la qualité du remplissage, d'autant plus que le taux de données manquantes pour ces deux variables n'était pas connu en Wallonie, contrairement à celui de la Région bruxelloise où toutes les données ont été récoltées.

Table 11 : Facteurs de risques médicaux par accouchement de singleton (N=22 674), Région bruxelloise, 2008				
	Diabète		Hypertension	
	Nombre	%	Nombre	%
Enfant mort-né (n=177)	10	5.7	23	13.0
Enfant vivant (n=22 497)	714	3.2	727	3.2
Total (n=22 674)	724	3.2	750	3.3

Table 12 : Facteurs de risque médicaux par accouchement multiple (N=444), Région bruxelloise, 2008			
Diabète		Hypertension	
Nombre	%	Nombre	%
16	3.6	45	10.1

Table 13 : Taux de diabète et âge de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008			
Âge (années)	Nombre	%	Wallonie 2008 (%)
10-14 (n=3)	0	0.0	0.0
15-19 (n=462)	9	2.0	0.7
20-24 (n=31 33)	49	1.6	1.2
25-29 (n=6 721	144	2.1*	2.3
30-34 (n=7 444)	234	3.1	3.1
35-39 (n=4 277)	220	5.1	4.9
40-44 (n=983)	74	7.5	7.3
45-49 (n=80)	10	12.5	11.8
50-55 (n=4)	0	0.0	0.0
Âge inconnu (n=11)	0	0.0	0.0

** Le taux global de diabète avant 30 ans est de 2 %.*

Table 14 : Taux de diabète et nationalité d'origine de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008			
Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence*
Belgique (n=8 296)	184	2.2	6
UE15 moins Belgique (n=2 812)	53	1.9	7
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1 399)	38	2.7	5
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=554)	11	2.0	-
Autres Europe (n=25)	0	0.0	-
Turquie (n=865)	21	2.4	-
Maroc (n=4 549)	255	5.6	2
Autres Maghreb et Egypte (n=382)	20	5.2	-
Congo (RDC) (n=1 005)	29	2.9	4
Autres Afrique subsaharienne (n=1 064)	41	3.9	3
Amérique du Nord (n=80)	0	0.0	-
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=520)	14	2.7	-
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=315)	13	4.1	-
Asie du Sud-Est (n=542)	37	6.8	1
Océanie (n=8)	1	12.5	-
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	4	4.4	-
Nationalité inconnue (n=610)	19	3.1	

** Les ordres de fréquence ont été calculés uniquement pour les catégories contenant au moins 25 sujets.*

Table 15 : Taux de diabète et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008		
Nationalités d'origine et actuelle	**Nombre**	**%**
Belge, de nationalité d'origine belge (n=8 269)	184	2.2
Belge, de nationalité d'origine autre (n=4 864)	213	4.4
Autre, de nationalité d'origine autre (n=9 335)	324	3.5
Nationalité inconnue (n=650)	19	2.9
Par nationalités spécifiques (non belges) de la mère :		
Belge, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 664)	146	5.5
Maghrébine, de nationalité d'origine maghrébine (n=1 971)	111	5.6
Belge, de nationalité d'origine africaine susaharienne (n=708)	28	4.0
Africaine, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=1 325)	42	3.2
Belge, de nationalité d'origine turque (n=511)	12	2.4
Turque, de nationalité d'origine turque (n=349)	9	2.6

Table 16 : Taux de diabète et situation professionnelle de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Situation professionnelle	**Nombre**	**%**
Active (n=12 408)	326	2.6
Étudiante (n=413)	10	2.4
Sans profession / chômage / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=9 991)	397	4.0
Situation professionnelle inconnue (n=306)	7	2.3

Table 17 : Taux de diabète et niveau d'instruction de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Niveau d'instruction	**Nombre**	**%**
Pas d'instruction ou primaire (n=2 579)	139	5.4
Secondaire inférieur (n=2 749)	115	4.2
Secondaire supérieur (n=6 102)	187	3.1
Supérieur de type court (n=4 228)	112	2.7
Supérieur de type long (n=5 128)	108	2.1
Niveau d'instruction inconnu (n=2 332)	79	3.4

Table 18 : Taux d'hypertension et âge de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Âge (années)	**Nombre**	**%**
10-14 (n=3)	0	0.0
15-19 (n=462)	11	2.4
20-24 (n=3 133)	102	3.3
25-29 (n=6 721)	190	2.8*
30-34 (n=7 444)	250	3.4
35-39 (n=4 277)	159	3.7
40-44 (n=983)	70	7.1
45-49 (n=80)	13	16.3
50-55 (n=4)	0	0.0
Âge inconnu (n=11)	0	0.0

** Le taux global d'hypertension avant 30 ans est de 2.9 %.*

Table 19 : Taux d'hypertension et nationalité d'origine de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008			
Nationalité d'origine	**Nombre**	**%**	**Ordre de fréquence***
Belgique (n=8 296)	288	3.5	5
UE15 moins Belgique (n=2 812)	71	2.5	6
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1 399)	55	3.9	3
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=554)	18	3.3	-
Autres Europe (n=25)	0	0.0	-
Turquie (n=865)	33	3.8	4
Maroc (n=4 549)	96	2.1	7
Autres Maghreb et Egypte (n=382)	8	2.1	-
Congo (RDC) (n=1 005)	92	9.2	1
Autres Afrique subsaharienne (n=1 064)	63	5.9	2
Amérique du Nord (n=80)	0	0.0	-
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=520)	23	4.4	-
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=315)	2	0.6	-
Asie du Sud-Est (n=542)	8	1.5	-
Océanie (n=8)	0	0.0	-
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	5	5.4	-
Nationalité inconnue (n=610)	33	5.4	

** Les ordres de fréquence n'ont été calculés que pour les catégories contenant au moins 25 sujets.*

Table 20 : Taux d'hypertension et nationalités de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Nationalités d'origine et actuelle	**Nombre**	**%**
Belge, de nationalité d'origine belge (n=8 269)	288	3.5
Belge, de nationalité d'origine autre (n=4 864)	166	3.4
Autre, de nationalité d'origine autre (n=9 335)	307	3.3
Nationalité inconnue (n=650)	34	5.2
Par nationalités spécifiques (non belges) de la mère :		
Belge, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 664)	56	2.1
Maghrébine, de nationalité d'origine maghrébine (n=1 971)	43	2.2
Belge, de nationalité d'origine africaine susaharienne (n=708)	55	7.8
Africaine, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=1 325)	98	7.4
Belge, de nationalité d'origine turque (n=511)	22	4.3
Turque, de nationalité d'origine turque (n=349)	11	3.2

Table 21 : Taux d'hypertension et situation professionnelle de la mère (N=23 118)		
Situation professionnelle	**Nombre**	**%**
Active (n=12 408)	428	3.5
Étudiante (n=413)	18	4.4
Sans profession / chômage / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=9 991)	338	3.4
Situation professionnelle inconnue (n=306)	11	3.6

Table 22 : Taux d'hypertension et niveau d'instruction de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Niveau d'instruction	**Nombre**	**%**
Pas d'instruction ou primaire (n=2 579)	103	4.0
Secondaire inférieur (n=2 749)	94	3.4
Secondaire supérieur (n=6 102)	214	3.5
Supérieur de type court (n=4 228)	184	4.4
Supérieur de type long (n=5 128)	121	2.4
Niveau d'instruction inconnu (n=2 332)	79	3.4

3.4 Accouchements multiples

3.4.1 Prévalence

Table 23 : Détails des accouchements multiples, Région bruxelloise, 2008	
	417 accouchements de 2 jumeaux vivants, et 2 grossesses de 2 jumeaux vivants pour lesquelles les deuxièmes jumeaux sont nés plus de 24h après le 1er jumeau, donnant lieu à 4 accouchements au total
	7 accouchements gémellaires d'1 enfant vivant et d'1 mort-né
	6 accouchements gémellaires de 2 enfants mort-nés
	1 accouchement gémellaire d'1 enfant vivant et d'1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
	10 accouchements d'une grossesse triple avec 3 enfants vivants
	1 accouchement d'une grossesse quadruple avec 2 enfants vivants et 1 enfant mort-né et 1 fœtus mort in utero avant 22 semaines
Total :	**444 grossesses multiples enregistrées ayant abouti à 446 accouchements (1.9 % des accouchements) et 898 enfants issus de grossesses multiples (3.8 % des naissances)**

Données comparatives
Taux d'accouchements multiples :
Flandre 2008 (1) : 1.8 % Wallonie 2008 (2) : 1.6 %

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

D'après ces recommandations, le taux de grossesses multiples dans la Région de Bruxelles-Capitale en 2008 est de 1.9 %.

On observe 10 naissances triples et une quadruple (cette dernière s'est cependant compliquée de la perte d'un fœtus avant 22 semaines). Ces taux sont supérieurs à ceux observés en Wallonie. Il est possible que les patientes ayant accouché de jumeaux ou de triplés aient accouché de façon préférentielle dans les hôpitaux bruxellois. On constate en effet qu'environ 37 % des mères de jumeaux ou triplés résident en Région wallonne ou en Région flamande, contre 23 % des mères de singletons, et que 21 % ont été transférées pour l'accouchement, contre 10 % pour les singletons. 79.3 % des mères enceintes de jumeaux ont accouché dans une maternité attachée à un centre de soins néonatals intensifs.

Outre la fécondation in vitro et la stimulation de l'ovulation par citrate de clomiphène, plusieurs facteurs influencent le taux de grossesses multiples. Le taux de grossesses gémellaires dizygotes semble être influencé notamment par l'origine ethnique, un âge maternel avancé, le poids maternel et les antécédents familiaux. En particulier, il a été montré qu'il y avait plus de jumeaux en Afrique subsaharienne, indépendamment des techniques de procréation médicalement assistée et de l'âge maternel (7). La prévalence de ces différents facteurs en Région bruxelloise pourrait expliquer en partie l'augmentation des grossesses gémellaires par rapport aux autres régions.

3.4.2 Accouchements multiples et caractéristiques maternelles

Table 24 : Accouchements multiples et âge maternel (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Âge (années)	**Nombre**	**%**
< 20 (n=465)	6	1.3
20-29 (n=9 854)	144	1.5
30-39 (n=11 721)	261	2.2
40-49 (n=1 063)	30	2.8
50+ (n=4)	3	75.0

Table 25 : Accouchements multiples et nationalité d'origine de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Nationalité d'origine	**Nombre**	**%**
Belgique (n=8 296)	194	2.3
UE15 moins Belgique (n=2 812)	59	2.1
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1 399)	22	1.6
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=554)	7	1.3
Autres Europe (n=25)	3	12.0
Turquie (n=865)	13	1.5
Maroc (n=4 549)	71	1.6
Autre Maghreb et Egypte (n=382)	5	1.3
Congo (n=1 005)	18	1.8
Autres Afrique subsaharienne (n=1 064)	23	2.2
Amérique du Nord (n=80)	2	2.5
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=520)	7	1.4
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=315)	6	1.9
Asie du Sud-Est (n=542)	1	0.2
Océanie (n=8)	0	0.0
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	0	0.0
Nationalité inconnue (n=610)	13	2.1

Table 26 : Accouchements multiples et nationalités de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Nationalités d'origine et actuelle	**Nombre**	**%**
Belge, de nationalité d'origine belge (n=8 269)	194	2.4
Belge, de nationalité d'origine autre (n=4 864)	79	1.6
Autre, de nationalité d'origine autre (n=9 335)	158	1.7
Nationalité inconnue (n=650)	13	2.0
Par nationalités (non belges) spécifiques :		
Belge, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 664)	44	1.7
Maghrébine, de nationalité d'origine maghrébine (n=1 971)	28	1.4
Belge, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=708)	11	1.6
Africaine, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=1 325)	29	2.2
Belge, de nationalité d'origine turque (n=511)	9	1.8
Turque, de nationalité d'origine turque (n=349)	3	0.9

3.5 Caractéristiques de l'enfant

3.5.1 Poids de naissance

3.5.1.1 Poids moyen de l'enfant

3 272 g (minimum : 120 g – maximum : 6 280 g)
Le poids n'a pu être obtenu pour 50 naissances (0.2 %).
2 poids extrêmement faibles ont été enregistrés (120 g et 150 g). Il s'agit pour ces 2 cas, d'enfant mort-nés issus de grossesses gémellaires, où l'autre jumeau a survécu.

3.5.1.2 Répartition du poids de naissance

Euro-Peristat (4) définit cet indicateur comme le nombre de naissances par intervalle de 500 g, sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes.

Table 27 : Répartition du poids de naissance (N=23 572), Région bruxelloise, 2008

	Singletons (n=22 674)		Grossesses multiples (n=898)		Wallonie 2008 (2) %		Flandre 2008 (1) %	
Poids (g)	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Singletons**	**Grossesses multiples**	**Singletons**	**Grossesses multiples**
< 500	32	0.1	14	1.6	0.0	0.2	0.0	0.0
500-999	138	0.6	41	4.6	0.3	2.5	0.4	3.4
1000-1499	142	0.6	73	8.1	0.5	5.5	0.4	5.6
1500-1999	225	1.0	125	13.9	1.1	14.8	0.9	14.6
2000-2499	711	3.1	255	28.4	4.5	33.1	3.3	33.8
2500-2999	3 892	17.2	292	32.5	20.6	34.5	16.2	31.6
3000-3499	9 063	40.0	81	9.0	41.6	8.5	39.4	10.0
3500-3999	6 551	28.9	15	1.7	25.3	0.6	30.0	0.9
4000-4499	1 658	7.3	0	0.0	5.5	0.2	8.2	0.1
≥ 4500	214	0.9	0	0.0	0.7	0.1	1.1	0.0
Poids inconnu	48	0.2	2	0.2	0.0	0.1		

3.5.1.3 Prévalence du faible poids de naissance

Euro-Peristat conseille de présenter les proportions d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g et 1500 g à des fins de comparaison internationales. Il est proposé d'également calculer ce taux sur l'ensemble des naissances vivantes uniquement, pour éviter le biais lié à la déclaration des mort-nés qui n'est pas égale dans chaque pays et région.

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g est de 1 756 pour 23 572 naissances (**7.4 %**) au total, et de 1595 pour 23375 naissances vivantes (**6.8 %**).

Données comparatives
Poids de naissance < 2500g :
Flandre 2008 (1) : 6.9 %
Wallonie 2008 (2) : 7.7 %

Dans les maternités avec centre de soins néonatals intensifs, la proportion d'enfants de faible poids atteint 7.9 %, contre 4.0 % dans les autres maternités. Le taux élevé d'enfants de faible poids peut être expliqué en partie par la présence de 6 centres de soins néonatals intensifs en Région bruxelloise.

Le nombre d'enfants ayant un poids de naissance inférieur à 1500 g est de 440 pour 23 572 naissances (**1.9 %**) au total, et de 308 pour 23 375 naissances vivantes (**1.3 %**).

Le nombre d'enfants d'un poids inférieur à 1000 g est de 225 pour 23 572 naissances (**1.0 %**) au total, et de 115 pour 23 375 naissances vivantes (**0.5 %**).
Les recommandations européennes en matière d'indicateurs de santé périnatale intègrent également le calcul du taux d'enfants d'un poids inférieur à 2500 g et à un âge gestationnel supérieur à 37 semaines. On obtient alors un taux de **2.3** pour 100 naissances vivantes de 37 semaines et plus, et de **8** pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus. Ces taux sont inférieurs à ceux retrouvés en Wallonie : 3.4 pour 100 naissances vivantes de 37 semaines et plus, et de **13.5** pour 100 mort-nés de 37 semaines et plus.

3.5.1.4 Poids de naissance et caractéristiques maternelles

Table 28 : Poids de naissance < 2500 g et âge maternel (N=23 572), Région bruxelloise, 2008

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=3)	0	0.0
15-19 (n=468)	50	10.7
20-24 (n=3 169)	249	7.9
25-29 (n=6 831)	460	6.7
30-34 (n=7 604)	535	7.0
35-39 (n=4 386)	343	7.8
40-44 (n=1 007)	93	9.2
45-49 (n=86)	19	22.1
50-55 5 (n=7)	2	28.6
Âge inconnu (n=11)	3	27.3

L'observation qu'un âge maternel précoce ou au contraire avancé, associé à un taux plus élevé de prématurité et de faible poids de naissance, est confirmée par plusieurs études (8).

Table 29 : Poids de naissance < 2500 g et nationalité d'origine de la mère (N=23 572), Région bruxelloise, 2008

Nationalité d'origine	Nombre	%	Ordre de fréquence*
Belgique (n=8 495)	759	8.9	3
UE15 moins Belgique (n=2 871)	178	6.2	8
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1 422)	94	6.6	6
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=561)	34	6.1	9
Autres Europe (n=28)	4	14.3	-
Turquie (n=879)	55	6.3	7
Maroc (n=4 623)	241	5.2	10
Autre Maghreb et Egypte (n=387)	29	7.5	4
Congo (n=1 023)	93	9.1	2
Autres Afrique subsaharienne (n=1 088)	97	8.9	3
Amérique du Nord (n=82)	6	7.3	-
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=527)	33	6.3	7
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=321)	31	9.7	1
Asie du Sud-Est (n=543)	37	6.8	5
Océanie (n=8)	1	12.5	-
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	6	6.5	-
Nationalité inconnue (n=622)	56	9.0	

** Les ordres de fréquence ont été calculés uniquement pour les catégories contenant au moins 25 sujets.*

La dispersion des faibles poids à la naissance selon la nationalité d'origine suit la même tendance qu'en 2004 (3), où les enfants nés de mères congolaises d'origine présentaient un taux élevé de poids inférieur à 2500 g,

tandis que les enfants nés de mères marocaines d'origine ont plus rarement un faible poids de naissance. On observe que le taux de faibles poids est également élevé chez les mères dont la nationalité d'origine est belge.
Il a déjà été démontré que les mères allochtones pouvaient, selon le pays d'origine, soit subir davantage de complications obstétricales (accouchement instrumental, faible poids de naissance, prématurité, mortalité fœtale), soit faire preuve de résultats semblables ou meilleurs (9). Le lien entre la nationalité d'origine et le poids de naissance, d'une part, et différents facteurs de morbidité et mortalité, d'autre part, n'est pas directement causal. Il faut en effet tenir compte de multiples paramètres (10). Les patientes d'origine subsaharienne cumulent par exemple une série de facteurs de risques physiologiques et sociodémographiques, comme l'hypertension chronique ou gravidique, un taux plus élevé de grossesses multiples, un âge maternel précoce à la première grossesse ou au contraire avancé pour les grandes multipares et une précarité sociale. Ceux-ci peuvent partiellement expliquer la prévalence élevée de faibles poids de naissance et de prématurité retrouvés ici chez les mères congolaises en particulier (Table 28). À l'inverse, il est connu que les enfants de mères d'origine maghrébine ont moins souvent un faible poids de naissance ou sont plus rarement prématurés. Ceci peut en partie s'expliquer par les différences en matière de nutrition, de prévalence de diabète gestationnel et de tabagisme (11).
En dehors des particularités liées à l'immigration, on retrouve en Région bruxelloise d'autres facteurs de risque comme un âge maternel avancé et un niveau socio-économique bas (notamment un taux élevé de ménages sans revenus du travail), et ces facteurs peuvent intervenir dans l'explication du taux élevé de faibles poids notamment chez les mères dont la nationalité d'origine est belge (12).

Table 30 : Poids de naissance < 2500 g et nationalités de la mère (N=23 572), Région bruxelloise, 2008

Nationalités d'origine et actuelle	Nombre	%
Belge, de nationalité d'origine belge (n=8 468)	755	8.9
Belge, de nationalité d'origine autre (n=4 946)	301	6.1
Autre, de nationalité d'origine autre (n=9 496)	636	6.7
Nationalité inconnue (n=662)	62	9.4
Par nationalités spécifiques (non belges) de la mère :		
Belge, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 709)	148	5.5
Maghrébine, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 001)	100	5.0
Belge, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=720)	60	8.3
Africaine, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=1 354)	129	9.5
Belge, de nationalité d'origine turque (n=521)	33	6.3
Turque, de nationalité d'origine turque (n=352)	20	5.7

Le taux de réponses manquantes est faible pour la situation professionnelle (1.3 %) et pour les nationalités d'origine (2.6 %) et actuelle (0.2 %), mais la distribution des faibles poids à la naissance ne se répartit pas de façon égale aux autres groupes, et on en retrouve une proportion plus importante dans ces catégories de réponses manquantes. Cela illustre bien le fait que les données manquantes (en particulier les données socio-économiques, jugées plus sensibles) ne se répartissent pas aléatoirement parmi l'ensemble des naissances, et qu'il est probable que ces données soient moins facilement récoltées dans des situations sociales et/ou médicales difficiles.

Table 31 : Poids de naissance < 2500 g et situation professionnelle de la mère (N=23 572), Région bruxelloise, 2008

Situation professionnelle	Nombre	%
Active (n=12 684)	895	7.1
Étudiante (n=418)	31	7.4
Sans profession / chômage (n=10 160)	751	7.4
Situation professionnelle inconnue (n=310)	77	24.8

Table 32 : Poids de naissance < 2500 g et niveau d'instruction de la mère (N=23 572), Région bruxelloise, 2008		
Niveau d'instruction	**Nombre**	**%**
Pas d'instruction ou primaire (n=2 613)	174	6.7
Secondaire inférieur (n=2 808)	209	7.4
Secondaire supérieur (n=6 215)	466	7.5
Supérieur de type court (n=4 323)	324	7.5
Supérieur de type long (n=5 236)	274	5.2
Niveau d'instruction inconnu (n=2 377)	307	12.9

Table 33 : Poids de naissance < 2500 g et isolement de la mère (N=23 572), Région bruxelloise, 2008		
État d'isolement	**Nombre**	**%**
Mère isolée (n=1 302)	139	10.7
Mère non isolée (n=22 082)	1 551	7.0
Situation inconnue (n=188)	64	34.0

3.5.2 Durée de la grossesse

3.5.2.1 Durée moyenne de la grossesse

39 semaines (minimum : 19 semaines – maximum : 43 semaines)
L'âge gestationnel n'a pu être obtenu dans 66 cas (0.3 %).
Des âges gestationnels inférieurs à 22 semaines de gestation ont été enregistrés si le fœtus avait un poids ≥ 500 grammes, ou si le fœtus avait < 22 semaines et moins de 500 g mais qu'il avait été déclaré vivant.

3.5.2.2 Répartition de l'âge gestationnel

Table 34 : Répartition de l'âge gestationnel par accouchement (N=23 120*), Région bruxelloise, 2008

	Singletons (n=22 674)		Grossesses multiples (n=446)*		Wallonie 2008 (2) %		Flandre 2008 (1) %	
Âge gestationnel (semaines)	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**singletons**	**grossesses multiples**	**singletons**	**grossesses multiples**
≤ 23	52	0.2	8	1.8	0.0	1.0	0.3	2.7
24	18	0.1	2	0.5				
25	24	0.1	4	0.9	0.1	0.2		
26-27	62	0.3	8	1.8	0.2	1.3		
28-31	172	0.8	46	10.4	0.6	5.9	0.5	7.0
32-36	1 175	5.2	190	42.6	6.1	46.2	5.6	47.5
≥ 37	21 105	93.1	188	42.3	93.0	45.5	93.6	42.8
Âge gestationnel inconnu	66	0.3	0	0.0	0.0	0.0		

** Pour 2 paires de jumeaux, la naissance du deuxième jumeau a été retardée par rapport à celle du 1er jumeau : 6 jours pour l'une (≤ 23 semaines pour les 2 jumeaux), et 10 semaines pour l'autre (25 et 35 semaines). Ces deuxièmes accouchements ont été ajoutés dans les catégories correspondantes.*

3.5.2.3 Prévalence de prématurité

Le nombre total d'accouchements à un âge gestationnel inférieur à 37 semaines est de 1 761 pour un total de 23 120 accouchements (les accouchements de jumeaux différés ont été additionnés) (**7.6 %**), 6.6 % pour les accouchements de singletons et 57.8 % pour les accouchements de jumeaux. Dans les maternités avec centre de soins néonatals intensifs, la proportion d'enfants nés avant 37 semaines de gestation atteint 9.1 %, contre 5.0 % dans les autres maternités. Le taux élevé d'enfants prématurés peut être expliqué en partie par la présence de 6 centres de soins néonatals intensifs en Région bruxelloise.

Données comparatives
Accouchement < 37 semaines :
Flandre 2008 (1) : 7.4 % Wallonie 2008 (2) : 7.7 %

Euro-Peristat (4) définit cet indicateur comme le nombre de naissances vivantes et mortes à partir de 22 semaines de gestation sur l'ensemble des naissances vivantes et mortes. En Région bruxelloise, en 2008, on obtient ainsi **8.6 %** naissances prématurées.

La plupart des données disponibles en Europe ne concernent que le nombre de naissances vivantes prématurées sur le total des naissances vivantes. De cette manière, on obtient un taux de 7.9 % en Région bruxelloise.

Le taux global d'accouchement prématuré était de 7.4 % en Flandre et de 7.7 % en Wallonie pour l'année 2008. Le taux de prématurité des enfants nés en Région bruxelloise dépasse donc légèrement celui obtenu en Flandre et est légèrement inférieur à celui obtenu en Wallonie. Plusieurs facteurs sont à l'origine de la prématurité, notamment les grossesses multiples, les facteurs de risque médicaux tels que l'hypertension, l'âge maternel et des facteurs socio-économiques. Le taux d'accouchements multiples (voir chapitres suivants) est légèrement supérieur aux autres régions. Des variations d'attitude dans différentes maternités face à des situations obstétricales difficiles, à des âges gestationnels précoces, peuvent également entraîner des différences importantes dans les taux retrouvés. En effet, certaines naissances "vivantes" sont en fait des naissances d'enfants "destinés à mourir", du fait de leur prématurité extrême (< 24 semaines) ou d'une pathologie non compatible avec la vie. On compte ainsi 22 enfants déclarés nés vivants, et décédés entre 1 minute et 1 heure après l'accouchement, pour lesquels aucune manœuvre de réanimation n'a été entreprise.

23.3 % des accouchements avant 37 semaines ont été induits (18.5 % si on ne considère que les naissances vivantes), et 37.5 % ont nécessité une césarienne (40.5 % si on ne considère que les naissances vivantes).

3.5.2.4 Âge gestationnel et caractéristiques maternelles

Table 35 : Accouchements < 37 semaines et âge maternel (N=23 118), Région bruxelloise, 2008

Âge (années)	Nombre	%
10-14 (n=3)	0	0.0
15-19 (n=462)	60	13.0
20-24 (n=3 133)	237	7.6
25-29 (n=6 721)	471	7.0
30-34 (n=7 444)	528	7.1
35-39 (n=4 277)	350	8.2
40-44 (n=983)	98	10.0
45-49 (n=80)	12	15.0
50-54 (n=4)	1	25.0
Âge inconnu (n=11)	2	18.2

Table 36 : Accouchements < 37 semaines et nationalité d'origine de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008			
Nationalité d'origine	**Nombre**	**%**	**Ordre de fréquence***
Belgique (n=8296)	711	8.6	2
UE15 moins Belgique (n=2812)	196	7.0	7
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1399)	90	6.4	8
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=554)	40	7.2	5
Autres Europe (n=25)	2	8.0	-
Turquie (n=865)	73	8.4	3
Maroc (n=4549)	264	5.8	9
Autre Maghreb et Egypte (n=382)	27	7.1	6
Congo (n=1005)	98	9.8	1
Autres Afrique subsaharienne (n=1064)	86	8.1	4
Amérique du Nord (n=80)	6	7.5	-
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=520)	30	5.8	9
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=315)	20	6.4	8
Asie du Sud-Est (n=542)	39	7.2	5
Océanie (n=8)	1	12.5	-
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	9	9.8	-
Nationalité inconnue (n=610)	67	11.0	

** Les ordres de fréquence ont été calculés uniquement pour les catégories contenant au moins 25 sujets.*

Le taux d'accouchements prématurés est élevé pour les mères dont la nationalité d'origine est belge ou congolaise, et faible chez les mères marocaines.

Table 37 : Accouchements < 37 semaines et nationalités de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Nationalités d'origine et actuelle	**Nombre**	**%**
Belge, de nationalité d'origine belge (n=8 269)	709	8.6
Belge, de nationalité d'origine autre (n=4 864)	321	6.6
Autre, de nationalité d'origine autre (n=9 335)	658	7.1
Nationalité inconnue (n=650)	71	10.9
Par nationalités spécifiques de la mère :		
Belge, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 664)	160	6.0
Maghrébine, de nationalité d'origine maghrébine (n=1 971)	113	5.7
Belge, de nationalité d'origine africaine susaharienne (n=708)	57	8.1
Africaine, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=1 325)	125	9.4
Belge, de nationalité d'origine turque (n=511)	39	7.6
Turque, de nationalité d'origine turque (n=349)	20	5.7

Table 38 : Accouchements < 37 semaines et situation professionnelle de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Situation professionnelle	**Nombre**	**%**
Active (n=12 408)	897	7.2
Étudiante (n=413)	32	7.8
Sans profession / chômage / invalidité / CPAS / femme au foyer (n=9 991)	756	7.6
Situation professionnelle inconnue (n=306)	74	24.2

Le taux de réponses manquantes est faible (1.3 %) mais on retrouve une proportion plus importante de prématurés dans cette dernière catégorie.

Table 39 : Accouchements < 37 semaines et niveau d'instruction de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
Niveau d'instruction	**Nombre**	**%**
Pas d'instruction ou primaire (n=2 579)	180	7.0
Secondaire inférieur (n=2 749)	213	7.8
Secondaire supérieur (n=6 102)	455	7.5
Supérieur de type court (n=4 228)	311	7.4
Supérieur de type long (n=5 128)	285	5.6
Niveau d'instruction inconnu (n=2 332)	315	13.5

Table 40 : Accouchements < 37 semaines et isolement de la mère (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
État d'isolement	**Nombre**	**%**
Mère isolée (n=1 274)	137	10.8
Mère non isolée (n=21 659)	1560	7.2
Situation inconnue (n=185)	62	33.5

3.5.3 Malformations

3.5.3.1 Chiffres

Sur les 23 572 naissances, on comptabilise 346 malformations congénitales enregistrées (1.5 %) et 9 suspicions de malformations.
EUROCAT (Surveillance Européenne des Anomalies Congénitales) est la principale source d'informations sur l'épidémiologie des anomalies congénitales en Europe (13). EURO-PERISTAT définit ces anomalies congénitales comme des malformations structurelles diagnostiquées en anténatal, à la naissance ou durant la première année de vie. En 2004, EUROCAT a enregistré un taux d'anomalies congénitales de 24.4 ‰ naissances (4).

Pour ce rapport, les données proviennent de la déclaration statistique établie au moment de la naissance. Les suspicions de malformations n'ont donc pas été confirmées et les malformations décelées dans le post-partum ne sont pas enregistrées. Il s'agit donc des malformations visibles ou connues à la naissance de l'enfant. De plus, les fausses couches tardives et les interruptions médicales de grossesses pour malformations ne sont pas enregistrées si elles ont eu lieu avant 22 semaines et que le fœtus pesait moins de 500 g, ce qui pourrait sous-estimer le taux de malformations.
En Flandres 2008, le taux de malformations est de 1.6 % de toutes les naissances (1).

On constate que le taux de malformations est beaucoup plus élevé chez les mort-nés que chez les nouveau-nés vivants (30.0 % vs 1.2 %).

3.5.3.2 Types de malformation

Table 41 : Malformations à la naissance (N=346), Région bruxelloise, 2008			
Malformations congénitales isolées		**Nombre**	**%**
Système nerveux central		**23**	**6.6**
	Hydrocéphalie	11	3.2
	Spina bifida	4	1.2
	Agénésie du corps calleux	2	0.6
	Holoprosencéphalie	2	0.6
	Anencéphalie	1	0.3
	Dandy Walker variant	1	0.3
	Autres non précisés	2	0.6
Yeux		**1**	**0.3**
Oreilles		**4**	**1.2**
Cœur et Vaisseaux		**70**	**20.2**
	Transposition des gros vaisseaux	17	4.9
	Tétralogie de Fallot	10	2.9
	Communication inter-ventriculaire	6	1.7
	Hypoplasie ventricule droit	5	1.4
	Coarctation de l'aorte	4	1.2
	Hypoplasie ventricule gauche	2	0.6
	Autres non précisés	26	7.5
Fente Labiale/Palatine		**22**	**6.4**
Système Digestif		**19**	**5.5**
	Basse (anus, rectm)	9	2.6
	Haute (œsophage, duodénum, jéjunum, grêle)	6	1.7
	Kyste hépatique	3	0.9
	Kyste intra-abdominal	2	0.6
	Hépatomégalie	1	0.3
Système Urinaire		**48**	**13.9**
	Pyélectasie	21	6.1
	Agénésie unilatérale	10	2.9
	Dysplasie/ polykystose	8	2.3
	Agénésie bilatérale	2	0.6
	Mégavessie	2	0.6
	Kyste surrénalien	1	0.3
	Autres non précisés	4	1.2
Système Génital Externe		**12**	**3.5**
	Hypospade	11	3.2
	Ambiguité sexuelle	1	0.3
Réduction d'un/des membres		**38**	**11.0**
	Polydactylie	18	5.2
	Pied(s) bot(s)	12	3.5
	Autres non précisés	8	2.3
Système Musculo-Conjonctif		**18**	**5.2**
	Omphalocèle/gastroschisis	10	2.9
	Hernie diaphragmatique	5	1.4
	Hernie ombilicale	2	0.6
	Hernie inguinale	1	0.3

Système Respiratoire		**2**	**0.6**
Autres		**25**	**7.2**
	Artère ombilicale unique	6	1.7
	Fœtopathie à CMV	6	1.7
	Hydrops	4	1.2
	Angiome	3	0.9
	Hydrothorax	1	0.3
	Lymphangiome massif du cou	1	0.3
	Myopathie	1	0.3
	Rétrognathisme	1	0.3
	Tératome sacro-coccygien	1	0.3
Malformations congénitales multiples		**Nombre**	**%**
Syndromes chromosomiques			
	Trisomies		
	T21	12	3.5
	T13	5	1.4
	T18	4	1.2
	Autres anomalies chromosomiques		
	Sans précision	3	0.9
	Délétion 22q11 avec cardiopathie	2	0.6
	Monosomie chromosome 22	1	0.3
	Translocation chromosomique sans précision	1	0.3
Syndromes génétiques			
	Polymalformations	5	1.5
	Achondroplasie	2	0.6
	Arthrogrypose	2	0.6
	Craniosténose	1	0.3
	Elher danlos de type 3	1	0.3
	Hémochromatose	1	0.3
	Ostéogenèse imparfaite	1	0.3
	Syndrome Ban Roberts	1	0.3
	Syndrome de Charge	1	0.3
	Syndrome de Crouzon	1	0.3
	Syndrome de Jeune	1	0.3
	Syndrome de Turner	1	0.3
	Syndrome de Vater	1	0.3
	Syndrome de Wolf	1	0.3
	Syndrome Hermandsky-Pudlak	1	0.3
	Syndrome Holt Oram	1	0.3
	Syndrome Triple A	1	0.3
Malformations multiples			
	Anomalies multiples de cause inconnue	4	1.2
	Limb body wall complex	1	0.3
	Mégavessie + Microcolon	1	0.3

Deux malformations associées			
	Fente labio-palatine + Omphalocèle/gastroschisis	5	1.4
	Fente labio-palatine + Coarctation de l'aorte	1	0.3
	Fente labio-palatine + Reins polykystiques	1	0.3
	Fente labio-palatine + Tétralogie de Fallot	1	0.3
	Malformations neurologiques et rénales	2	0.6
	Malformation adénomatoide kystique pulmonaire et anomalies rénales	1	0.3
	Malformation digestive basse + Holoprosencéphalie	1	0.3
	Malformations squelettiques et digestives	1	0.3

3.5.3.3 Malformations et caractéristiques maternelles

Table 42 : Malformations et âge de la mère (N=346), Région bruxelloise, 2008

Âge (années)	Nombre	%
< 20 (n=471)	11	2.3
20-29 (n=10 000)	151	1.5
30-39 (n=11 990)	158	1.3
40 et + (n=1 100)	25	2.3
Âge inconnu (n=11)	1	9.1

Table 43 : Malformations et nationalité d'origine de la mère (N=346), Région bruxelloise, 2008

Nationalité d'origine	Nombre	%
Belgique (n=8 495)	154	1.8
UE15 moins Belgique (n=2 871)	37	1.3
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1 422)	21	1.5
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=561)	5	0.9
Autres Europe (n=28)	0	0.0
Turquie (n=879)	6	0.7
Maroc (n=4 623)	3	0.1
Autre Maghreb et Egypte (n=387)	4	1.0
Congo (n=1 023)	12	1.2
Autres Afrique subsaharienne (n=1 088)	15	1.4
Amérique du Nord (n=82)	1	1.2
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=527)	3	0.6
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=321)	5	1.6
Asie du Sud-Est (n=543)	9	1.7
Océanie (n=8)	0	0.0
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	0	0.0
Nationalité inconnue (n=622)	11	1.8

3.5.3.4 Malformations et âge gestationnel

Table 44 : Malformations et âge gestationnel (N=346), Région bruxelloise, 2008		
Âge gestationnel (semaines)	**Nombre**	**%**
≤ 23 (n=67)	12	17.9
24 (n=21)	8	38.1
25-27 (n=112)	15	13.4
28-31 (n=269)	19	7.1
32-36 (n=1 556)	63	4.1
37-43 (n=21 481)	229	1.1
Âge gestationnel inconnu (n=66)	0	0.0

3.5.3.5 Malformations et induction de l'accouchement

On observe 158 inductions sur les 339 grossesses pour lesquelles une malformation était notifiée (46.6 %).

3.5.4 Score d'Apgar

3.5.4.1 Score d'Apgar à 1 minute

Score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 : 7.3 % de toutes les naissances vivantes.
Score d'Apgar à 1 minute inférieur à 4 : 1.5 % de toutes les naissances vivantes.

Le score d'Apgar à 1 minute manque pour 59 naissances (0.2 %).

3.5.4.2 Score d'Apgar à 5 minutes

Score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 7 : 1.5 % de toutes les naissances vivantes.
En cas de naissance vivante par voie basse à terme, 1.0 %.
En cas de naissance vivante par césarienne à terme, 1.8 %.
En cas d'accouchement en sommet vivant à terme, 1.2 %, en cas de siège, 1.0 %.
En cas d'accouchement en siège vivant à terme par césarienne : 0.7 %.
En cas d'accouchement en siège vivant à terme par voie basse : 2.5 %.

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

Le score d'Apgar à 5 minutes manque pour 61 naissances (0.2 %).

3.5.5 Ventilation du nouveau-né

Table 45 : Ventilation du nouveau-né vivant (N=23 375), Région bruxelloise, 2008		
	Nombre	**%**
Ballon et masque	1 146	4.9
Intubation	149	0.6
Pas de ventilation	18 464	79.0
Réponses manquantes*	3 616	15.5

** Parmi ces réponses manquantes, 97.4 % des enfants avaient un Score d'Apgar à 5 minutes supérieur à 7 et un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines.*

3.5.6 Transfert vers un centre néonatal

Table 46 : Transfert vers un centre néonatal (N=23 375), Région bruxelloise, 2008		
	Nombre	**%**
N*	1 487	6.4
NIC	1 143	4.9
Pas de transfert	17 129	73.3
Réponses manquantes	3 616	15.5

3.5.7 Transfert in utero

Table 47 : Transfert in utero par patiente (N=23 118), Région bruxelloise, 2008		
	Nombre	**%**
Transfert	2 346	10.2
Pas de transfert	16 382	70.9
Inconnu	4 390	19.0

Par transfert in utero, on entend une patiente enceinte transférée d'une maternité à une autre pour la prise en charge spécifique d'une pathologie maternelle ou fœtale. Lors des visites effectuées dans les maternités, il est apparu que cette définition n'était pas connue et entraînait des erreurs de classification.

3.5.8 Sexe

Table 48 : Sexe de l'enfant (N=23 572), Région bruxelloise, 2008		
	Nombre	**%**
Masculin	11 983	50.9
Féminin	11 578	49.1
Ambiguité sexuelle	1	0.0
Inconnu	10	0.0

3.6 Caractéristiques de l'accouchement

3.6.1 Présentation de l'enfant à la naissance

Table 49 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les grossesses uniques vivantes (N=22 304*), Région bruxelloise, 2008		
Type de présentation	**Nombre**	**%**
Sommet fléchi	21 022	94.3
Sommet autre	412	1.8
Siège	879	3.9
Transverse	86	0.4

** Parmi 22402 singletons vivants, 98 présentations étaient inconnues (0.4 %), les taux ont été calculés sur le total de données connues.*

Table 50 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les grossesses uniques mortes à terme (N=23*), Région bruxelloise, 2008		
Type de présentation	**Nombre**	**%**
Sommet fléchi	17	73.9
Sommet autre	0	0.0
Siège	4	17.4
Transverse	2	8.7

** Parmi 24 singletons mort-nés à terme, une présentation était inconnue (4 %), les taux ont été calculés sur le total de données connues.*

Table 51 : Présentation de l'enfant à la naissance pour les grossesses uniques mortes de < 37 semaines (N=133*), Région bruxelloise, 2008		
Type de présentation	**Nombre**	**%**
Sommet fléchi	91	68.4
Sommet autre	1	0.8
Siège	36	27.1
Transverse	4	3.0

** Parmi 153 singletons mort-nés de < 37 semaines, 20 présentations étaient inconnues (13.1 %), les taux ont été calculés sur le total de données connues.*

Table 52 : Présentation à la naissance pour les accouchements multiples dont chaque enfant était vivant (N=415*), Région bruxelloise, 2008		
Type de présentation	**Nombre**	**%**
Sommet - Sommet	223	53.7
Sommet - Siège	65	15.7
Siège - Siège	37	8.9
Siège - Sommet	38	9.2
Sommet - Transverse	18	4.3
Siège - Transverse	24	5.8
Transverse - Transverse	7	1.7
Transverse - Siège	4	1.0
Transverse - Sommet	1	0.2

** Parmi 419 couples de jumeaux vivants, 4 présentations étaient inconnues (1.0 %), les taux ont été calculés sur le total de données connues.*

3.6.2 Accouchement par césarienne

3.6.2.1 Prévalence globale

La prévalence globale est de **18.8** pour 100 accouchements, et de 18.1 et 53.8 % pour les accouchements uniques et multiples respectivement.
Le taux de césariennes va de 14.6 à 27.6 % selon la maternité.

Données comparatives
Flandre 2008 (1) :
Prévalence globale : 19.5 % Grossesses multiples : 57.2 %
Wallonie 2008 (2) :
Prévalence globale : 20.5 % Grossesses multiples : 59.3 %
Région bruxelloise 2004 (3) :
Prévalence globale : 17.2 %

Douze césariennes de grossesses gémellaires ont été réalisées en cours d'accouchement, et ce pour le deuxième jumeau (12/430 accouchements de jumeaux, soit 2.8 %). On approche donc les taux retrouvés aux Etats-Unis ou au Canada où la version grande extraction n'est pas recommandée, et très au-delà des taux français (de 0 à 0.5 %) où cette attitude est répandue (14).

Euro-Peristat (4) recommande de calculer le taux de césariennes sur le nombre total de naissances. On obtient donc **19.5** pour 100 naissances.

Le taux de césariennes est en constante augmentation (15) et est élevé en Région bruxelloise. Il est cependant mois élevé que dans les 2 autres régions du pays, et extrêmement variable d'une maternité à l'autre.

3.6.2.2 Césarienne et présentation de l'enfant

Table 53 : Taux de césariennes selon la présentation pour les singletons vivants (N=23 375), Région bruxelloise, 2008

Type de présentation	Nombre	%
Sommet fléchi (n=21 022)	3 040	14.5
Sommet autre (n=415)	188	45.3
Siège (n=879)	762	86.7
Transverse (n= 86)	86	100.0
Inconnu (n=98)	22	22.5

Table 54 : Taux de césariennes selon la présentation pour les jumeaux vivants (N=415), Région bruxelloise, 2008

Type de présentation	Nombre	%
Sommet - Sommet (n=223)	72	32.3
Sommet - Siège (n=65)	29	44.6
Siège - Siège (n=37)	35	94.6
Siège - Sommet (n=38)	37	97.4
Sommet - Transverse (n=16)	13	81.3
Siège - Transverse (n=24)	24	100.0
Transverse - Transverse (n=7)	7	100.0
Transverse - Siège (n=4)	4	100.0
Transverse - Sommet (n=1)	1	100.0
Jumeau seul avec mort in utero < 22 semaines (n=1)	1	100.0
Présentation inconnue (n=4)	1	25.0

Table 55 : Taux de césariennes pour les singletons en siège selon la parité et l'âge gestationnel (N=841), Région bruxelloise, 2008

	Nombre	%	Wallonie 2008 (2) %	Flandre 2008 (1) %
Primipares (n=450)	405	90.0	93.4	95.5
Primipares < 28 semaines (n=20)	7	35.0*	50.0	87.6
Primipares 28-31 semaines (n=14)	12	85.7*	73.1	
Primipares 32-36 semaines (n=43)	43	100.0	95.1	
Primipares ≥ 37 semaines (n=373)	343	92.0	95.0	96.8
Multipares (n=391)	297	76.0	81.5	84.9

** Si l'on ne tient pas compte des enfants mort-nés nombreux dans ces catégories, on obtient des taux de césariennes de 70 % et 100 % en dessous et au-delà de 28 semaines respectivement.*

3.6.2.3 Césarienne et maternités

Afin de réduire le risque de comparer des populations très hétérogènes issues de maternités différentes, nous avons comparé les taux de césariennes pour les grossesses uniques à terme. Outre la taille des maternités, leur caractère académique ou non, avec centre néonatal de type NIC (*Neonatal Intensive Care*) ou non, il existe des facteurs liés à l'équipe médicale. En effet, des services de grande taille, dont on attendrait des résultats standardisés peuvent faire preuve d'une hétérogénéité des pratiques et de petites équipes peuvent à l'inverse avoir des attitudes systématisées. Une étude belge (16) basée sur le Résumé Clinique Minimum de chaque séjour hospitalier a divisé les maternités en 3 groupes suivant l'écartement du taux de césariennes par rapport à la moyenne belge, pour les singletons vivants à terme en sommet, avec un poids de naissance compris entre 2500 g et 4500 g : taux de césariennes faible, moyen ou élevé. Les taux de score d'Apgar ont été comparés dans les différents groupes selon la voie d'accouchement. Dans cette étude, un taux de césariennes élevé est paradoxalement accompagné d'un excès du taux global de score d'Apgar à 1 minute inférieur à 4. De la même façon, un taux de césariennes bas s'accompagnait d'un taux global plus élevé de score d'Apgar à 5 minutes entre 4 et 6 et de score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 par rapport au groupe intermédiaire. Les auteurs concluent au fait que ce dernier groupe intermédiaire semble être le meilleur point de référence, bien que de nombreux autres critères doivent être inclus dans cette évaluation, notamment le statut socio-économique.

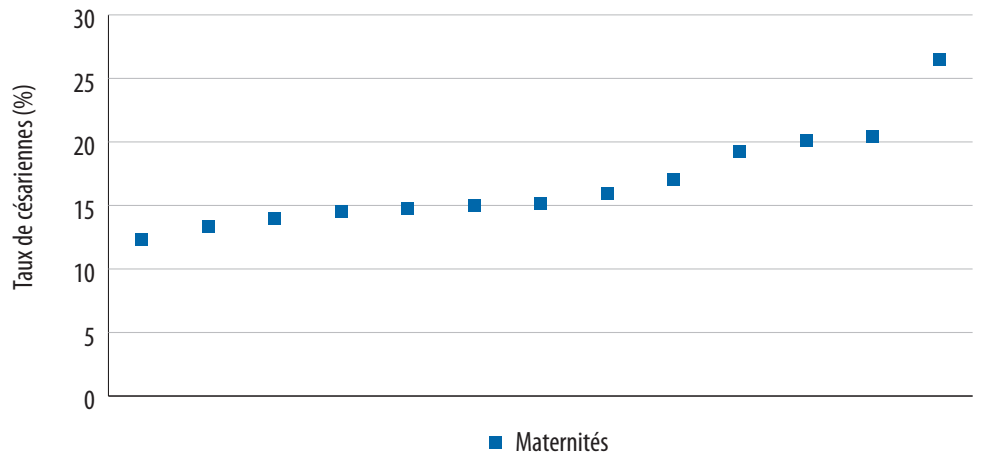


Figure 3 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour une grossesse unique vivante en sommet ≥ 37 semaines, Région bruxelloise, 2008

Total : 15.7 % ; min : 12.3 % ; max : 26.5 %

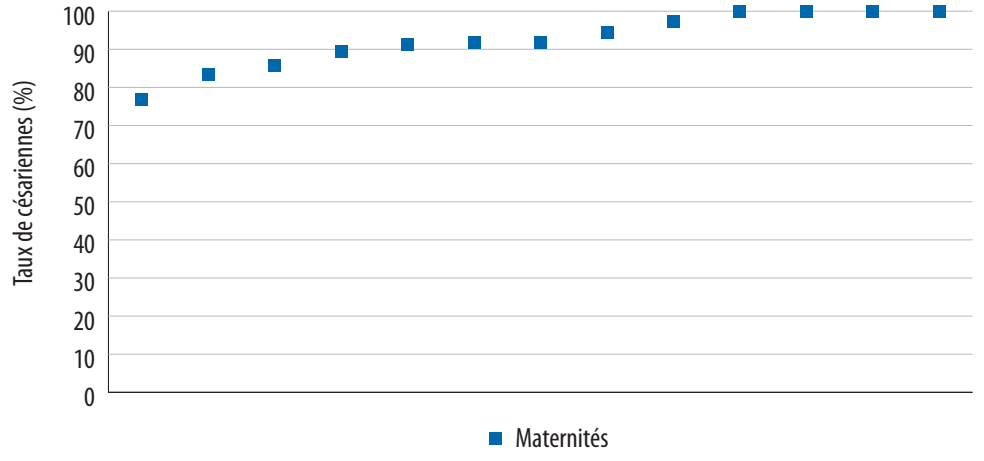


Figure 4 : Dispersion du taux de césariennes par maternité chez la primipare pour une grossesse unique vivante en siège de ≥ 37 semaines, Région bruxelloise, 2008

Total 91.3 % : min 76.9 % ; max : 100 %

3.6.2.4 Césarienne et caractéristiques maternelles

Table 56 : Taux de césariennes et âge maternel pour les singletons (N=22 674), Région bruxelloise, 2008		
Âge (années)	**Nombre**	**%**
10-14 (n=3)	0	0.0
15-19 (n=456)	58	12.7
20-24 (n=3 099)	403	13.0
25-29 (n=6 611)	1 024	15.5
30-34 (n=7 289)	1 337	18.3
35-39 (n=4 171)	982	23.5
40-44 (n=959)	277	28.9
45-49 (n=74)	26	35.1
50-55 (n=1)	1	100.0
Âge inconnu (n=11)	2	18.2

Table 57 : Taux de césariennes et nationalité d'origine de la mère pour les singletons (N=22 674), Région bruxelloise, 2008			
Nationalité d'origine	**Nombre**	**%**	**Ordre de fréquence***
Belgique (n=8102)	1 490	18.4	7
UE15 moins Belgique (n=2 753)	550	20.0	6
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1 377)	220	16.0	9
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=547)	95	17.4	8
Autres Europe (n=22)	5	22.7	-
Turquie (n=852)	102	12.0	12
Maroc (n=4 478)	667	14.9	11
Autre Maghreb et Egypte (n=377)	78	20.7	4
Congo (n=987)	226	22.9	3
Autres Afrique subsaharienne (n=1 041)	282	27.1	1
Amérique du Nord (n=78)	18	23.1	-
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=513)	122	23.8	2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=309)	49	15.9	10
Asie du Sud-Est (n=541)	110	20.3	5
Océanie (n=8)	2	25.0	-
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	11	12.0	-
Nationalité inconnue (n=5)	83	13.9	

** Les ordres de fréquence ont été calculés uniquement pour les catégories contenant au moins 25 cas.*

Table 58 : Taux de césariennes pour les singletons et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008		
Nationalités d'origine et actuelle	**Nombre**	**%**
Belge, de nationalité d'origine belge (n=8 075)	1 485	18.4
Belge, de nationalité d'origine autre (n=4 785)	844	17.6
Autre, de nationalité d'origine autre (n=9 177)	1 690	18.4
Nationalité inconnue (n=637)	91	14.3
Par nationalités spécifiques de la mère :		
Belge, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 620)	404	15.4
Maghrébine, de nationalité d'origine maghrébine (n=1 943)	285	14.7
Belge, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=697)	179	25.7
Africaine, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=1 296)	318	24.5
Belge, de nationalité d'origine turque (n=502)	64	12.8
Turque, de nationalité d'origine turque (n=346)	38	11.0

3.6.2.5 Césarienne et poids de naissance

Table 59 : Taux de césariennes et poids de naissance pour les singletons (N=22 674), Région bruxelloise, 2008				
Poids (g)	**Nombre**	**%**	**Wallonie 2008 (2) %**	**Flandre 2008 (1) %**
< 500 (n=32)	5	15.6	50.0	0.0
500-999 (n=138)	48	34.8	47.2	34.5
1000-1499 (n=142)	80	56.3	62.3	62.6
1500-1999 (n=225)	126	56.0	50.0	34.8
2000-2499 (n=711)	232	32.6	32.0	
2500-2999 (n=3 892)	819	21.0	20.7	17.8
3000-3499 (n=9 063)	1 448	16.0	17.7	
3500-3999 (n=6 551)	995	15.2	17.5	
4000-4499 (n=1 658)	305	18.4	22.6	
≥ 4500 (n=214)	48	22.4	39.2	
Poids inconnu (n=48)	4	8.3	33.3	

Table 60 : Taux de césariennes et poids de naissance pour les grossesses multiples (N=898), Région bruxelloise, 2008				
Poids (g)	**Nombre**	**%**	**Wallonie 2008 (2) %**	**Flandre 2008 (1) %**
< 500 (n=14)	7	50.0	33.3	0.0
500-999 (n=41)	23	56.1	36.7	48.2
1000-1499 (n=73)	60	82.2	67.2	68.3
1500-1999 (n=125)	74	59.2	64.1	56.9
2000-2499 (n=255)	123	48.2	54.7	
2500-2999 (n=292)	145	49.7	60.2	55.0
3000-3499 (n=81)	38	46.9	56.7	
3500-3999 (n=15)	6	40.0	42.9	
4000-4499 (n=0)	-	-	100.0	
≥ 4500 (n=0)	-	-	100.0	
Poids inconnu (n=2)	1	50.0	0.0	

3.6.2.6 Césarienne et âge gestationnel

Table 61 : Taux de césariennes et âge gestationnel pour les singletons (N=22 674), Région bruxelloise, 2008				
Âge gestationnel (semaines)	**Nombre**	**%**	**Wallonie 2008 (2) %**	**Flandre 2008 (1) %**
≤ 23 (n=52)	2	3.9	44.5	26.6
24 (n=18)	0	0.0		
25-27 (n=86)	36	41.9		
28-31 (n=172)	93	54.1	52.0	57.7
32-36 (n=1 175)	389	33.1	34.8	30.7
≥ 37 (n=21 105)	3 577	16.9	18.7	17.8
Âge gestationnel inconnu (n=66)	13	19.7	20.0	

Table 62 : Taux de césariennes et âge gestationnel pour les accouchements multiples (N=446), Région bruxelloise, 2008				
Âge gestationnel (semaines)	**Nombre**	**%**	**Wallonie 2008 (2) %**	**Flandre 2008 (1) %**
≤ 23 (n= 8)	1	12.5	26.7	41.2
24 (n=2)	0	0.0		
25-27 (n=12)	8	66.7		
28-31 (n=46)	36	78.3	69.4	60.2
32-36 (n=190)	98	51.6	59.2	57.8
≥ 37 (n=188)	96	51.1	56.4	52.9
Âge gestationnel inconnu (n=0)	-	-	0.0	

3.6.3 Accouchement instrumental

Table 63 : Taux de ventouses et de forceps par naissance (N=23 572), Région bruxelloise, 2008		
	Nombre	**%**
Ventouse seule	1 759	7.5
Forceps seuls sur sommet	339	1.4
Forceps seuls sur siège	2	0.0
Ventouse seule sur siège	1	0.0
Ventouse et forceps	22	0.1
Ventouse et césarienne	33	0.1
Forceps et césarienne	7	0.0
Forceps sur siège et césarienne	0	0.0
Ventouse et forceps et césarienne	4	0.0
Total ventouse ou forceps	2 169	**9.2**

Données comparatives
Flandre 2008 (1) :
Ventouse : 9.5 % Forceps : 0.8 %
Wallonie 2008 (2) :
Ventouse : 5.3 % Forceps : 3.0 %

3.6.4 Induction de l'accouchement

3.6.4.1 Prévalence

On constate que 26.0 % des accouchements ont été induits, ou :

- 26.1 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme
- 26.7 % si l'on ne s'intéresse qu'aux singletons vivants à terme en sommet
- 28.5 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la primipare
- 25.1 % pour les singletons vivants à terme en sommet chez la multipare

Données comparatives
Flandre 2008 (1) :
Induction : 25.3 %
Wallonie 2008 (2) :
Induction : 32.6 %

Le projet Euro-Peristat (4) recommande de présenter les taux d'induction comme le nombre d'enfants nés après induction sur le total des naissances vivantes et mortes par 100 grossesses vivantes ou mortes. De cette manière, on obtient **25.9 %** d'induction.

Le taux obtenu en Région bruxelloise en 2008 est semblable à celui obtenu dans les 2 autres régions et parmi les plus élevés d'Europe (4).

La notification de l'induction est manquante pour 69 accouchements (0.3 %).

3.6.4.2 Induction et maternités

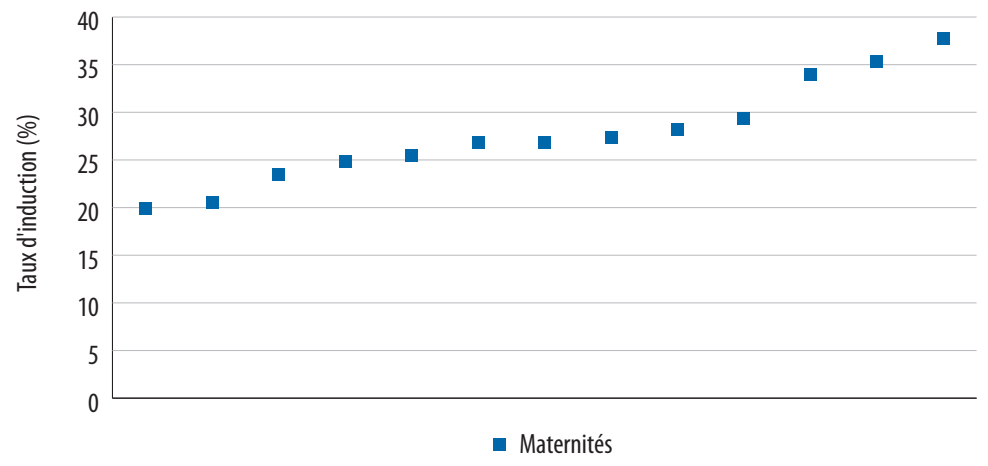


Figure 5 : Taux d'induction par maternité pour une grossesse unique vivante en sommet de ≥ 37 semaines, Région bruxelloise, 2008

Total : 26.7 %, min. : 19.9 % ; max. : 37.7 %

En cas de grossesse unique vivante en sommet de ≥ 37 semaines **sans hypertension**, les proportions sont similaires : 26.0 %, s'étalant de 19.1 % à 37.4 % selon la maternité, et de 18.1 à 58.3 % selon l'âge gestationnel précis (voir Figure 6).

3.6.4.3 Induction et âge gestationnel

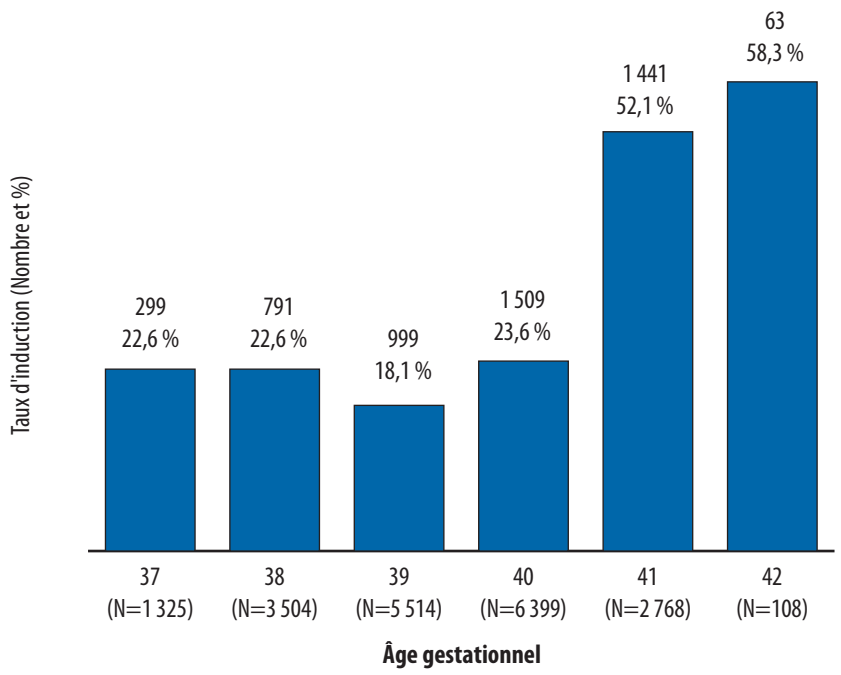


Figure 6 : Taux d'induction en maternité par âge gestationnel pour une grossesse unique vivante en sommet de ≥ 37 semaines sans hypertension (N=19 618), Région bruxelloise, 2008

3.6.4.4 Induction et césarienne

Table 64 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet de ≥ 37 semaines chez la primipare (N= 8 538), Région bruxelloise, 2008

	Nombre	%	Wallonie 2008 (2) %
Induction (n=2 568)	573	23.2	20.6
Pas d'induction (n=6 065)	767	12.7	13.7
Induction inconnue (n=5)	1	20.0	41.5
Total (n=8 538)	1 341	15.7	16.2

Table 65 : Taux de césariennes après induction pour les grossesses uniques vivantes en sommet ≥ 37 semaines chez la multipare (N=11 557), Région bruxelloise, 2008

	Nombre	%	Wallonie 2008 (2) %
Induction (n=2 909)	241	8.3	8.0
Pas d'induction (n=8 646)	1 273	14.7	17.5
Induction inconnue (n=2)	0	0.0	74.2
Total (n=11 557)	1 514	13.1	14.4

En 2008, la question relative aux antécédents de césarienne ne figurait pas encore sur la déclaration de naissance. C'est pourquoi le taux de césariennes chez les multipares, avec ou sans induction, est difficile à interpréter. L'analyse des taux de césariennes sera facilitée dans les années à venir avec la mise en place du volet CEpiP.

3.6.5 Accouchements sans intervention obstétricale

Il s'agit des accouchements après 37 semaines, sans instrumentation, sans induction. Il est aussi conseillé de n'y inclure que les accouchements sans épisiotomie, mais nous ne disposons pas de cette information sur les volets médicaux de 2008. Ce sera par contre le cas dès 2009 avec la mise en circulation des volets CEpiP.

On comptabilise **50.1 %** accouchements sans intervention obstétricale en 2008.

3.7 Lieu d'accouchement

3.7.1 Accouchements en maternité

En Région bruxelloise en 2008, nous comptons 19 communes et 13 maternités.
Les 2 maternités qui ont comptabilisés moins de 1000 accouchements ont fermé dans le courant de l'année 2008.

Table 66 : Nombre de maternités par nombre d'accouchements (N=13), Région bruxelloise, 2008

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

3.7.2 Accouchements hors maternité

Nous avons comptabilisé 95 naissances à domicile, c'est-à-dire 4.0 pour 1000 naissances.
Ces accouchements sont répartis comme suit :

- 55 à domicile prévus
- 40 hors maternité non prévus, en urgence, dont 38 sur le chemin de la maternité.

Données comparatives
Flandre 2008 (1) :
9.6 pour mille
Wallonie 2008 (2) :
6.0 pour mille

3.7.2.1 Accouchement à domicile et âge maternel

Table 67 : Accouchements à domicile en fonction de l'âge maternel (N=93), Région bruxelloise, 2008				
Âge (années)	**Accouchement à domicile prévu (n=54)**		**Accouchement à domicile non prévu (n=39)**	
	Nombre	**%**	**Nombre**	**%**
10-14 (n=3)	0	0.0	0	0.0
15-19 (n=462)	0	0.0	2	0.4
20-24 (n=3 133)	3	0.1	5	0.2
25-29 (n=6 721)	14	0.2	10	0.2
30-34 (n=7 444)	24	0.3	9	0.1
35-39 (n=4 277)	12	0.3	10	0.2
40-44 (n=983)	1	0.1	2	0.2
45-49 (n=80)	0	0.0	0	0.0
50-54 (n=4)	0	0.0	0	0.0
Âge inconnu (n=11)	0	0.0	1	0.0

3.8 Mortinatalité

3.8.1 Chiffres

Euro-Peristat (4) définit le taux de mortinatalité comme le nombre d'enfants mort-nés sur le total des naissances, vivantes et mortes. On compte 197 mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines. Ces derniers représentent 8.4 mort-nés pour 1000 naissances.
Parmi ces 197 mort-nés, on note :

- 177 singletons
- 7 jumeaux, dont l'autre jumeau a survécu à la naissance
- 6 jumeaux tous deux mort-nés
- 1 triplé (les 2 autres triplés ont survécu)

On obtient alors 191 accouchements pour lesquels au moins un enfant était mort-né.

Le taux de mort-nés est de **7.8** et **22.3** pour 1000 naissances sur la totalité des singletons et des grossesses multiples respectivement.

Données comparatives
Flandre 2008 (1) :
Singletons : 4.0 ‰ Grossesses multiples :10.8 ‰
Wallonie 2008 (2) :
Singletons : 4.1 ‰ Grossesses multiples : 9.8 ‰

On constate en 2008 un nombre élevé d'enfants mort-nés par rapport aux taux retrouvés dans les autres régions, mais il est recommandé alors d'examiner la mortalité fœtale selon l'âge gestationnel ≥ 26 semaines, ce qui correspond à 4.8 ‰ en 2008. En effet, les mort-nés à des âges gestationnels inférieurs ne sont pas toujours déclarés par les équipes soignantes, bien qu'il s'agisse d'une obligation légale. En effet, le personnel soignant exprime ne pas toujours connaître les "directives" de l'enregistrement. Le relatif non-respect de la loi visant à l'enregistrement des mort-nés de 22 semaines ou 500 g mène à une sous-estimation du taux de mort-nés. Lors des visites aux maternités en 2008, le CEpiP a fait un rappel des directives, ce qui peut expliquer ce taux élevé. Dans les maternités qui nous ont permis d'enregistrer la totalité des mort-nés dès 22 semaines ou 500 g, le taux de mort-nés s'étendait de 8.4 ‰ à 18.9 ‰ (avec un taux systématiquement plus élevé dans les maternités accompagnées d'un NIC), alors que dans les autres maternités nous avons obtenu des taux de 1.9 à 6.6 ‰ mort-nés. L'évolution reste donc à suivre dans l'ensemble des maternités, mais la fiabilité de cette donnée semble s'améliorer.

3.8.2 Rappel de la problématique autour de la législation actuelle

Plusieurs aspects doivent être pris en compte dans l'évaluation de la prévalence des mort-nés entre 22 et 26 semaines. En effet, des contradictions entre des attitudes médicales et les lois en vigueur viennent compliquer leur enregistrement :

- la législation sur l'établissement des bulletins statistiques de décès (AR 17/6/99), qui définit comme mort-nés tous les ≥ 500 g et ≥ 22 semaines, à l'instar de la majorité des pays européens (Grèce, Luxembourg, Suède : 28 semaines)
- la législation sur les déclarations de décès (circulaire ministérielle 10/6/99), qui octroie un n° d'acte de décès à tous les mort-nés de ≥ 180 jours de gestation, qui sont convertis en 25+4 ou 27+4 semaines selon les institutions
- la nomenclature INAMI où ne sont considérées comme des accouchements que les naissances ≥ 180 jours de gestation
- la circulaire ministérielle (27/3/2000) relative à l'allocation de naissance qui fixe la limite de son octroi à 180 jours de gestation
- les limites de la réanimation néonatale, dont les frontières se situent entre 23 et 25 semaines et varient d'un centre à l'autre
- les variations d'attitude qui tendent vers la déclaration ou non de l'enfant, sur base d'une décision émanant de l'équipe soignante et prenant en compte l'avis et le vécu des parents :
  - en cas d'interruption médicale de grossesse après 22 semaines
  - en cas de décès d'un enfant entre 22 et 26 semaines, où la décision de déclarer peut varier selon l'institution mais aussi et surtout selon chaque situation en particulier
- enfin, en cas de décès rapide après la naissance, l'enfant est suivant le cas et l'institution probablement déclaré né vivant puis décédé peu après la naissance, ou mort-né.

3.8.3 Mortinatalité et âge gestationnel

Table 68 : Taux de mort-nés selon l'âge gestationnel pour les singletons (N=22 674), Région bruxelloise, 2008

Âge gestationnel (semaines)	Nombre	%	Wallonie 2008 (2) %
≤ 23 (n=52)	46	88.5	57.1
24 (n=18)	15	83.3	
25-27 (n=86)	26	30.2	28.1
28-31 (n=172)	27	15.7	16.2
32-36 (n=1 175)	39	3.3	2.2
≥ 37 (n=21 105)	24	0.1	0.0
Âge gestationnel inconnu (n=66)	0	0.0	10.0

3.8.4 Mortinatalité et âge gestationnel et poids de naissance

L'âge gestationnel moyen des enfants mort-nés est de 28.6 semaines. Le poids de naissance moyen est de 1268 grammes.

3.8.5 Causes de mortalité fœtale

Table 69 : Causes de mortalité foetale selon le certificat de naissance (N=197), Région bruxelloise, 2008				
		Nombre	**%**	**Wallonie 2008 (2) (%)**
Malformations : Total :		**66**	**33.5**	**29.3**
	Chromosomique	20	9.6	7.3
	Malfomations multiples/Association syndromique	17	8.6	1.8
	Cœur	9	4.6	7.9
	Système nerveux	8	4.1	4.9
	Système ostéo-articulaire	7	3.6	3.7
	Anomalies faciales/Fente labio-palatine	4	2.0	0.6
	Appareil urinaire	1	0.5	1.2
	Appareil digestif	0	0.0	1.8
Mort fœtale in utero sans cause apparente : Diagnostic après autopsie :		39	20.0	42.1
	Autopsie non contributive ou non réalisée	32	16.2	31.1
	Compression du cordon	5	2.5	7.9
	Origine placentaire sans précision	2	1.0	3.0
Mort fœtale in utero avec cause probable précisée (autopsie non contributive ou non réalisée) :		12	6.1	7.3
	Retard de croissance	3	1.5	3.0
	Stigmates malformatifs	3	1.5	2.4
	Grossesse multiple sans précision	6	2.5	1.8
Prématurité ≤ 25 semaines, dont la cause de décès n'est pas précisée		21	10.7	-
Prématurité ≤ 25 semaines, dont la cause de décès est la prématurité extrême		6	3.0	3.0
Décollement placentaire		14	7.1	7.3
Prééclampsie sévère		8	4.1	-
Chorioamniotite		6	3.0	1.2
Asphyxie/Arrêt cardiaque/souffrance fœtale aiguë		3	1.5	1.2
Immunisation rhésus		3	1.5	0.6
Fœtopathie à CMV		3	1.5	3.0
Placenta praevia		3	1.5	0.6
Syndrome transfuseur-transfusé		3	1.5	-
Rupture utérine		2*	1.0	-
Autres				
	Anasarque d'origine indéterminée	1	0.5	0.6
	Embolie pulmonaire et arrêt cardiaque maternels	1	0.5	
	Enquête judiciaire	1	0.5	
	Hémorragie foeto-maternelle	1	0.5	
	Listériose	1	0.5	
	Parvovirus	1	0.5	
	Polyhydramnios et souffrance fœtale chronique	1	0.5	
	Syndrome de Bardet-Biedl	1	0.5	

** Il s'agit en fait d'une seule rupture utérine sur grossesse gémellaire.*

3.8.6 Mortinatalité et réanimation néonatale

Parmi tous les mort-nés, on relève 2 tentatives de réanimation (intubation). Ces deux-ci concernent des fœtus de 30 semaines, nés par césarienne pour raison maternelle : pathologie placentaire et pré-éclampsie. Au total, 22 césariennes ont été réalisées (11,2 %).

Table 70 : Causes de césarienne chez les mort-nés (N=22), Région bruxelloise, 2008

Causes		Nombre
Raisons maternelles :		
	Pré-éclampsie	4
	Antécédent de césarienne	3
	Arrêt cardiaque maternel	1
	Éclampsie	1
	HELLP syndrome (Haemolysis Elevated Liver enzymes Low Plateled count)	1
	Hémorragie maternelle	1
	Polytraumatisée (accident)	1
	Rupture utérine	1
	Pathologie placentaire non précisée	1
Raisons fœtales :		
	Souffrance fœtale	2
	Anomalie de la présentation	1
	Dystocie + MFIU (Mort Foetale In Utero)	1
	MFIU + Grossesse gémellaire	1
Cause inconnue		**2**

3.8.7 Mortinatalité et induction de l'accouchement

La mention 'Interruption Médicale de Grossesse' n'apparaît pas toujours sur les certificats. La plupart des accouchements sont induits soit à la découverte d'une mort fœtale in utero, soit à la mise en évidence de malformations fœtales.
Sur le total des 191 accouchements où au moins un enfant était mort-né, 123 accouchements ont été induits (64.4 %).

3.8.8 Mortinatalité et caractéristiques maternelles

Table 71 : Taux de mort-nés et âge maternel pour les singletons (N=22 674), Région bruxelloise, 2008

Âge (années)	Nombre	%	Wallonie 2008 (2) %
< 20 (n=459)	6	1.3	0.6
20-29 (n=9 710)	72	0.7	0.3
30-39 (n=11 460)	82	0.7	0.5
≥ 40 (n=1 034)	15	1.5	0.6
Âge inconnu (n=11)	2	18.2	100.0

Table 72 : Taux de mort-nés et nationalité d'origine de la mère (n=23 572), Région bruxelloise, 2008		
Nationalité d'origine	**Nombre**	**%**
Belgique (n=8 495)	68	0.8
UE15 moins Belgique (n=2 871)	14	0.5
UE27 moins Belgique et UE15 (n=1 422)	12	0.8
Russie et Europe de l'Est non UE27 (n=561)	5	0.9
Autres Europe (n=28)	0	0.0
Turquie (n=879)	4	0.5
Maroc (n=4 623)	34	0.7
Autre Maghreb et Egypte (n=387)	3	0.8
Congo (n=1 023)	15	1.5
Autres Afrique subsaharienne (n=1 088)	14	1.3
Amérique du Nord (n=82)	1	1.2
Amérique du Sud, Centrale et Caraïbes (n=527)	1	0.2
Asie du Nord, de l'Ouest et Proche-Orient (n=321)	3	0.9
Asie du Sud-Est (n=543)	3	0.6
Océanie (n=8)	0	0.0
Autres (réfugié, radié, indéterminé) (n=92)	0	0.0
Nationalité inconnue (n=622)	20	3.2

Table 73 : Taux de mort-nés et nationalités de la mère, Région bruxelloise, 2008		
Nationalités d'origine et actuelle	**Nombre**	**%**
Belge, de nationalité d'origine belge (n=8 468)	68	0.8
Belge, de nationalité d'origine autre (n=4 946)	28	0.6
Autre, de nationalité d'origine autre (n=9 496)	81	0.9
Nationalité inconnue (n=662)	20	3.0
Par nationalités spécifiques de la mère :		
Belge, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 709)	16	0.6
Maghrébine, de nationalité d'origine maghrébine (n=2 001)	20	1.0
Belge, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=720)	7	1.0
Africaine, de nationalité d'origine africaine subsaharienne (n=1 354)	22	1.6
Belge, de nationalité d'origine turque (n=521)	1	0.2
Turque, de nationalité d'origine turque (n=352)	3	0.9

Table 74 : Taux de mort-nés et situation professionnelle de la mère (N=23 572), Région bruxelloise, 2008		
Situation professionnelle	**Nombre**	**%**
Active (n=12 684)	56	0.4
Étudiante (n=418)	3	0.7
Sans profession / chômage (n=10 160)	75	0.7
Situation professionnelle inconnue (n=310)	63	20.3

Table 75 : Taux de mort-nés et niveau d'instruction de la mère (N=23 572), Région bruxelloise, 2008		
Niveau d'instruction	**Nombre**	**%**
Pas d'instruction ou primaire (n=2 613)	0	0.0
Secondaire inférieur (n=2 808)	7	0.3
Secondaire supérieur (n=6 215)	19	0.3
Supérieur de type court (n=4 323)	6	0.1
Supérieur de type long (n=5 236)	5	0.1
Niveau d'instruction inconnu (n=2 377)	160	6.7

Table 76 : Taux de mort-nés et isolement de la mère (N=23 572), Région bruxelloise, 2008		
Etat d'isolement	**Nombre**	**%**
Mère isolée (N=1 302)	14	1.1
Mère non isolée (N=22 082)	130	0.6
Situation inconnue (N=188)	53	28.2

Des différences de mortalité sont donc observées dès la naissance selon les caractéristiques maternelles. Les analyses détaillées dans le dossier publié par l'Observatoire en 2007 montrent que le risque de décès périnatal diffère de façon importante selon le statut social des parents et concerne toutes les causes de décès foeto-infantiles (3).

4. Conclusion

L'analyse des naissances dans la Région de Bruxelles-Capitale est particulière, car elle regroupe 13 maternités et 6 centres de soins néonatals intensifs sur un petit territoire. Près de 6000 femmes résidant en Région wallonne ou en Région flamande ont accouché en Région bruxelloise, ce qui représente un quart des accouchements. Il faut donc bien rappeler que les résultats issus de ce rapport illustrent les tendances obstétricales des maternités bruxelloises et des accouchements hors maternité effectués en Région bruxelloise, et que les caractéristiques des mères bruxelloises en particulier, quel que soit le lieu d'accouchement, feront l'objet d'un rapport ultérieur.

À l'inverse de la Wallonie, où le nombre d'accouchements avant l'âge de 20 ans était élevé, le nombre d'accouchements après l'âge de 35 ans est plus élevé en Région bruxelloise que dans les autres régions. Parmi celles-ci, environ un quart étaient primipares. 4 patientes de 50 ans et plus ont accouché en Région bruxelloise en 2008. Parmi celles-ci, 3 ont donné naissance à des jumeaux.

Dans l'analyse des facteurs de risque, on observe que les proportions de mères d'un âge avancé, présentant un diabète, et enceintes de jumeaux sont plus élevées en Région bruxelloise que dans les deux autres régions, mais qu'il y a moins de mères hypertendues qu'en Flandre. La distribution de ces facteurs de risque serait en faveur d'une augmentation des complications de la grossesse en Région bruxelloise. Cependant, les résultats obstétricaux tels que le taux d'enfants de faible poids de naissance, d'enfants nés prématurément et le taux de césariennes se situent entre ceux de la Flandre et de la Wallonie. Bien que ces facteurs de risque soient reconnus, d'autres éléments, tels que le niveau socio-économique, l'entourage socioculturel et les attitudes médicales interviennent à des degrés divers et peuvent influencer les résultats obstétricaux.

Sur l'ensemble de la Belgique en 2008, 19.7 % des accouchements ont nécessité une césarienne. Le taux de césariennes en Région bruxelloise est moins élevé que dans les deux autres régions du pays, mais il est cependant fort variable d'une maternité bruxelloise à l'autre. Le taux de césariennes résulte d'un mélange complexe de facteurs de risque et d'attitudes médicales qu'il est difficile d'analyser dans chaque maternité. Nous avons en effet observé de grandes disparités d'attitude pour une même situation. Il est intéressant de noter que certaines équipes médicales recourent davantage à la césarienne pour leurs grossesses multiples et privilégient l'accouchement par voie basse pour le siège et l'utilisation de ventouses ou forceps en général, alors que d'autres équipes médicales auront des tendances totalement inversées.

Le nombre d'enfants mort-nés est élevé en Région bruxelloise en 2008. Ceci est en partie le reflet de situations obstétricales difficiles, mais les proportions élevées concernent surtout les âges gestationnels compris entre 22 et 26 semaines, ce qui semble montrer que l'effort d'information du personnel médical et administratif sur l'obligation légale de remplir une déclaration statistique pour les mort-nés à partir de 22 semaines ou 500 g a amélioré leur enregistrement en 2008.

Ce rapport permet de clôturer l'analyse de l'ensemble des accouchements dans les 3 régions du pays en 2008. L'information donnée aux maternités, sages-femmes et gynécologues ainsi qu'au personnel des administrations communales, associée à leur collaboration active, ont permis d'assurer le relevé le plus complet possible en 2008. On peut penser que la qualité des données va encore s'améliorer dans les années futures.

5. Références

(1) Martens E, Martens G, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2008. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie 2009.

(2) Minsart A.F, Van de Putte S, Wilen G, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – année 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2010.

(3) Haelterman E, De Spiegelare M, Masuy-Stroobant G. Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2007.

(4) Data from 2004. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. 2008.

(5) Rapport statistique et démographique 2008, Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique, Groupe d'étude de démographie appliquée (UCL) et Centre pour l'égalité des chances, 2009.

(6) Ndame Ebongue S, Sommer M, Mauroy MC, Banque de données médico-sociales - Données statistiques 2006-2007, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2009.

(7) Hankins G and Saade G. Factors influencing twins and zygosity. Paediatr Perinatal Epidemiol 2005 ; 19 (Suppl. 1): 8–9.

(8) Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Saade GR, Eddleman KA, Klugman S, Dugoff L, Timor-Tritsch IE, Craigo SD, Carr SR, Wolfe HM, Bianchi DW, D'Alton M ; FASTER Consortium. Impact of maternal age on obstetric outcome. Obstet Gynecol 2005 ; 105(5Pt1):983-90

(9) Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC et Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium. Maternal Child Health J 1999 ; 3(4):177-187

(10) Wilcox AJ. On the importance –and the unimportance– of birthweight. Int J Epidemiol 2001 ; 30:1233-1241

(11) Buekens P, Masuy-Stroobant G, Delvaux T. High birthweights among infants of North African immigrants in Belgium. Am J Public Health 1998 ; 88(6):808-811

(12) Deguerry M, De Spiegelaere M, Feyaerts G, Fiszman P, Flament M, Luque Fernandez MA, Mazina D, Verduyckt P. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2010.

(13) Gillerot Y et Mols M. Quinze années de surveillance des malformations congénitales dans le Hainaut et dans la Province de Namur. Enseignements et Recommendations. Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs Locaux, de l'Action Sociale et de la Santé, Région wallonne, 2010.

(14) Schmitz T., Azria E., Cabrol D., Goffinet F. L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable ? Analyse des données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2009 ; 38, 367-376.

(15) Agence Intermutualiste. Recours à la césarienne en Belgique : Évolution générale et disparités. 2006.

(16) Aelvoet W, Windey F, Moelberghs G, Verstraelen H, Wan Reempts P et Foidart JM. Screening for inter-hospital differences in cesarean section rates in low-risk deliveries using administrative data: An initiative to improve the quality of care. BMC Health Serv Res 2008 ; 8:3

6. Annexes

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

Modèle I 0102040311 2491934 01

03/0001

VOLET C

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

1. Naissances précédentes

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

2. Durée probable de la grossesse en semaines ☐☐

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

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

4. Transfert in utero

- ☐ • oui
- ☐ • non

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

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

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- ☐ • oui
- ☐ • non

6.2 Accouchement avec assistance

- ☐ • oui
- ☐ • non

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

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

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

6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement

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

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

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

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

- ☐ • oui
- ☐ • non
- ☐ ***si oui, précisez*** . . . . . .

7.2 Détresse respiratoire

- ☐ • oui
- ☐ • non
- ☐ ***si oui, précisez*** . . . . . .

7.3 Etat infectieux

- ☐ • oui
- ☐ • non
- ☐ ***si oui, précisez*** . . . . . .

7.4 Anomalies congénitales

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

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

(suite au verso)

Modèle I 0102040312 2491934 02

VOLET C
(suite)

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT *(suite)*

9. Indice d'Apgar à:

☐☐ • 1 minute ☐☐ • 10 minutes

☐☐ • 5 minutes

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

☐ • ventilation sans intubation ☐ • sans objet

☐ • intubation ☐ • pas d'intervention

☐ • transfert vers service n (endéans les 12 premières heures)

☐ • transfert vers service N (endéans les 12 premières heures)

☐ • autres, précisez . . . . . .

. . . . . .

No. dossier médical
de la **Mère** . . . . . .

Identification du médecin ou de l'accoucheuse

• No. INAMI. . . . . .

• date (JJMMAAAA) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

nom, prénom
signature
cachet

Modèle I 0102040111 2491934 92

VOLET A

DECLARATION DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

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

Adresse de la naissance : commune

rue, no.

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

Sexe de l'enfant

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé (1)

Signature et cachet du médecin ou de l'accoucheuse

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

Modèle I 0102040211 2491934 95

VOLET B

BULLETIN STATISTIQUE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

1. Date et heure de la naissance

- date **(JJMMAAAA)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- heure **(HHMM)** ☐☐ h ☐☐ m

2. Lieu de naissance

☐ • institution hospitalière ☐ • maison privée

☐ • autres, précisez . . . . . .

. . . . . .

3. Sexe de l'enfant

☐ • masculin

☐ • féminin

☐ • indéterminé

4. Enfant issu d'une grossesse multiple

☐ • oui ☐ • non

En cas d'accouchement multiple :

- nombre total de naissances, mort-nés compris ☐
- no. d'ordre de l'enfant déclaré ☐
- nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré)

⇒ nombre d'enfants nés vivants

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

⇒ nombre d'enfants mort-nés

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

Modèle I 0102040411 2491934 04

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	☐	☐
• primaire	☐	☐
• secondaire inférieur		
⇒ professionnel	☐	☐
⇒ technique	☐	☐
⇒ général	☐	☐
• secondaire supérieur		
⇒ professionnel	☐	☐
⇒ technique	☐	☐
⇒ général	☐	☐
• supérieur de type court	☐	☐
• supérieur de type long ou universitaire	☐	☐
• ne sait pas	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

.....

5. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	☐	☐
• étudiant(e)	☐	☐
• chômeur(se)	☐	☐
• pensionné(e)	☐	☐
• sans profession	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

.....

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

	père	mère
• indépendant(e)	☐	☐
• employé(e)	☐	☐
• ouvrier(e)	☐	☐
• aidant(e)	☐	☐
• sans profession	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

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

- père

Code I.N.S. ==>

- mère

Code I.N.S. ==>

8. Nationalité

- du père
  ⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==>

- de la mère
  ⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==>

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

Code I.N.S. ==>

10. Etat civil de la mère

☐ • célibataire ☐ • divorcée
☐ • mariée ☐ • légalement séparée de corps
☐ • veuve ☐ • ne sait pas

11. Etat d'union de la mère

☐ • vit seule ☐ • en union

12. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

/ /

13. Naissances précédentes issues du mariage actuel

• mort-né(s) • né(s) vivant(s)

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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

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

Modèle III D 0102040711 2162313 95

VOLET C

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

*(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 fléchi ☐ • siège
☐ • autres présentations céphaliques ☐ • oblique/transverse
☐ • autres, précisez . . . . . .

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

☐ • oui ☐ • non ☐ • ne sait pas

6.2 Accouchement avec assistance

☐ • oui ☐ • non ☐ • ne sait pas

***Si oui**, complétez 6.3, 6.4 et 6.5*

***Si non** ou **ne sait pas**, passez immédiatement au point 7*

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

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

6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement

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

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

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

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

☐ • oui ☐ • non ☐ • 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'Apgar à:

☐☐ • 1 minute ☐☐ • 10 minutes
☐☐ • 5 minutes

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

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

(suite au verso)

Modèle III D 0102040712 2162313 96

VOLET C *(suite)*

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

B. Renseignements concernant le décès

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

☐ • avant le travail d'accouchement ☐ • pendant le travail d'accouchement ☐ • ne sait pas

2. Type de décès

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

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

.....
..... Réservé
.....

4. En cas d'accident

4.1 Lieu de l'accident

☐ • voie publique ☐ • ne sait pas
☐ • domicile
☐ • autres, précisez .....
.....

4.2 Date de l'accident *(JJMMAAAA)*

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

5. Cause du décès (1)		**Spécifiez (2)** M	F	I	**Délai (3)**
I. Maladie ou affection morbide (maternelle, foetale ou infantile) ayant directement provoqué le décès					
Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a). L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"	a)	☐	☐	☐	.....
	conséquence de : b)	☐	☐	☐	.....
	conséquence de : c)	☐	☐	☐	.....
	conséquence de : d)	☐	☐	☐	.....
II. Causes associées					
Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.	e)	☐	☐	☐	.....
	f)	☐	☐	☐	.....
	g)	☐	☐	☐	.....

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

Réservé

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

6. Autopsie/examens complémentaires

☐ • oui, en cours ☐ • non
☐ • oui, prévu ☐ • ne sait pas

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

☐ • oui ☐ • non

No. du dossier médical de **la mère** .....

No. du dossier médical de **l'enfant** .....

Identification du médecin

• No. INAMI .....

• date (JJMMAAAA)

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III D 0102040511 2162313 89

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

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

Nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de la mère

Résidence habituelle de la mère : commune

rue, no.

Date **(JJMMAAAA)** et heure **(HHMM)** du décès / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe de l'enfant

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

L'enfant est-il

☐ • mort-né ☐ • né vivant

Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1)	☐ oui	☐ non
Obstacle au don du corps (2)	☐ oui	☐ non
Obligation de mise immédiate:		
• en cercueil hermétique (3)	☐ oui	☐ non
• ~~en cercueil simple (4)~~	~~☐ oui~~	~~☐ non~~
Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:		
• crémation (5)	☐ oui	☐ non
• soins de conservation (6)	☐ oui	☐ non
• transport avant la mise en bière (7)	☐ oui	☐ non
Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3)	☐ oui	☐ non

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

.....,

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

Signature et cachet du médecin

(a) Il sera rempli un bulletin de décès par enfant mort-né ou décédé avant l'âge d'un an.
(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
(2) Le défunt présente un risque de contamination visé sous le n° (3).
(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses; peste
B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
(4) ~~Le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: hépatite virale sauf hépatite A confirmée, peste, rage, SIDA~~.
(5) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
(6) - cfr (2) et (3);
- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.
(7) cfr (2) et (3).

Modèle III D 0102040611 2162313 92

VOLET B

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

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

1. Date et heure du décès

- date **(JJMMAAAA)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- heure **(HHMM)** ☐☐ h ☐☐ m

2. Date et heure de naissance

- date **(JJMMAAAA)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- heure **(HHMM)** ☐☐ h ☐☐ m

3. L'enfant est-il

☐ • mort-né ☐ • né vivant

4. Lieu de naissance

☐ • institution hospitalière ☐ • maison privée

☐ • autre, précisez .....

.....

5. Lieu de décès

☐ • institution hospitalière ☐ • maison privée

☐ • autre, précisez .....

.....

6. Sexe de l'enfant

☐ • masculin

☐ • féminin

☐ • indéterminé

7. Enfant issu d'une grossesse multiple

☐ • oui ☐ • non

En cas d'accouchement multiple :

- nombre total de naissances mort-nés compris ☐
- no. d'ordre de l'enfant déclaré ☐
- nombre et sexe des enfants nés du même accouchement (y compris le déclaré)

⇒ nombre d'enfants nés vivants

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

⇒ nombre d'enfants mort-nés

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

Modèle III D 0102040811 2162313 01

VOLET D

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

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

1. Commune (ou pays) du décès

Code I.N.S.==>

2. Numéro de l'acte au registre des décès

3. Commune (ou pays) de la naissance

Code I.N.S. ==>

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

- du père
- de la mère

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

	père	mère
• pas d'instruction ou primaire inachevé	☐	☐
• primaire	☐	☐
• secondaire inférieur		
⇒ professionnel	☐	☐
⇒ technique	☐	☐
⇒ général	☐	☐
• secondaire supérieur		
⇒ professionnel	☐	☐
⇒ technique	☐	☐
⇒ général	☐	☐
• supérieur de type court	☐	☐
• supérieur de type long ou universitaire	☐	☐
• ne sait pas	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

.....

6. Situation professionnelle actuelle

	père	mère
• actif(ve)	☐	☐
• étudiant(e)	☐	☐
• chômeur(se)	☐	☐
• pensionné(e)	☐	☐
• sans profession	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

.....

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

	père	mère
• indépendant(e)	☐	☐
• employé(e)	☐	☐
• ouvrier(e)	☐	☐
• aidant(e)	☐	☐
• sans profession	☐	☐
• autres, précisez	☐	☐

.....

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

- père

Code I.N.S. ==>

- mère

Code I.N.S. ==>

9. Nationalité

- du père

⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==>

- de la mère

⇒ d'origine ⇒ actuelle

Code I.N.S. ==>

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

Code I.N.S. ==>

11. Etat civil de la mère

☐ • célibataire ☐ • divorcée

☐ • mariée ☐ • légalement séparée de corps

☐ • veuve ☐ • ne sait pas

12. Etat d'union de la mère

☐ • vit seule ☐ • en union

13. Date du mariage actuel (JJMMAAAA)

14. Naissances précédentes issues du mariage actuel

mort-né(s) • né(s) vivant(s)

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL:

Au médecin fonctionnaire responsable

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