



*INDICATEURS DE BASE
CONCERNANT LES NAISSANCES*

La très grande majorité des naissances en Communauté française est connue par l'ONE (90 à 95%) grâce aux services de liaison en place dans presque toutes les maternités.

Les données présentées ci-dessous sont issues du document "Avis de naissance" qui est complété à la maternité lors du passage du Travailleur Médico-Social de l'ONE.

En 2001, on observe une augmentation des "Avis de Naissance". Celle-ci est localisée à Bruxelles. Elle peut être expliquée par une croissance des naissances de droit (+6,4% pour la région bruxelloise, d'après les chiffres mouvements de population de l'INS), et de fait, par un meilleur accès des maternités bruxelloises ainsi que par un meilleur retour des "Avis de Naissance" vers la Banque de Données Médico-Sociales.

Tableau 1.1

	Année de naissance					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total des fiches "Avis de Naissance" (Données BDMS ONE, "Avis de Naissance")	43589	43252	44031	44604	47867 ²	45759 ²
Total des naissances déclarées à l'Etat Civil (INS) ¹	47912	47844	48155	49520	49848	49929 ³

1 Naissances enregistrées à l'Etat Civil pour la Région bruxelloise et pour la Région wallonne, en tenant compte de 80% des naissances à Bruxelles et en excluant les naissances germanophones de Liège (d'après la convention habituellement utilisée par les chercheurs pour obtenir les naissances en Communauté française).

2 Germanophones, Résidents en Flandre et Résidents à l'étranger exclus

3 Chiffre provisoire



Pour le type de présentation de l'enfant lors de l'accouchement et le mode d'accouchement, le dénominateur est constitué des naissances totales (enfants mort-nés et enfants né-vivants).

Pour le poids de naissance, la prématurité et les scores d'Apgar, le dénominateur est constitué des naissances vivantes uniquement.

MORTINATALITÉ - Tableau 1.2

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Enfants mort-nés	N	184	219	178	186	193	187
	%	4,2	5,1	4,0	4,2	4,1	4,1
Enfants né-vivants	N	43405	43033	43853	44418	47674	45572
	%	995,8	994,9	996,0	995,8	995,9	995,9
Total N		43589	43252	44031	44604	47867	45759
	%	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
Inconnues exclues	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

De 1997 à 2002, le taux de mortinatalité (proportion d'enfants mort-nés dans le total des "Avis de Naissance") varie entre 4,0‰ et 5,1‰. Ce qui correspond probablement à un taux légèrement inférieur à la réalité. En effet, la fiche "Avis de naissance" est un document de liaison entre la maternité et les TMS de terrain qui, comme son nom l'indique, sert à donner les informations nécessaires concernant l'enfant au TMS qui le suivra. Dès lors, il faudrait adapter la fiche si on souhaite connaître le taux de mortalité avec plus de précision.

TYPE DE PRÉSENTATION DE L'ENFANT LORS DE L'ACCOUCHEMENT - Tableau 1.3

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Céphalique	N	39925	39638	39528	39638	43576	41689
	%	94,6	94,5	94,4	94,4	94,5	94,2
Siège	N	2015	2035	2091	2136	2306	2333
	%	4,8	4,9	5,0	5,1	5,0	5,3
Transversale	N	237	232	232	218	238	226
	%	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
Total	N	42177	41905	41851	41992	46120	44248
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	3,2	3,1	5,0	5,9	3,6	3,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

MODE D'ACCOUCHEMENT - Tableau 1.4

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Spontanée	N	30036	29688	29660	29453	32408	30982
	%	72,3	71,9	71,9	71,0	71,5	71,3
Ventouse	N	3405	3248	3123	3072	3235	2944
	%	8,2	7,9	7,6	7,4	7,1	6,8
Forceps	N	1777	1809	1736	1608	1653	1486
	%	4,3	4,4	4,2	3,9	3,7	3,4
Césarienne	N	6220	6498	6677	7303	8004	7986
	%	15,0	15,6	16,1	17,6	17,6	18,4
Manœuvre sur siège	N	93	65	66	49	54	32
	%	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Total	N	41531	41308	41262	41485	45354	43430
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	4,7	4,5	6,3	7,0	5,2	5,1

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

Le recours à la ventouse et au forceps continue à baisser légèrement. Les données de la BDMS montrent que la tendance à l'augmentation du nombre de césariennes continue.

Dans les années 1950, moins de 1% des enfants naissaient par césarienne. Actuellement les taux en Belgique se situent entre 15 et 20%.

Cette augmentation permanente est l'objet de débats virulents et émotionnels, souvent au détriment d'une approche rationnelle et scientifique. Les partisans de la césarienne considèrent qu'il s'agit d'un progrès réel qui assurera un nombre toujours moindre de drames obstétricaux. Certaines observations semblent leur donner raison : les accouchements par siège présentent moins de complications lorsqu'elles se font par césarienne, les utérus cicatriciels sont moins souvent générateurs d'asphyxie lorsque la naissance suivante est par césarienne, l'encéphalopathie hypoxique ischémique est moins fréquente lorsque l'accouchement suivant est par césarienne, et même les jumeaux bénéficieraient d'une césarienne systématique. En outre, certains gynécologues considèrent que les complications de type incontinence urinaire et fécale

pourraient être prévenues en évitant l'accouchement par voie basse. Dans ce contexte, faut-il s'étonner que 17% des césariennes en Ecosse se fassent uniquement sur " demande parentale " et sans qu'il n'y ait la moindre anomalie à redouter. Certains vont jusqu'à prévoir la disparition des accouchements par voie basse et certaines maternités privées en Amérique Latine ont des taux de césarienne supérieurs à 90%. Les partisans du frein à l'épidémie de césarienne, arguent que la plupart des accidents cités plus haut, dans les accouchements des sièges, utérus cicatriciels etc. sont liés à des erreurs de prise en charge, et qu'il faut ré-enseigner l'obstétrique. Ils pensent aussi que l'innocuité des césariennes à tout va, n'a pas été bien démontré, et qu'au contraire, il y a actuellement des arguments sérieux pour dire que la solution n'est pas la césarienne universelle. Parmi ces arguments on note dans les césariennes une augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelle, ainsi qu'une augmentation des détresses respiratoires et de l'asthme chez les enfants. Actuellement, il paraît difficile, tant les opinions sont tranchées, de conseiller une autre attitude que l'observation du phénomène, avec une bonne collecte de données pour étayer une vision ou l'autre.

POIDS DE NAISSANCE

Le poids de naissance permet de définir la croissance fœtale¹. Il dépend de la durée de gestation et des facteurs (intrinsèques au fœtus, à la mère, placentaires et pathologiques) qui régissent la croissance in utero.

Les déterminants du poids à la naissance peuvent être biomédicaux ou socio-économiques. Les poids inférieurs à 1500g ont une étiologie plutôt biomédicale (pré-éclampsie, diabète, lupus, etc.) tandis que ceux entre 1500g et 2500g sont plutôt associés à des déterminants socio-économiques.

De manière générale, les enfants qui présentent un poids inférieur à 2500g sont exposés à un risque de morbidité et de mortalité plus important que ceux qui présentent un poids supérieur à 2500g.

Tableau 1.5

		Année de naissance					
		1997	1998	1999*	2000	2001	2002
Moins de 500 g	N			6	9	3	10
	%			0,0	0,0	0,0	0,0
De 500 à 999 g	N	107	120	120	112	123	112
	%	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
De 1000 à 1499 g	N	262	281	270	285	293	277
	%	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
De 1500 à 1999 g	N	615	649	610	630	718	679
	%	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5
De 2000 à 2499 g	N	2347	2284	2358	2420	2632	2478
	%	5,4	5,3	5,4	5,5	5,5	5,5
De 2500 à 2999 g	N	9162	9357	9642	9671	10312	9722
	%	21,3	21,8	22,0	21,9	21,6	21,4
De 3000 à 3499 g	N	17483	17533	17839	17853	19230	18473
	%	40,6	40,8	40,9	40,3	40,4	40,6
De 3500 à 3999 g	N	10630	10339	10377	10754	11559	11019
	%	24,7	24,1	23,7	24,3	24,3	24,3
De 4000 à 4499 g	N	2260	2189	2245	2297	2404	2394
	%	5,2	5,1	5,1	5,2	5,0	5,3
4500 g et plus	N	240	208	264	242	391	263
	%	0,6	0,4	0,6	0,5	0,8	0,6
Total	N	43106	42960	43731	44273	47665	45427
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	0,7	0,2	0,3	0,3	0,0	0,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

*Le programme d'encodage prévoit des poids de naissance inférieurs à 500g depuis 1999

1) INSERM, Grande prématurité: dépistage et prévention du risque, Paris, 1997.

PETITS POIDS DE NAISSANCE

Un petit poids de naissance est un indicateur important de morbidité et de mortalité infantile.

Tableau 1.6

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Moins de 1500g	N	369	401	396	406	419	399
	%	0,8	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
De 1500g à 2499g	N	2962	2933	2968	3050	3350	3157
	%	6,9	6,8	6,8	6,9	7,0	6,9
2500g et plus	N	39775	39626	40367	40817	43896	42014
	%	92,3	92,2	92,3	92,2	92,1	92,2
Total	N	43106	42960	43731	44273	47665	45427
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	0,7	0,2	0,3	0,3	0,0	0,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

PRÉMATURITÉ

Une naissance prématurée se définit comme une naissance avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée calculée à partir du premier jour des dernières règles.

Les causes de naissances prématurées sont nombreuses et peuvent être intriquées.

Parmi les facteurs favorisant la prématurité², on compte les grossesses multiples, la parité élevée, l'âge de la mère supérieur ou égal à 35 ans, l'appartenance aux catégories professionnelles défavorisées, l'isolement de la mère, un niveau d'études peu élevé, etc.

Dans la BDMS, on retrouve une forte association entre prématurité et grossesse multiple et dans une moindre mesure entre prématurité et parité élevée ainsi qu'avec la situation d'isolement.

Tableau 1.7

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
<37semaines	N	3177	3344	3397	3640	3874	3737
	%	7,5	7,9	7,9	8,4	8,2	8,2
>ou = à 37semaines	N	38976	38728	39420	39456	43640	41812
	%	92,5	92,1	92,1	91,6	91,8	91,8
Total	N	42153	42072	42817	43096	47514	45549
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	2,8	2,1	2,1	2,3	2,2	2,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

2) Voyer, M., Epidémiologie de la prématurité in Le journal des professionnels de l'enfance, 2001, pp. 45-48.

SCORE D'APGAR

Le score d'Apgar permet d'évaluer l'adaptation immédiate à la vie extra-utérine du nouveau-né en salle d'accouchement. Le but de ce contrôle est de s'assurer que le nouveau-né est sain. Il se base sur l'observation de 5 paramètres (la coloration, le rythme cardiaque, le tonus, la respiration, les réflexes). Chaque paramètre est estimé selon une graduation de 0 à 2³. L'addition de ces graduations donne le score d'Apgar. Il est calculé à 1 minute puis à 5 minutes de vie. Un Apgar bas peut-être secondaire à une infection périnatale, une malformation, une souffrance périnatale, etc.

SCORE D'APGAR APRÈS 1 MINUTE DE VIE - Tableau 1.8

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Apgar 0 à 4	N	1493	1217	1315	1429	1432	1297
	%	3,7	3,1	3,2	3,5	3,3	3,1
Apgar 5 à 7	N	4651	4300	4362	4548	4561	4236
	%	11,5	11,0	10,9	11,2	10,5	10,0
Apgar 8 à 10	N	34345	33654	34506	34748	37565	36808
	%	84,8	85,9	85,9	85,3	86,2	86,9
Total	N	40489	39171	40183	40725	43558	42341
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	6,7	9,0	8,3	8,3	8,6	7,1

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

On observe une légère diminution de la proportion d'enfants qui présentent des signes d'asphyxie après une minute de vie.

SCORE D'APGAR APRÈS 5 MINUTES DE VIE - Tableau 1.9

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Apgar de 0 à 6	N	759	560	606	640	690	683
	%	2,0	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7
Apgar de 7 à 10	N	37900	37416	38649	39271	42299	41247
	%	98,0	98,5	98,5	98,4	98,4	98,3
Total	N	38659	37976	39255	39911	42989	41930
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	10,8	11,6	10,4	10,1	9,8	8,0

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

3) Sizonenko, P.C., Précis de pédiatrie, Payot Lausanne, 1996.



DONNÉES CONCERNANT LA MÈRE A L'ACCOUCHEMENT

Par convention, les données suivantes tiennent compte du nombre d'accouchements comme dénominateur. Il s'agit de l'âge de la mère, la situation d'isolement, la gestité, la parité, les grossesses multiples, l'analgésie, l'induction, la durée gestationnelle et l'attitude de la mère concernant la mise au sein à la naissance.

AGE DE LA MÈRE - Tableau 1.10

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
de 12 à 15 ans	N	36	46	47	50	56	65
	%	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
de 16 à 19 ans	N	1548	1618	1656	1757	1812	1650
	%	3,6	3,8	3,9	4,0	3,9	3,7
de 20 à 24 ans	N	8519	8211	8147	8195	8712	8216
	%	20,0	19,4	19,0	18,8	18,6	18,5
de 25 à 29 ans	N	15970	15701	16006	15867	16663	15671
	%	37,4	37,1	37,3	36,5	35,6	35,1
de 30 à 34 ans	N	11534	11490	11630	11820	13024	12626
	%	27,0	27,2	27,1	27,2	27,8	28,3
de 35 à 39 ans	N	4381	4459	4590	4945	5429	5294
	%	10,3	10,5	10,7	11,4	11,7	11,9
de 40 à 60 ans	N	686	775	810	877	1091	1076
	%	1,6	1,9	1,9	2,0	2,3	2,4
Total	N	42674	42300	42886	43511	46787	44598
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

SITUATION D'ISOLEMENT DE LA MÈRE - Tableau 1.11

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
En couple/en famille	N	30807	31309	32723	33253	35176	34099
	%	97,3	97,2	97,3	97,3	96,7	96,6
Isolée/ En maison d'accueil	N	854	894	904	934	1192	1258
	%	2,7	2,8	2,7	2,7	3,3	3,4
Total	N	31661	32203	33627	34187	36374	35303
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	26,2	24,3	22,3	21,9	22,8	21,4

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

On observe une augmentation des mères isolées ou en maison d'accueil les deux dernières années.

GESTITÉ

La gestité est définie comme le nombre de grossesses d'une femme. Une primigeste est une femme enceinte pour la première fois, une 2ème geste pour une seconde fois, une 3ème geste pour la 3ème fois, etc.

Tableau 1.12

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Primigeste	N	15268	15476	15804	16176	17696	16803
	%	37,0	37,4	37,8	37,9	37,7	37,4
2ème geste	N	13060	13002	13014	13304	14705	13856
	%	31,5	31,4	31,1	31,2	31,3	30,8
3ème geste	N	7095	6989	7031	6968	7682	7285
	%	17,1	16,9	16,8	16,3	16,5	16,2
4ème geste et plus	N	5978	5950	5984	6189	6168	6586
	%	14,4	14,3	14,3	14,6	14,5	14,6
Total	N	41401	41417	41833	42637	47061	44933
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	3,4	2,7	3,3	2,6	0,9	0,9

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

PARITÉ

La parité désigne le nombre d'accouchements viables (à partir de 22 semaines de grossesse) qu'a eu une femme. Une nullipare est une femme qui n'a jamais accouché, une "primipare" est une femme qui accouche ou a accouché pour la première fois, une "2ème pare" pour la seconde fois, etc. S'il s'agit de jumeaux ou de triplés, il n'en demeure pas moins que cela reste 1 accouchement.

Tableau 1.13

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Primipare	N	18274	18239	18988	19205	20762	19938
	%	43,3	43,4	44,3	44,3	44,1	44,6
2ème pare	N	13693	13803	13757	14062	15224	14401
	%	32,5	32,8	32,1	32,4	32,3	32,2
3ème pare	N	6494	6299	6390	6289	6861	6377
	%	15,4	15,0	14,9	14,5	14,6	14,3
4ème pare et plus	N	3723	3680	3748	3823	4256	3955
	%	8,8	8,8	8,7	8,8	9,0	8,9
Total	N	42184	42021	42883	43379	47103	44671
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	1,6	1,2	0,9	0,9	0,6	0,7

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

GROSSESSES MULTIPLES - Tableau 1.14

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Grossesses uniques	N	42207	41890	42563	43180	46420	44173
	%	98,4	98,4	98,4	98,6	98,5	98,3
Grossesses gémellaires	N	658	648	696	583	691	743
	%	1,6	1,6	1,6	1,4	1,5	1,7
Grossesses multiples de haut rang*	N	22	22	19	24	21	17
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	N	42887	42560	43278	43787	47132	44933
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

*Dans les grossesses multiples à haut rang, on trouve essentiellement des triplés

Les grossesses multiples sont stables après une augmentation régulière de 1991 à 1995. Ce qui correspond à un meilleur contrôle de la procréation médicalement assistée. Les grossesses gémellaires représentent plus de 95% des grossesses multiples.

ANALGÉSIE

L'analgésie est la suppression ou l'atténuation de la sensibilité à la douleur. L'anesthésie péridurale est actuellement la méthode qui procure la meilleure analgésie obstétricale. Elle permet aux mères qui accouchent par césarienne d'être conscientes lors de la naissance de leur enfant et aux pères d'être présents dans un nombre de plus en plus grand de maternités.

Tableau 1.15

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aucune analgésie	N	11488	10432	10029	9279	10574	9030
	%	28,0	25,4	24,4	22,7	23,4	21,1
Péridurale/rachidurale	N	25162	26809	27460	27530	30854	30541
	%	61,2	65,2	66,8	67,5	68,6	71,2
Narcose	N	1045	936	730	654	613	500
	%	2,5	2,3	1,8	1,6	1,4	1,2
Autre analgésie	N	3406	2914	2915	3342	2954	2780
	%	8,3	7,1	7,0	8,2	6,6	6,5
Total	N	41101	41091	41134	40805	44995	42851
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	4,2	3,5	5,0	6,8	4,5	4,6

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

L'anesthésie péridurale/rachidurale est en augmentation constante. Une bonne partie de ces péridurales est le résultat du choix d'un accouchement sans douleur. L'autre partie est probablement due au nombre de césariennes qui progressent et qui viennent gonfler le nombre de péridurales. L'utilisation de narcotiques continue à baisser.

INDUCTION

Une induction consiste à déclencher un accouchement. L'induction de l'accouchement peut se réaliser par la programmation d'une césarienne, par l'utilisation de prostaglandines, d'ocytocine ou par l'amniotomie (rupture artificielle de la poche des eaux).

Tableau 1.16

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pas d'induction	N	24035	22959	23624	24053	25804	24023
	%	60,5	58,4	59,9	61,0	59,7	57,9
Induction par une autre méthode	N	12859	13216	12605	12001	13547	13598
	%	32,4	33,6	32,0	30,5	31,4	32,7
Césarienne programmée	N	2834	3130	3221	3357	3850	3902
	%	7,1	8,0	8,1	8,5	8,9	9,4
Total	N	39728	39305	39450	39411	43201	41523
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	7,4	7,6	8,8	10,0	8,3	7,6

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

Le pourcentage de césariennes programmées augmente.

DURÉE GESTATIONNELLE

L'âge gestationnel permet de définir la prématurité⁴. C'est un des éléments principaux du devenir à court, moyen et long terme de l'enfant.

La catégorie "de 22 à 27 semaines" est relative à une très grande prématurité, celle de "28 à 33 semaines" à une grande prématurité et celle de "34 à 36 semaines" à une prématurité moyenne.

Tableau 1.17

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
de 22 à 27 semaines	N	94	111	103	110	120	109
	%	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2
de 28 à 33 semaines	N	580	621	615	653	688	704
	%	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6
de 34 à 36 semaines	N	2268	2401	2460	2562	2794	2618
	%	5,4	5,8	5,8	6,0	6,1	6,0
de 37 à 39 semaines	N	22031	22348	22942	23743	25262	24328
	%	53,0	53,7	54,3	55,9	55,0	55,5
de 40 à 42 semaines	N	16665	16112	16125	15406	17033	16080
	%	40,0	38,7	38,2	36,3	37,1	36,7
de 43 à 44 semaines	N	11	8	10	9	6	9
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	N	41649	41601	42255	42483	45903	43848
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	2,8	2,2	2,1	2,3	2,2	2,3

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

4) INSERM, Grande prématurité: dépistage et prévention du risque, Paris, 1997.

La proportion de très grands (22 à 27 semaines) et grands prématurés (28 à 33 semaines) reste stable. La prématurité moyenne (34 à 36 semaines) montre une très légère augmentation tandis que les naissances qui dépassent le terme prévu continuent à diminuer.