OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004

Commission communautaire commune

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

Les dossiers de l'Observatoire

Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004

Edwige HAELTERMAN, Myriam DE SPIEGELAERE
Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Godelieve MASUY-STROOBANT
Institut de démographie, UCL

Commission communautaire commune

Les dossiers de l'Observatoire

Chaque dossier offre un éclairage particulier sur des aspects spécifiques de la réalité sociale et de santé en Région bruxelloise.

Ces dossiers peuvent être obtenus sur le site web (www.observatbru.be) ou sur simple demande. Le dossier peut être copié, moyennant mention de la source.

Dans la collection «Les dossiers de l'Observatoire» :

2007

Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles

Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (Période : juin 2002 à décembre 2005)

2006

Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale

2005

Evaluation de la participation des personnes vivant dans la pauvreté au rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté

2003

Le suicide en Région de Bruxelles-Capitale, situation 1998-2000

2002

Les défis d'une politique de lutte contre la pauvreté à Bruxelles

La tuberculose en Région de Bruxelles-Capitale, situation 2000

Pauvreté et quartiers défavorisés dans la Région de Bruxelles-Capitale

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :

Haelterman E., De Spiegelaere 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.

COLOPHON

Auteurs :
Edwige HAELTERMAN
Myriam DE SPIEGELAERE
Godelieve MASUY-STROOBANT

Experts ayant collaboré à ce dossier :
Sophie ALEXANDER
Patricia BARLOW
Katrien BEECKMAN
Xavier DE MUYLDER
Tessa GOETGHEBUER
Dominique HAUMONT
Patricia KESTEMAN
Anne Frédérique MINSART

Lay-out :
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl :
Nathalie DA COSTA MAYA

Numéro de Dépôt Légal :
D/2007/9334/23

Pour plus d'informations :
Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
Commission communautaire commune
183 avenue Louise – 1050 Bruxelles
Tél. : 02/552 01 89
observat@ccc.irisnet.be
www.observatbru.be

Myriam De Spiegelaere
Tél.: 02 552 01 45
mdespiegelaere@ccc.irisnet.be

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction 7
   1.1. Introduction générale 7
   1.2. Méthodologie 8
      1.2.1. Description du flux des données 8
      1.2.2. Méthodes et analyses 10

2. Natalité en Région de Bruxelles-Capitale 11
   2.1. Nombre de naissances 11
      2.1.1. Evolution du nombre de naissances bruxelloises 11
      2.1.2. Différences avec les données du Registre national 11
   2.2. Evolution du taux de natalité à Bruxelles et dans le pays 13
   2.3. Répartition géographique des naissances en Région bruxelloise 14

3. Indicateurs de santé périnatale 17
   3.1. La mortalité fœto-infantile 17
      3.1.1. Définitions 17
      3.1.2. Evolution dans le temps 19
      3.1.3. Comparaisons internationales 21
      3.1.4. Principales causes de mortalité infantile 23
   3.2. La prématurité 24
      3.2.1. Fréquence 24
      3.2.2. Evolution dans le temps 24
      3.2.3. Impact sur la mortalité fœto-infantile 26
   3.3. Le petit poids de naissance 28
      3.3.1. Fréquence 28
      3.3.2. Evolution dans le temps 28
      3.3.3. Impact sur la mortalité fœto-infantile 29
   3.4. Les naissances multiples 30
      3.4.1. Fréquence 30
      3.4.2. Evolution dans le temps 31
      3.4.3. Grossesses multiples et santé périnatale 32
   3.5. Les anomalies congénitales 33
   3.6. Les interventions obstétricales 34
      3.6.1. Fréquence 34
      3.6.2. Evolution dans le temps 34

4. Les caractéristiques socio-démographiques des naissances bruxelloises 37
   4.1. L'âge de la mère 37
      4.1.1. Description et évolution dans le temps 37
      4.1.2. Association avec la santé périnatale 39
   4.2. Le statut social des familles 41
      4.2.1. Description 41
      4.2.2. Evolution dans le temps 41
      4.2.3. Association avec la santé périnatale 42
   4.3. La nationalité de la mère 45
      4.3.1. Description 45
      4.3.2. Evolution dans le temps 46
      4.3.3. Association avec la santé périnatale 46
      4.3.4. Nationalité actuelle et d'origine de la mère et santé périnatale 51

5. Conclusions 53

6. Références 55

7. Annexes 59

1. INTRODUCTION

Ce dossier présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques de naissances et de décès des enfants de moins d'un an. Ces bulletins sont remplis par les professionnels de santé et les services d'état civil des communes pour chaque naissance et chaque décès en Belgique. Les données présentées dans ce dossier concernent uniquement les naissances et décès d'enfants dont la mère réside en Région bruxelloise.

1.1. Introduction générale

La période autour de la naissance est particulièrement importante. Elle peut affecter durablement l'état de santé des enfants à moyen et long terme.

Dans une région comme Bruxelles, où les jeunes adultes en âge d'avoir des enfants représentent un tiers de la population, la santé des mères et des enfants est un révélateur de la santé globale et de la qualité de vie d'une partie importante de la population bruxelloise. C'est pourquoi l'équipe de l'Observatoire de la Santé et du Social accorde une attention particulière à l'analyse des données concernant la périnatalité. Un chapitre important du Tableau de bord 2004 (1) avait été consacré à cet aspect. Il nous a semblé utile d'actualiser ces informations et de les approfondir dans un dossier spécifique.

Nous avons choisi de ne présenter dans ce dossier que les informations issues de l'analyse des bulletins statistiques de naissances et décès gérés par l'Observatoire, de manière à mieux faire ressortir l'intérêt de ces données recueillies par de nombreux professionnels de santé (sages-femmes, médecins) et par les employés des services d'état civil des communes bruxelloises. Bien entendu, il existe d'autres sources d'informations complémentaires qui peuvent éclairer la situation, comme par exemple les données provenant des services de protection maternelle et infantile (ONE ou Kind & Gezin) qui assurent le suivi préventif d'une part importante des jeunes enfants bruxellois [1], les données rassemblées par l'Observatoire de l'enfant [2] ou encore des données issues d'enquêtes spécifiques telle que la dernière enquête de couverture vaccinale [3]. L'intégration de ces différentes informations sera réalisée dans le cadre du prochain Tableau de bord de la santé.

La participation active des nombreux professionnels impliqués dans le recueil de données permet d'obtenir une vision assez précise de la santé périnatale en Région bruxelloise. Les résultats présentés ici leur sont donc tout naturellement destinés. Nous espérons qu'ils leur permettront de resituer leurs pratiques et expériences individuelles dans le contexte plus global de la région.

La santé autour de la naissance est également un enjeu important pour les décideurs bruxellois. En effet, la précarité croissante de la population jeune à Bruxelles et l'accroissement continu du nombre de nouveau-nés bruxellois, qu'ils soient ou non inscrits dans les registres officiels de la population, impliquent des besoins croissants, non seulement en termes de soins de santé curatifs, mais également en termes de suivi préventif et d'interventions sur les déterminants de santé tels que l'accès à un logement sain, à des aires de jeux sécurisées, à des milieux d'accueil de qualité, etc.

1 *Selon la récente étude de couverture vaccinale, environ 2 enfants sur 3 à Bruxelles sont suivis préventivement par l'ONE ou Kind & Gezin (Robert E. et Swennen B. 2006, voir ci-dessous).*

2 *http://www.grandirabruxelles.be/net/*

3 *Robert,E. et Swennen,B. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en région de Bruxelles-Capitale. Décembre 2006. Disponible sur www.observatbru.be*

1.2. Méthodologie

1.2.1. Description du flux des données

En Belgique, lors de la déclaration d'une naissance ou d'un décès à l'état civil, un bulletin statistique est obligatoirement rempli. Trois types de bulletins sont utilisés : le «bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant», le «bulletin statistique de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né» 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 dossier (voir annexe). On parlera des «bulletins statistiques de naissances et décès» (par ailleurs aussi appelés «bulletins d'état civil»).

Ces bulletins sont composés de différents volets (voir annexe). Le schéma (figure 1) synthétise le flux de données. 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 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, 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 bruxelloise.

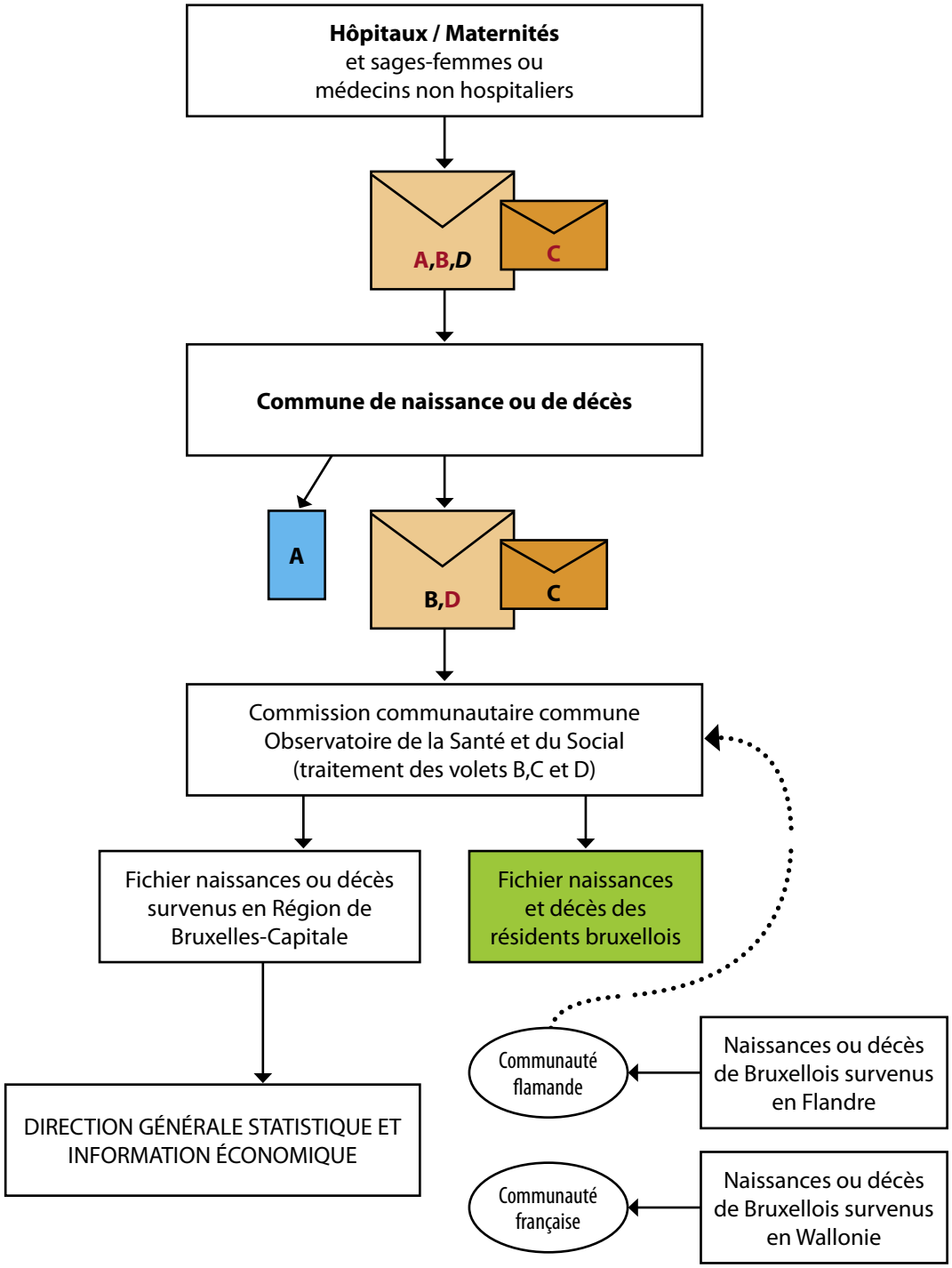
L'Observatoire de la Santé et du Social, service d'étude de la Commission communautaire commune, est chargé de la gestion de ces bulletins pour la Région bruxelloise depuis 1998.
Le contenu des bulletins (données sociodémographiques et médicales) est encodé et, pour les bulletins statistiques de décès d'enfants de moins d'un an ou d'un mort-né, la cause de décès est codée selon la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Pour la Région bruxelloise, deux fichiers sont constitués. Le premier reprend toutes les naissances (y compris les mort-nés) et décès des enfants de moins d'un an survenus en Région bruxelloise, quel que soit le lieu de résidence de la mère. Le second reprend **les naissances et décès des enfants de moins d'un an dont la mère réside en Région de Bruxelles-Capitale quel que soit le lieu de naissance. C'est ce second fichier qui sert de base aux analyses présentées dans ce dossier.** Pour établir ce second fichier, il faut bien entendu que les données des enfants nés dans une autre région du pays mais dont la mère réside en Région bruxelloise soient transmises par les deux autres communautés. Pour la période analysée (1998-2004) les données des enfants bruxellois nés ou décédés en Flandre sont bien incluses dans le fichier, par contre les données des enfants bruxellois nés ou décédés en Wallonie ne le sont pas [4].

Les données sont transmises à la Direction générale Statistique et Information économique (ex-INS) qui est chargée d'établir les statistiques vitales nationales et de les transmettre aux instances internationales.

4 *Ceci est lié au retard pris par la Communauté française dans le traitement des bulletins statistiques, entretemps ce retard a été partiellement comblé mais les données n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.*

Figure 1 Bulletins statistiques de naissances et décès, flux des données en Région bruxelloise



1.2.2. Méthodes et analyses

Un couplage a été réalisé entre les bulletins statistiques de naissances et ceux concernant les décès des enfants de moins d'un an (les données concernant le décès d'un nourrisson ont donc été couplées aux données concernant sa naissance). Ceci permet d'analyser les taux de mortalité en fonction de caractéristiques du bébé et de sa mère à la naissance. Le couplage des données médicales avec les volets complétés dans les communes permet par ailleurs d'examiner la santé périnatale en fonction des caractéristiques sociodémographiques de la mère. L'ensemble des informations présentées dans ce dossier résulte de l'analyse de ces données.

La parité et la gestité (respectivement le nombre d'accouchements et le nombre de grossesses d'une femme) sont des variables importantes qui sont associées à la santé périnatale. Malheureusement la qualité des informations permettant de définir la parité et la gestité est insuffisante pour l'utilisation de ces variables dans les analyses.

Le statut socio-économique du ménage est évalué par le nombre de parents ayant des revenus du travail. Il s'agit d'un indicateur construit à partir des informations portant sur la situation professionnelle actuelle (état social dans la profession actuelle et profession actuelle de la mère et du père) et de l'information portant sur l'état d'union de la mère (si la mère vit seule, seules les informations concernant la mère sont prises en compte).

Le niveau d'instruction des parents est également disponible comme indicateur du statut social mais il n'a pas été utilisé ici en raison du nombre important de données manquantes pour cette variable dans le cas de décès périnatal. En effet, si sur l'ensemble des naissances le niveau d'instruction de la mère est manquant dans 8,4 % des cas, cette variable est manquante dans 66,5 % des cas de mort-nés. Ceci s'explique par le fait que la déclaration d'un enfant mort-né auprès des services d'état civil est un moment pénible et que les fonctionnaires sont alors plus réticents à demander aux parents des informations considérées comme sensibles telles que le niveau d'instruction. Le statut socio-professionnel est, par contre, perçu comme plus facile à recueillir.

2. NATALITÉ EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

On observe une augmentation continue du nombre de naissances bruxelloises au cours des vingt dernières années. Le taux de natalité en Région bruxelloise est nettement supérieur à celui du reste du pays. Au cours des dernières années, plus de 6 % des naissances bruxelloises n'étaient pas enregistrées dans le Registre national. Le nombre réel de petits Bruxellois est donc plus élevé que ne le suggèrent les chiffres officiels. Les jeunes enfants se concentrent dans les quartiers défavorisés du centre de la capitale.

2.1. Nombre de naissances

2.1.1. Evolution du nombre de naissances bruxelloises

Au cours de la période 1998-2004, 104 213 nouveau-nés de mères résidant en Région bruxelloise [5] ont été enregistrés à l'état civil. Parmi ces naissances, 98,2 % se sont déroulées à Bruxelles. Un petit nombre de Bruxelloises accouchent en Flandre (1,8 %). Rappelons que les bébés des Bruxelloises qui ont accouché en Wallonie ne sont pas inclus dans ces données [6]. Le nombre de naissances bruxelloises (c'est-à-dire pour lesquelles la mère réside en Région bruxelloise) a fortement augmenté durant la période 1998-2004. On enregistre quelques 3 000 naissances de plus de 1998 à 2004 (soit une augmentation de 22 %), dont un accroissement de 500 naissances de 2003 à 2004 (tableau 1). En moyenne, l'augmentation se chiffre à 3,5 % annuellement de 1998 à 2004. L'augmentation se poursuit en 2005 (16 554 naissances) et en 2006 (17 129 naissances) [7].

Tableau 1 Nombre de naissances bruxelloises (mères résidant en Région bruxelloise), 1998-2004

Année de naissance	Nombre de naissances totales	Nombre de naissances vivantes	Nombre de mort-nés
1998	13 345	13 275	70
1999	13 988	13 922	66
2000	14 587	14 515	72
2001	15 369	15 288	81
2002	14 900	14 838	62
2003	15 736	15 661	75
2004	16 288	16 200	88
Total	***104 213***	***103 699***	***514***

Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

2.1.2. Différences avec les données du Registre national

Dans ses statistiques du mouvement de la population [8], la Direction générale Statistique et Information économique publie le nombre de naissances de résidents bruxellois à partir des naissances enregistrées au Registre national. Ce nombre de naissances est

5 *Pour la même période, on a enregistré 141 921 naissances survenues sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Ce nombre est en constante augmentation de 1998 (19 020 naissances) à 2004 (21 569 naissances). Le nombre plus élevé de naissances à Bruxelles s'explique par la présence de plusieurs hôpitaux de référence sur le territoire régional. Parmi les naissances survenues en Région bruxelloise en 2004, 15,1 % concernaient des mamans résidant en Flandre, 9,7 % en Wallonie et 1,1 % à l'étranger.*

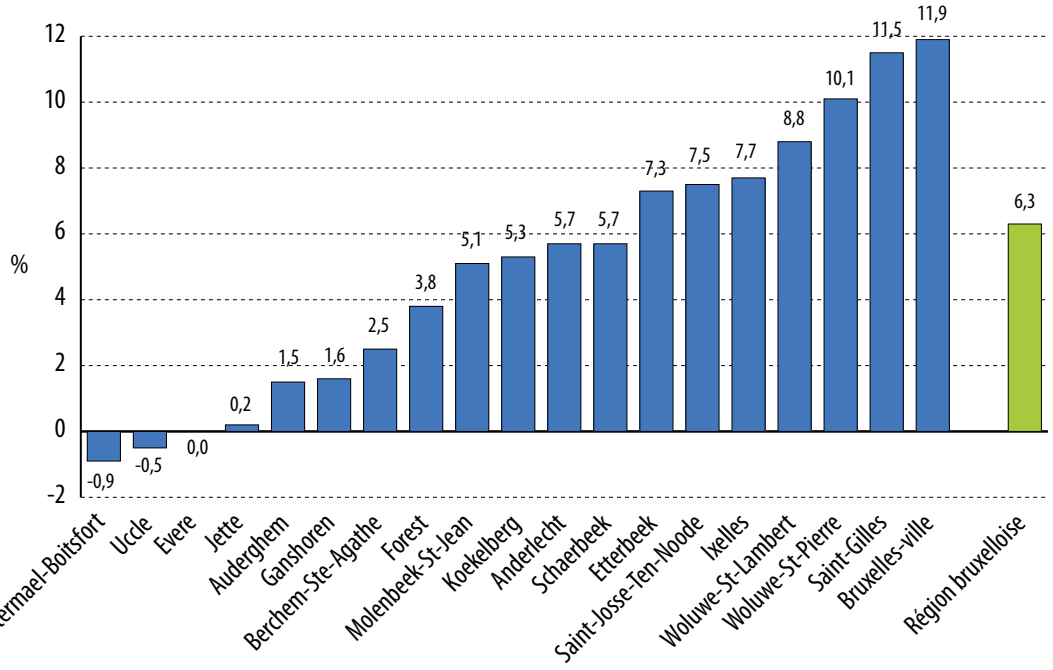
6 *En 2004, il s'agissait de 241 naissances, soit 1,5 % du total des naissances bruxelloises. Cette proportion est relativement stable dans le temps (1,6 % des naissances en 1998).*

7 *Les naissances de 2005 et 2006 n'ont pas pu être intégrées pour les analyses présentées dans la suite du rapport parce qu'elles n'étaient pas encore disponibles au moment où les analyses ont été réalisées.*

8 *La Direction générale Statistique et Information économique établit également des statistiques plus détaillées à partir des bulletins statistiques d'état civil, mais les analyses les plus récentes publiées au niveau national se réfèrent à l'année 1997.*

systématiquement inférieur à celui qui est établi via les bulletins statistiques de naissances. Ce décalage s'explique par le fait que les bulletins statistiques de naissances concernent toute la population résidant à Bruxelles et pas seulement les naissances de parents inscrits au Registre national [9]. A noter ici aussi que les naissances d'enfants mort-nés ne sont pas inscrits au Registre national, de même sans doute qu'un certain nombre de décès survenant très vite après la naissance.

Figure 2 **Différence entre le nombre de naissances vivantes enregistrées via les bulletins statistiques de naissances et au Registre national (en % des naissances enregistrées via les bulletins), 2004**



Source : Registre national, Direction générale Statistique et Information économique et Bulletins statistiques de naissances et décès, Observatoire de la Santé et du Social

La figure 2 montre le décalage entre le nombre de naissances enregistrées au Registre national et celles qui ont fait l'objet d'un bulletin statistique de naissance pour l'année 2004 [10]. Le décalage est très important pour des communes comme Saint-Gilles et Bruxelles-ville, où près de 12 % des naissances vivantes enregistrées dans les bulletins statistiques ne sont pas enregistrées au Registre national, ce qui signifie que 12 % des nouveau-nés ont une mère qui n'est pas inscrite au Registre national. Pour la Région bruxelloise dans son ensemble, 6,3 % des naissances vivantes déclarées via les bulletins statistiques ne sont pas enregistrées au Registre national (n=1027). Ce décalage a augmenté entre 1998 et 2000 et reste relativement stable au cours des dernières années. Ces naissances non reprises au Registre national concernent soit des enfants dont la maman est inscrite au registre d'attente [11], soit des mamans en situation irrégulière, soit encore des mamans qui ont un statut particulier tel que le personnel diplomatique.

Au cours de la période étudiée (1998-2004), le nombre de naissances inscrites dans le registre d'attente représentait 1,6 % des naissances enregistrées via les bulletins statistiques de naissances. Ce nombre est en augmentation régulière entre 1998 (213 naissances) et 2006 (257 naissances), mais vu l'augmentation globale du nombre de naissances, la proportion reste stable (1,6 % en 1998, 1,5 % en 2005 et 2006). Proportionnellement ces naissances représentent moins de 0,4 % des naissances dans les communes d'Auderghem, Uccle, Watermael-Boitsfort, Woluwe-Saint-Lambert et Woluwe-Saint-Pierre (= valeur la plus faible 0,1 %) mais plus de 2,5 % pour les communes de Bruxelles-ville, Schaerbeek et Saint-Josse-Ten-Noode (= valeur la plus élevée 3,0 %).

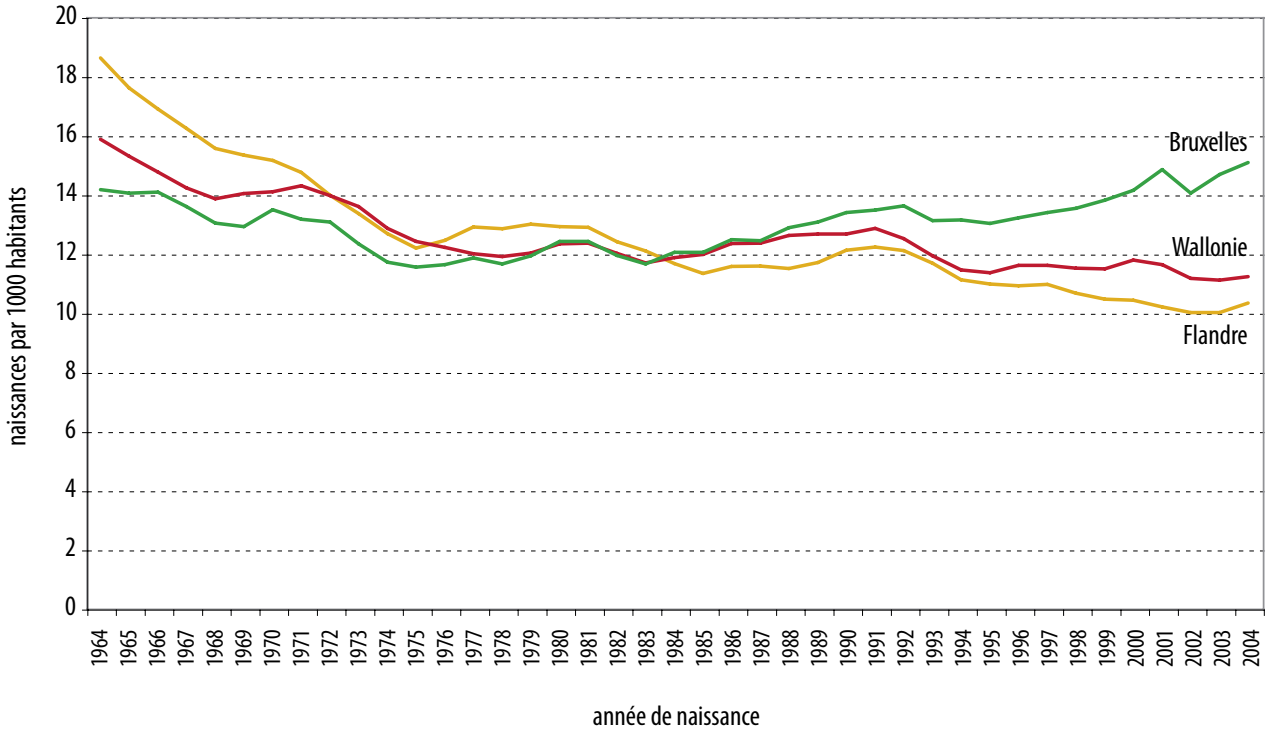
9 *Les informations provenant des bulletins statistiques de naissances et décès n'ont aucun lien avec le Registre national.*

10 *Pour les communes de Watermael-Boitsfort et d'Uccle, les valeurs négatives s'expliquent très probablement par un certain nombre de naissances survenues en Wallonie et donc non reprises dans les données issues des bulletins statistiques (voir note 4).*

2.2. Evolution du taux de natalité à Bruxelles et dans le pays

En 2004, le taux de natalité atteint 15 pour 1000 en Région de Bruxelles-Capitale [12].
Le taux de natalité est nettement plus élevé à Bruxelles que dans les autres régions et il est en constante augmentation depuis 20 ans, contrairement aux autres régions où il a décliné depuis 10 ans (figure 3). Au cours des dernières années, on enregistre également une légère augmentation du taux de natalité dans les deux autres régions du pays : en 2006, le taux de natalité est de 15,9 en Région bruxelloise, 11,6 en Wallonie et 10,8 en Flandre (Direction générale Statistique et Information économique, 2007).

Figure 3 Evolution du taux de natalité par 1000 habitants par région, 1964-2004



Source : Atlas de la santé et du social, données Direction générale Statistique et Information économique (3)

Cette évolution du taux de natalité est liée à l'évolution de la structure d'âge de la population. Les flux migratoires internationaux ont amené en Région bruxelloise une importante population de jeunes adultes, en âge d'avoir des enfants. A cela il faut ajouter une descendance moyenne par femme (indice synthétique de fécondité) plus élevée à Bruxelles que dans les autres régions [13] (4).

11 *Dans le registre d'attente se trouvent uniquement les demandeurs d'asile qui sont en procédure de reconnaissance de leur statut. Lorsque le demandeur d'asile obtient le statut de réfugié, il est transféré au Registre national. S'il n'obtient pas le statut de réfugié, il doit quitter le territoire et est rayé du registre d'attente. Cela signifie que le registre d'attente représente uniquement les personnes qui sont en procédure de reconnaissance à un moment donné. Il ne reflète donc pas le nombre de nouveaux arrivants, ni le nombre total de réfugiés qui se trouvent dans la région (2) et encore moins les personnes en situation irrégulière en Région bruxelloise. Les données concernant le nombre de naissances dans le registre d'attente proviennent du Registre national, Service Public Fédéral Intérieur.*

12 *Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.*

13 *L'Indice synthétique de fécondité équivaut à la somme des taux de fécondité par âge entre 15 et 49 ans inclus. Les dynamiques démographiques de la population bruxelloise sont décrites de manière plus approfondie dans l'Atlas de la santé et du social 2006 (voir p 29-33) (3).*

2.3. Répartition géographique des naissances en Région bruxelloise

Parmi l'ensemble des naissances bruxelloises, plus de 16 % sont des résidents de Bruxelles-ville. Des communes comme Schaerbeek (13,5 %), Molenbeek (10,2 %) ou Anderlecht (9,5 %) représentent également une part importante des naissances bruxelloises.

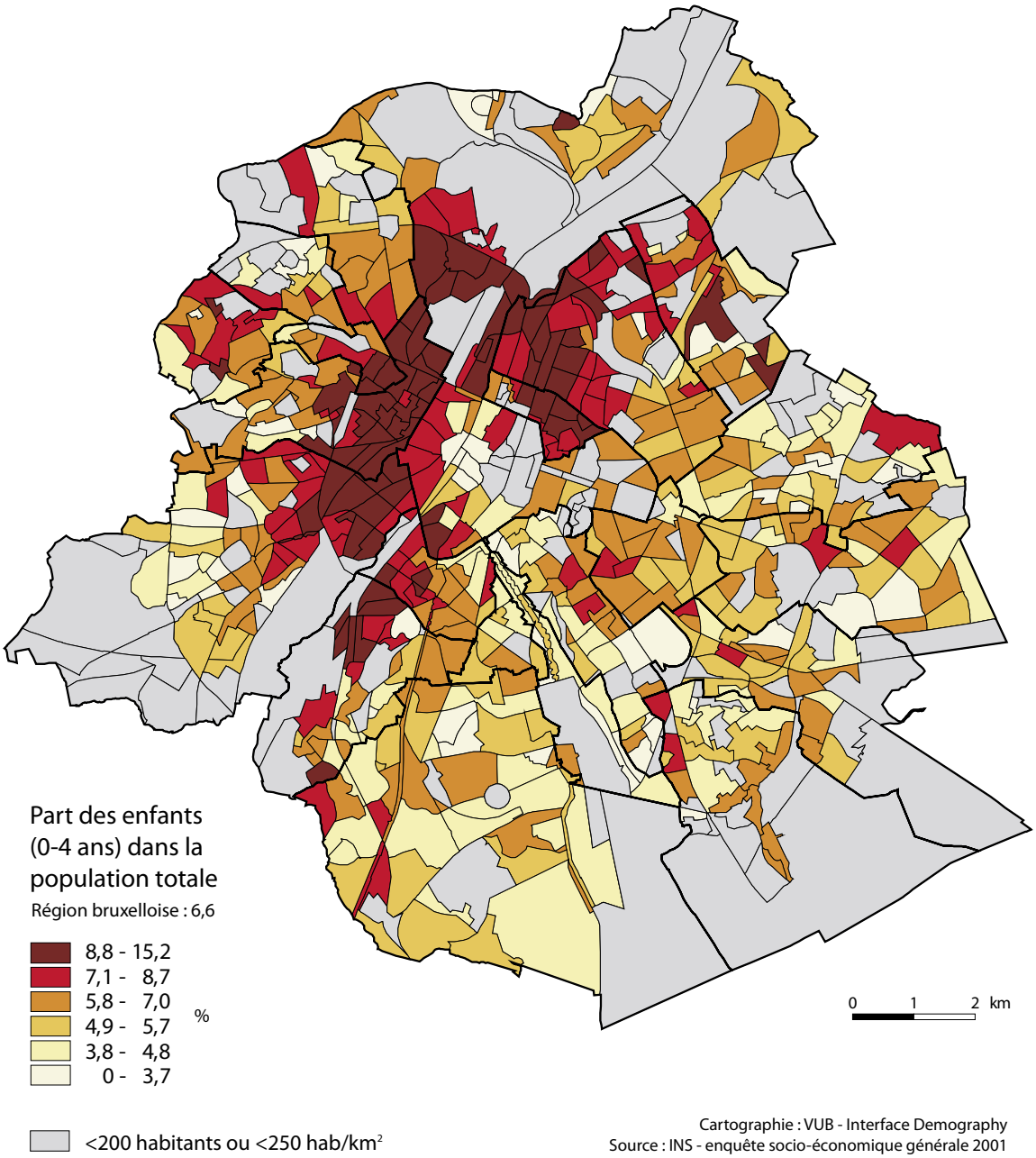
Tableau 2 **Nombre et pourcentage des naissances par commune de résidence, Bruxelles, 1998-2004**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1998-2004 N	1998-2004 %
Anderlecht	1 174	1 258	1 351	1 459	1 472	1 528	1 638	9 880	9,5 %
Auderghem	303	311	309	291	330	316	340	2 200	2,1 %
Berchem-Sainte-Agathe	211	240	228	254	267	232	243	1 675	1,6 %
Bruxelles-ville	2 138	2 257	2 310	2 494	2 391	2 518	2 658	16 766	16,1 %
Etterbeek	561	544	617	589	584	588	587	4 070	3,9 %
Evere	370	373	382	406	389	414	435	2 769	2,7 %
Forest	658	679	727	787	709	799	786	5 145	4,9 %
Ganshoren	202	233	228	251	214	249	259	1 636	1,6 %
Ixelles	913	929	952	1 036	1 023	1 035	1 091	6 979	6,7 %
Jette	453	519	525	541	574	600	604	3 816	3,7 %
Koekelberg	244	270	279	360	308	325	359	2 145	2,1 %
Molenbeek-Saint-Jean	1 241	1 421	1 450	1 561	1 502	1 704	1 717	10 596	10,2 %
Saint-Gilles	665	686	736	754	698	832	788	5 159	5,0 %
Saint-Josse-Ten-Noode	504	520	540	490	536	517	554	3 661	3,5 %
Schaerbeek	1 802	1 860	1 970	2 085	1 983	2 158	2 240	14 098	13,5 %
Uccle	797	727	793	803	777	803	783	5 483	5,3 %
Watermael-Boitsfort	245	250	264	265	222	205	220	1 671	1,6 %
Woluwe-Saint-Lambert	485	527	500	516	505	546	558	3 637	3,5 %
Woluwe-Saint-Pierre	379	384	426	427	416	367	428	2 827	2,7 %
Total Région bruxelloise	***13 345***	***13 988***	***14 587***	***15 369***	***14 900***	***15 736***	***16 288***	***104 213***	***100 %***

Source : Bulletins statistiques de naissances, Observatoire de la Santé et du Social

La carte ci-contre, extraite de l'Atlas de la santé et du social, montre la répartition des jeunes enfants en Région bruxelloise. Ils sont particulièrement concentrés dans les quartiers défavorisés du centre de la capitale (3).

Figure 4 Proportion de jeunes enfants (0-4 ans) dans la population totale, par secteur statistique, Région bruxelloise 2001



3. INDICATEURS DE SANTÉ PÉRINATALE

Au cours des 25 dernières années, la mortalité fœto-infantile a décru de manière continue, et dans toute ses composantes (mortinatalité, mortalité néonatale précoce et postnéonatale), à l'exception de la mortalité néonatale tardive qui est restée stable. Actuellement, environ un enfant sur 100 décède en période fœto-infantile. La mortinatalité représente un peu plus de la moitié du total de ces décès.
Par rapport aux données européennes, la mortalité néonatale est relativement faible et la mortalité infantile est relativement élevée en Région bruxelloise. Les anomalies congénitales sont la première cause de mortalité infantile. Le nombre de décès liés à la mort subite du nourrisson a fortement décru et représente actuellement la 4ème cause de mortalité infantile.
La prématurité a augmenté de 30 % en 25 ans mais on observe une stabilisation ces dernières années. On observe la même évolution pour la fréquence d'enfants de petit poids de naissance. L'augmentation importante du nombre de grossesses multiples explique en grande partie ces évolutions. La proportion de jumeaux a presque doublé en 25 ans suite au recours de plus en plus fréquent aux techniques de procréation médicalement assistée, en partie lié à l'augmentation de l'âge des mères. Près de la moitié des enfants nés de grossesse multiple sont prématurés, 55 % pèsent moins de 2 500 g.
En 2004, 17 % des naissances bruxelloises ont eu lieu par césarienne et le taux d'induction du travail (26 %) est parmi les plus élevés d'Europe.

3.1. La mortalité fœto-infantile

3.1.1. Définitions

La mortalité fœto-infantile est divisée en trois composantes (figure 5) :

1. La mortalité fœtale ou mortinatalité, définie comme un décès survenant avant ou pendant l'accouchement à partir de 22 semaines de gestation (avant 22 semaines on parle d'interruption de grossesse ou de fausse-couche).
2. La mortalité néonatale, qui correspond aux décès au cours des 4 premières semaines de vie (de 0 à 27 jours révolus) d'enfants nés vivants. Elle peut être subdivisée en mortalité néonatale précoce (0 à 6 jours révolus) et mortalité néonatale tardive (de 7 à 27 jours révolus).
3. La mortalité postnéonatale, qui correspond aux décès entre 28 et 364 jours révolus.

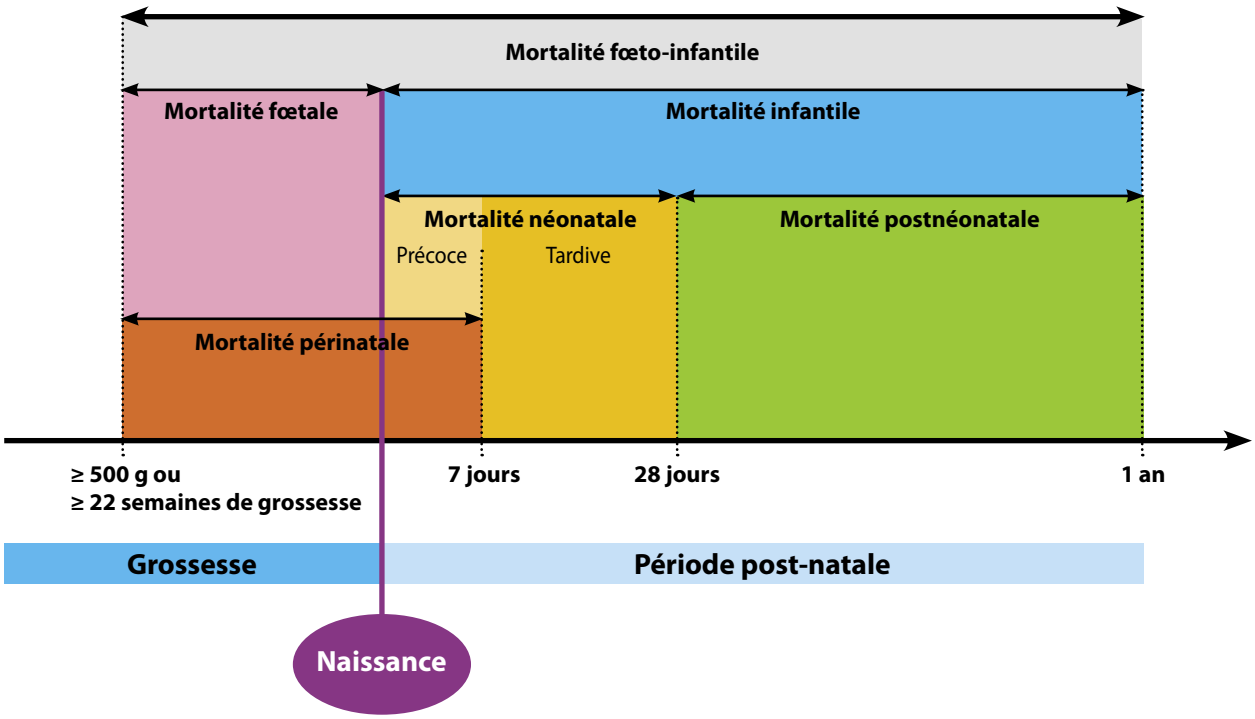
La mortalité périnatale regroupe la mortalité fœtale et néonatale précoce.

La mortalité infantile regroupe l'ensemble des décès d'enfants nés vivants survenus avant le premier anniversaire de l'enfant (0 à 364 jours révolus).

Les différents taux de mortalité sont exprimés pour 1000 naissances vivantes (mortalité néonatale, postnéonatale ou infantile) ou totales (mortalité fœtale, périnatale et fœto-infantile).

Au delà des définitions scientifiques et légales, la décision de déclarer un enfant né vivant et décédé très rapidement comme mort-né ou comme né vivant reste du ressort de l'équipe soignante et des parents et différentes attitudes peuvent être adoptées selon les situations individuelles. En effet, ces décisions ont des implications psychologiques et administratives. Les données analysées ici ne permettent pas de distinguer ces situations. Les contradictions entre les réglementations contribuent aussi à maintenir une zone «floue» entre 22 et 26 semaines[14]. Parmi les situations complexes on peut citer la grande prématurité (22-26 semaines). Etant donné le risque de séquelles neurosensorielles et mentales, la décision de la réanimation ou non de ces enfants à la naissance et du maintien de la prise en charge pendant le séjour en néonatologie est particulièrement difficile (5). Là encore les attitudes varient d'un centre à l'autre. En Belgique la moitié des décès des grands prématurés hospitalisés en néonatologie sont électifs (6). Les attitudes de déclaration des enfants nés suite à une interruption médicale de grossesse après la 22ème semaine varient aussi selon les centres et les situations individuelles. Ces situations pourraient être reprises aussi bien dans les mort-nés que dans les naissances vivantes avec décès néonatal précoce, ou même non déclarées si l'âge gestationnel se situe entre 22 et 26 semaines.

Figure 5 Composantes de la mortalité fœto-infantile



14 *Il existe une définition claire en ce qui concerne l'établissement des bulletins statistiques de décès : l'Arrêté royal du 17 juin 1999 prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle des causes de décès définit la mortinaissance par «toute mort fœtale dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 500g ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 cm du vortex au talon)». Cependant, les professionnels de santé et les fonctionnaires de l'état civil doivent également tenir compte d'autres règlementions, contradictoires, concernant l'âge gestationnel minimal pour déclarer un enfant mort-né. Ainsi, une circulaire du Ministère de la justice du 10 juin 1999 relative à l'acte de déclaration d'un enfant sans vie précise que l'acte de déclaration d'enfant sans vie n'est dressé que si la naissance a eu lieu plus de six mois après la conception (il s'agit ici de ce que l'on appelle communément la «règle des 180 jours»). D'autres règlements fixent également une limite de 180j de grossesse (soit 26 semaines) : par exemple dans la nomenclature de l'INAMI un accouchement est une intervention effectuée à partir du 180e jour de gestation. Une circulaire du Ministère des Affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement du 27 mars 2000 précise que l'allocation de naissance peut être accordée pour un enfant mort-né pour autant que la durée de la grossesse soit au minimum de 180j.*

3.1.2. Evolution dans le temps

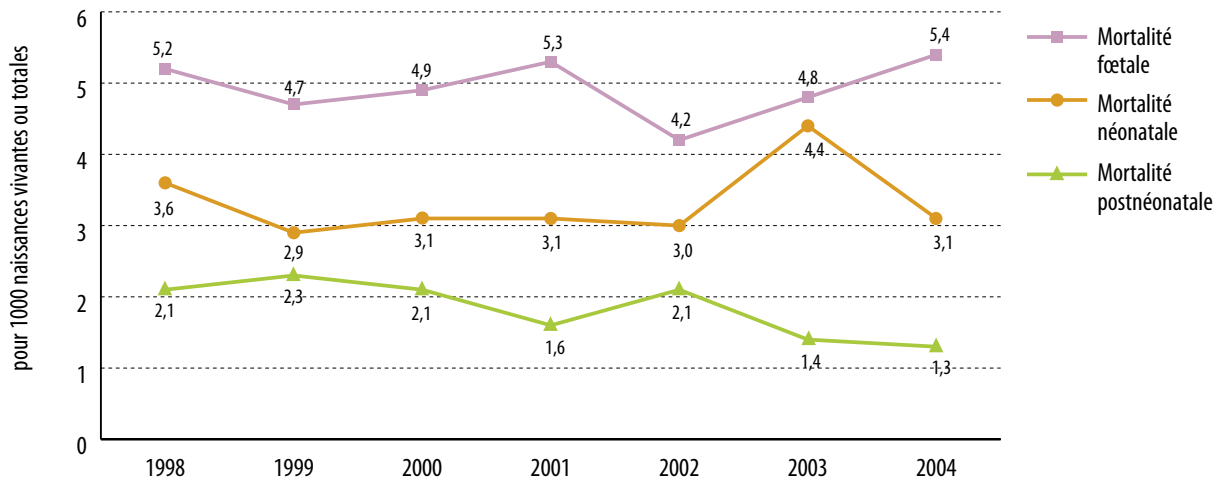
Le risque de décès est plus élevé en période fœtale (mortinatalité) (5,4 pour 1000 en 2004) qu'en période néonatale (3,1 pour 1000 en 2004) et est le plus faible en période postnéonatale (1,3 pour 1000 en 2004).

Si on additionne l'ensemble de ces taux de mortalité, on constate qu'environ un enfant sur 100 décède en période fœto-infantile actuellement, ce qui représente 130 décès par an en moyenne en Région bruxelloise. La mortinatalité représente un peu plus de la moitié du total de ces décès.

En l'absence de données pour l'ensemble du pays, nous pouvons comparer les taux bruxellois à ceux de la Flandre. Pour l'année 2004, le taux de mortalité fœtale est plus élevé en Région bruxelloise (5,4 pour 1000) qu'en Flandre (4,0 pour 1000) de même que le taux de mortalité infantile (4,4 pour 1000 naissances vivantes en Région bruxelloise pour 3,9 en Flandre) (7). La différence se situe surtout au niveau de la mortalité néonatale (3,1 versus 2,6), il n'y a pas de différence en termes de mortalité postnéonatale [15].

Au cours de la période 1998-2004 étudiée ici, on observe une relative stabilité de la mortalité fœtale et de la mortalité néonatale (figure 6) tandis que la mortalité postnéonatale diminue légèrement (p=0,021).

Figure 6 Mortalité fœtale, néonatale et postnéonatale, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Ces tendance ne sont pas nouvelles (figure 7), la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce évoluant plus lentement que la mortalité postnéonatale. Plus généralement, ces évolutions s'inscrivent dans un mouvement séculaire de diminution de la mortalité infantile amorcée au tout début du 20ème siècle en Belgique, comme dans la plupart des autres pays industrialisés (8).

En Belgique, vers 1900, un nouveau-né sur 6 mourait avant l'âge de un an. Dans la première moitié du 20ème siècle, c'est surtout la mortalité postnéonatale qui a diminué grâce à la lente diffusion des règles de puériculture dans la population et à l'implantation, dans la plupart des communes du pays, de consultations de nourrissons au cours de la Première Guerre mondiale. L'hospitalisation lors de l'accouchement et le développement des antibiotiques au lendemain de la Seconde Guerre mondiale se sont accompagnés d'une première

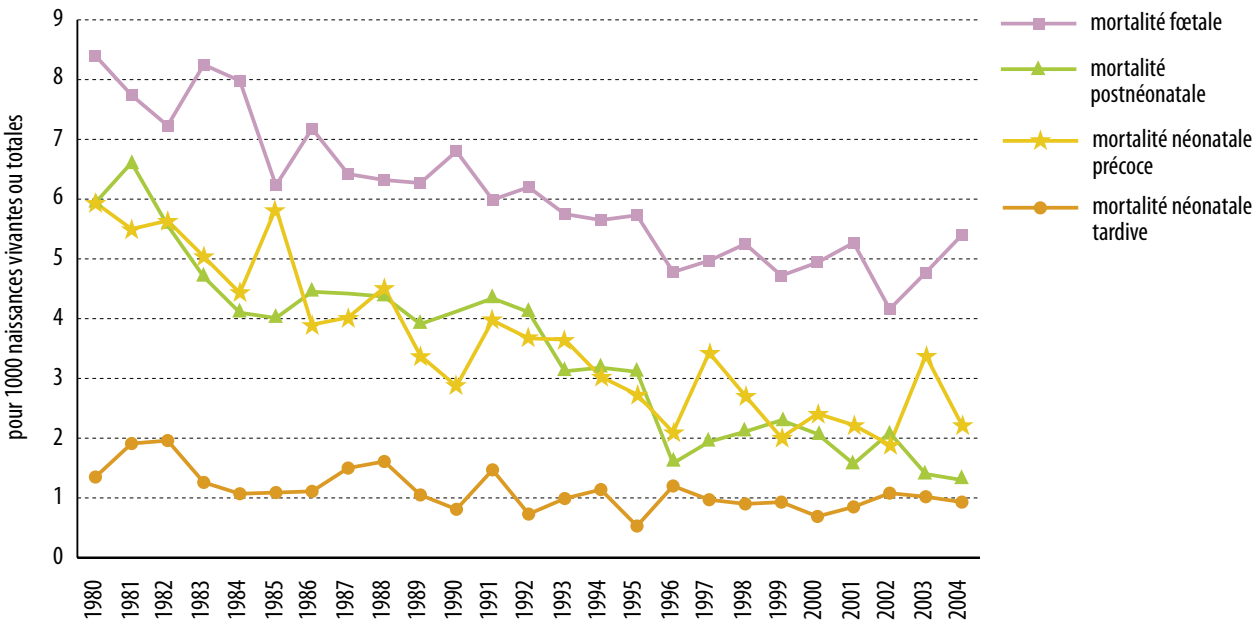
15 *Données disponibles sur le site de la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, http://www.zorg-en-gezondheid.be/foeto-infantiele-sterfte.aspx*

amélioration de la mortalité néonatale précoce, amélioration qui s'est renforcée au début des années '80 avec les progrès de la médecine néonatale. La mortinatalité amorce son déclin en Belgique vers 1920 environ, alors que se développe le principe de la consultation prénatale (9;10).
Au cours des 25 dernières années, on observe à Bruxelles une réduction de toutes les composantes de la mortalité fœto-infantile à l'exception de la mortalité néonatale tardive qui reste relativement stable (figure 7).

La mortalité infantile a diminué de 67 % en 25 ans (de 13,2 pour 1000 naissances vivantes en 1980, elle est passée à 4,4 pour 1000 naissances vivantes en 2004). Les facteurs ayant contribué à la réduction au cours de cette période sont multiples. L'amélioration considérable des soins en période néonatale, surtout pour les bébés de très faible poids, a joué un rôle important. On considère par exemple que l'introduction du surfactant en 1989-1990, le développement de la médecine néonatale intensive et l'organisation des soins néonataux[16] ont joué un rôle prépondérant (11). Ont contribué également l'amélioration de la prise en charge des malformations, y compris la détection anténatale et le recours accru à l'interruption de grossesse thérapeutique, mais aussi les progrès des techniques chirurgicales pour la prise en charge des malformations (12). La prévention de la mort subite du nourrisson a joué un rôle en ce qui concerne la mortalité postnéonatale après 1994. Il est important ici de rappeler que l'enregistrement des mort-nés et des décès néonataux pour les très grands prématurés a pu augmenter, surtout à partir de 1998, année d'introduction de nouveaux bulletins statistiques d'état civil et d'une modification du critères de déclaration des mort-nés, pour lesquels un bulletin statistique doit être complété à partir de 22 semaines de gestation ou un poids minimum de 500 g, alors qu'auparavant la limite de déclaration était fixée à 28 semaines. Il se peut que cette extension de la définition administrative du mort-né ait entrainé une meilleure déclaration d'enfants nés vivants à une très faible durée de gestation et qui autrefois, en raison de leurs faibles chances de survie, auraient pu ne pas être déclarés du tout (13). Cela implique que les tendances à la baisse sont peut-être sous-estimées.

16 *A noter la centralisation «relative» et les critères d'agrément des services de néonatologie intensive (Nic) suite à l'AR du 20 août 1996.*

Figure 7 **Evolution de la mortalité fœto-infantile, Bruxelles, 1980-2004**



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, 1980-1994 Masuy-Stroobant (14), 1995-1997 Masuy-Stroobant (non publié), 1998-2004 Observatoire de la Santé et du Social

3.1.3. Comparaisons internationales

En ce qui concerne la mortalité fœtale et périnatale, les comparaisons avec d'autres pays ou régions doivent être interprétées avec prudence car des différences d'enregistrement des décès fœtaux très précoces et les critères de déclaration des naissances vivantes peuvent occasionner des variations importantes de taux qui ne reflètent pas des différences réelles (13) [17]. Il est donc recommandé d'examiner la mortalité fœtale selon l'âge gestationnel (15).

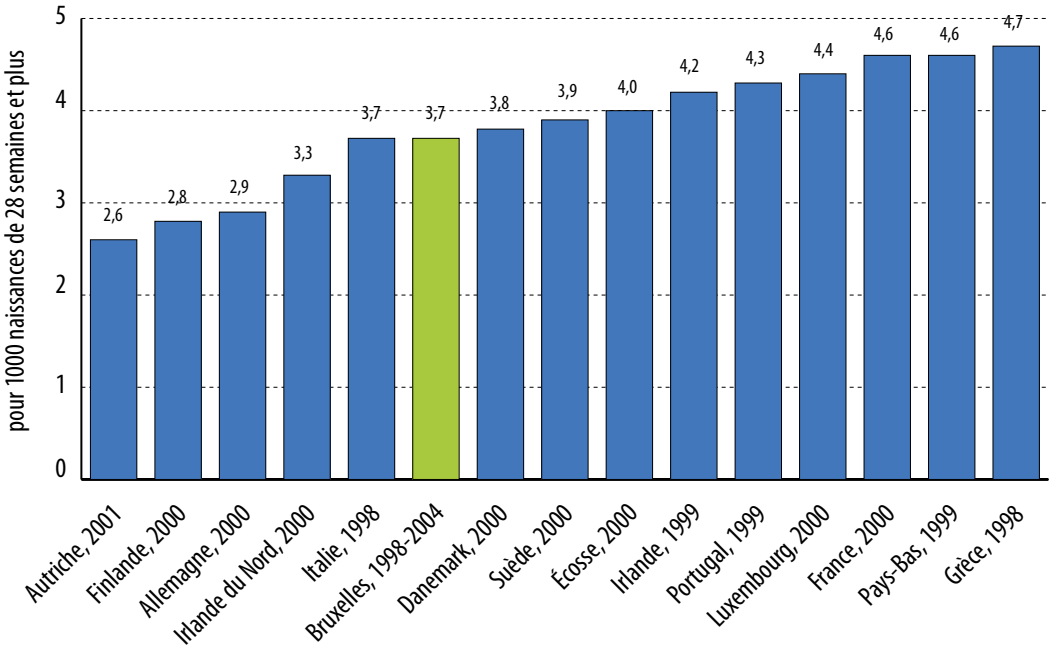
A défaut de données régionales accessibles ou de données spécifiques aux grandes villes, nous avons comparé la Région bruxelloise à différents pays ou régions d'Europe pour la mortalité fœtale (uniquement pour les enfants nés à 28 semaines de gestation ou plus) néonatale et infantile [18].

Tant pour la mortalité fœtale que néonatale, Bruxelles se situe à une valeur intermédiaire par rapport aux pays européens (figures 8 et 9). Par contre, en prenant comme référence les mêmes pays et régions, on constate que la mortalité infantile est élevée à Bruxelles (figure 10). Il est possible qu'une même surmortalité urbaine s'observe ailleurs en raison de la spécificité des caractéristiques des populations des grandes villes d'aujourd'hui.

17 *Selon les pays, la limite légale d'âge gestationnel pour la déclaration des mort-nés diffère. De plus, même à l'intérieur d'un pays, des différences pour les enfants très prématurés (entre 22 et 28 semaines) peuvent être observées selon les maternités ou même au cas par cas, selon les souhaits des parents (l'acte de déclaration officielle de naissance d'un enfant mort-né n'est pas anodin).*

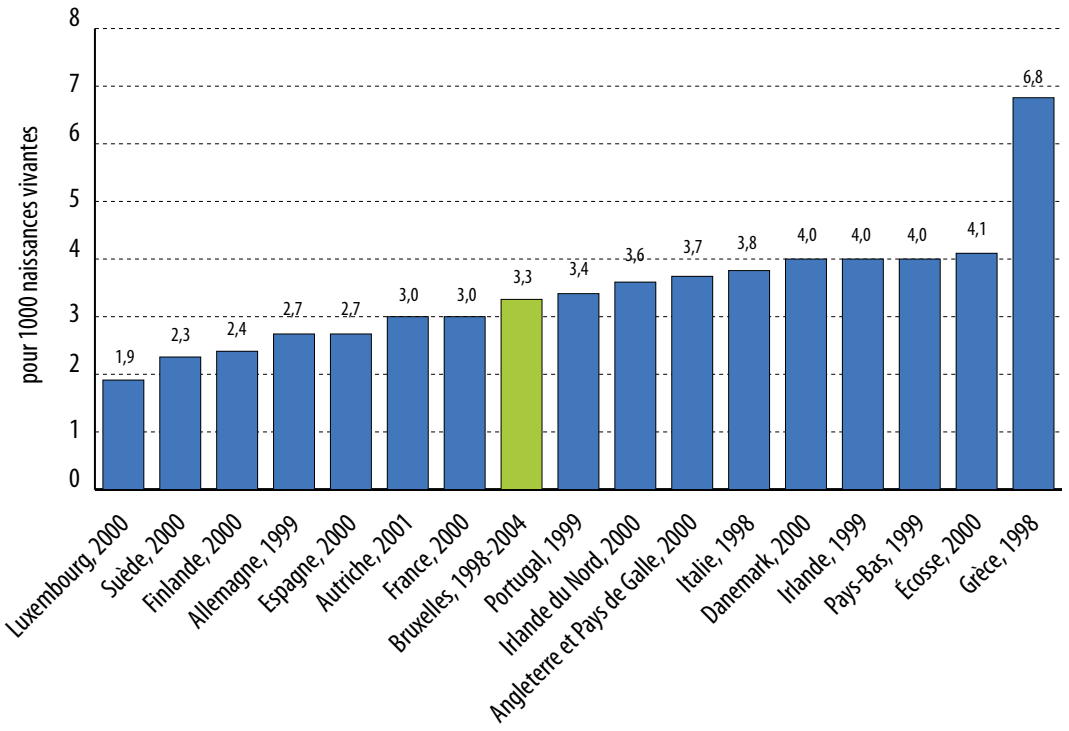
18 *Seuls les pays européens pour lesquels des données ont été publiées dans le cadre du projet européen PERISTAT ont été repris dans les figures 8,9 et 10 (15). Le projet PERISTAT est un projet financé par l'Union européenne visant à définir un set d'indicateurs pour le monitoring de la santé périnatale et les soins de santé au niveau européen. Les données recueillies étaient les données disponibles au moment de l'étude ce qui explique la variation des années reprises (entre 1998 et 2002). Nous avons comparé les données bruxelloises pour l'ensemble de la période 1998-2004 pour avoir un nombre de naissances suffisantes.*

Figure 8 Mortalité fœtale parmi les naissances de 28 semaines et plus, comparaison de données européennes



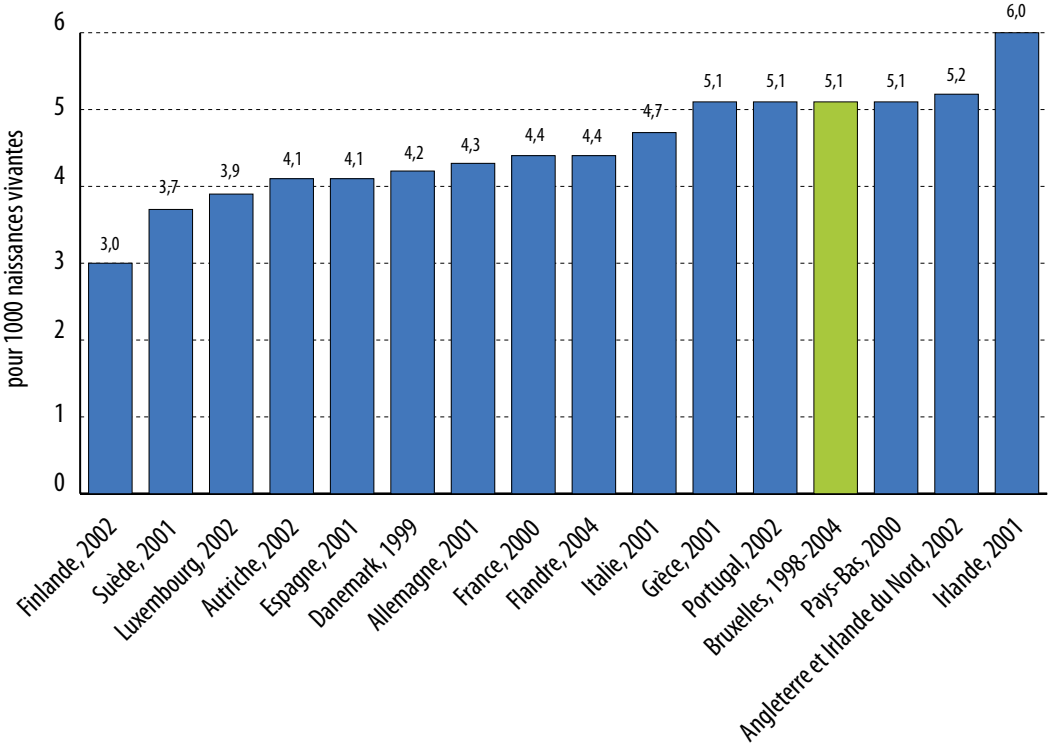
Source : Projet PERISTAT (15); Bruxelles : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Figure 9 Mortalité néonatale, comparaison de données européennes



Source : Projet PERISTAT (15) ; Bruxelles : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Figure 10 Mortalité infantile, comparaison de données européennes



Source : European health for all database (HFA-DB)[19] ; Flandre : Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) ; Bruxelles : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

19 *http://www.euro.who.int/hfadb*

3.1.4. Principales causes de mortalité infantile

Les premières causes de mortalité infantile sont les anomalies congénitales, l'immaturité, diverses pathologies liées à la période périnatale et la mort subite du nourrisson [20]. Depuis les années 1980 et jusqu'au milieu des années 1990, la mort subite représentait la première cause de mortalité infantile et la première cause de mortalité postnéonatale (16). Actuellement, il s'agit de la 4ème cause de mortalité infantile et d'une des deux premières causes de mortalité postnéonatale (28-364 jours) avec les anomalies congénitales [21].

Tableau 3 Les causes de décès infantile, Bruxelles, 1998-2003 [22]

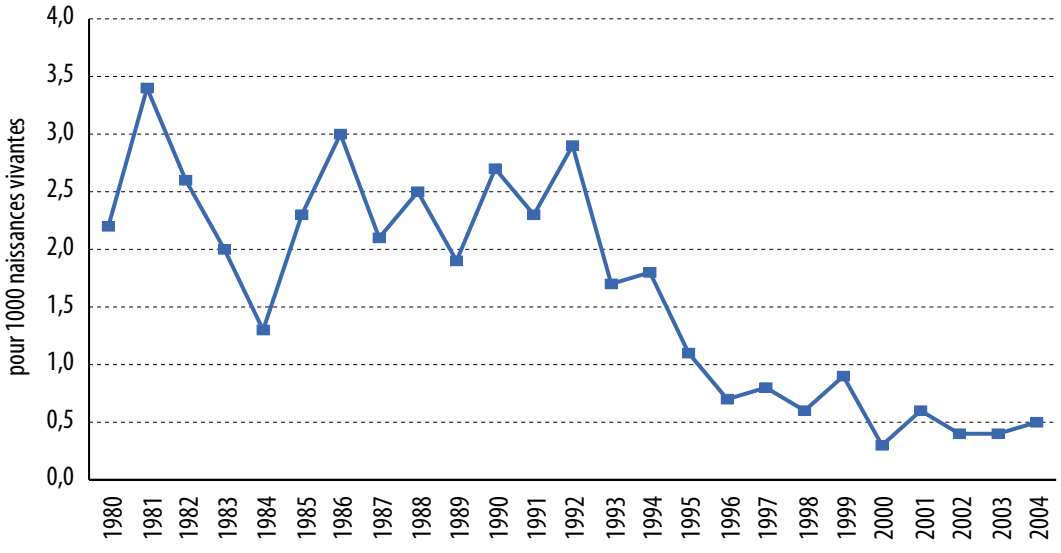
Causes	Décès infantiles (n=461)	
	n	%
Anomalies congénitales	145	32
Cause d'origine périnatale	89	19
Morbidité liée à une immaturité fœtale	76	17
Mort subite du nourrisson	47	10
Infections	35	8
Accidents et homicides	14	3
Autre	55	12

Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

On observe une chute très importante de la part des décès dus à la mort subite et inexpliquée du nourrisson dès le début des années 1990 à Bruxelles (figure 11). Les campagnes de prévention qui ont débuté en Belgique en 1995 y ont sans doute contribué [23].

Avant les années 1990, le taux de décès infantile par mort subite était de 2 à 2,5 pour 1000 naissances vivantes. En 2004, ce taux est de 0,5 pour 1000, ce qui correspond à 8 décès.

Figure 11 Evolution du taux de mort subite du nourrisson, pour 1000 naissances vivantes, Bruxelles, 1980-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, 1980-1994 Masuy-Stroobant (14), 1995-1997 Masuy-Stroobant (non publié), 1998-2003 Observatoire de la Santé et du Social

20 *La mort subite du nourrisson, par définition, concerne les bébés âgés de un mois à un an.*

21 *La mortalité infantile ne concerne que les naissances vivantes. Les anomalies congénitales restent la première cause de mortalité malgré les interruptions médicales de grossesse pour anomalies graves qui réduisent les taux de mortalité infantile par anomalie congénitale.*

22 *Les analyses concernant les causes de mortalité ne portent que sur la période 1998-2003.*

23 *Des campagnes de prévention ont été menées dans l'ensemble du pays à partir de 1995 (voir www.kindengezin.be ou www.one.be). Dans d'autres pays européens elles ont été menées plus tôt avec une diminution marquée de la mortalité dès le début des années 90 (17).*

3.2. La prématurité

3.2.1. Fréquence

Pour l'ensemble de la période 1998-2004, le taux de prévalence globale de prématurité (durée de la grossesse inférieure à 37 semaines) est de 7,1 pour 100 naissances vivantes. Ce taux n'est pas particulièrement élevé si on le compare aux données d'autres régions ou pays d'Europe. Il varie en effet de 5,0 % (Luxembourg 2000) à 10,2 % (Autriche 2001). Le taux de prématurité est plus faible en Région bruxelloise qu'en Flandre : pour les années 2004 et 2005, on enregistrait respectivement des taux de 7,1 et 6,7 en Région bruxelloise et 7,5 et 7,3 en Flandre (18;19). Ces différences s'expliquent peut-être par le taux de prématurité plus faible dans la population maghrébine qui représente une part non négligeable des naissances bruxelloises (voir plus loin figure 30).

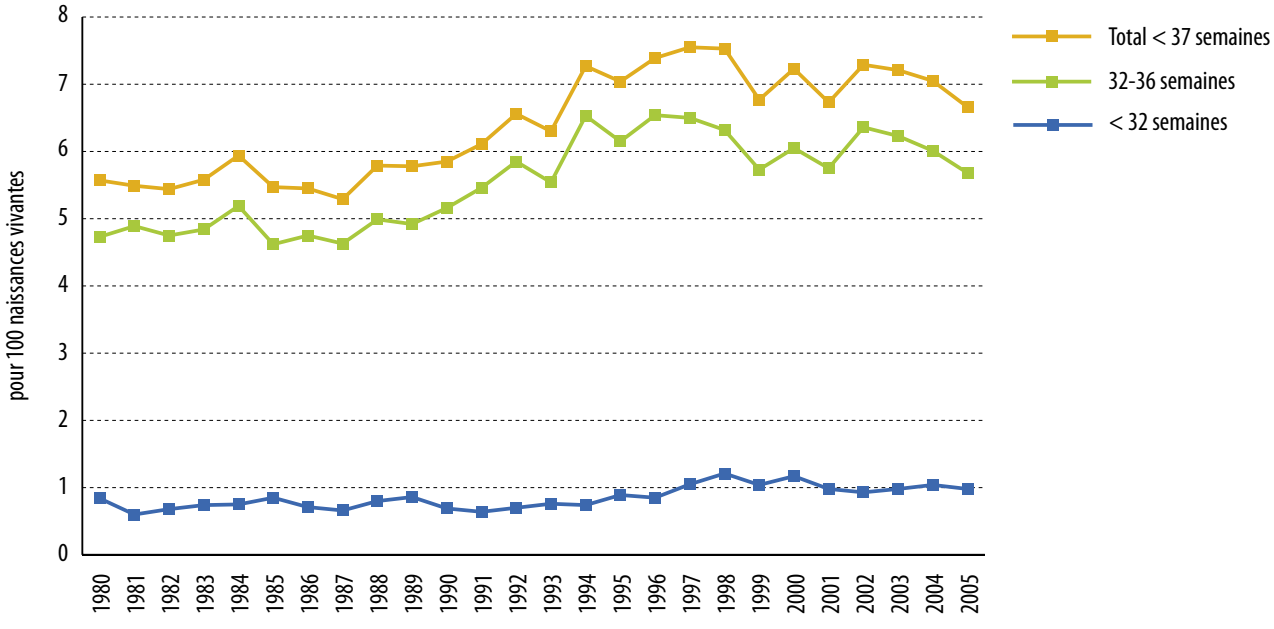
La prématurité sévère (durée de la grossesse inférieure à 32 semaines) atteint 1,0 %. Au niveau européen, la fréquence de la prématurité sévère varie de façon importante. Certains pays présentent des taux aussi faibles que 0,7 % (Espagne 1999), alors que dans d'autres pays le taux atteint 1,6 % (UK 2000). En Flandre le taux de prévalence est sensiblement identique à celui observé à Bruxelles (1,1 % en 2004 (18)).

3.2.2. Evolution dans le temps

Au cours des 25 dernières années, la prévalence de la prématurité a augmenté (figure 12). C'est aussi le cas dans de nombreuses autres régions ou pays industrialisés (20). Alors qu'en 1980, la prématurité touchait 5,6 % des bébés nés vivants, en 2004, elle atteint 7,1 % des bébés nés vivants, ce qui correspond à une augmentation relative de 30 %. Cette augmentation concerne aussi bien les naissances avant 32 semaines de gestation que les naissances de 32 à 36 semaines de gestation.

Ces dernières années, le taux de prématurité n'augmente plus et entre 1998 et 2005 il se stabilise autour de 7 %, et tend même à diminuer depuis 2003 (figure 12).

Figure 12 Prévalence de la prématurité, Bruxelles, 1980-2005



Source : Bulletins statistiques de naissance,1980-1994 Masuy-Stroobant (14), 1995-1997 Masuy-Stroobant (non publié), 1998-2005 Observatoire de la Santé et du Social

On l'a vu plus haut, l'augmentation de la prématurité au cours des dernières décennies ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de la mortalité. Par contre, l'impact à long terme de cette augmentation de la prématurité sur la prévalence de paralysie cérébrale et sur la prévalence d'autres handicaps est mal connu. Les données de la littérature montrent une grande variabilité dans le devenir des grands prématurés en fonction des pays, des régions et des centres hospitaliers (21). De façon constante les études montrent une diminution significative du quotient de développement par rapport aux enfants nés à terme. Les interactions des variables sociales, démographiques, néonatales et interventionnelles sont complexes. Par ailleurs, les évaluations cliniques ultérieures du développement de l'enfant se font forcément à distance de la période néonatale.

Des données de suivi permettant de mesurer les conséquences de la prématurité dans l'enfance et à l'âge adulte (handicaps et troubles neurologiques divers) manquent actuellement à Bruxelles.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'augmentation de la prématurité au cours des dernières décennies. Parmi ceux-ci, l'augmentation très marquée des naissances multiples depuis les années 1980 (voir plus loin figure 17). Près de la moitié des enfants issus d'une grossesse multiple naissent prématurément (tableau 4). Le report de la première naissance à un âge de plus en plus avancé est un phénomène de société qui se traduit également à la fois par des risques accrus de prématurité et de mortalité périnatale à partir de 35 ans et davantage encore à partir de 40 ans (figures 22 et 23, plus loin), mais aussi par une demande accrue de recours à la procréation médicalement assistée en raison de la diminution de la fertilité à ces âges. On observe également dans beaucoup de pays une augmentation de la prématurité liée à une décision médicale de provoquer l'accouchement avant terme, dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant. Ceci s'explique par l'amélioration de la prise en charge des bébés de très petit poids (22;23). Aux Etats-Unis, l'augmentation de la prématurité semble essentiellement liée à l'augmentation de la prématurité médicalement induite, facteur qui contribue en partie à la diminution de la mortalité périnatale, tandis que la prématurité sur rupture des membranes et la prématurité spontanée déclinent (24).

L'augmentation de la prématurité ne doit donc pas être nécessairement vue comme un facteur défavorable. Pour la Région bruxelloise il n'est cependant pas possible sur base des données disponibles actuellement de suivre l'évolution de la prématurité induite versus spontanée.

Au cours des dernières années, la tendance est à une stabilisation de la prématurité modérée (32-36 semaines) (figure 12). Cette stabilisation ne concerne cependant que les grossesses simples. En cas de grossesse multiple, on observe au contraire un accroissement de la fréquence de prématurité modérée (tableau 4). Par contre, la prématurité sévère est restée stable au cours de la période.

Tableau 4 **Prématurité parmi les naissances simples et multiples, nombre et proportion (pour 100 naissances vivantes), Bruxelles, 1998-2004**

			1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	p*
Naissances simples	<32 semaines	n	91	102	108	110	95	108	120	
		%	0,9 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %	0,21
	32-36 semaines	n	550	535	634	642	668	688	670	
		%	5,2 %	4,8 %	4,8 %	4,6 %	5,0 %	4,8 %	4,6 %	0,10
Naissances multiples	<32 semaines	n	42	18	51	32	36	38	38	
		%	11,3 %	4,8 %	11,0 %	6,6 %	6,5 %	6,8 %	7,5 %	0,07
	32-36 semaines	n	144	124	186	189	224	240	242	
		%	38,7 %	33,2 %	40,2 %	39,0 %	40,7 %	42,9 %	47,6 %	<0,001

*Chi-Carré de tendance

Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

3.2.3. Impact sur la mortalité fœto-infantile

Les bébés nés avant 37 semaines de gestation présentent un risque nettement plus important de décéder avant l'âge d'un an. Pour les bébés nés avant 32 semaines de gestation, l'excès de risque par rapport aux bébés nés à terme est considérable (tableau 5).

L'âge gestationnel à la naissance est un déterminant majeur de la mortalité infantile (figure 13). La mortalité infantile augmente de façon très marquée en dessous de 32 semaines de gestation. Un tiers des bébés nés avant 28 semaines de gestation décèdent avant l'âge d'un an. Parmi les bébés nés entre 28 et 31 semaines de gestation, un sur dix décède avant l'âge d'un an.

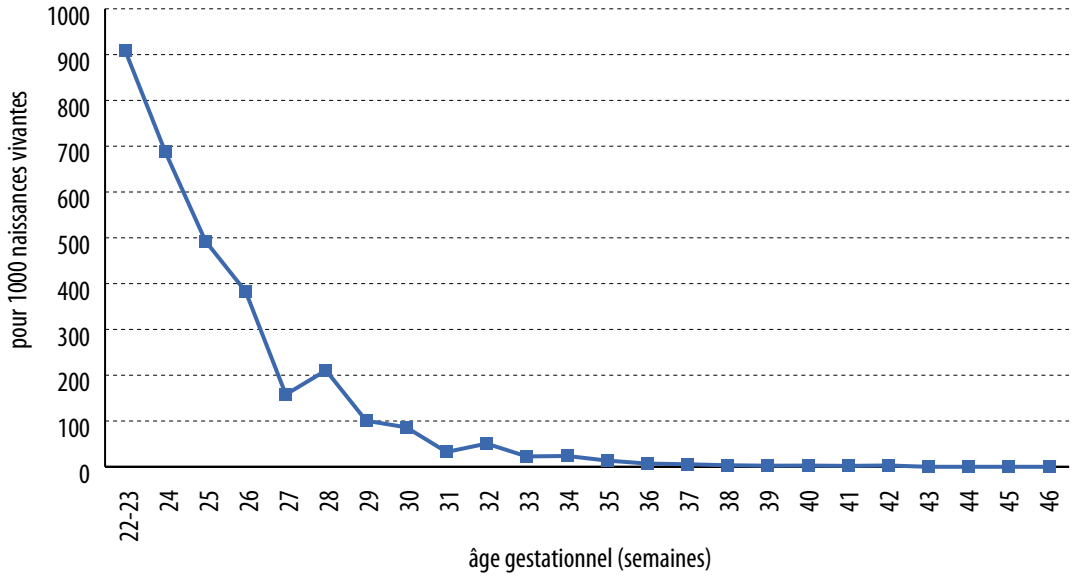
Tableau 5 Mortalité fœto-infantile (pour 1000 naissances), selon l'âge gestationnel, Bruxelles, 1998-2004

	Age gestationnel (semaines)							
	22-27		28-31		32-36		37 et plus	
	n	‰	n	‰	n	‰	n	‰
Mortalité fœtale	117	275,9	100	127,9	135	23,0	117	1,3
Mortalité néonatale précoce*	82	267,1	35	51,3	40	7,0	86	1,0
Mortalité néonatale tardive*	17	55,4	15	22,0	14	2,4	47	0,5
Mortalité postnéonatale*	16	52,1	16	23,5	31	5,4	117	1,3

*Pour 1000 naissances vivantes

Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

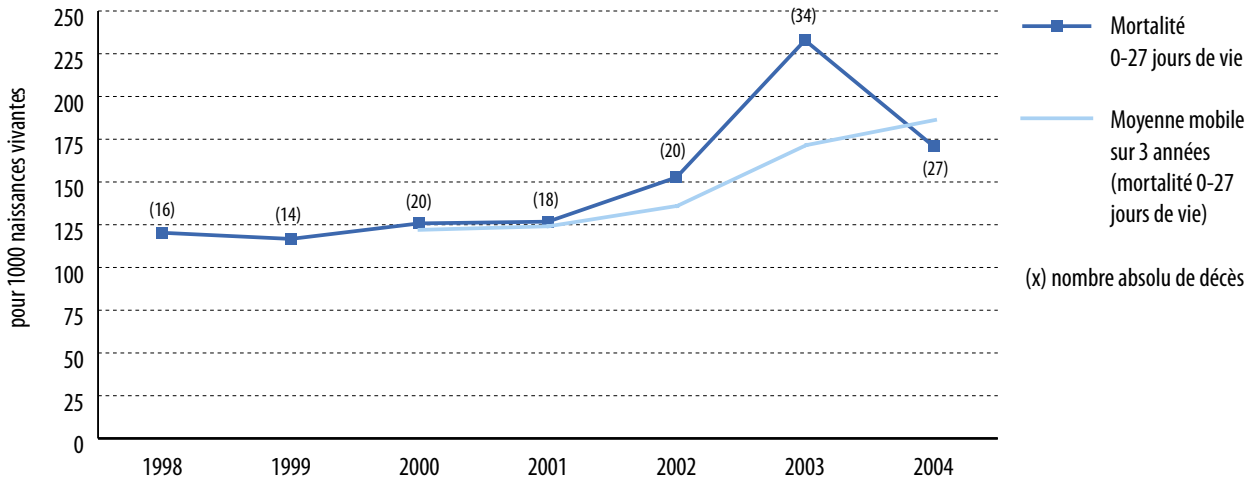
Figure 13 Mortalité infantile selon l'âge gestationnel, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Bien que la mortalité néonatale soit relativement stable durant la période 1998-2004 (figure 6), la figure 14 indique qu'elle tend à augmenter pour les grands prématurés (p<0,01). Cet accroissement concerne autant les nouveau-nés de 22 à 27 semaines que ceux de 28 à 31 semaines de gestation, et il est peu probable qu'il soit lié uniquement à une amélioration de la déclaration des naissances très précoces.

Figure 14 **Mortalité néonatale pour les bébés d'âge gestationnel inférieur à 32 semaines, Bruxelles, 1998-2004**



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

3.3. Le petit poids de naissance

3.3.1. Fréquence

L'Organisation mondiale de la santé définit le petit poids de naissance comme un poids de naissance inférieur à 2 500 g. Le petit poids de naissance est un déterminant majeur de la mortalité néonatale et les différences de prévalence de petit poids de naissance contribuent fortement aux différences de mortalité néonatale entre populations et particulièrement entre groupes sociaux (25). A long terme comme à court terme, les conséquences du petit poids de naissance, et en particulier du très petit poids de naissance (<1 500 g) sont très importantes. Ces enfants sont à risque élevé de troubles d'apprentissage et de handicaps divers (26).

Le poids de naissance dépend à la fois de la croissance fœtale et de l'âge gestationnel. Les déterminants du petit poids de naissance ne sont pas tous bien connus, mais la grossesse multiple, l'âge maternel et le tabagisme sont incontestablement des facteurs de risque prépondérants. Outre ceux-ci, la consommation d'alcool, des facteurs nutritionnels et infectieux sont impliqués également (27).

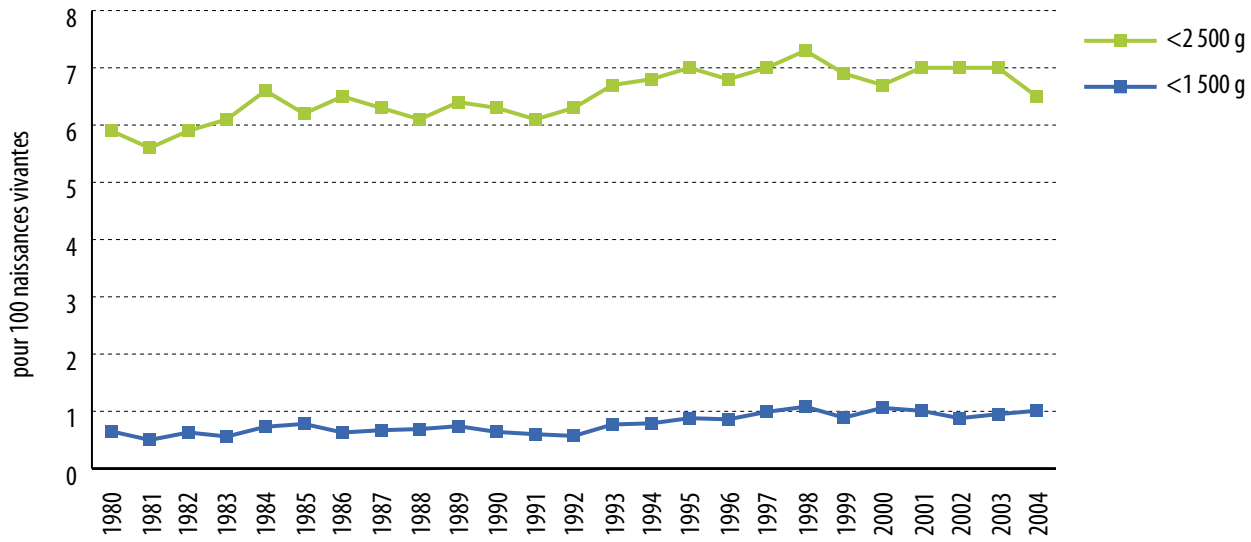
En Région bruxelloise, la prévalence de petit poids de naissance est de 6,9 % des naissances vivantes au cours de la période 1998-2004.

3.3.2. Evolution dans le temps

Au cours des 25 dernières années, on observe un accroissement net de la prévalence de petit poids de naissance, parallèlement à l'accroissement de la prématurité (figure 15). Les bébés de petit poids à la naissance représentaient 6,0 % des naissances vivantes en 1980-84, 6,4 % des naissances vivantes en 1990-1994 et 6,8 % en 2000-2004.

On note également un accroissement marqué de la prévalence de bébés de très petit poids de naissance (<1 500 g) entre 1980-1984 et 2000-2004 (de 0,62 à 0,98 % naissances vivantes, soit une augmentation de 58 %, p<0,001) avec une stabilisation entre 1998 et 2004 (figure 15).

Figure 15 Evolution de la prévalence du petit poids de naissance et du très petit poids de naissance, Bruxelles, 1980-2004



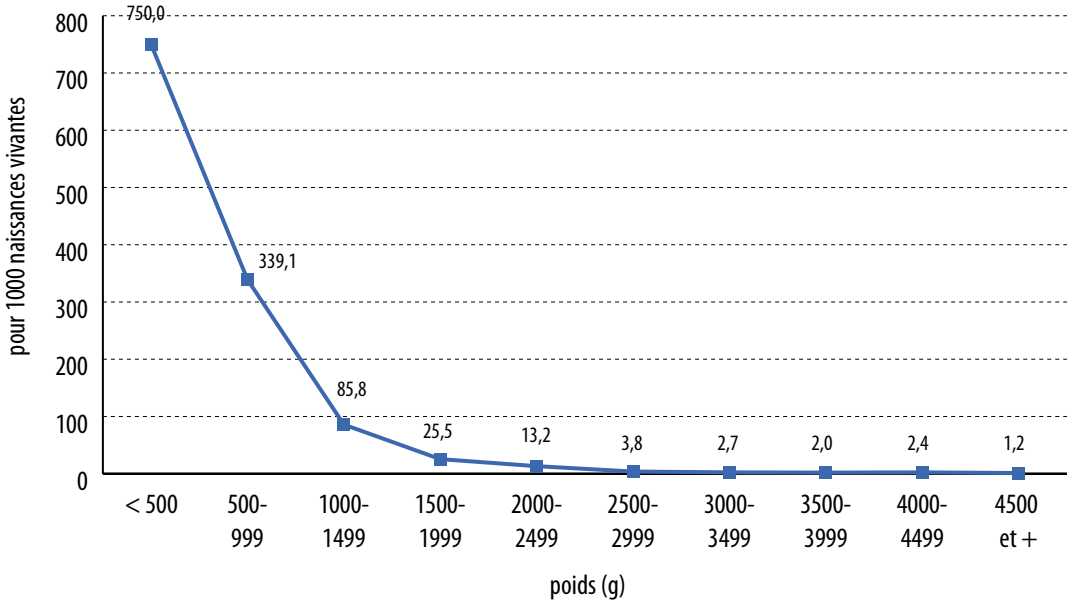
Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, 1980-1994 Masuy-Stroobant (14), 1995-1997 Masuy-Stroobant (non publié), 1998-2004 Observatoire de la Santé et du Social

Les facteurs qui expliquent l'évolution de la prévalence du petit poids de naissance sont semblables à ceux qui expliquent l'augmentation de la prématurité : l'accroissement marqué de la fréquence des grossesses multiples et une augmentation des accouchements prématurés induits dans les cas de pathologie grave maternelle ou fœtale. L'augmentation de l'âge maternel et sans doute une meilleure déclaration d'enfants qui anciennement étaient considérés comme «fausse couche» jouent un rôle également [24] (14;28).

3.3.3. Impact sur la mortalité fœto-infantile

Comme pour la prématurité, la mortalité néonatale et la mortalité infantile sont d'autant plus élevées que le poids de naissance est faible.

Figure 16 Mortalité infantile selon le poids de naissance, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

24 *Les modifications d'attitude face à l'enregistrement des nouveau-nés de moins de 1 000 g et une baisse du seuil de viabilité expliquent en partie seulement l'accroissement de la fréquence des bébés de moins de 1 500 g. En effet, la proportion de bébés de 1 000 à 1 500 g a également augmenté entre 1980-1984 et 1998-2002 (de 5,0 à 6,2 pour 1 000 naissances vivantes, c'est à dire +24 %).*

3.4. Les naissances multiples

3.4.1. Fréquence

Il y a deux manières différentes et complémentaires d'appréhender ce phénomène : on peut, d'une part, envisager le nombre d'enfants qui sont issus d'une grossesse multiple – nous parlerons alors de **naissances multiples** – et d'autre part le nombre de femmes qui lors d'un accouchement donnent naissance à plus d'un enfant – nous parlerons alors **d'accouchements multiples.** Afin de pouvoir comparer les chiffres bruxellois avec d'autres données publiées, nous avons utilisé les deux approches.

Pour l'année 2004, on a enregistré 16 009 accouchements dont 262 accouchements de jumeaux et 9 accouchements de triplés, ce qui représente respectivement 1,64 % et 0,06 % des accouchements. Pour la même année en Flandre on comptait 1,61 % d'accouchements de jumeaux et 0,03 % d'accouchements de triplés.

En proportion des naissances, nous observons en 2004 pour la Région bruxelloise 3,4 % de naissances multiples (tableau 6). Cette proportion est stable depuis 1998.

Tableau 6 Fréquence des naissances multiples, Bruxelles, 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	total
Singletons	12 891	13 526	14 091	14 857	14 318	15 155	15 738	100 576
Jumeaux	436	459*	481*	476	558	569*	523*	3502
Triplés	18	3	15	36	24	12	27	135
Total des naissances	13 345	13 988	14 587	15 369	14 900	15 736	16 288	104 213
% naissances multiples	3,4 %	3,3 %	3,4 %	3,3 %	3,9 %	3,7 %	3,4 %	3,5 %

(*) Les chiffres impairs s'expliquent par le fait qu'un des deux jumeaux, décédé à un âge gestationnel ou poids de naissance limite, n'a pas fait l'objet d'une déclaration par un bulletin statistique.

Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

En situation naturelle, c'est à dire dans des situations où la procréation médicalement assistée est inexistante, on observe un accouchement double pour environ 100 accouchements et un accouchement triple pour environ 10 000 accouchements (8). A Bruxelles, nous avons donc environ 1,6 fois plus d'accouchements doubles et 6 fois plus d'accouchements triples qu'attendu en situation naturelle.

Au niveau européen, la proportion d'accouchements doubles varie du simple au double, de 1,1 % (Portugal 1999) à 2,0 % des accouchements (Grèce 1998 et Danemark 2000). La proportion d'accouchements triples varie encore davantage, entre 0,02 % (Finlande 2000) et 0,07 % des accouchements (Espagne 1999) (15).

Les différences entre pays et les tendances dans le temps s'expliquent essentiellement par des différences de recours à la procréation médicalement assistée (fécondation in vitro et stimulation de l'ovulation).

3.4.2. Evolution dans le temps

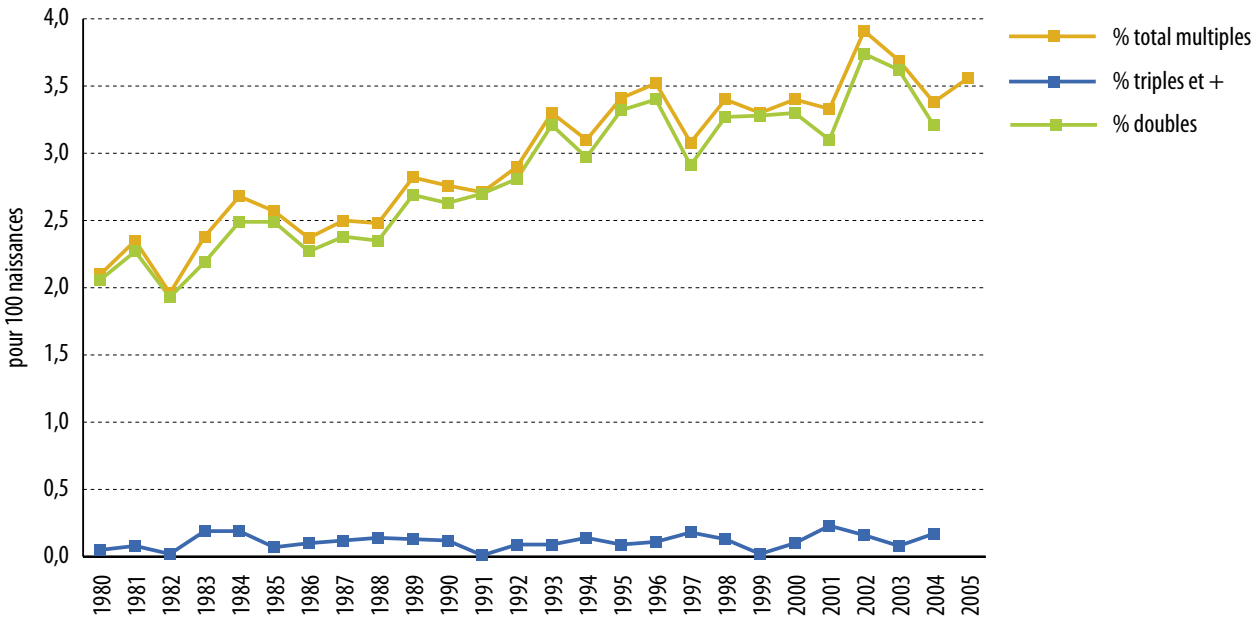
Depuis les années 1980, on observe un accroissement régulier très marqué de la fréquence de naissances multiples (figure 17). La proportion de jumeaux a presque doublé en 25 ans, passant de 2,1 % en 1980 à 3,6 % en 2005. La proportion de triplés n'a pas augmenté de façon significative. Aucune naissance multiple de rang supérieur à trois n'a été déclarée au cours de la période.

C'est l'augmentation du recours aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA) qui a contribué le plus à l'augmentation des naissances multiples. L'augmentation de l'âge maternel joue également un rôle (la fréquence des faux jumeaux augmente avec l'âge maternel) (8;29). La fréquence des jumeaux est aussi plus élevée dans les populations Africaines, et particulièrement d'Afrique de l'Ouest (30), mais ces populations sont assez peu représentées à Bruxelles et la fréquence de grossesses multiples n'est pas plus élevée parmi les bruxelloises africaines dans les données analysées.

La fréquence de naissances multiples la plus élevée de ces 25 dernières années à Bruxelles est observée en 2002. En 2004-2005, on observe un retour à la fréquence de 1998-2000. Notons que le même pic a été observé en Flandre en 2002.

En Belgique, une loi réglant la politique de transfert d'embryons est entrée en vigueur le 1er juillet 2003 visant à privilégier le transfert d'un embryon unique. Une étude menée dans une maternité Bruxelloise a mis en évidence l'impact de cette loi sur la réduction du nombre de grossesses gémellaires (31). Des modifications des pratiques anticipant la mise en application de la loi expliquent probablement la diminution déjà observée en 2003. Cet arrêté n'a bien sûr pas d'incidence sur le nombre de grossesses multiples issues de stimulation ovarienne (traitement par Clomifène), or il est reconnu que celle-ci joue un rôle de première importance dans la fréquence des grossesses gémellaires.

Figure 17 Evolution de la proportion de naissances multiples (vivantes et mort-nés), Bruxelles, 1980-2005



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, 1980-1994 Masuy-Stroobant (14), 1995-1997 Masuy-Stroobant (non publié), 1998-2005 Observatoire de la Santé et du Social

3.4.3. Grossesses multiples et santé périnatale

Les grossesses multiples sont fortement associées à la prématurité (tableau 4 ci-dessus).

Au cours de la période 1998-2004, 23,9 % des bébés prématurés (< 37 semaines) et seulement 1,9 % des bébés nés à terme sont des jumeaux ou des triplés (analyse limitée aux naissances vivantes) (p < 0,001).

Près de la moitié (48,4 %) des enfants issus d'une grossesse multiple sont nés prématurément (< 37 semaines), alors que la prématurité concerne 5,6 % des enfants issus d'une grossesse simple (risque relatif = 8,6 (IC95 % : 8,3-9,0)) (tableau 7). Le risque de prématurité sévère (< 32 semaines) est presque dix fois supérieur en cas de grossesse multiple (7,7 % versus 0,8 %) (risque relatif = 9,6 (IC95 % : 8,3-11,0)).

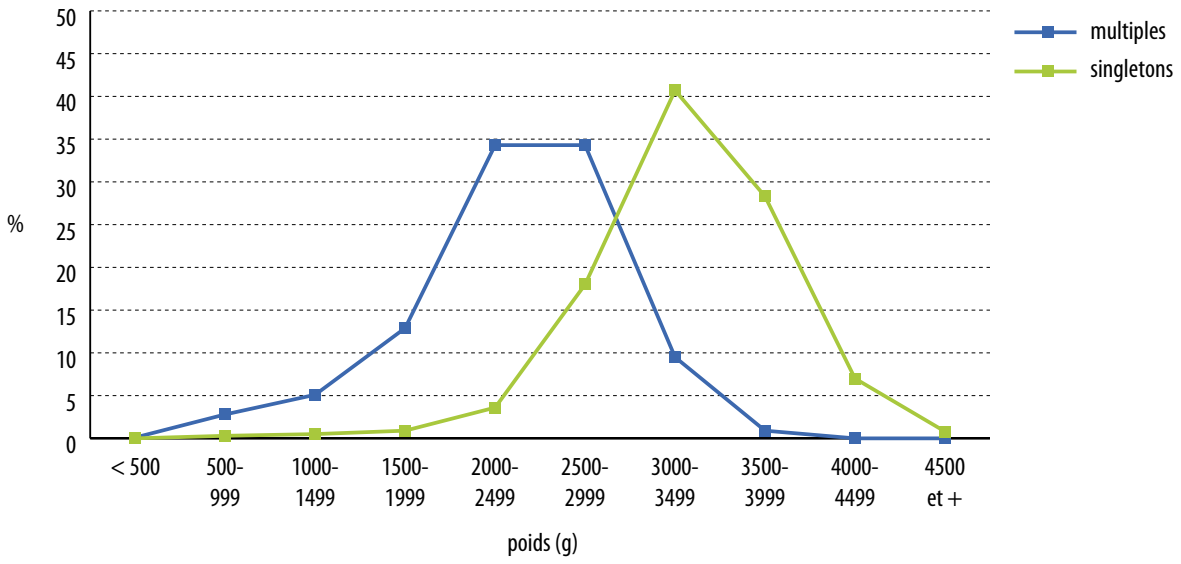
De même, le risque de petit poids de naissance est fortement augmenté pour les bébés issus de grossesse multiple. 55 % d'entre eux pèsent moins de 2 500 g pour 5 % des bébés issus d'une grossesse simple (figure 18).

Tableau 7 Distribution des naissances vivantes selon l'âge gestationnel et la multiplicité, Bruxelles, 1998-2004

	Singletons		Multiples	
	n	%	n	%
22-27 semaines	231	0,25 %	76	2,30 %
28-31 semaines	503	0,55 %	179	5,41 %
32-36 semaines	4 387	4,80 %	1 349	40,74 %
37-41 semaines	84 780	92,87 %	1 707	51,56 %
42-46 semaines	1 392	1,52 %	0	0,00 %
Total	***91 293***		***3 311***	

Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Figure 18 Distribution des naissances vivantes selon le poids de naissance et la multiplicité, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

3.5. Les anomalies congénitales

Les anomalies congénitales (anomalies structurelles, fonctionnelles ou métaboliques d'origine génétique ou autre) constituent la première cause de mortalité infantile dans les pays industrialisés (32).

A Bruxelles, pour 1998-2004, la proportion d'anomalies congénitales observées à la naissance atteint 1,4 % de l'ensemble des naissances. Cette prévalence tend à diminuer légèrement au cours de la période 1998-2004, bien que de façon non significative. Cette réduction pourrait être due à une augmentation de la détection des anomalies majeures (ex. triple test, échographie …) accompagnée d'un accroissement du recours aux interruptions médicales de grossesse. Cette réduction est sans doute réelle, mais ne porte que sur une liste limitée de malformations aisément identifiables à la naissance qui est prévue dans les bulletins statistiques [25].

La Flandre rapporte une prévalence de malformation similaire à celle de la Région bruxelloise (1,6 % des naissances en 2004) (18).

La surveillance de la survenue d'anomalies congénitales spécifiques repose essentiellement sur les registres existant dans certaines régions d'Europe. Les chiffres provenant de ce système de surveillance des anomalies congénitales sont sans doute plus complets mais couvrent souvent une population plus restreinte géographiquement. C'est pourquoi PERISTAT recommande en plus la surveillance de la trisomie 21 [26] et des malformations du tube neural (anencéphalie et spina bifida) au travers des registres de naissances ou des déclarations de naissance. Ces malformations ont été proposées au vu de leur prévalence relativement élevée et du fait qu'elles sont apparentes dès la naissance (33;34). La surveillance des malformations du tube neural est particulièrement recommandée étant donné leur gravité et les possibilités de prévention offertes par la supplémentation en acide folique durant la période périconceptionnelle.

Pour la période 1998-2004, le registre européen EUROCAT [27] rapporte pour l'ensemble des pays participants, une prévalence de la trisomie 21 de 19,2 pour 10 000 naissances et pour la Belgique une prévalence de 17,1 pour 10 000 naissances. Nous ne disposons pas de chiffres concernant la prévalence de trisomie 21 à la naissance à Bruxelles.

En ce qui concerne les malformations majeures du tube neural (anencéphalie et spina bifida), EUROCAT enregistre une prévalence de 8,5 pour 10 000 naissances pour l'ensemble des pays participants et 8,2 pour 10 000 naissances pour les registres belges. A Bruxelles, pour l'ensemble de la période 1998-2004, la prévalence de malformations majeures du tube neural déclarées à la naissance dans les bulletins statistiques de naissances était de 3,2 pour 10 000 naissances (IC95 % : 2,1-4,6 pour 10 000). Cette prévalence est trop faible pour permettre de suivre son évolution dans le temps à l'échelle de la Région bruxelloise. La prévalence en Flandre est semblable à celle de Bruxelles (4 pour 10 000) (18).

La liste limitée de malformations congénitales recueillies via les bulletins statistiques de naissances et l'absence de définition standardisée limite la comparabilité des données. Outre les problèmes de définitions, les variations observées entre pays et entre régions peuvent s'expliquer par des différences de diagnostic anténatal et/ou des différences d'administration d'acide folique.

Au Canada (qui dispose d'un système de surveillance spécifique), la prévalence de malformations du tube neural a presque diminué de moitié entre 1991 et 2002 et cette diminution est attribuée à l'enrichissement de la farine en acide folique (obligatoire depuis début 1998), à l'utilisation accrue de suppléments vitaminés, de diagnostic anténatal et d'interruption de grossesse (32;35).

25 *La liste des malformations proposées est la suivante : anencéphalie, spina bifida, hydrocéphalie, fente labiale/palatine, imperforation anale, réduction des membres, hernie diaphragmatique, omphalocèle/gastroschisis, autres (précisez).*

26 *En Belgique, les bulletins statistiques de naissances ne recueillent pas explicitement la trisomie 21.*

27 *EUROCAT est un réseau européen de registres de population destinés à la surveillance des anomalies congénitales existant depuis 1979 (également centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance épidémiologique des anomalies congénitales). 43 registres de 20 pays différents y participent et l'enregistrement couvre actuellement 29 % des naissances européennes. Pour la Belgique, l'enregistrement concerne la province d'Anvers, une partie de celle du Hainaut et de Namur ce qui représente environ 26 % des naissances belges. Le Rapport 2004-2005 pour l'ensemble des pays est disponible sur http://www.eurocat.ulster.ac.uk/pdf/EUROCAT-Annual-Report-2005-for-WHO.pdf et les données par pays (dont les registres belges) sont disponibles sur http://www.eurocat.ulster.ac.uk/pubdata/tables.html*

3.6. Les interventions obstétricales

3.6.1. Fréquence

En 2004, 17,2 % des naissances bruxelloises ont eu lieu par césarienne [28].

Les taux de césarienne [29] sont très variables en Europe. Ces taux se situent entre 12 % aux Pays-Bas et 31 % en Italie (15). On note que le taux de césarienne en Région bruxelloise reste inférieur à celui observé dans de nombreux pays européens et également à celui du Canada qui était de 21 % en 2000-2001 (32). Le taux bruxellois (17,2 %) est inférieur à celui de la Flandre (18,3 %) en 2004 (18).

Par contre, le taux d'induction du travail en Région bruxelloise est extrêmement élevé par rapport à d'autres pays ou régions d'Europe. Pour cet indicateur, on observe aussi une variation très importante des pratiques en Europe. Le projet PERISTAT indique que la proportion d'induction des naissances varie de 10 % (Danemark 2000) à 33 % (Irlande du Nord 2000) (15). Avec plus d'un quart d'induction du travail (26,1 % en 2004), la Région bruxelloise se classe donc parmi les taux européens les plus hauts, tout comme la Flandre (27,6 % en Flandre en 2004).

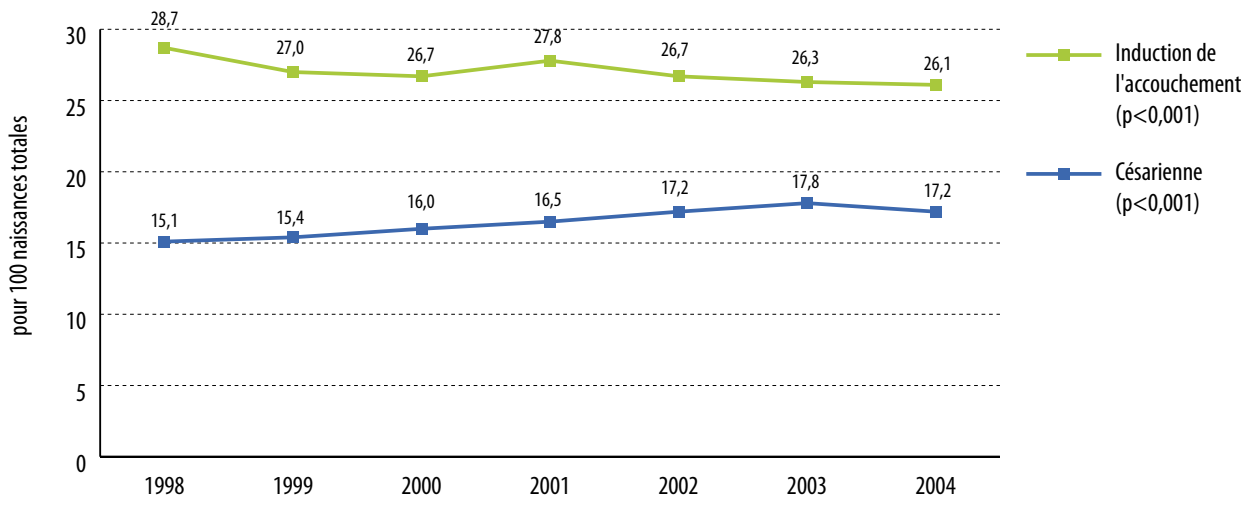
28 *Pour les interventions obstétricales il est aussi question ici uniquement des naissances d'enfants dont la mère réside en Région bruxelloise, comme pour l'ensemble du dossier.*

29 *Nous utiliserons les termes taux de césariennes et taux d'intervention obstétricale, bien que l'utilisation du terme 'taux' soit ici abusive puisqu'il s'agit de proportions. L'analyse porte sur les naissances par césarienne et pas sur les accouchements (des jumeaux nés par césarienne comptent donc pour deux naissances).*

3.6.2. Evolution dans le temps

Durant la période 1998-2004, le taux de césarienne augmente de façon nette et significative, passant de 15,1 % à 17,2 % (figure 19). Le taux d'induction du travail diminue au cours de la même période.

Figure 19 Interventions obstétricales, Bruxelles, 1998-2004

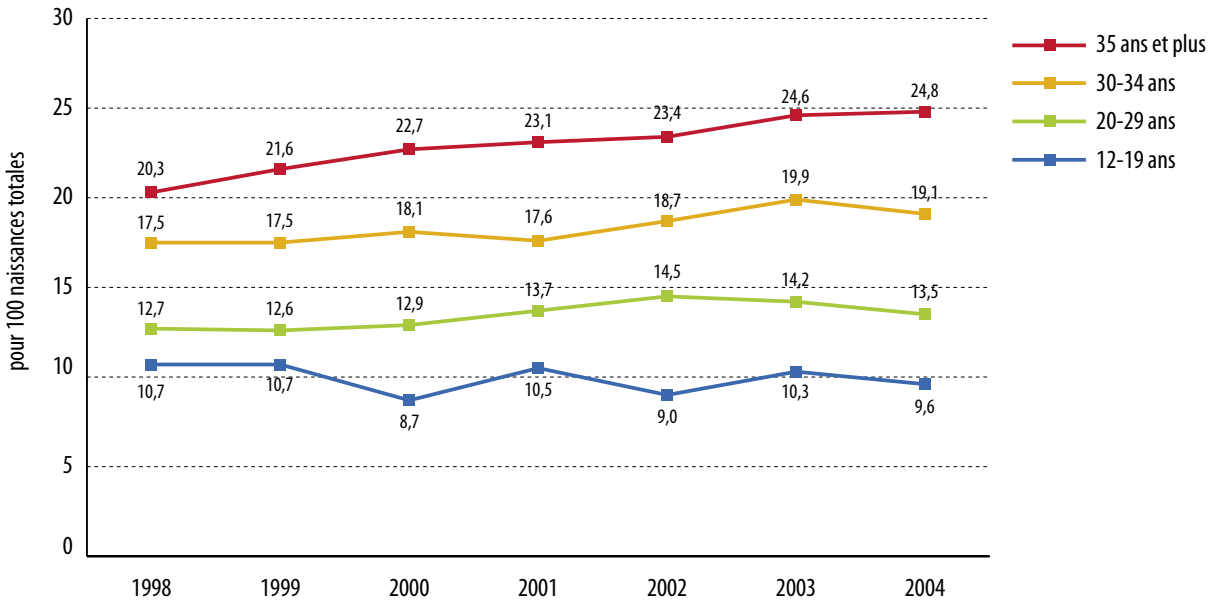


Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

L'augmentation du taux de césarienne est d'autant plus marquée que l'âge maternel augmente. Elle l'est particulièrement pour les plus de 35 ans (figure 20). On n'observe pas d'augmentation des taux de césarienne pour les femmes de moins de 20 ans.

Cette augmentation s'observe également si on ne prend en compte que les grossesses simples (singletons) passant de 13,8 % en 1998 à 16,0 % en 2004 (p< 0,001).

Figure 20 **Evolution du taux de césarienne selon l'âge de la mère, Bruxelles, 1998-2004**



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

L'augmentation du taux de césarienne implique une augmentation du nombre de femmes enceintes qui ont déjà eu précédemment une césarienne. Un accouchement par césarienne est associé à des risques accrus pour les grossesses et accouchements suivants, en particulier un risque accru de placenta previa, de placenta accreta ou de rupture utérine (36-38). Ces risques augmentent avec le nombre de césariennes précédentes. Ces résultats incitent donc à limiter, dans la mesure du possible, des césariennes non justifiées par des raisons médicales mais également à apporter une attention particulière aux naissances qui suivent une naissance par césarienne pour éclairer la décision des mères et des obstétriciens sur le choix du type d'accouchement. Des guidelines ont été publiés dans ce sens (39).

4. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES NAISSANCES BRUXELLOISES

La proportion de mères de 35 ans et plus a presque triplé en 25 ans tandis que la proportion de mères de moins de 20 ans a fortement décru. En 2004, 19 % des mères ont 35 ans ou plus et 3 % des mères ont moins de 20 ans. Au-delà de 35 ans le risque de prématurité, de mortalité périnatale et d'intervention obstétricale augmente.
En 2004, près de 3 enfants sur 10 naissent dans un ménage sans revenu du travail et 15 % dans une famille monoparentale. Pour un nouveau-né dans une famille sans revenu du travail, le risque de décéder en période postnéonatale est trois plus élevé que dans une famille avec deux revenus. Pour la période périnatale ce risque est deux fois plus élevé. Cette surmortalité s'observe pour toutes les causes de décès.
Près de la moitié des nouveau-nés bruxellois ont une maman non belge. Les mères de nationalité turque sont souvent plus jeunes et les mères de nationalité marocaine plus âgées que les Belges.
Il existe des inégalités liées à la nationalité de la mère face à la santé périnatale. La prévalence de la prématurité est particulièrement élevée pour les bébés de mères d'Afrique Sub-saharienne. Ces enfants courent également plus de risque de décéder en période périnatale et infantile, en particulier suite à la prématurité. Les enfants de mère marocaine ou turque présentent des taux de mortalité périnatale significativement supérieurs aux Belges, malgré une prévalence plus faible de prématurité et de petit poids de naissance. Une partie de cet excès de mortalité est liée aux malformations congénitales.

4.1. L'âge de la mère

4.1.1. Description et évolution dans le temps

La proportion de naissances survenues chez des mères âgées de 35 ans et plus a augmenté considérablement à Bruxelles depuis les années 1980 (figure 21). En 1980, elles représentaient 7 % des naissances vivantes, cette proportion s'élève à 19 % en 2004. La proportion de mères de 40 ans ou plus est passée, quant à elle, de 3 % à 4 % des naissances entre 1998 et 2004 ($p<0,0001$), avec un accroissement marqué entre 2003 et 2004 (figure 21).

Notons par ailleurs que chaque année, 0,2 % des naissances bruxelloises sont issues de mères de 45 ans ou plus, soit en moyenne 26 naissances par an.

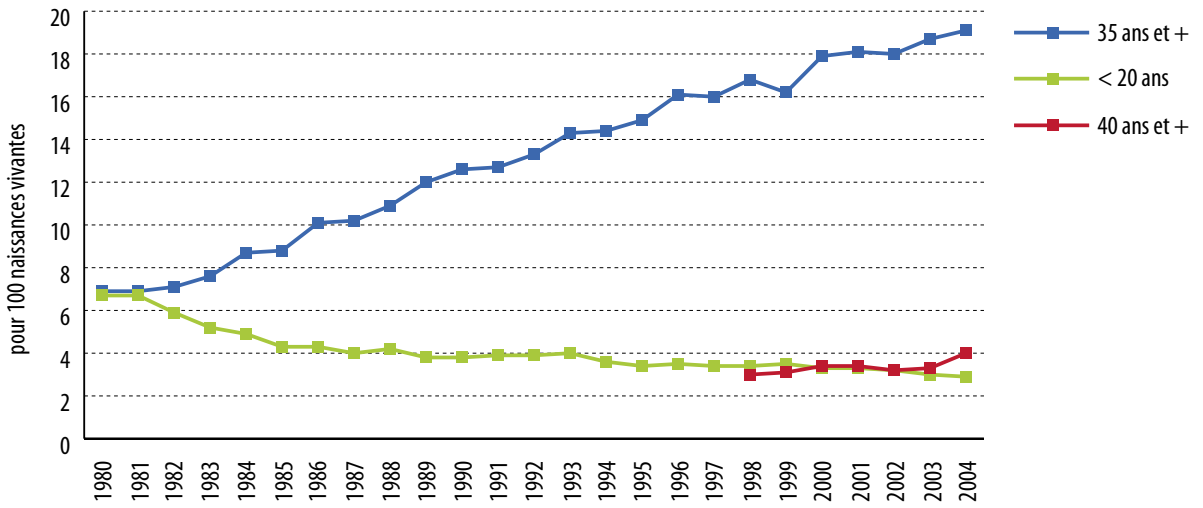
La proportion de naissances de mère de 30 à 39 ans passe de 42,1 % en 1998 à 45,7 % en 2004. Cette augmentation se fait au détriment des naissances dont la mère est âgée de 20 à 29 ans (les âges les moins à risques) qui passent de 51,5 % à 47,4 % des naissances ($p<0,001$).

La même tendance à l'accroissement de l'âge maternel est observée dans beaucoup d'autres pays européens, toutefois, la proportion de mères âgées est particulièrement importante en Région bruxelloise par rapport à la Flandre et à d'autres pays d'Europe : pour l'année 2000, la proportion des naissances de mères de 40 ans et plus est de 3,4 % à Bruxelles, cette proportion varie de 1,8 % en Flandre et au Danemark (proportions les plus faibles) à 3,3 % en Finlande (15).

La proportion de mères de moins de 20 ans a fortement décru ces dernières décennies. En 1980, elles représentaient 6,7 % des naissances vivantes (figure 21) (14). Au cours de la période 1998-2004, cette proportion continue à diminuer régulièrement, passant de 3,4 % en 1998 à 2,9 % en 2004 (p=0,002). Pour l'année 2004, la proportion de mères de moins de 20 ans était de 2,1 % en Flandre (données exhaustives (18)) et de 2,7 % en Communauté française (population suivie par l'ONE (40)). Selon les données Européennes, la proportion de mères de moins de 20 ans varie de 1,6 % au Danemark (2000) à 7,4 % en Grande Bretagne (2001) (15;41).

La proportion de naissances chez des adolescentes de moins de 18 ans est de 0,6 % (n=645) en Région bruxelloise, soit un peu moins d'une centaine de mères de moins de 18 ans par an. Cette proportion ne varie pas d'une année à l'autre, elle est comparable à celle de l'Ile de France par exemple [30]. Enfin, 18 adolescentes de moins de 15 ans ont accouché entre 1998 et 2004, soit 2 à 3 par an.

Figure 21 **Distribution des naissances vivantes selon l'âge de la mère, Bruxelles, 1980-2004**



Source : Bulletins statistiques de naissance,1980-1994 Masuy-Stroobant (14), 1998-2004 Observatoire de la Santé et du Social

En Région bruxelloise l'augmentation de la proportion de mères plus âgées résulte très probablement à la fois d'un report des grossesses à un âge plus élevé comme on le voit dans les autres pays industrialisés (32;42) mais également d'une proportion plus élevée de mères multipares (ayant déjà eu plusieurs enfants) [31]. Malheureusement la qualité des données concernant la parité est actuellement insuffisante pour que cette variable puisse être analysée.

30 *Score santé : http://www.fnors.org/asp/travaux/index1.asp*

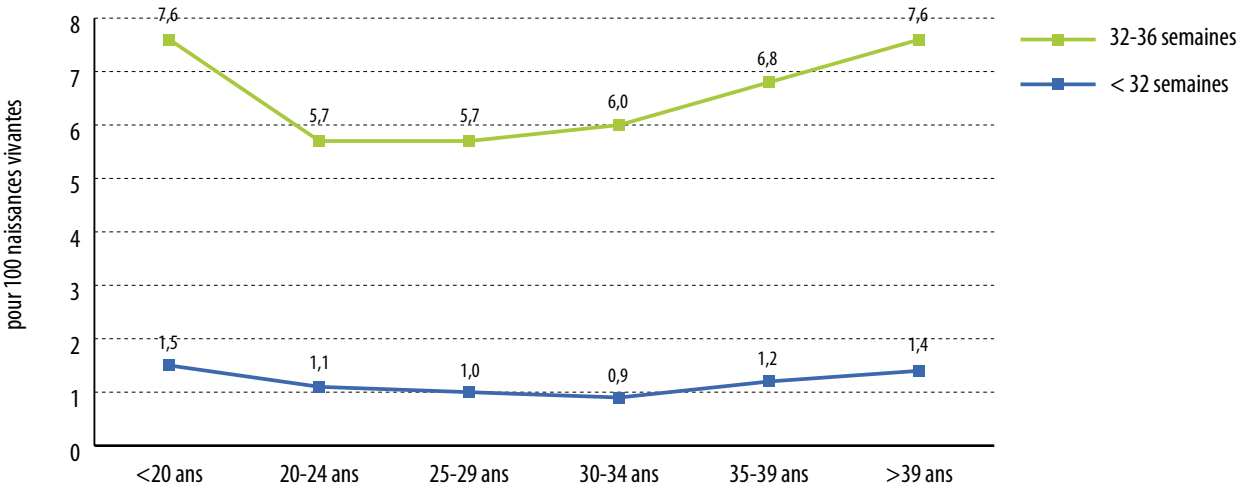
31 *En Région bruxelloise entre 2000 et 2005, le nombre de familles avec au moins un enfant de moins de 3 ans a augmenté de 11,7 % et le nombre de familles nombreuses (3 enfants ou plus) avec au moins un enfant de moins de 3 ans a augmenté de 33 % (Direction générale Statistique et Information économique, Registre national).*

4.1.2. Association avec la santé périnatale

Prématurité

La fréquence de la prématurité est nettement plus importante pour les bébés de mamans très jeunes. Elle est la plus faible pour les mères de 20 à 29 ans puis augmente avec l'âge de la mère, particulièrement au delà de 35 ans.

Figure 22 Fréquence des naissances prématurées selon l'âge maternel, Bruxelles, 1998-2004



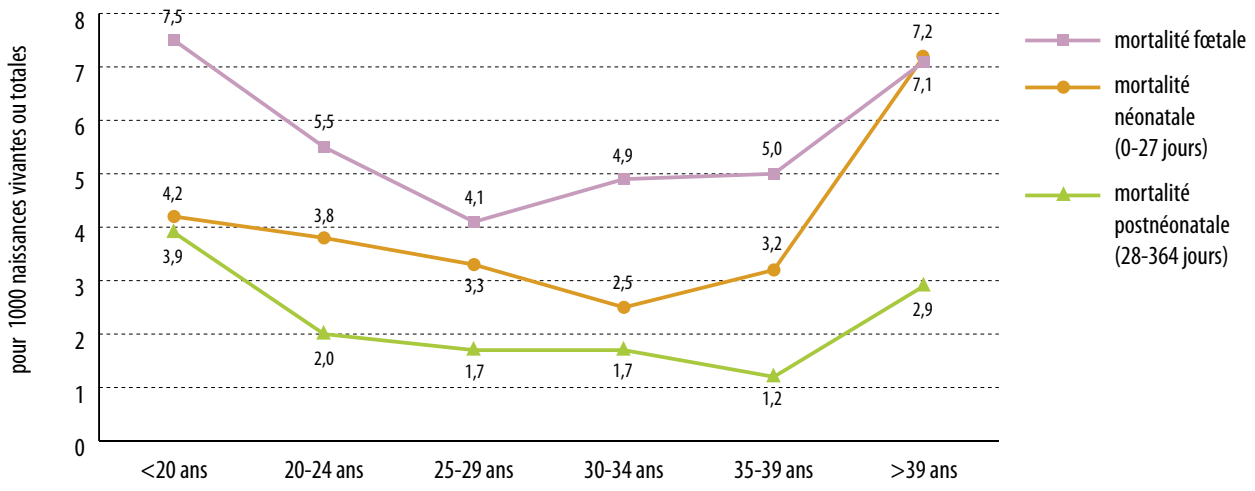
Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Mortalité fœto-infantile

Il existe un lien étroit entre la mortalité fœto-infantile et l'âge de la mère. On constate à Bruxelles une augmentation très importante du risque de décéder pour le bébé durant la grossesse ou la première année de vie, à partir d'un âge maternel de 40 ans (figure 23). Ceci rejoint les constats réalisés ailleurs (43;44).

Le risque de décès en période fœto-infantile est également majoré pour les bébés des mères de moins de 20 ans. L'ajustement pour le niveau économique du ménage indique qu'en ce qui concerne les femmes de moins de 20 ans, ce phénomène pourrait en grande partie s'expliquer par leur statut socio-économique souvent précaire. Par contre, l'ajustement pour les caractéristiques socio-économiques du ménage n'a pas d'impact sur la mortalité des bébés des femmes plus âgées.

Figure 23 Mortalité fœtale, néonatale et postnéonatale selon l'âge maternel, Bruxelles, 1998-2004



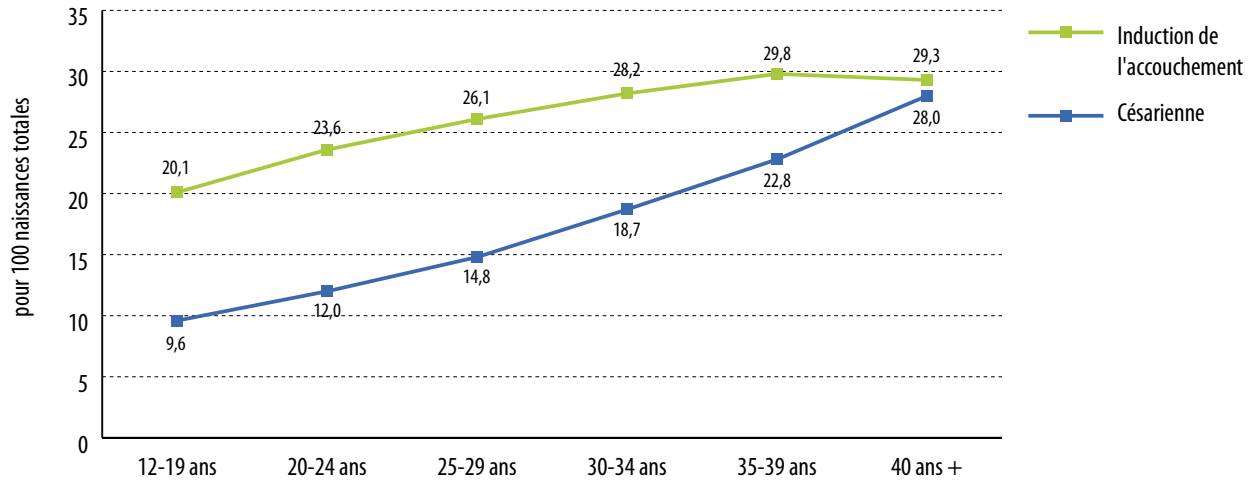
Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Interventions obstétricales

L'augmentation des interventions obstétricales avec l'âge est particulièrement marquée pour les césariennes (plus de 23 % à partir de 35 ans), mais est aussi importante pour les inductions (29 % des 40 ans et plus) (figure 24).

Paradoxalement chez les adolescentes, pour lesquelles il existe un risque nettement accru de mortalité périnatale, en particulier de mortinatalité (45), les interventions sont les moins fréquentes.

Figure 24 Taux de césarienne et d'induction du travail en fonction de l'âge maternel, Bruxelles, 2000-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

4.2. Le statut social des familles

4.2.1. Description

En Région de Bruxelles-Capitale la précarité touche de nombreuses familles. La proportion d'enfants bruxellois vivant dans des conditions sociales difficiles est particulièrement élevée par rapport au reste du pays (46;47). Le nombre de personnes disposant ou non d'un revenu du travail par ménage est, à défaut de données plus spécifiques, un indicateur du niveau de précarité [32]. Les mères seules avec enfants sont aussi plus souvent que d'autres en situation sociale précaire.

En 2004, 29 % des nouveau-nés bruxellois naissaient dans un ménage sans revenu du travail (tableau 8). D'autre sources comme la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale montrent que, en 2004, 32 % des enfants bruxellois (0-17 ans) vivaient dans un ménage sans revenu du travail (47). Par ailleurs 10 % des nouveau-nés naissent d'une mère qui vit seule et ne dispose pas de revenu du travail.

Tableau 8 Distribution des naissances selon que les parents disposent ou non d'un revenu du travail et selon la situation familiale de la mère, Bruxelles, 2004

		Nombre	% des naissances
Parents avec un revenu du travail dans le ménage*	0	4 480	28,7 %
	1	5 696	36,4 %
	2	5 458	34,9 %
Situation familiale de la mère**	Vit seule et sans revenu du travail	1 620	10,4 %
	Vit seule avec revenu du travail	788	5,0 %
	Non isolée	13 203	84,6 %

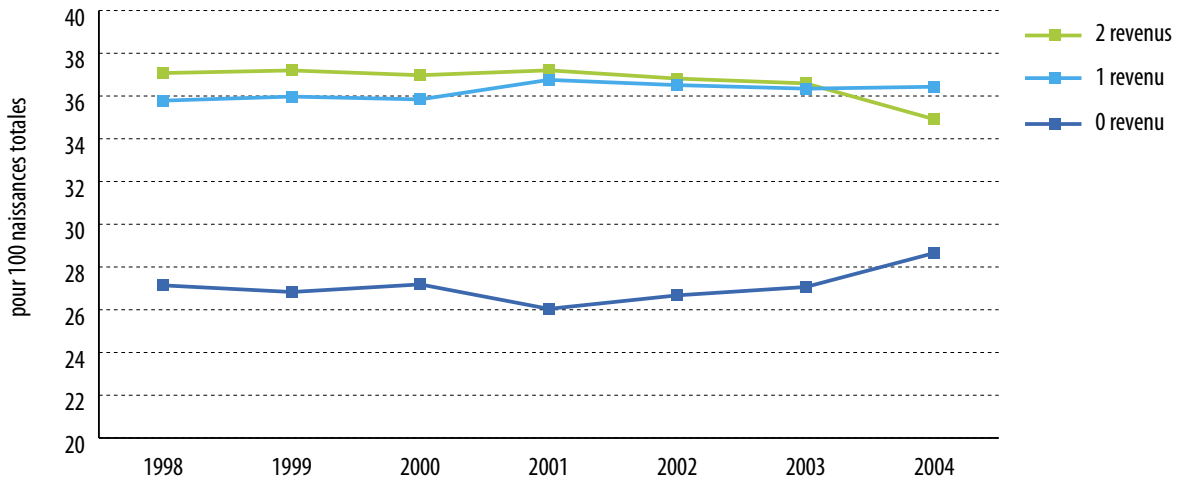
*Inconnu pour 654 naissances ; **Inconnu pour 677 naissances.
Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

32 *Les personnes sans revenu du travail (travail déclaré) sont celles qui, lors de la déclaration de la naissance à l'état civil, ont déclaré être chômeuse, sans profession ou dépendant du CPAS. Le revenu d'intégration sociale et la plupart des revenus de remplacement étant actuellement inférieurs au seuil de pauvreté défini par l'Europe, les ménages qui ne disposent d'aucun revenu du travail vivent souvent dans des conditions économiques précaires (47).*

4.2.2. Evolution dans le temps

Au cours de la période 1998-2004, la proportion de mères vivant seules est restée stable. Par contre, la proportion de bébés nés de parents sans revenu du travail a augmenté de 2003 à 2004 (27,1 % à 28,7 %).

Figure 25 Evolution des caractéristiques sociales des nouveau-nés, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

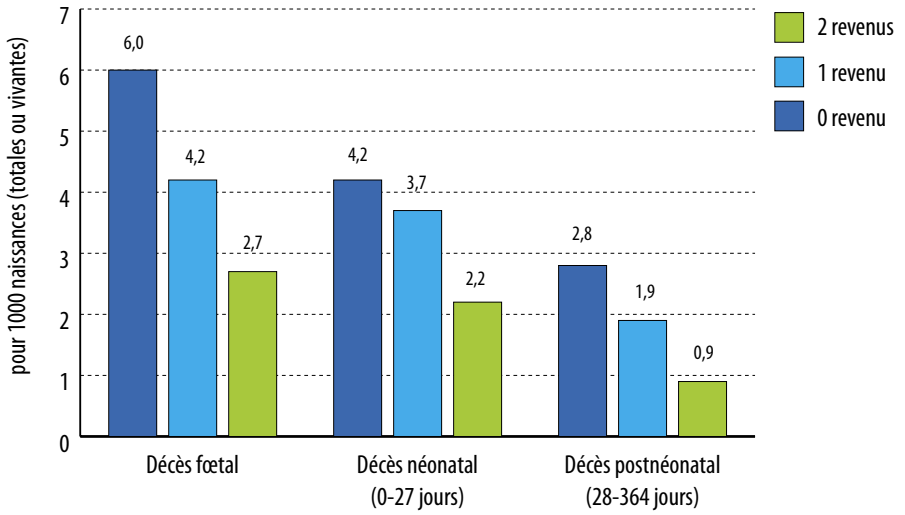
4.2.3. Association avec la santé périnatale

Mortalité fœto-infantile

Il existe des inégalités importantes en termes de mortalité fœtale, néonatale, et postnéonatale en fonction du statut social des familles (figure 26). A Bruxelles, dans une famille sans revenu du travail déclaré, le risque de décéder en période postnéonatale est trois fois plus élevé que dans une famille avec deux revenus. En ce qui concerne la mortalité néonatale et la mortalité fœtale, le risque est deux fois plus élevé.

Le fait que la mortalité postnéonatale est davantage liée aux facteurs sociaux que la mortalité néonatale est décrit par ailleurs dans la littérature. Ce sont surtout les décès par mort subite, accident et infection qui sont plus fréquents dans les groupes socialement défavorisés. La mortalité néonatale par contre, est moins sensible aux facteurs sociaux et plus sensible à la qualité des soins (14;48).

Figure 26 Mortalité fœto-infantile selon le nombre de personnes ayant un revenu du travail dans le ménage, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

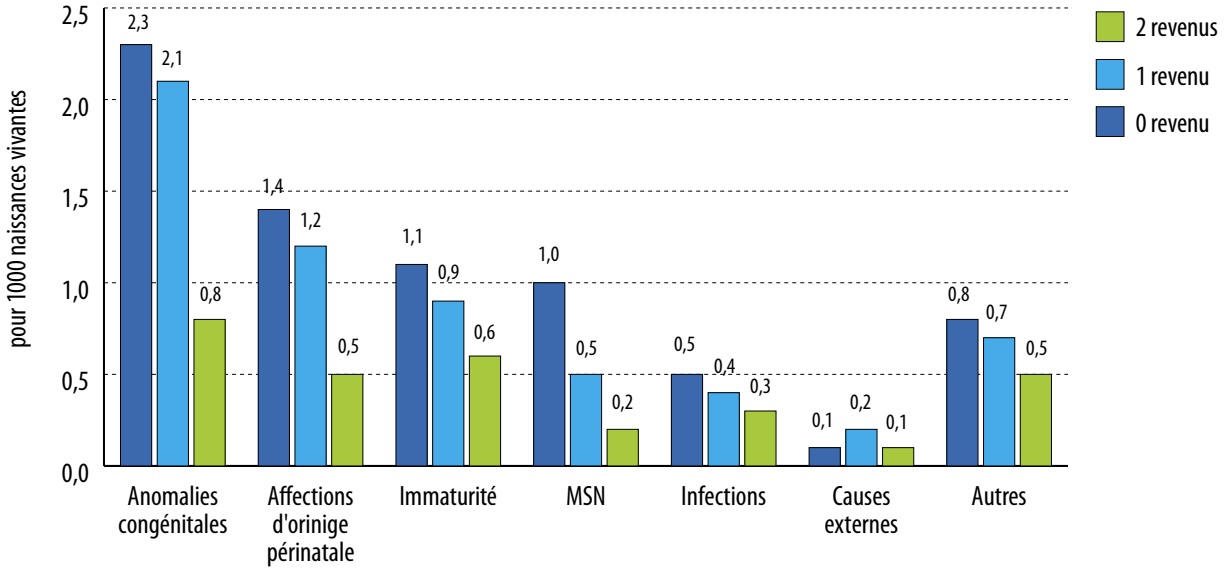
La mortalité infantile (0-1 an) par cause varie également en fonction de la situation socio-économique du ménage (figure 27). Les premières causes de mortalité infantile sont les anomalies congénitales, l'immaturité et diverses pathologies liées à la période périnatale, et la mort subite du nourrisson. Comme cela a déjà été signalé, depuis 1980 et jusqu'aux campagnes de prévention (1995), la mort subite et inexpliquée du nourrisson représentait la première cause de mortalité infantile et la première cause de mortalité postnéonatale (16). Actuellement, il s'agit de la 4ème cause de mortalité infantile et d'une des deux premières causes de mortalité postnéonatale (28-364 jours) avec les anomalies congénitales [33].

Un gradient social marqué est observé pour quasi toutes des causes de décès infantile. Pour la plupart des causes, le risque de décès est 2 à 3 fois plus élevé pour les enfants vivant dans un ménage sans revenu du travail par rapport aux enfants vivant dans un ménage à deux revenus.

Les écarts sont particulièrement marqués pour la mort subite du nourrisson (MSN). En effet, le risque de mort subite est cinq fois plus élevé pour un bébé né dans un ménage sans revenu du travail que pour un bébé né dans un ménage avec deux revenus. En Angleterre, des études montrent aussi que la mort subite du nourrisson est la cause de décès la plus associée au niveau social (48-50).

33 *La mort subite du nourrisson, par définition, concerne les bébés de un mois à un an.*

Figure 27 Mortalité infantile par cause, selon le nombre de personnes ayant un revenu du travail dans le ménage, Bruxelles, 1998-2003 [22]

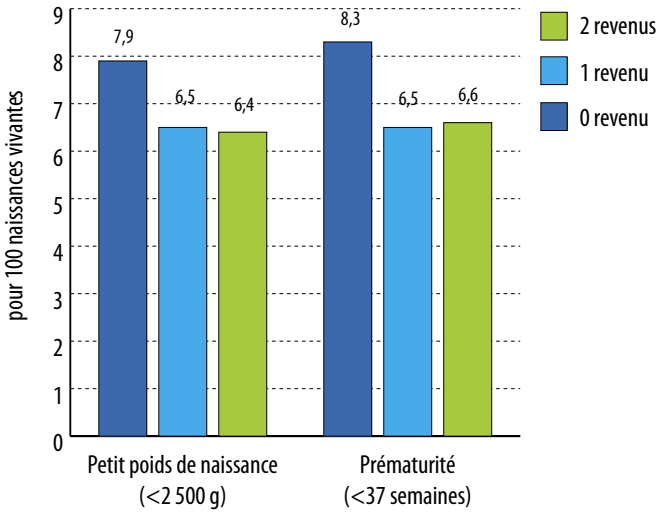


Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Prématurité et petit poids de naissance

Les inégalités sociales portant sur le petit poids de naissance et la prématurité sont moins marquées. Ceci s'explique entre autres parce qu'une partie des enfants nés dans un ménage sans revenu du travail ont une maman marocaine ou turque. Ces mamans, malgré leur situation socio-économique souvent plus précaire [34], ont moins souvent un bébé de petit poids ou prématuré (voir figure 30) (51).

Figure 28 Prématurité et petit poids de naissance selon le nombre de parents disposant d'un revenu du travail déclaré dans le ménage, Bruxelles, 1998-2004



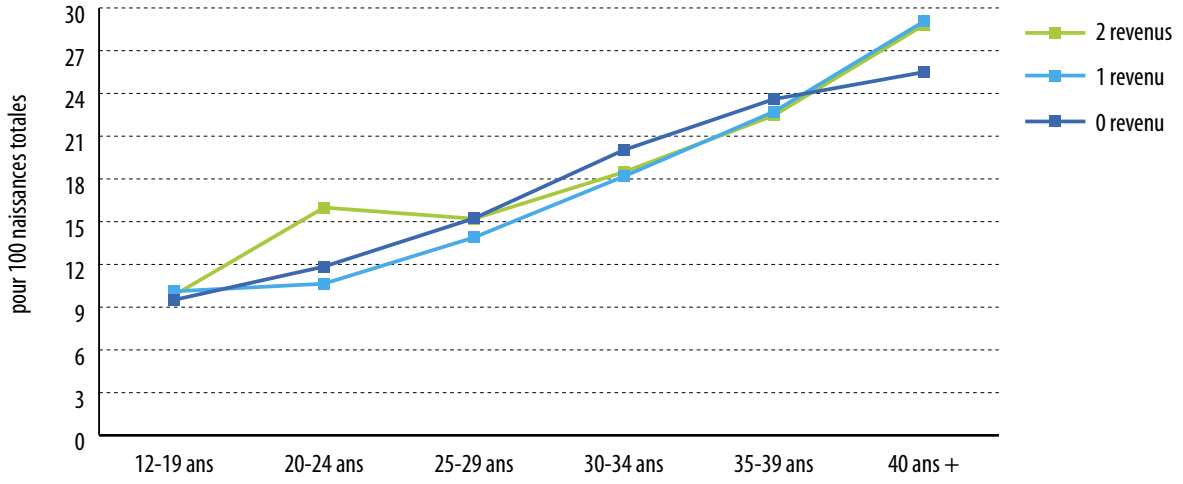
Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

34 *Si 19,5 % de mères de nationalité belges sont dans un ménage sans revenu du travail, cette proportion s'élève à 35,1 % des mères marocaines et 43,6 % des mères turques. Ces deux nationalités représentent un quart des mères dans un ménage sans revenu du travail.*

Interventions obstétricales

Le taux de césarienne varie peu en fonction du niveau socio-économique du ménage, et ce, quel que soit l'âge maternel.

Figure 29 Taux de césarienne en fonction de l'âge et du statut socio-économique du ménage, Bruxelles, 2000-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

4.3. La nationalité de la mère

4.3.1. Description

Le tableau 9 reprend la distribution des naissances selon la nationalité de la mère au moment de l'accouchement. On constate que près de la moitié (46 %) des bébés bruxellois ont une mère de nationalité non belge au moment de l'accouchement. Les mères de nationalité non belge les plus représentées sont Maghrébines (13 % des naissances). Parmi celles-ci, 93 % sont des mères marocaines (soit 12 887 naissances).

Tableau 9 Distribution des naissances selon la nationalité maternelle à l'accouchement, Bruxelles, 1998-2004 (n=104 213)

	n	%
Belgique	56 469	54,2
Maghreb et Egypte	13 858	13,3
UE15	13 464	12,9
Afrique subsaharienne	5 844	5,6
Europe Est et Russie européenne	5 811	5,6
Turquie	3 537	3,4
Asie Est/Sud	1 769	1,7
Amérique Sud/Centrale et Caraïbes	1 546	1,5
Asie Nord/Ouest & Proche Orient	1 062	1,0
Amérique Nord	449	0,4
Inconnu	217	0,2
Europe autre	140	0,1
Australie	47	0,0
Total	***104 213***	***100,0***

Source : Bulletins statistiques de naissances, Observatoire de la Santé et du Social

La proportion de mères de nationalité non belge est nettement supérieure à la proportion totale de non-Belges dans l'ensemble de la population bruxelloise [35]. Ceci s'explique surtout par la structure d'âge de la population bruxelloise non belge : population plus jeune et comprenant de nombreux jeunes adultes en âge d'avoir des enfants.

Mais cette différence reflète également un décalage important entre le Registre national et les bulletins de naissances en termes de nombre de naissances (voir ci-dessus figure 2, § 2.1.2). Les naissances déclarées par un bulletin de naissance concernent toute la population qui vit à Bruxelles, y compris les personnes sans papiers et les personnes au registre d'attente, et pas seulement les naissances inscrites au Registre national.

35 *Selon le Registre national, pour la période 1998-2004, la proportion de femmes de nationalité non belge dans la population bruxelloise était de 25,6 %*

La répartition de l'âge maternel varie fortement selon la nationalité de la mère. Ainsi, la proportion de mères âgées (40 ans et plus) est la plus élevée parmi les mères de nationalité maghrébine (4,6 %) et chez les mères de nationalité européenne (UE 15) (4,5 %). La proportion de mères très jeunes (moins de 20 ans) est particulièrement élevée parmi les mères turques (9,9 %) et d'Europe de l'Est (6,2 %) (tableau 10).

Tableau 10 Age maternel selon la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998-2004

Nationalité de la mère à l'accouchement	Moins de 20 ans		40 ans et plus	
	n	%	n	%
Belgique	1 386	2,5	1 818	3,2
UE15	189	1,4	612	4,5
Europe Est et Russie européenne	361	6,2	72	1,2
Turquie	349	9,9	54	1,5
Maghreb et Egypte	619	4,5	636	4,6
Afrique Subsaharienne	286	4,9	144	2,5
Autres	161	3,1	165	3,2

Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

4.3.2. Evolution dans le temps

On observe peu de modification de cette distribution au cours de la période étudiée, à part l'augmentation de la proportion de mères provenant d'Europe de l'Est qui reflète l'augmentation de ces nationalités dans la population générale (2).

4.3.3. Association avec la santé périnatale

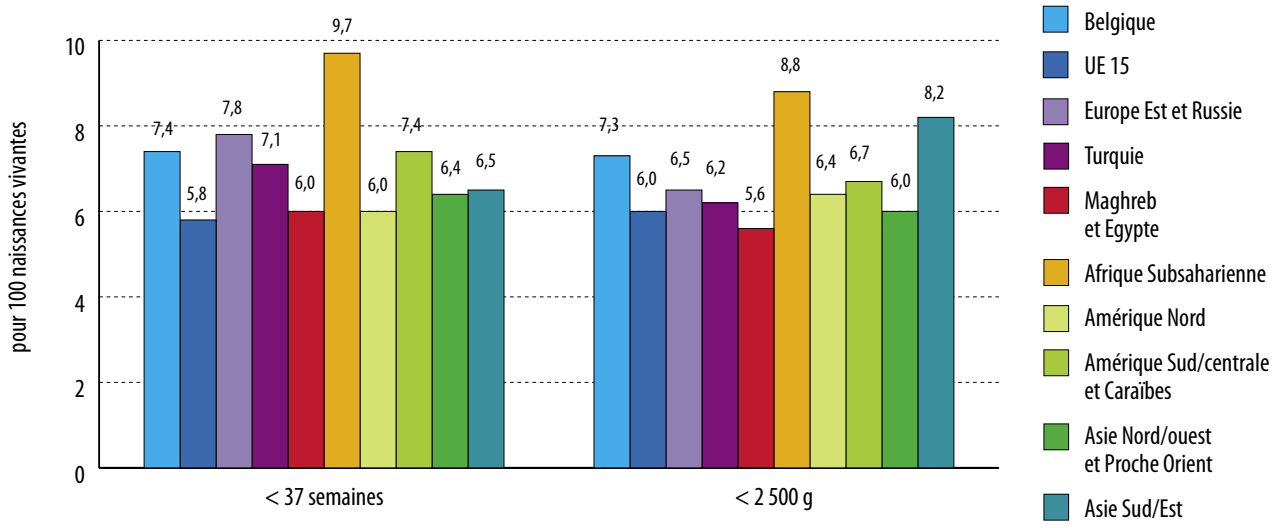
La santé périnatale varie fortement en fonction de la nationalité de la mère.

Prématurité et petit poids de naissance

On observe des grandes différences de proportion de bébés de petit poids de naissance et de bébés prématurés selon la nationalité de la mère (figure 30). Il est connu que les nouveau-nés de mère marocaine sont moins souvent de petit poids et moins souvent prématurés (52). Les hypothèses explicatives pour ce phénomène sont des différences nutritionnelles, une plus grande fréquence de diabète gestationnel et moins de tabagisme.

Par ailleurs, la prématurité est nettement plus fréquente chez les bébés de mère d'Afrique subsaharienne, chez qui elle atteint 10 %. Ce taux de prématurité élevé est d'autant plus préoccupant qu'il concerne également la prématurité sévère (<32 semaines). Le constat d'un taux de prématurité plus élevé a été fait également pour les femmes d'origine africaine dans d'autre pays industrialisés. On y a montré qu'à la précarité et au stress s'associent une plus grande fréquence d'infections en général, et d'infections vaginales bactériennes et intra-utérines (asymptomatiques ou chorioamnionites) en particulier (53-55). Enfin on observe également une fréquence plus élevée de pré-éclampsie y compris sévère pouvant conduire à une interruption prématurée de la grossesse dans ce groupe de population (56;57).

Figure 30 Prématurité <37 semaines et poids de naissance <2 500g, selon la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Les enfants de mères d'Afrique Sub-saharienne ont près de 2 fois plus de risque de grande prématurité (<32 semaines) et de très petit poids de naissance (<1 500 g) que l'ensemble des autres nationalités. Pour ces bébés, on note respectivement une fréquence de grande prématurité et de très petit poids de naissance de 2,0 et 1,9 pour 100 naissances vivantes alors que la fréquence chez les bébés de maman belge est de 1,0 % pour ces deux indicateurs (p<0,001). Pour les autres nationalités, la fréquence de prématurité sévère et de très petit poids de naissance est semblable à celle des Belges, y compris pour les bébés de mères maghrébines.

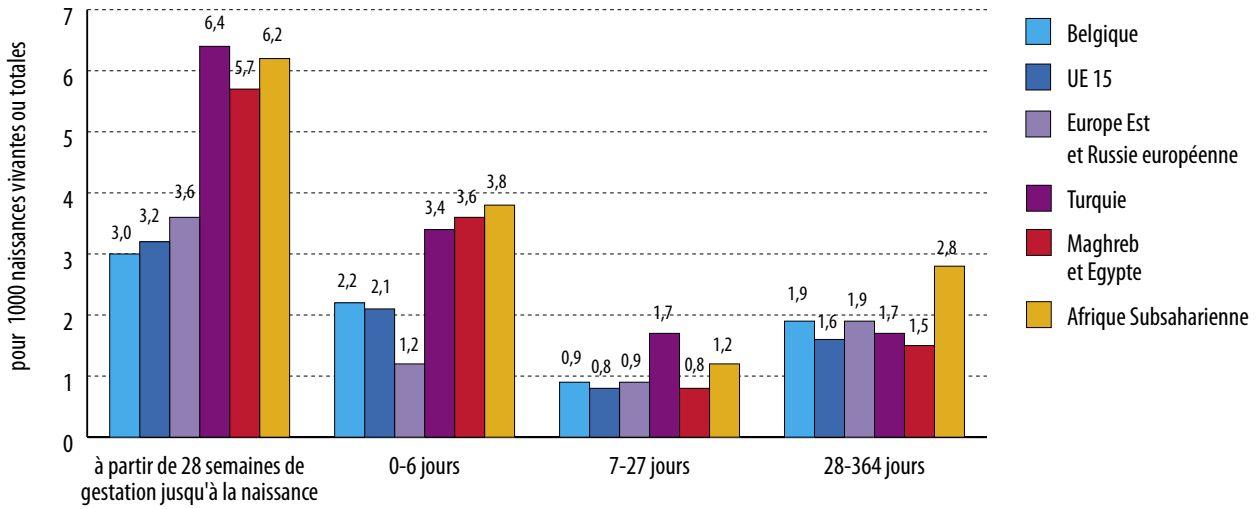
Mortalité fœto-infantile

Les bébés de mère turque, d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb ont un risque de décéder nettement supérieur en période périnatale (figure 31). En ce qui concerne la période néonatale tardive et postnéonatale, les différences sont moins marquées, mais on observe tout de même une surmortalité néonatale tardive chez les bébés de mère turque, et une surmortalité postnéonatale chez les bébés de mère d'Afrique sub-saharienne.

La déclaration des mort-nés est obligatoire à partir de 22 semaines de gestation. En pratique, la déclaration des décès très précoces peut cependant varier selon le contexte familial, social et culturel. En ce qui concerne la mortinatalité, les différences de risque entre nationalités subsistent si on restreint l'analyse aux mort-nés à partir de 28 semaines de gestation. Ceci indique que les différences de taux de mortalité ne sont pas liées à un sur- ou un sous-enregistrement des décès fœtaux précoces dans certains groupes de nationalités.

Notons que cette observation n'est pas nouvelle dans le cadre de la Belgique (58) et qu'on a aussi observé un excès de mortalité périnatale chez les Pakistanais en Angleterre, les Africains et les Marocains aux Pays-Bas, et chez les Africains (Afrique subsaharienne) en Suède et en Norvège (55;59;60).

Figure 31 Mortalité fœtale, néonatale précoce, néonatale tardive, et postnéonatale selon la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Nous avons également examiné si les inégalités de mortalité périnatale selon la nationalité pouvaient s'expliquer par une composition différente de la population en termes d'âge ou de fréquence de grossesses multiples. Ce n'est pas le cas (tableau 11), puisque l'excès de mortalité périnatale pour les bébés de mère turque, marocaine et d'Afrique Sub-saharienne persiste après exclusion des naissances multiples et ajustement pour l'âge de la mère.

On note qu'après ajustement, le risque de mortalité périnatale est significativement plus faible pour les enfants dont la mère provient d'Europe de l'Est. Parmi les hypothèses qui peuvent être évoquées pour expliquer ce résultat, il y a sans doute le fait qu'une partie des mères originaires de ces pays (principalement de nationalité polonaise) retournent accoucher dans le pays d'origine pour des raisons financières ou familiales et qu'il s'agit peut-être des femmes les plus à risque et d'autre part un phénomène de sélection de type «migrant sain», c'est-à-dire que les femmes qui choisissent de venir travailler en Belgique sont au départ en meilleure santé.

Tableau 11 Mortalité périnatale pour les naissances singletons selon la nationalité de la mère, odds ratios bruts et ajustés, Bruxelles, 1998-2004 (n=95 511)

Nationalité maternelle	Mortalité périnatale*		
	Odds ratio brut*	Odds ratio ajusté pour l'âge	OR* ajusté pour l'âge et le nombre de personnes avec un revenu du travail dans le ménage
Belgique	1,00	1,00	1,00
UE (15)	1,01 (0,78-1,30)	0,99 (0,77-1,28)	0,96 (0,72-1,27)
Europe de l'Est	0,97 (0,67-1,40)	0,97 (0,67-1,40)	0,52 (0,32-0,85)
Turquie	1,75 (1,23-2,50)	1,71 (1,19-2,45)	1,60 (1,10-2,31)
Maghreb et Egypte	1,77 (1,44-2,16)	1,71 (1,39-2,10)	1,58 (1,27-1,97)
Afrique subsaharienne	1,83 (1,38-2,43)	1,82 (1,37-2,41)	1,20 (0,85-1,68)

*5 230 nouveau-nés dont la mère a une nationalité autre que celles précisées dans ce tableau ont été exclus de cette analyse (il s'agit d'un mélange de nationalités très diverses et moins représentées à Bruxelles, telles que les mères d'Asie, d'Amérique du Nord et du Sud, et d'Australie). Les naissances multiples ont été exclues de cette analyse également.

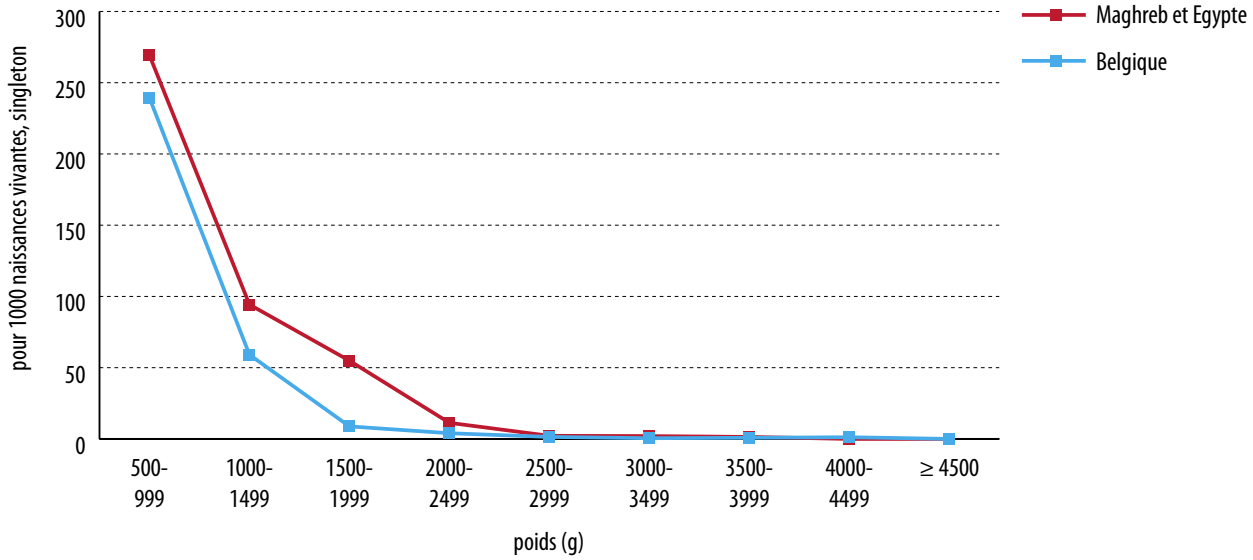
Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

La surmortalité périnatale observée pour les enfants de mère turque, maghrébine et d'Afrique subsaharienne ne peut cependant s'expliquer par des mécanismes similaires.

Les bébés de mère d'Afrique subsaharienne conservent, après ajustement pour l'âge maternel, un excès de mortalité périnatale (mort-nés et décès au cours de la première semaine de vie) de 80 %. Cette surmortalité est en partie liée à des facteurs socio-économiques. En effet, comme le montre le tableau 11, l'ajustement pour le nombre de revenus du travail dans le ménage entraîne une réduction de l'odds ratio de la mortalité périnatale pour les bébés africains et l'excès de risque n'est plus statistiquement significatif. Cette surmortalité peut être mise en parallèle avec l'excès de petit poids de naissance et de prématurité parmi ces enfants.

Les bébés de mère marocaine ou turque présentent une surmortalité de 70 % environ par rapport aux Belges et cet excès de mortalité reste significatif après ajustement pour le nombre de revenus du travail, ce qui signifie que cette variable socio-économique ne l'explique pas. Cette surmortalité est paradoxale au vu de leur faible taux de prématurité. On constate d'ailleurs que leur taux de mortalité néonatale précoce est supérieur à celui des Belges, à poids de naissance égal (figure 32).

Figure 32 **Mortalité néonatale précoce selon le poids de naissance et la nationalité maternelle, pour 1000 naissances singleton et vivantes, Bruxelles, 1998-2004**

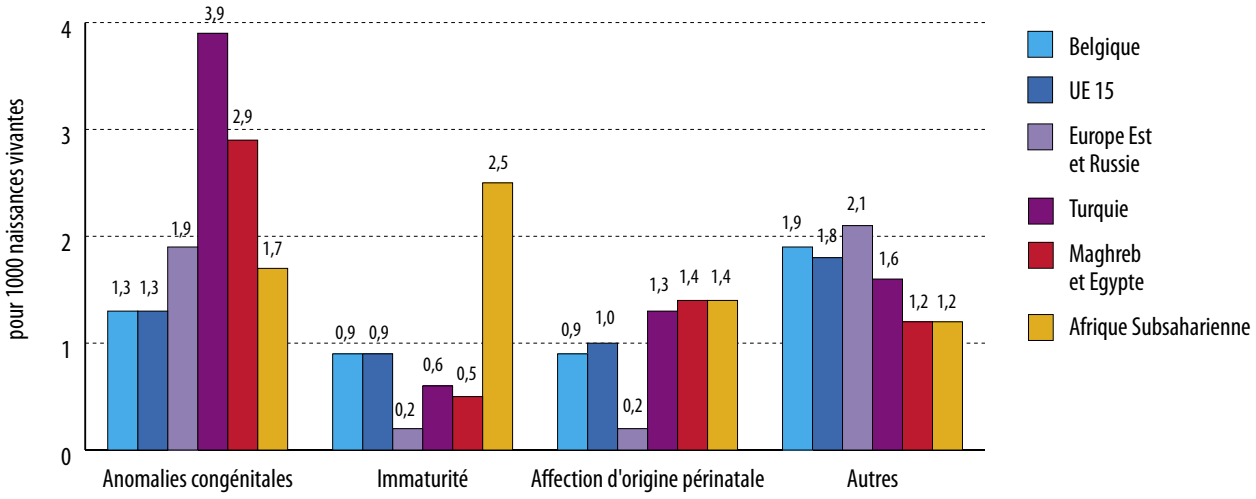


Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Si on analyse les causes de mortalité infantile selon la nationalité de la maman, on constate un excès de mortalité par malformation congénitale chez les Marocains et les Turcs durant la première année de vie (figure 33). On a trouvé le même phénomène chez les populations turques et marocaines aux Pays-Bas ou pakistanaise en Angleterre ou en Norvège (61-63). Ce phénomène pourrait être en partie dû à la consanguinité – en effet, on sait que les mariages consanguins ne sont pas rares dans les communautés turque et marocaine (64;65) – et en partie à la moindre détection prénatale et/ou au moindre recours à l'interruption de grossesse en cas de détection d'une malformation. Des déficiences nutritionnelles comme la carence en acide folique ou un défaut d'immunité contre des virus tératogènes peuvent jouer un rôle également.

Par ailleurs, les décès infantiles liés à la prématurité sont nettement plus fréquents chez les bébés de mère africaine (figure 33). Les décès fœto-infantiles dans lesquels une chorioamnionite est impliquée, que ce soit en tant que cause initiale, intermédiaire ou associée, sont 4 fois plus fréquents chez les bébés de mère africaine que chez ceux de mère belge. Encore une fois, ceci n'est pas un phénomène propre à la Belgique. On observe également en Angleterre que les Africains ont un taux plus élevé de décès par immaturité et infections antepartum (66).

Figure 33 Taux de mortalité infantile par cause, selon la nationalité de la mère à l'accouchement, Bruxelles, 1998-2003 [22]



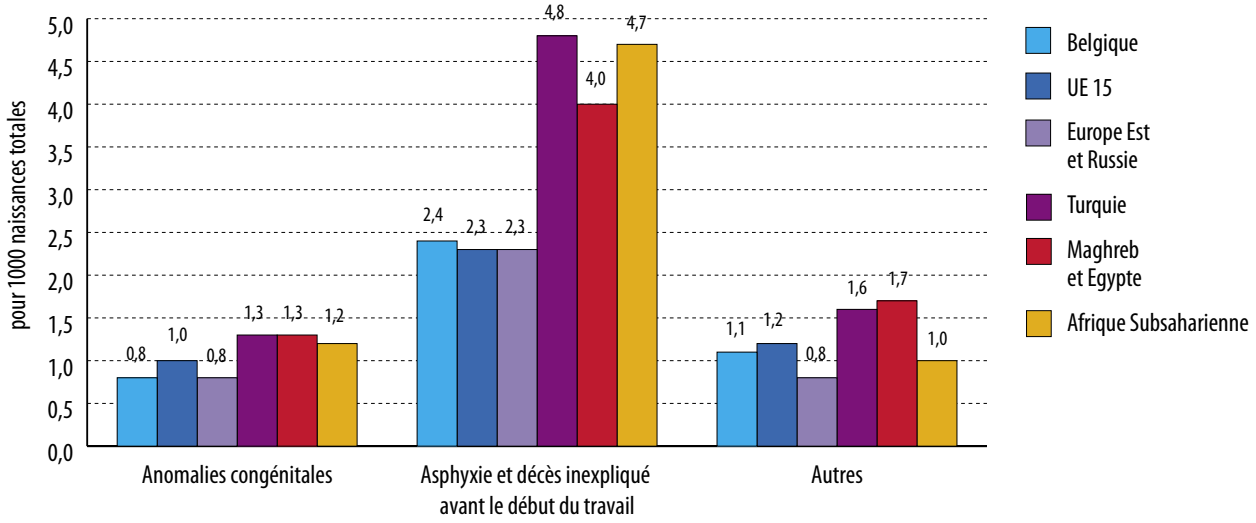
Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

La figure 34 montre que la surmortalité en période périnatale des bébés turcs et marocains n'est pas exclusivement liée aux malformations congénitales. En effet, on voit assez clairement que les décès fœtaux inexpliqués ou par asphyxie sont plus fréquents. Comme il n'y a pas toujours d'autopsie, on ne peut pas exclure que certains de ces décès soient en fait dus à des malformations ou à des infections intra-utérines non diagnostiquées. On constate que les autopsies sont faites ou demandées à peu près deux fois moins souvent pour les Turcs, Marocains et Africains que pour les Belges [36]. Ces décès fœtaux inexpliqués pourraient donc correspondre en partie à des retards de croissance intra-utérins (RCIU) non détectés (cause placentaire, qualité des soins), à des malformations ou à des infections.

En ce qui concerne la surmortalité périnatale des Marocains et des Turcs, il se pourrait aussi que des interactions moins faciles avec les services médicaux, ayant des implications en termes de qualité des soins jouent un rôle.

36 *Pour l'ensemble des décès fœtaux une autopsie a été réalisée ou est prévue dans 45 % des cas. Cette proportion est de 50 % pour les Belges, 26 % pour les Turcs, 27 % pour les Marocains et 29 % pour les Africains.*

Figure 34 Mortalité fœtale par cause selon la nationalité maternelle à l'accouchement, Bruxelles, 1998-2003 [22]



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

4.3.4. Nationalité actuelle et d'origine de la mère et santé périnatale

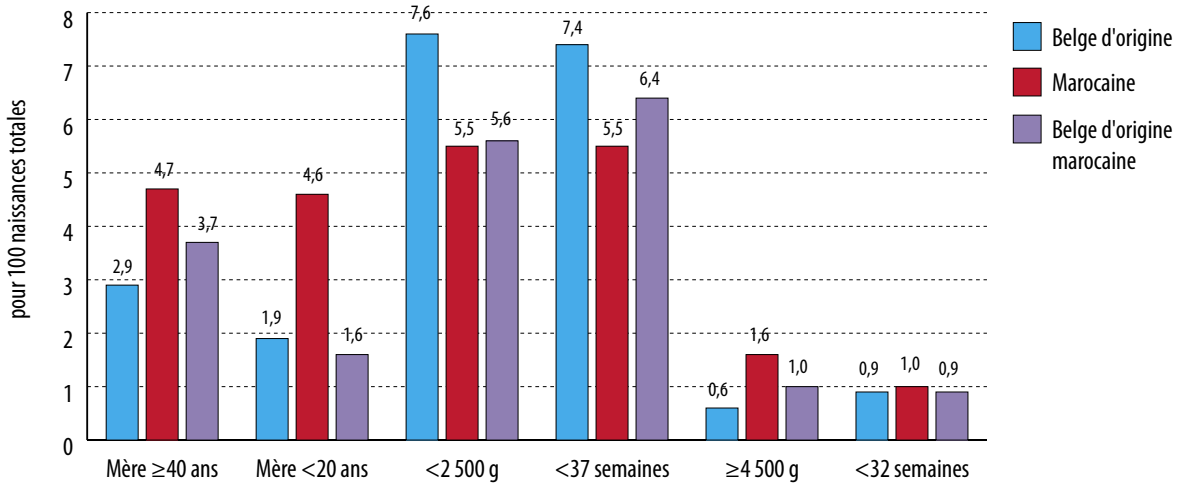
Les bulletins statistiques de naissances permettent d'analyser non seulement la nationalité actuelle mais aussi la nationalité d'origine des parents. Les résultats présentés ci-dessous ne concernent que la communauté marocaine.

En 2001, 60 % de la population bruxelloise d'origine marocaine possédait la nationalité belge. Cette proportion diminue avec l'âge (67).

On retrouve une proportion plus élevée de mères âgées ou très jeunes parmi les mères qui ont la nationalité marocaine, tandis que les mères belges d'origine marocaine se différencient peu des mères belges d'origine du point de vue de l'âge (p=0,001) (figure 35).

En ce qui concerne la fréquence de petits poids de naissance et de prématurité, on constate que les mères d'origine marocaine présentent des risques moindres qu'elles soient ou non naturalisées belges (p<0,001). Ce constat ne s'applique cependant pas à la grande prématurité et au très petit poids de naissance (figure 36).

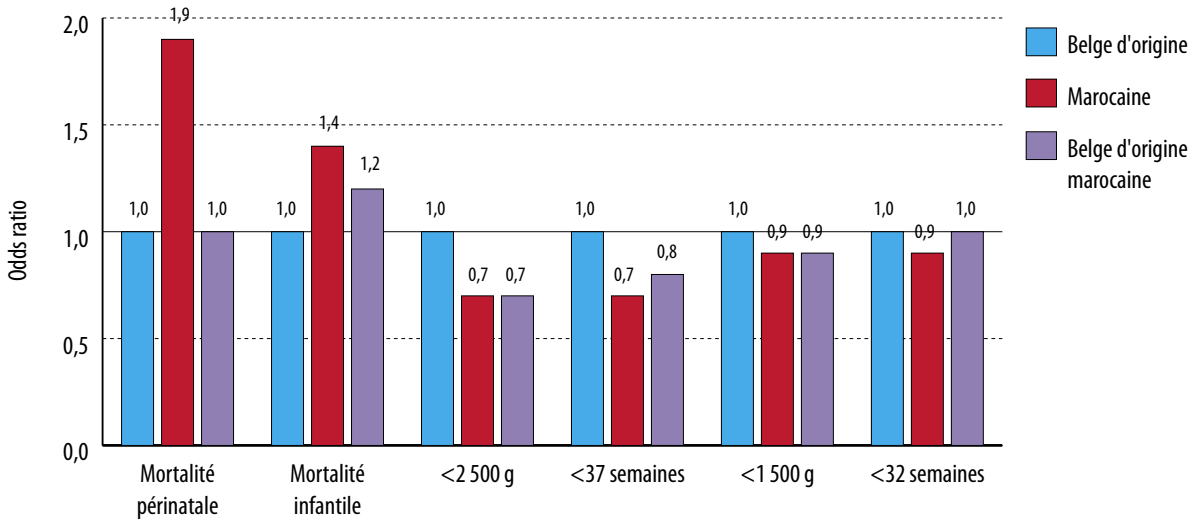
Figure 35 Indicateurs périnataux selon la nationalité actuelle et d'origine de la mère, Bruxelles, 1998-2004



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Les enfants de mères de nationalité marocaine présentent un excès de mortalité périnatale par rapport aux mères belges tandis qu'on n'observe pas de différences entre les mères belges d'origine marocaine et les mères belges d'origine. Les enfants de mères de nationalité marocaine présentent également un excès de mortalité infantile par rapport aux mères belges (p=0,04). La différence de mortalité infantile entre les bébés de mères belges d'origine marocaine et les belges d'origine belge n'est pas statistiquement significative.

Figure 36 **Association entre nationalité et indicateurs de santé périnatale et infantile, odds ratio ajustés pour l'âge, Bruxelles, 1998-2004**



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Les différences de mortalité observées entre les mamans d'origine marocaine naturalisées belges et celles qui ont toujours la nationalité marocaine s'expliquent très probablement par de multiples facteurs. En effet, le profil socio-économique et démographique, les trajectoires d'immigration (2ème génération de migrants, regroupement familial, …), les modes d'utilisation des services de santé ou les contextes culturels des deux groupes de femmes sont probablement différents. Des analyses plus approfondies devraient permettre de mieux comprendre les résultats observés.

5. CONCLUSIONS

La santé et le bien-être des jeunes enfants doit être une priorité en Région bruxelloise. Non seulement parce que leur nombre ne cesse d'augmenter grâce au taux de natalité élevé de la région (on compte 3 784 naissances en plus en 2006 qu'en 1998), mais surtout parce que cette période de la vie conditionne la santé future et le développement global des enfants. La période périnatale est une période délicate tant pour les mères que pour les enfants, et doit donc bénéficier d'une attention toute particulière.

Comme dans les autres régions industrialisées, l'âge des mères augmente. Cette évolution a un impact sur la santé périnatale et participe à l'augmentation des taux de prématurité et de grossesses multiples.

Les résultats présentés dans ce rapport montrent que certaines politiques ont un impact positif sur la santé des jeunes enfants. Les efforts de prévention ont permis une diminution importante de la mort subite du nourrisson qui n'est plus la première cause de mortalité infantile. La mortalité périnatale diminue progressivement grâce à l'évolution de la qualité des soins. Malgré une population à risque importante, la qualité des soins périnataux en Région bruxelloise explique probablement les taux de mortalité périnatale relativement bons par rapport aux autres pays européens. On note aussi l'impact de la nouvelle législation concernant la procréation médicalement assistée sur la fréquence des grossesses multiples.

D'autres résultats sont préoccupants. Une partie importante et croissante des nouveau-nés bruxellois vivent dans une situation sociale précaire et les inégalités sociales sont très marquées. A Bruxelles, un enfant né dans une famille sans revenu du travail déclaré a deux fois plus de risque de décéder en période périnatale et trois fois plus de risque de décéder en période postnéonatale qu'un enfant né dans une famille avec deux revenus. Ces inégalités concernent toutes les causes de décès mais sont particulièrement importantes pour la mort subite du nourrisson. La proportion élevée d'enfants en situation sociale précaire explique la position relativement défavorable de la mortalité infantile à Bruxelles par rapport à la Flandre et à d'autres pays européens.

On observe aussi à Bruxelles, comme dans d'autres pays, des inégalités marquées selon la nationalité de la mère. Ainsi les risques de prématurité et de mortalité périnatale sont significativement augmentés pour les enfants de mères d'Afrique Sub-saharienne. Les enfants de mères turques et du Maghreb présentent également un risque de décès périnatal significativement plus élevé malgré un risque moindre de prématurité et de petit poids de naissance.

Les résultats présentés dans ce dossier démontrent l'intérêt d'un monitoring régulier de la santé périnatale via l'analyse des bulletins statistiques de naissances et décès. Ceci n'est possible que grâce à la participation de nombreux professionnels dans les maternités et dans les services d'état civil des communes. La mise sur pied d'un Centre d'Epidémiologie périnatale pour la Région bruxelloise et la Communauté française, à l'instar du Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie en Flandre, devrait permettre à l'avenir d'encore améliorer la qualité des données, de recueillir des informations plus précises sur certains aspects et de réaliser des rétro informations vers les maternités pour une auto-évaluation des pratiques.

De nombreuses informations sont encore actuellement non disponibles telles que des données concernant le devenir à moyen et long terme des enfants très prématurés ou l'enregistrement des anomalies congénitales.

Pour améliorer la santé de ses jeunes enfants, la Région bruxelloise doit relever plusieurs défis : maintenir un niveau élevé de services périnataux et en garantir l'accessibilité à toute la population quelque soit sa situation sociale, sa culture ou son statut de résidence, investir dans l'accompagnement des futures mamans et des jeunes enfants et développer un environnement et des conditions favorables à l'épanouissement de tous les petits Bruxellois.

6. RÉFÉRENCES

1. Deguerry M, De Spiegelaere M, Haelterman E, Logghe P, Wauters I. Tableau de bord de la santé, Région de Bruxelles-Capitale 2004. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune. 2004.
2. Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse. Indicateurs statistiques de la Région de Bruxelles-Capitale - Edition 2006. 2006.
3. Observatoire de la Santé et du Social. Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006. Commission communautaire commune. 2006.
4. Deboosere P, Lesthaeghe R, Surkyn J. Evolutie van de nationale, regionale en gemeentelijke vruchtbaarheidsniveaus in België, 1989-1999. Steunpunt Demografie - VUB - Vakgroep Bevolkingswetenschappen - Universiteit Gent. Working Paper 2000-7. 2000.
5. Lorenz J. Management decisions in extremely premature infants. Seminars in Neonatology 8, 475-482. 2003.
6. Vanhaesebrouck P, Allegaert K, Bottu J, Debauche C, Devlieger H, Docx M, Francois A, Haumont D, Lombet J, Rigo J, Smets K, Vanherreweghe I, Van Overmeire B, Van Reempts P. The EPIBEL study: outcomes to discharge from hospital for extremely preterm infants in Belgium. Pediatrics. 2004; 114(3): 663-675.
7. Cloots H. Foeto-infantiele sterftecijfers. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. 2007.
8. Masuy-Stroobant G. Santé et mortalité infantile en Europe, victoires d'hier et enjeux de demain. In: Masuy-Stroobant G, Gourbin C, Buekens P, editors. Santé et mortalité des enfants en Europe, inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui. Louvain-La-Neuve : Academia-Bruylant. L'Harmattan ; 1996.
9. Masuy-Stroobant G. Les déterminants de la mortalité infantile. La Belgique d'hier et d'aujourd'hui. 1983.
10. Hatton F, Bouvier-Colle MH, Blondel B, Pequignot F, Letoullec A. Evolution de la mortalité infantile en France : fréquence et causes de 1950 à 1997. Arch Pédiatr. 2000; 7: 489-500.
11. Scioscia M, Vimercati A, Maiorano A, Depalo R, Selvaggi L. A critical analysis on Italian perinatal mortality in a 50-year span. Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol. 2007;130(1): 60-65.
12. Khoshnood B, De Vigan C, Vodovar V, Goujard J, Lhomme A, Bonnet D, Goffinet F. Trends in prenatal diagnosis, pregnancy termination, and perinatal mortality of newborns with congenital heart disease in France, 1983-2000: a population-based evaluation. Pediatrics. 2005; 115(1): 95-101.
13. Gourbin C, Masuy-Stroobant G. Registration of vital data: are live births and stillbirths comparable all over Europe? Bull World Health Org. 1995; 73: 449-460.
14. Masuy-Stroobant G, Gourbin C, Masuy B. Santé et mortalité foeto-infantile en Belgique : Evolution des facteurs de risque au niveau régional de 1980 à 1994. Etudes statistiques (n°107). Institut National de Statistique. 2001.
15. Zeitlin J, Wildman K, Bréart G. Indicators to monitor and evaluate perinatal health in Europe: Results from the PERISTAT project. Eur J Obstet Gynecol. 2003; 111(S1).
16. Tafforeau J, Pirenne Y, De Roubaix J, Binon J, Diament M, Van Oyen H, Drieskens S. Naissances, mortalité périnatale et infantile. Statistiques 1993-1995. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institut Scientifique de la Santé Publique, Communauté française, Direction Générale de la Santé. 2001.

17. Unité UCL-RESO. Mort subite du nourrisson. Quelles nouvelles stratégies pour la prévention de la mort subite du nourrisson? Direction Générale de la Santé, Ministère de la Communauté française. 1999.

18. Cammu H, Martens G, De Coen K, Van Mol C, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2004. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie. 2005.

19. Cammu H, Martens G, Landuyt J, De Coen K, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2006. Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie. 2007.

20. Kramer MS, Platt R, Yang H, Joseph KS, Wen SW, Morin L, Usher RH. Secular trends in preterm birth: a hospital-based cohort study. JAMA. 1998; 280(21): 1849-1854.

21. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand K.J. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. JAMA. 2002; 288(6): 728-737.

22. Kramer MS, Barros FC, Demissie K, Liu S, Kiely J, Joseph KS. Does reducing infant mortality depend on preventing low birthweight? An analysis of temporal trends in the Americas. Paediatr.Perinat.Epidemiol. 2005; 19(6): 445-451.

23. Barros FC, Velez M del P. Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes. Obstet.Gynecol. 2006; 107(5): 1035-1041.

24. Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. J.Matern.Fetal Neonatal Med. 2006; 19(12): 773-782.

25. McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. N Engl J Med. 1985; 312: 82-90.

26. Pharoah PO, Stevenson CJ, Cooke RW, Stevenson RC. Clinical and subclinical deficits at 8 years in a geographically defined cohort of low birthweight infants. Arch Dis Child. 1994; 70: 264-270.

27. Kramer MS. The Epidemiology of adverse pregancy outcomes: an overview. J Nutr. 2003; 133: 1592S-1596S.

28. Gourbin C, Masuy-Stroobant G. Registration of vital data: are live births and stillbirths comparable all over Europe? Bull World Health Org. 1995; 73: 449-460.

29. Pison G, Couvert N. La fréquence des accouchements gémellaires en France. La triple influence de la biologie, de la médecine et des comportements familiaux. Population. 2004 ; 59ème année(6): 877-907.

30. Pison G. Près de la moitié des jumeaux naissent en Afrique. Population et Société. 2000; (360): 1-4.

31. Salame Y, Englert Y, Emiliani S, Revelard P, Delbaere A, Devreker F. Le transfert d'un embryon unique : impact de la nouvelle loi belge sur les résultats du Centre de fécondation in vitro (FIV) de l'Hôpital Erasme. Rev Med Brux. 2007; (28): 73-81.

32. Canadian Perinatal Health System. Health Canada. Canadian Perinatal Health Report, 2003. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada. 2003.

33. Zeitlin J, Wildman K, Bréart G. Indicators to monitor and evaluate perinatal health in Europe: Results from the PERISTAT project. Eur J Obstet Gynecol. 2003; 111(S1).

34. Zeitlin J, Wildman K, Breart G, Alexander S, Barros H, Blondel B, Buitendijk S, Gissler M, Macfarlane A. PERISTAT: indicators for monitoring and evaluating perinatal health in Europe. European Journal of Public Health. 2003; 13(3 Suppl): 29-37.

35. De Wals P, Tairou F, Van Allen MI, et al. Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada. N.Engl.J.Med. 2007; 357(2): 135-142.

36. Kennare R, Tucker G, Heard A, Chan A. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. Obstet.Gynecol. 2007; 109(2 Pt 1): 270-276.

37. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. Am.J.Obstet.Gynecol. 1997; 177(5): 1071-1078.

38. Taylor LK, Simpson JM, Roberts CL, Olive EC, Henderson-Smart DJ. Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. Med.J.Aust. 2005; 183(10): 515-519.

39. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Birth after previous caesarean birth. Green-top Guidelines (N°45). 2007.

40. Direction Etudes et Stratégies de l'ONE. Rapport de la Banque de données médico-sociales 2005-2006. Dossier spécial : la prématurité. ONE, Office de la naissance et de l'enfance. 2007.

41. Office for National Statistics. Birth statistics. Review of the Registrar General on births and patterns of family building in England and Wales, 2001 - Series FM1 n°30 (Revised). 2007.

42. Vilain A, de Peretti Ch, Herbet JB, Blondel B. La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques France. Etudes et Résultats. 2005; (383).

43. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The perinatal effects of delayed childbearing. Obstet.Gynecol. 2005;105(6): 1410-1418.

44. Montan S. Increased risk in the elderly parturient. Curr.Opin.Obstet.Gynecol. 2007; 19(2):110-112.

45. Masuy-Stroobant G. Adolescentes et mères : les statistiques d'état civil 1965-1997. In: Adolescentes : sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. Ministère de la Communauté française, Bruxelles, 2006: 9-17.

46. Roesems T, Perdaens A., De Spiegelaere M. 9ème rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune. 2004.

47. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Baromètre social 2007. Commission communautaire commune. 2007.

48. Guildea ZE, Fone DL, Dunstan FD, Sibert JR, Cartlidge PH. Social deprivation and the causes of stillbirth and infant mortality. Arch.Dis.Child. 2001; 84(4): 307-310.

49. Blakely T, Atkinson J, Kiro C, Blaiklock A, D'Souza A. Child mortality, socioeconomic position, and one-parent families: independent associations and variation by age and cause of death. Int.J.Epidemiol. 2003; 32(3): 410-418.

50. Fleming PJ, Blair PS, Ward Platt M, Tripp J, Smith IJ. Sudden infant death syndrome and social deprivation: assessing epidemiological factors after post-matching for deprivation. Paediatr.Perinat.Epidemiol. 2003; 17(3): 272-280.

51. Buekens P, Masuy-Stroobant G, Delvaux T. High Birthweights among Infants of North African Immigrants in Belgium. American Journal of Public Health. 1998; 88(5): 808-811.

52. Delvaux T, Buekens P, Thoumsin H, Dramaix M, Collette J. Cord C-peptide and insulin-like growth factor-I, birth weight, and placenta weight among North African and Belgian neonates. Am.J.Obstet.Gynecol. 2003; 189(6): 1779-1784.

53. Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, Cotch MF, Edelman R, Pastorek JG, Rao AV. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. N.Engl.J.Med. 1995; 333(26): 1737-1742.

54. Steer P. The epidemiology of preterm labour. BJOG. 2005; 112 Suppl 1.

55. Schulpen TW, van Steenbergen JE, van Driel HF. Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands. Arch.Dis.Child. 2001; 84(3): 222-226.

56. Knuist M, Bonsel GJ, Zondervan HA, Treffers PE. Risk factors for preeclampsia in nulliparous women in distinct ethnic groups: a prospective cohort study. Obstet. Gynecol. 1998; 92(2): 174-178.

57. Haelterman E, Qvist R, Barlow P, Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe pre-eclampsia. Obstetrics and Gynecology. 2003; 11: 25-32.

58. Buekens P, Delvaux T, Godin I, Masuy-Stroobant G, Alexander S. Perinatal outcomes of North-African immigrants in Belgium. In: Ugalde & G.Cardenas, editor. Health & social services among international labor migrants. Austin, Texas: CMAS Books. University of Texas Press, 1997: 39-49.

59. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Social Science & Medicine. 1995; 41(6): 819-828.

60. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen RE, Sundby J, Stray-Pedersen B. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. Acta Obstet.Gynecol.Scand. 2002; 81(4): 317-322.

61. Anthony S, Kateman H, Brand R, den Ouden AL, Dorrepaal CA, van der Pal-de Bruin KM, Buitendijk SE. Ethnic differences in congenital malformations in the Netherlands: analyses of a 5-year birth cohort. Paediatr.Perinat.Epidemiol. 2005; 19(2): 135-144.

62. Collingwood Bakeo A. Investigating variations in infant mortality in England and Wales by mother's country of birth, 1983-2001. Paediatr.Perinat.Epidemiol. 2006; 20(2): 127-139.

63. Stoltenberg C, Magnus P, Lie RT, Daltveit AK, Irgens LM. Birth defects and parental consanguinity in Norway. Am.J.Epidemiol. 1997; 145(5): 439-448.

64. Schulpen TW, van Wieringen JC, van Brummen PJ, van Riel JM, Beemer FA, Westers P, Huber J. Infant mortality, ethnicity, and genetically determined disorders in The Netherlands. Eur.J.Public Health. 2006;16(3): 291-294.

65. Demirel S, Kaplanoglu N, Acar A, Bodur S, Paydak F. The frequency of consanguinity in Konya, Turkey, and its medical effects. Genet.Couns. 1997; 8(4): 295-301.

66. Lyon AJ, Clarkson P, Jeffrey I, West GA. Effect of ethnic origin of mother on fetal outcome. Arch.Dis.Child Fetal Neonatal Ed. 1994; 70(1): F40-F43.

67. Willaert D, Deboosere P. Atlas des quartiers de la population de la Région de Bruxelles-Capitale au début du 21ème siècle. Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse, Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale. 2005.

7. ANNEXES

Modèle I 0102040111 3868967 16

3868967

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.

01 Modèle I 0102040211 3868967 19

3868967

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

02 Modèle I 0102040311 3868967 22

VOLET C

NAISSANCE D'UN ENFANT NE VIVANT

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

1. Naissances précédentes

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

2. Durée probable de la grossesse en semaines

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

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

4. Transfert in utero

- oui
- non

5. Présentation de l'enfant avant la naissance

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

6. Accouchement

6.1 Induction avant le début du travail

- oui
- non

6.2 Accouchement avec assistance

- oui
- non

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

***Si non**, passez immédiatement au point 7*

6.3 Type d'assistance (maximum 3)

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

6.4 Etat de la mère justifiant ce type d'accouchement

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

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

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

7. Etat de l'enfant à la naissance

7.1 Traumatisme obstétrical

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

7.2 Détresse respiratoire

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

7.3 Etat infectieux

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

7.4 Anomalies congénitales

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

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

(suite au verso)

03 Modèle I 0102040312 3868967 23

3868967

VOLET C *(suite)*

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

9. Indice d'Apgar à:

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

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

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

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

Identification du médecin ou de l'accoucheuse

• No. INAMI .....

• date (JJMMAAAA) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

nom, prénom
signature
cachet

04 **Modèle I** 0102040411 3868967 25

3868967

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)

0102040511 3066669 17

3066669

Modèle III D

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

Obstacle à la pratique éventuelle
des opérations suivantes:
• crémation (4) ☐ oui ☐ non
• soins de conservation (5) ☐ oui ☐ non
• transport avant la mise en bière (6) ☐ 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, peste, fièvre hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. du 16 mai 1963 -; art. 69.4, art. 69.7 et art. 3).
(4) 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.
(5) - cfr (2) et (3);
- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.
(6) cfr (2) et (3).

Modèle III D 0102040611 3066669 20

3066669

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

0102040711 3066669 23

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 3066669 24

3066669

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 0102040811 3066669 26

3066669

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)

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

Les dossiers de l'Observatoire

Ce dossier présente les résultats de l'analyse des bulletins statistiques de naissances et de décès des enfants de moins d'un an résidant en Région bruxelloise, pour la période 1998-2004. Il fait le point sur les principaux indicateurs de santé périnatale et leur évolution au cours des dernières années : les différentes composantes de la mortalité fœto-infantile et les causes de décès, la fréquence de la prématurité, du petit poids de naissance et des naissances multiples et la fréquence des interventions obstétricales. Les associations entre ces différents indicateurs sont analysées. Les caractéristiques socio-démographiques (âge de la mère, statut social du ménage, nationalité de la mère) sont également analysées ainsi que leur impact sur la santé périnatale. Ces résultats sont interprétés et mis en perspective avec les résultats observés dans d'autres régions d'Europe.

www.observatbru.be

Ce document est également disponible en néerlandais

Dit document is ook beschikbaar in het Nederlands onder de titel :
«Perinatale gezondheidsindicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1998-2004»