

Le suivi prénatal en Belgique en 2002

Une étude de l'Agence Intermutualiste

Juin 2006

Agence Intermutualiste
373, Chaussée St-Pierre
1040 Bruxelles
www.cin-aim.be

Ce rapport a été réalisé par :

| | |
|---------------------|--|
| De Gauquier Kristel | kristel.degauquier@socmut.be |
| Remacle Anne | anne.remacle@mc.be |
| Lucet Catherine | catherine.lucet@mutsoc.be |

Ont également collaboré:

| | |
|-------------|--|
| Raf Mertens | raf.mertens@cm.be |
|-------------|--|

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Introduction..... | 5 |
| II. Méthodologie..... | 6 |
| III. Résultats | 9 |
| <i>III.1. Combien de consultations les femmes enceintes ont-elles pendant leur grossesse?.....</i> | <i>9</i> |
| <i>III.2. Comment se répartissent les consultations entre les différents prestataires?</i> | <i>12</i> |
| <i>III.3. Qui sont les femmes sans consultations prénatales facturées dans les trois premiers mois de grossesse?.....</i> | <i>14</i> |
| III.3.1. Les adolescentes | 15 |
| III.3.2. Les femmes socioéconomiquement défavorisées | 15 |
| III.3.3. Les bruxelloises..... | 16 |
| <i>III.4. De quels tests de biologie clinique les femmes enceintes bénéficient-elles pendant leur grossesse?.....</i> | <i>17</i> |
| III.4.1. Discussion par type d'analyse..... | 17 |
| III.4.1.1. Complet formule | 18 |
| III.4.1.2. Glycémie..... | 19 |
| III.4.1.3. CMV | 19 |
| III.4.1.4. Toxoplasmose | 19 |
| III.4.1.5. Hépatite B..... | 19 |
| III.4.1.6. HIV..... | 20 |
| III.4.1.7. Rubéole | 20 |
| III.4.1.8. Culture d'urine..... | 20 |
| III.4.1.9. Triple test | 20 |
| III.4.2. Différences régionales dans l'utilisation de la biologie clinique..... | 21 |
| III.4.3. Les différences socio-écon. influencent l'utilisation de la biologie clinique | 22 |
| <i>III.5. Quels examens techniques sont effectués chez les femmes enceintes?.....</i> | <i>22</i> |
| III.5.1. Discussion par type d'examen | 22 |
| III.5.1.1. Echographie | 23 |
| III.5.1.2. Amniocentèse..... | 24 |
| III.5.1.3. Cardiotocographie prénatale..... | 24 |
| III.5.2. Différences régionales dans l'utilisation des examens techniques..... | 25 |
| III.5.3. Les différences socio-écon. influencent le recours aux examens techniques..... | 26 |
| IV. Limitations des données | 27 |
| V. Discussion | 29 |
| VI. Besoin d'information et de sensibilisation..... | 34 |
| VII. Abréviations | 36 |
| VIII. Bibliographie..... | 37 |
| IX. Annexes..... | 40 |
| <i>IX.1. Structure de la population féminine AIM en âge de procréer</i> | <i>40</i> |

| | |
|--|-----------|
| <i>IX.2. Codes de nomenclature sélectionnés pour les consultations prénatales</i> | <i>42</i> |
| IX.2.1. Gynécologues | 42 |
| IX.2.2. Médecins généralistes..... | 42 |
| IX.2.3. Sages-femmes..... | 43 |
| <i>IX.3. Codes de nomenclature sélectionnés pour la biologie clinique</i> | <i>43</i> |
| IX.3.1. Hématologie – Complet formule..... | 43 |
| IX.3.2. Biochimie - glycémie..... | 44 |
| IX.3.3. Sérologie..... | 44 |
| IX.3.4. Urine | 45 |
| IX.3.5. Triple tests..... | 45 |
| <i>IX.4. Codes de nomenclature sélectionnés pour les examens techniques</i> | <i>45</i> |
| IX.4.1. Echographie | 45 |
| IX.4.2. Amniocentèse | 46 |
| IX.4.3. Cardiocotographie prénatale (hors travail et accouchement) | 46 |
| <i>IX.5. Nombre de femmes enceintes ayant un certain nombre de consultations chez un gynécologue, un généraliste ou une sage-femme, par région et par province</i> | <i>47</i> |
| <i>IX.6. Nombre de femmes enceintes ayant au moins une consultation chez un gynécologue, un généraliste ou une sage-femme, par région et par province.....</i> | <i>48</i> |
| <i>IX.7. Nombre de femmes enceintes n'ayant aucun suivi au cours du premier trimestre de la grossesse, par région et par province</i> | <i>49</i> |
| <i>IX.8. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des tests de biologie clinique suivants durant leur grossesse, par catégorie d'âge</i> | <i>50</i> |
| <i>IX.9. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des tests de biologie clinique suivants durant leur grossesse, par région et par province</i> | <i>51</i> |
| <i>IX.10. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des examens techniques suivants durant leur grossesse, par région et par province</i> | <i>52</i> |
| <i>IX.11. Nombre de femmes enceintes inscrites dans une consultation gratuite de l'O.N.E. ou de Kind & Gezin en 2002, par région et par province</i> | <i>53</i> |

I. Introduction

- En préambule au rapport du KCE 'Recommandation nationale relative aux soins prénataux: une base pour un itinéraire clinique de suivi des grossesses' (1), les experts du Centre d'Expertise ont sollicité l'aide de l'Agence Intermutualiste. Ils ont demandé des données relatives aux consultations et à une série d'examens réalisés durant la grossesse afin de pouvoir faire la comparaison entre les recommandations et la pratique belge. Ces données AIM ont été résumées et incorporées dans le rapport du KCE dont les recommandations sont intégralement applicables aux grossesses à faible risque.
- Ensuite, au cours des réunions de préparation de la Plate-forme 'Feed-back Suivi Prénatal' qui élabore ce projet à l'initiative du Conseil National de Promotion de la Qualité, il fut également demandé à l'AIM semblables données relatives au suivi prénatal. Cette demande a finalement débouché sur ce rapport détaillé.
- Dans ce rapport, trois aspects du suivi prénatal ont été examinés: les consultations, les analyses de biologie clinique les plus courantes et les examens techniques.
Ainsi, nous analysons le nombre de consultations dont les femmes enceintes ont bénéficié en Belgique en 2002, comment ces consultations sont réparties entre les différents prestataires de soins et quelles femmes n'ont pas eu de consultations au cours du premier trimestre de leur grossesse.
Pour la biologie clinique et les examens techniques, nous étudions le nombre de femmes qui subissent ces examens, le nombre d'examens et l'existence des différences selon la région de résidence de la femme et son statut socio-économique.
- L'Agence Intermutualiste est une asbl qui a été fondée, en octobre 2002, par les sept organismes assureurs. L'objectif de l'AIM, en conformité avec la loi-programme du 24 décembre 2002, est : "analyser dans le cadre des missions des organismes assureurs les données qu'ils collectent et fournir les informations à ce propos".
Les bases de données de l'AIM donnent un aperçu de la consommation de soins de santé à charge de la sécurité sociale et pour la population belge couverte par celle-ci, à savoir 99,5%¹ de la population du Royaume en 2002.

¹ <http://www.inami.fgov.be/information/fr/statistics/people/2002/pdf/statisticspeople2002.pdf>

II. Méthodologie

- Les données de facturation collectées par les organismes assureurs sont vérifiées et contrôlées par les services de chaque mutualité. Ces données sont rassemblées, projet par projet, par l'organisme intermédiaire de l'Agence Intermutualiste et sont mises à disposition de l'AIM après une codification irréversible.

Ces données sont des données de consommation de soins de santé et renseignent sur: les prestations effectuées (code nomenclature), les médicaments remboursés (code produit) le type de remboursement auquel le patient a droit en fonction de son statut socio-économique, l'âge du patient, son sexe, son domicile.

- La population cible pour cette étude est la population AIM des femmes en âge de procréer que l'OMS définit comme les femmes de 15 à 49 ans². Dans ce rapport, nous avons également inclus les filles de 10 à 14 ans.

Dans la base de données de l'AIM, la population des femmes âgées entre 10 et 49 ans totalise 2.763.590 femmes. L'annexe 1 détaille la composition de cette population par tranche d'âge, régime de remboursement (bénéficiaire ordinaire ou bénéficiaire de l'intervention majorée) et régime d'assurabilité (bénéficiaire du régime général ou du régime indépendant).

Notons que cette population-cible est réduite à 2.519.637 femmes suite à l'exclusion des femmes à charge du régime indépendant (8,81%) pour lesquelles nous ne disposons pas de données complètes en vue d'une analyse pertinente et précise.

- Pour chaque sujet, nous étudions les caractéristiques liées aux affiliées.

- *L'âge des femmes.*

L'âge est calculé en années, à partir de la différence entre la date de naissance de la femme et la date de l'accouchement facturé.

- *Les caractéristiques socio-économiques.*

Les OA disposent d'informations socioéconomiques sur leurs affiliés afin d'effectuer les remboursements dus. Certains affiliés à faibles revenus³ bénéficient d'un remboursement plus important de leurs soins de santé et médicaments. Ce droit à l'intervention majorée de l'organisme assureur est utilisé comme variable socio-économique.

² http://www.wpro.who.int/themes_focuses/theme2/focus3/about/definitions1.htm

³ <http://www.inami.fgov.be/secure/fr/ceiling/index.htm>

- *Le lieu de domicile.*

Les lieux de domicile sont ceux enregistrés dans le registre national et exprimés en code INS⁴. Nous avons regroupé les femmes par province et par région pour certaines analyses.

- Dans la base de données 2002, constituée par les factures hospitalières, nous avons sélectionné tous les accouchements hospitaliers par voie basse ou par césarienne identifiés par les codes-nomenclature suivants :

Tableau 1. Codes de nomenclature repris dans la base de données 2002.

| Prestataire | Lieu | Code nomenclature |
|--|--------------------------|-------------------|
| <i>Accouchements par voie basse</i> | | |
| Accoucheuse | Hôpital de jour | 422671 |
| Accoucheuse | Hôpital de jour week-end | 422673 |
| Accoucheuse | Hôpital classique | 422225 |
| Médecin | Ambulatoire | 423010 |
| Médecin | Hôpital classique | 423021 |
| Gynécologue-obstétricien | Ambulatoire | 424012 |
| Gynécologue-obstétricien | Hôpital classique | 424023 |
| <i>Accouchements par césarienne</i> | | |
| Gynécologue-obstétricien | Hôpital de jour | 424093 |
| Gynécologue-obstétricien | Hôpital classique | 424104 |

- Comme nous n'avions à notre disposition que les données de l'année 2002 et que nous voulions étudier le suivi prénatal, nous avons sélectionné les 23.824 femmes pour lesquelles un accouchement a été réalisé entre le 01/10/2002 et le 31/12/2002.
Les catégories des femmes âgées de moins de 15 ans (n= 4) et des femmes de 45 ans et plus (n= 20) ne peuvent être prises en compte dans les analyses, compte tenu de la petite taille des effectifs.
- Pour ces femmes, nous avons sélectionné tous les prestations de consultation chez le gynécologue-obstétricien, le généraliste et/ou l'accoucheuse, facturés dans les 9 mois précédant la date de leur accouchement. La liste des codes nomenclature sélectionnés se trouve en annexe 2.

⁴ http://statbel.fgov.be/figures/d12_fr.asp

Nous avons également sélectionné des actes de biologie clinique en hématologie, biochimie, sérologie, culture d'urine et triples tests dont la liste des codes de nomenclature figure également en annexe 3.

Au niveau des examens techniques, nous présentons la fréquence des échographies, amniocentèses et cardiocographies prénatales. Le détail des codes nomenclatures est présenté en annexe 4.

- La nature même de nos données nous oblige à ne prendre en compte que les femmes bénéficiaires du régime général. Les femmes à charge du régime indépendant (8,81%) sont exclues des analyses parce que les consultations des médecins généralistes et des spécialistes et les prestations de laboratoire sont considérées comme des petits risques. La plupart des femmes à charge régime indépendant ne bénéficient du remboursement des prestations « petits risques » que si elles souscrivent à l'assurance libre. Etant donné que l'AIM ne dispose que des données de l'assurance obligatoire et pas de celles de l'assurance libre contre les petits risques, une analyse complète pour ce type de bénéficiaires s'avère impossible.

III. Résultats

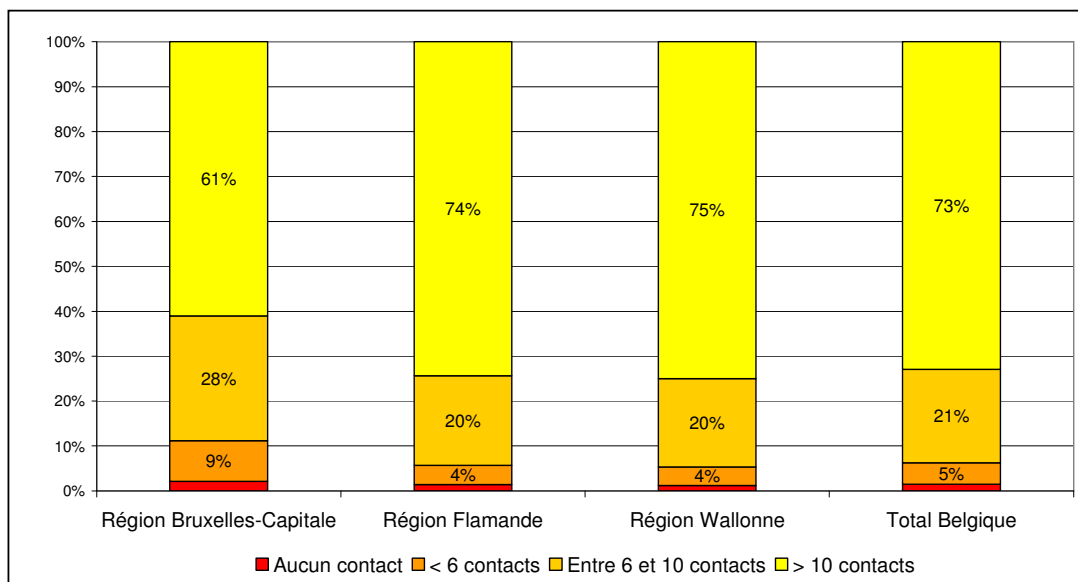
III.1. Combien de consultations les femmes enceintes ont-elles pendant leur grossesse?

Sur base des données actuellement disponibles, le KCE recommande 10 consultations pour une femme primipare⁵ et 7 consultations pour une femme multipare⁶ dans le cas d'une grossesse à faible risque. (1)

Les données AIM montrent qu'une femme enceinte consulte en Belgique en moyenne 13 fois pendant sa grossesse un gynécologue, médecin généraliste ou une accoucheuse, quel que soit son profil de risque ou quelle que soit sa parité⁷. Le fait que les données AIM ne permettent pas de distinguer les primigestes des multigestes ou les grossesses à faible risque de celles à haut risque, rend la comparaison avec la recommandation du KCE difficile.

73% des femmes enceintes ont plus de 10 consultations pendant leur grossesse. 21% entre 6 et 10 consultations et 5% moins de 6 consultations. Pour 1,5% des femmes enceintes, aucune consultation n'a été facturée.

Graphique 1. Pourcentage de femmes enceintes avec un certain nombre de consultations prénatales chez un gynécologue et/ou un généraliste et/ou une accoucheuse, par région. Données AIM 2002.



⁵ Une femme qui est enceinte pour la première fois.

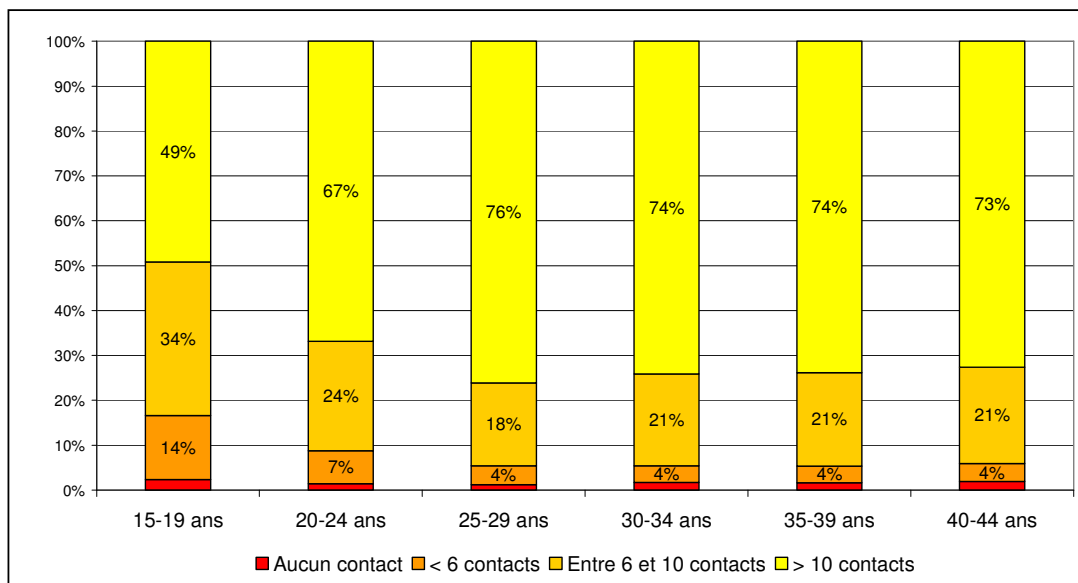
⁶ Une femme qui a été enceinte avant.

⁷ La parité désigne le nombre d'accouchements viables (≥ 22 semaines de grossesse) qu'a eu une femme.

Le graphique 1 montre que les femmes de la région Bruxelles-Capitale ont moins de consultations dans la phase prénatale: 28% des femmes enceintes bruxelloises ont 6 à 10 contacts, 9% ont moins de 6 contacts et 2,1% n'ont aucun contact avec un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme au cours de leur grossesse.

En annexe 5, les pourcentages ont été calculés par province.

Graphique 2. Pourcentage de femmes enceintes avec un certain nombre de consultations prénatales chez un gynécologue et/ou généraliste et/ou accoucheuse, par catégorie d'âge. Données AIM 2002.

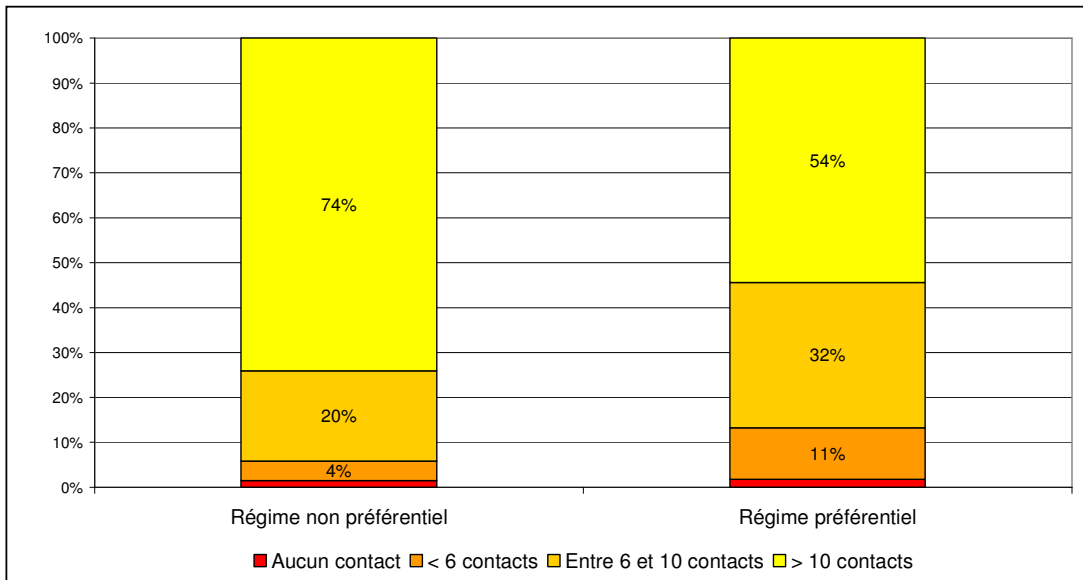


Le graphique 2 montre les différences par âge du nombre de consultations par grossesse.

Les jeunes femmes consultent moins pendant leur grossesse que les femmes plus âgées:

- En ce qui concerne les classes 15-19 ans et 20-24 ans, nous constatons que ces femmes sont moins nombreuses à avoir plus de 10 consultations mais plus nombreuses à bénéficier d'un nombre de consultations compris entre 6 et 10. La part se trouvant dans la catégorie de moins de 6 consultations est également plus importante.
- Les femmes de moins de 20 ans sont plus nombreuses à ne pas consulter (2,5%).

Graphique 3. Pourcentage de femmes enceintes avec un certain nombre de consultations prénatales chez un gynécologue et/ou généraliste et/ou accoucheuse, par régime de remboursement. Données AIM 2002.



Le graphique 3 montre que les femmes qui ont droit à l'intervention majorée ont en moyenne moins de consultations chez un médecin ou une sage-femme au cours de leur grossesse.

- Ces femmes ont moins souvent un nombre de consultations supérieur à 10 par grossesse (54%) que les femmes bénéficiaires ordinaires (74%).
- Le nombre de femmes ayant moins de 6 contacts s'élève à 11% contre 4% chez les bénéficiaires ordinaires.

Le mode d'accouchement n'influence pas le nombre de consultations prénatales : nous constatons que parmi les femmes ayant accouché par césarienne, 76,1% bénéficient de plus de 10 consultations pendant la grossesse, proportion qui n'est pas différente de celle des femmes qui accouchent par voie basse.

Parmi les femmes ayant consulté, 0,16% seulement n'ont pas d'examen de biologie clinique ou de prestation technique facturée.

Parmi les femmes qui ont bénéficié d'au moins une prestation de biologie clinique et/ou d'examen technique, 1,42% n'ont bénéficié d'aucune consultation facturée et sont donc vraisemblablement celles dont le suivi a été entièrement pris en charge dans le cadre des

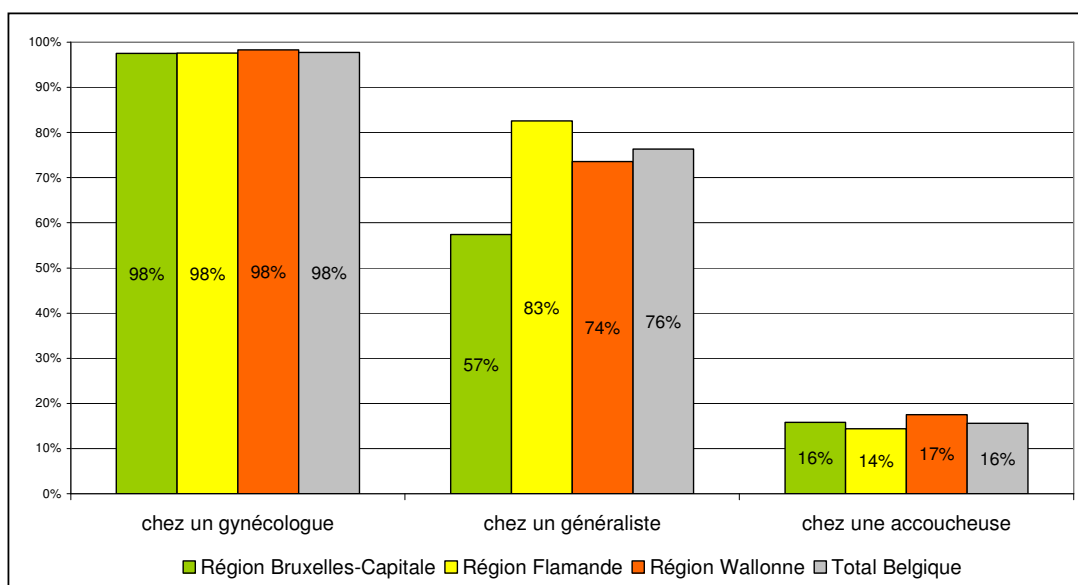
consultations ONE — ou Kind & Gezin — de quartier qui ne fournit pas d'attestation des soins donnés.

III.2. Comment se répartissent les consultations entre les différents prestataires?

Les femmes enceintes vont le plus souvent à la consultation chez le gynécologue, ensuite chez le médecin généraliste en finalement chez l'accoucheuse.

98% des femmes enceintes dans le Royaume ont au moins une consultation chez le gynécologue, 76% chez le médecin généraliste et 16% chez l'accoucheuse.

Graphique 4. Pourcentage de femmes enceintes ayant au moins une consultation chez un des prestataires de soins, par région. Données AIM 2002.



Le graphique 4 montre les différences par région. L'annexe 6 donne les différences provinciales éventuelles.

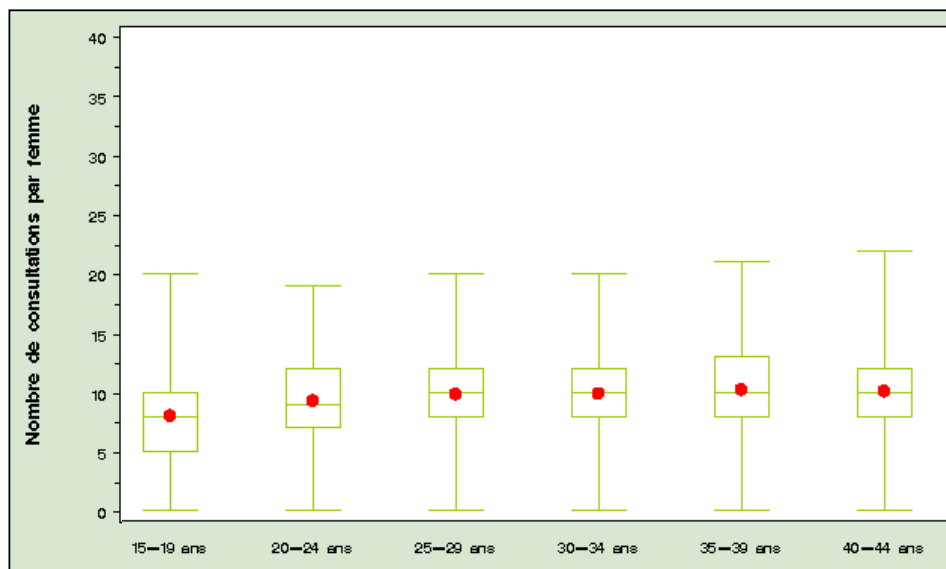
- Le pourcentage des femmes enceintes ayant au moins une consultation chez un *gynécologue* est presque identique dans les trois régions, à savoir 98%.
- En ce qui concerne les consultations chez le *médecin généraliste*, une différence régionale est notée : seulement 57,4% des femmes voient un généraliste à Bruxelles, contre 74% en Wallonie et 82,6% en Flandres.

- Le recours aux infirmières *accoucheuses* pour des consultations se fait très légèrement moins en Flandres (14,3%) et légèrement plus en Wallonie (17,5%). Il faut cependant remarquer que ce rapport n'a pris en compte que les accouchements en milieu hospitalier. L'exclusion des accouchements à domicile – concentrés dans les provinces du Limbourg et d'Anvers – conduit à une sous-estimation probable du pourcentage de femmes enceintes consultant une sage-femme.

Suivant le prestataire de soins, il existe une grande variation entre le nombre moyen de consultations par grossesse. En Belgique, les femmes enceintes comptent en moyenne 10 consultations chez un gynécologue, 3 consultations chez un médecin généraliste et 1 consultation chez une accoucheuse.

Les deux graphiques suivants montrent la variabilité de ce nombre moyen de consultations pour les gynécologues et les médecins généralistes selon la catégorie d'âge de la patiente.

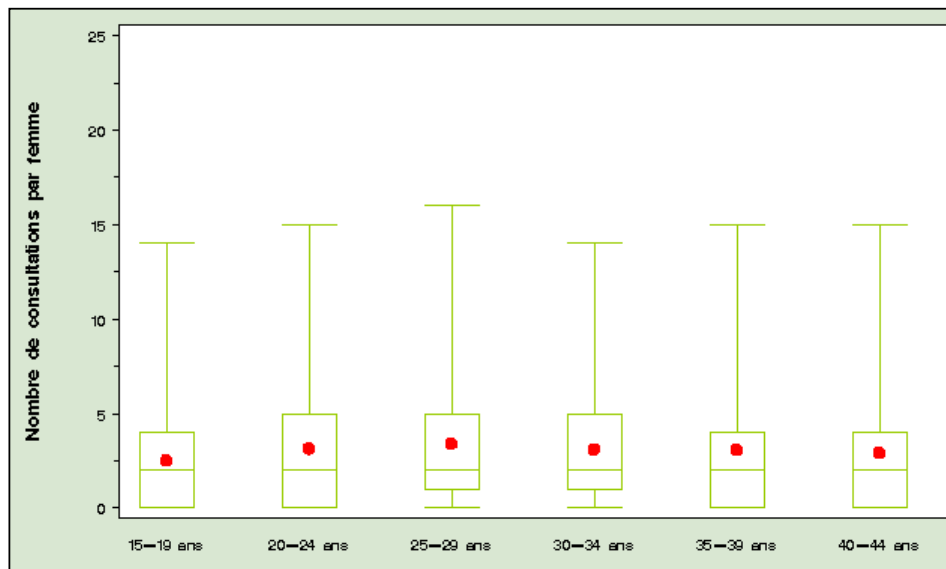
Graphique 5. Variabilité du nombre de consultations par patiente suivie chez un gynécologue, par catégorie d'âge. Données AIM 2002.



Le graphique 5 donne la variabilité du nombre de consultations par grossesse chez le gynécologue, le point rouge indiquant la moyenne. Cette moyenne se situe pour la plupart des catégories d'âge autour de 10 consultations par grossesse, sauf pour la catégorie la plus jeune.

Les femmes enceintes entre 15 et 19 ans ont en moyenne 8 consultations chez le gynécologue au cours de leur grossesse. Les boxplots montrent l'importance de la variabilité. Il y a des femmes qui ne vont jamais à la consultation chez le gynécologue, tandis qu'il y a aussi des femmes enceintes qui ont plus de 20 consultations chez le gynécologue au cours d'une seule grossesse.

Graphique 6. Variabilité du nombre de consultations par patiente suivie chez un médecin généraliste, par catégorie d'âge. Données AIM 2002.



Le nombre moyen de consultations par grossesse chez le médecin-généraliste (point rouge dans le graphique 6) est 3. Les différences entre les catégories d'âge sont petites. Nous remarquons ici une variabilité importante dans le nombre de consultations, semblable à celle des gynécologues.

III.3. Qui sont les femmes sans consultations prénatales facturées dans les trois premiers mois de grossesse?

Sur les 23.824 femmes étudiées, 356 — soit 1,5% — n'ont pas rentré d'attestation de soins donnés pour consultation par médecin généraliste, gynécologue-obstétricien ou sage-femme. 2.585 femmes — soit 10,9% — n'ont pas de consultations facturées lors du 1^{er} trimestre de la grossesse.

Les facteurs susceptibles d'influencer la précocité du suivi prénatal sont l'âge de la femme enceinte, les caractéristiques socioéconomiques et le domicile de la femme.

III.3.1. Les adolescentes

Tableau 2. Distribution par catégorie d'âge des femmes n'ayant eu aucun contact avec un gynécologue, un généraliste ou une sage-femme au cours du premier trimestre de leur grossesse. Données AIM 2002.

| Age | Nombre de femmes considérées | Femmes sans consultation premier trimestre | |
|-----------|------------------------------|--|-------|
| | | nombre | % |
| 15-19 ans | 602 | 164 | 27,2% |
| 20-24 ans | 4.076 | 637 | 15,6% |
| 25-29 ans | 8.688 | 763 | 8,8% |
| 30-34 ans | 7.280 | 675 | 9,3% |
| 35-39 ans | 2.683 | 277 | 10,3% |
| 40-44 ans | 471 | 66 | 14,0% |
| Total | 23.824 | 2.585 | 10,9% |

On peut constater dans le tableau 2 que, parmi les adolescentes enceintes, plus d'une sur quatre ne consulte pas au 1^{er} trimestre de la grossesse (27,2% pour les 15-19 ans).

Les tranches d'âge dans lesquelles les femmes sont les plus nombreuses à consulter au 1^{er} trimestre sont les 25-29 et 30-34 ans.

III.3.2. Les femmes socioéconomiquement défavorisées

Tableau 3. Distribution par catégorie sociale des femmes n'ayant eu aucun contact avec un gynécologue, un généraliste ou une sage-femme au cours du premier trimestre de leur grossesse. Données AIM 2002.

| Catégorie sociale du titulaire | Nombre de femmes considérées | Femmes sans consultation premier trimestre | |
|--------------------------------|------------------------------|--|-------|
| | | nombre | % |
| non BIM | 22.373 | 2.240 | 10,0% |
| BIM | 1.451 | 343 | 23,6% |
| Total | 23.824 | 2.585 | 10,9% |

L'influence des caractéristiques socioéconomiques est marquée au niveau de l'absence de consultation au 1^{er} trimestre de la grossesse. Comme le montre le tableau 3, 23,6% des

femmes bénéficiant d'un remboursement majoré de leurs prestations de santé ne consultent pas pendant le 1^{er} trimestre de leur grossesse contre 10% seulement des bénéficiaires ordinaires.

III.3.3. Les bruxelloises

Tableau 4. Distribution par région des femmes n'ayant eu aucun contact avec un gynécologue, un généraliste ou une sage-femme au cours du premier trimestre de leur grossesse. Données AIM 2002.

| Région | Nombre de femmes considérées | Femmes sans consultation pendant le premier trimestre | | |
|---------------------------|------------------------------|---|-------|-------------------------|
| | | nombre | % | standardisation* |
| Région Bruxelles-Capitale | 2.867 | 524 | 18,3% | 1,58 |
| Région Flamande | 12.669 | 1.160 | 9,2% | 0,89 |
| Région Wallonne | 8.240 | 879 | 10,6% | 0,96 |
| Total | 23.824 | 2.585 | 10,9% | 1,00 |

* Standardisation indirecte pour l'âge et la catégorie sociale du titulaire

Pour l'ensemble de la Belgique, 10,9% des femmes ne consultent pas pendant le 1^{er} trimestre de leur grossesse. Le tableau 4 montre que ce pourcentage est nettement plus élevé à Bruxelles: 18,3% des femmes enceintes n'ont pas de consultation au cours du premier trimestre de la grossesse, tandis qu'en Flandre et en Wallonie il s'agit respectivement de 9,2% et 10,6%.

Il ressort des tableaux précédents que l'absence de consultations au cours des trois premiers mois de la grossesse est plus fréquente chez des adolescentes enceintes et chez des femmes enceintes qui bénéficient de l'intervention majorée.

Le pourcentage de femmes en âge de procréer bénéficiaires de l'intervention majorée est beaucoup plus élevé à Bruxelles (12%) qu'en Flandre (4%) ou en Wallonie (8%). Ces chiffres sont détaillés en annexe 1.

On peut donc se poser la question de savoir si le pourcentage élevé de bruxelloises sans consultation pendant le premier trimestre s'explique par une plus grande présence de mères adolescentes et de bénéficiaires de l'intervention majorée dans la capitale. Pour tenir compte de ces facteurs nous avons réalisé une standardisation indirecte pour l'âge et la catégorie sociale. La dernière colonne du tableau 4 donne le rapport entre d'une part le pourcentage

attendu de femmes sans consultation au cours du premier trimestre – à âge égale et catégorie sociale égale – dans une région et d'autre part le pourcentage réel des femmes se trouvant dans cette situation. Un ratio de 1 indique l'absence d'une différence, un ratio de plus de 1 indique un pourcentage supérieur au taux attendu sur base de la moyenne nationale.

Après standardisation pour l'âge et la catégorie sociale des femmes enceintes, l'image ne change pas considérablement et les différences entre les régions sont confirmées. Le pourcentage standardisé de femmes enceintes sans consultation au cours du premier trimestre est nettement plus élevé à Bruxelles (1,58) qu'en Wallonie (0,96) et en Flandre (0,89).

L'annexe 7 donne le détail par province.

III.4. De quels tests de biologie clinique les femmes enceintes bénéficient-elles pendant leur grossesse?

Les tableaux qui suivent donnent un aperçu des analyses de biologie clinique subis par les femmes enceintes au cours de leur grossesse. Les analyses suivantes ont été étudiées: le 'complet', le dosage de glycémie, l'analyse sérologique du CMV et de la toxoplasmose, le dépistage de l'hépatite B et du HIV, l'analyse sérologique de la rubéole, la culture d'urine et le triple test. La sélection de ces analyses s'est faite sur base des codes nomenclature comme indiqué en annexe 3.

III.4.1. Discussion par type d'analyse

Le tableau 5 donne le pourcentage de femmes avec 0, 1, 2, 3 ou plus d'analyses au cours de la grossesse. La colonne tout à fait à droite donne en résumé le pourcentage de femmes ayant subi au moins un test au cours de la grossesse. Les petits carrés verts indiquent par type de test où se situe le nombre moyen de tests. Dans le cas du 'complet' par exemple, une femme enceinte en Belgique subit en moyenne 3 analyses au cours de sa grossesse.

L'annexe 8 donne, selon la catégorie d'âge, le pourcentage de femmes avec au moins un test.

Tableau 5. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un certain nombre de tests de biologie clinique, par type de test. Données AIM 2002.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | >= 4 | total >=1 |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|------|--------------|
| Complet formule | 2% | 12% | 26% | 26% | 35% | 98% |
| Glycémie | 24% | 32% | 24% | 13% | 8% | 76% |
| CMV | 32% | 33% | 13% | 7% | 15% | 68% |
| Toxoplasmose | 12% | 23% | 17% | 13% | 35% | 88% |
| Hépatite B | 25% | 53% | 17% | 4% | 1% | 75% |
| HIV | 37% | 50% | 11% | 1% | 0% | 63% |
| Rubéole | 38% | 49% | 10% | 2% | 2% | 62% |
| Culture d'urine | 59% | 21% | 10% | 5% | 5% | 41% |
| Triple tests | 44% | 55% | 1% | 0% | 0% | 56% |

III.4.1.1. Complet formule

Le « complet formule » (cofo) ou la « numération formule sanguine (NFS) » ou encore hémogramme est l'analyse quantitative (numération) et qualitative (formule) des éléments présents dans le sang : les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes. Cette analyse est effectuée par un automate qui mesure le nombre d'érythrocytes, le taux d'hémoglobine et l'hématocrite et puis calcule les MCV, MCH et MCHC. L'automate mesure en même temps le nombre de globules blancs et de plaquettes et calcule la formule leucocytaire.

Dans le rapport KCE (1), il est conseillé d'effectuer une seule fois l'hémoglobine, la ferritine et les MCV, MCH et MCHC au début de la grossesse. Une répétition de cet examen au début du troisième trimestre peut être toutefois recommandée pour le suivi de l'accouchement et du postpartum. Il n'est pas démontré qu'une numération plaquettaire et leucocytaire soit utile mais elle est préconisée par certains experts.

Le tableau 5 montre que cet examen est, dans la pratique, effectué au moins une fois chez 98% des femmes enceintes au cours de leur grossesse. La plupart des femmes subissent un 'complet formule' à plusieurs reprises, étant donné que la moyenne est de 3 par grossesse. On peut ainsi déduire du tableau 5 que 87% des femmes enceintes subissent au moins 2 examens 'complet formule' ou plus.

III.4.1.2. Glycémie

Le rapport KCE (1) signale qu'il y a de preuves suffisantes pour recommander en routine le dépistage du diabète gestationnel entre 24 et 28 semaines de grossesse.

Il apparaît, au vu des données AIM, que 3 femmes enceintes sur 4 (76%) subissent au moins une lecture du taux de glycémie au cours de leur grossesse. La moyenne est de 2 lectures par grossesse.

Le code nomenclature sélectionné (voir annexe) est également utilisé pour le dosage de glycémie au cours du 'glucose challenge test' et le test oral de tolérance au glucose.

III.4.1.3. CMV

Ici aussi le rapport KCE (1) indique qu'on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander un dosage sérologique des anticorps contre le cytomégalovirus avant et/ou durant la grossesse. Mais on y ajoute ici qu'un examen sérologique unique avant ou au début de la grossesse peut s'avérer utile s'il peut inciter les femmes à prendre des mesures préventives et s'il permet de rassurer — du moins partiellement — celles qui sont immunisées. Cette recommandation n'est pas suivie dans la pratique car 68% des femmes enceintes subissent au moins une fois un examen sérologique pour le CMV. La moyenne est de 2 lectures par grossesse. 15% des femmes subissent même 4 analyses ou plus au cours de leur grossesse.

III.4.1.4. Toxoplasmose

On ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander un examen sérologique des anticorps contre la toxoplasmose. Pourtant, un examen sérologique unique avant ou au commencement de la grossesse peut s'avérer utile s'il peut inciter les femmes à prendre des mesures préventives et s'il permet de rassurer celles qui sont immunisées. (1)

Dans la pratique, il apparaît que 88% des femmes enceintes subissent cet examen au moins une fois. Lors d'une grossesse sur trois, cette analyse est réalisée quatre fois ou plus.

III.4.1.5. Hépatite B

La détection de l'hépatite B avant ou au commencement de la grossesse est recommandée afin de permettre un traitement efficace du nouveau-né suite à la contamination de sa mère. (1)

Chez trois femmes enceintes sur quatre, cette recommandation est respectée.

III.4.1.6. HIV

Il est recommandé de proposer un test HIV à toute femme avant ou au commencement de la grossesse après lui en avoir expliqué l'utilité. (1)

Dans la pratique, un test HIV est effectué chez 63% des femmes enceintes.

III.4.1.7. Rubéole

Un examen sérologique de détection des anticorps contre la rubéole est recommandé à toutes les femmes, à moins que leur statut immunitaire ne soit connu. (1)

63% des femmes enceintes subissent cet examen au moins une fois au cours de leur grossesse. Chez 14% des femmes, cet examen est effectué deux fois ou plus.

III.4.1.8. Culture d'urine

Une culture d'urine est recommandée comme examen de routine au cours de la grossesse afin de pouvoir détecter une bactériurie asymptomatique. (1)

Cette culture d'urine est effectuée chez seulement 41% des femmes enceintes.

III.4.1.9. Triple test

Il est recommandé d'informer chaque femme enceinte de son risque personnel par rapport au syndrome de Down et de discuter des avantages et inconvénients d'un test. (1)

Dans la pratique, le triple test a été effectué chez 56% des femmes en 2002. 7% des femmes ayant subi un triple test subissent par la suite une amniocentèse (tableau 10).

Il est frappant que des femmes plus âgées subissent moins de triple tests (cf. annexe 8) : 38% des femmes entre 35-39 ans et seulement 15% chez les femmes de 40 à 44 ans. Chez ces femmes, les amniocentèses sont cependant plus fréquentes (tableau 9).

III.4.2. Différences régionales dans l'utilisation de la biologie clinique

Tableau 6. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des tests suivants de biologie clinique, par type de test et par région. Données AIM 2002.

| | <i>Région Bruxelles- Capitale</i> | <i>Région Flamande</i> | <i>Région Wallonne</i> | Belgique |
|-----------------|---|----------------------------|----------------------------|-----------------|
| Complet formule | 98% | 97% | 99% | 98% |
| Glycémie | 83% | 72% | 81% | 76% |
| CMV | 82% | 51% | 89% | 68% |
| Toxoplasmose | 84% | 88% | 90% | 88% |
| Hépatite B | 86% | 68% | 83% | 75% |
| HIV | 81% | 52% | 74% | 63% |
| Rubéole | 66% | 58% | 66% | 62% |
| Culture d'urine | 55% | 34% | 46% | 41% |
| Triple tests | 49% | 52% | 66% | 56% |

Il apparaît dans le tableau 6 que l'examen sérologique en matière de CMV est effectué nettement moins en Flandre (51%) qu'à Bruxelles (82%) et en Wallonie (89%).

Il en est de même pour la détection du HIV : en Flandre, 52% des femmes enceintes passent cet examen, 74% en Wallonie et 81% à Bruxelles.

Le dépistage de l'hépatite B, l'examen sérologique de la rubéole et la culture d'urine sont également moins fréquents en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie.

Par contre, l'examen sérologique en matière de toxoplasmose et le triple test sont moins sollicités dans la région de Bruxelles-Capitale que dans les autres régions.

L'annexe 9 donne les différences géographiques par province.

III.4.3. Les différences socio-économiques influencent l'utilisation de la biologie clinique

Tableau 7. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des tests suivants de biologie clinique, par type de test et par catégorie sociale du titulaire. Données AIM 2002.

| | <i>non BIM</i> | BIM | <i>total Belgique</i> |
|-----------------|----------------|------------|-----------------------|
| Complet formule | 98% | 98% | 98% |
| Glycémie | 76% | 80% | 76% |
| CMV | 67% | 72% | 68% |
| Toxoplasmose | 88% | 90% | 88% |
| Hépatite B | 75% | 83% | 75% |
| HIV | 62% | 78% | 63% |
| Rubéole | 61% | 75% | 62% |
| Culture d'urine | 40% | 51% | 41% |
| Triple tests | 57% | 44% | 56% |

Le tableau 7 montre que toutes les analyses de biologie clinique étudiées sont plus souvent effectuées chez des femmes ayant droit à l'intervention majorée, excepté pour le "complet formule" et le triple test.

Ce sont surtout la détection du HIV (78% versus 62%), l'examen sérologique de la rubéole (75% versus 61%) et la culture d'urine (51% versus 40%) qui sont plus fréquents chez les bénéficiaires de l'intervention majorée.

III.5. Quels examens techniques sont effectués chez les femmes enceintes?

Nous avons étudié trois examens techniques : l'examen échographique, l'amniocentèse et la cardiotocographie prénatale. La sélection de ces analyses s'est faite sur base des codes nomenclature comme indiqué en annexe 4.

III.5.1. Discussion par type d'examen

Le tableau 8 donne le pourcentage de femmes avec 0, 1, 2, 3 ou plus d'examens techniques au cours de la grossesse. La colonne tout à fait à droite donne en résumé le pourcentage de femmes ayant subi au moins un examen au cours de la grossesse. Les petits carrés verts donnent, par type de test, le nombre moyen d'examens.

Tableau 8. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un certain nombre d'examens techniques, par type d'examen. Données AIM 2002.

| | 0 | 1 | 2 | 3 | >= 4 | total >=1 |
|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|------|--------------|
| Echographie | 2% | 6% | 18% | 41% | 32% | 98% |
| Amniocentèse | 88% | 11% | 1% | 0% | 0% | 12% |
| Cardiotocographie prénatale | 33% | 20% | 14% | 10% | 23% | 67% |

Le tableau 9 présente, selon la catégorie d'âge, le pourcentage de femmes avec au moins un examen technique.

Tableau 9. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un examen technique, par type d'examen et par catégorie d'âge. Données AIM 2002.

| Age | Dénominateur | Echo-graphie | Amnio-centèse | Cardiotocographie prénatale |
|--------------|---------------|--------------|---------------|-----------------------------|
| 15-19 ans | 602 | 96% | 5% | 76% |
| 20-24 ans | 4.076 | 97% | 4% | 70% |
| 25-29 ans | 8.688 | 98% | 5% | 67% |
| 30-34 ans | 7.280 | 98% | 8% | 65% |
| 35-39 ans | 2.683 | 98% | 43% | 65% |
| 40-44 ans | 471 | 96% | 66% | 69% |
| Total | 23.824 | 98% | 12% | 67% |

III.5.1.1. Echographie

Au cours de la grossesse, on recommande deux échographies: la première au début de la grossesse afin de déterminer l'âge gestationnel et de détecter des grossesses multiples ; et une deuxième échographie aux environs de la 20^{ème} semaine pour la détection d'anomalies structurales. Une troisième échographie peut être envisagée à 36 semaines, en cas de doute concernant la position du fœtus. (1)

Pour l'analyse, nous avons également ajouté l'échographie du bassin féminin aux trois codes nomenclature des échographies de l'abdomen et/ou du petit bassin dans le cadre de la surveillance d'une même grossesse. (voir annexe 4)

Il ressort des données AIM que presque toutes les femmes (98%) subissent au moins un examen échographique au cours de leur grossesse. 18% des femmes subissent deux échographies, comme recommandé. Trois quarts des femmes enceintes en ont au moins 3 échographies au cours de la grossesse.

III.5.1.2. Amniocentèse

L'amniocentèse n'est pas recommandée comme examen de routine au cours de la grossesse.

(1)

Dans la pratique, 12% des femmes enceintes subissent cet examen. Il apparaît dans le tableau 9 que cet examen est nettement plus fréquent chez des femmes enceintes de plus de 35 ans: 43% des femmes entre 35-39 ans et 66% des femmes de 40 à 44 ans subissent une amniocentèse.

Le tableau 10 qui suit nous apprend que chez 7% des femmes ayant subi un triple test au cours de leur grossesse, ce test était suivi d'une amniocentèse. Ici aussi les pourcentages sont nettement plus élevés chez les femmes de plus de 35 ans.

Tableau 10. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un triple test avec ou sans amniocentèse suivante, par catégorie d'âge. Données AIM 2002.

| Age | Dénominateur | % femmes avec triple test sans amniocentèse | % femmes avec triple test suivi d' une amniocentèse |
|--------------|---------------|--|--|
| 15-19 ans | 602 | 93% | 7% |
| 20-24 ans | 4.076 | 95% | 5% |
| 25-29 ans | 8.688 | 95% | 5% |
| 30-34 ans | 7.280 | 92% | 8% |
| 35-39 ans | 2.683 | 79% | 21% |
| 40-44 ans | 471 | 64% | 36% |
| Total | 23.824 | 93% | 7% |

III.5.1.3. Cardiotocographie prénatale

On ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander en routine le recours à un examen cardiotocographique destiné à évaluer le bien-être du foetus dans les grossesses non compliquées. (1)

Il apparaît cependant que, dans la pratique, 67% des femmes enceintes subissent au moins une cardiotocographie au cours de leur grossesse. Les femmes enceintes subissent en moyenne 3 cardiotocographies au cours de leur grossesse. Nous ne pouvons cependant pas exclure que certains de ces examens ont eu lieu en cours d'accouchement.

III.5.2. Différences régionales dans l'utilisation des examens techniques

Tableau 11. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des examens techniques suivants, par type d'examen et par région. Données AIM 2002.

| | <i>Région Bruxelles- Capitale</i> | <i>Région Flamande</i> | <i>Région Wallonne</i> | Belgique |
|-----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|-----------------|
| Echographie | 97% | 97% | 98% | 98% |
| Amniocentèse | 12% | 9% | 15% | 12% |
| Cardiotocographie prénatale | 69% | 59% | 79% | 67% |

Le recours à l'échographie au cours de la grossesse ne varie pas selon la région.

Les cardiotocographies prénatales, par contre, sont plus fréquentes en Wallonie (79%) et à Bruxelles (69%) qu'en Flandre (59%).

Finalement, l'amniocentèse est moins fréquente en Flandre (9%) qu'à Bruxelles (12%) et en Wallonie (15%) malgré le fait qu'à Bruxelles, on effectue moins de triple tests chez des femmes enceintes (cf. tableau 6). Une des explications de cette augmentation des amniocentèses à Bruxelles et en Wallonie réside probablement dans le fait que, dans ces parties du pays, plus de femmes subissent une amniocentèse après un triple test. Cela paraît en effet dans le tableau 12 qui suit : en Flandre 5% des femmes ayant subi un triple test, subissent ensuite une amniocentèse. A Bruxelles 7% et en Wallonie 9%.

L'annexe 10 donne plus d'informations sur les examens techniques dans les provinces.

Tableau 12. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un triple test avec ou sans amniocentèse suivante, par région. Données AIM 2002.

| | <i>Région Bruxelles- Capitale</i> | <i>Région Flamande</i> | <i>Région Wallonne</i> | Belgique |
|---|---|----------------------------|----------------------------|-----------------|
| % femmes avec triple test sans amniocentèse | 93% | 95% | 91% | 93% |
| % femmes avec triple test suivi d' une amniocentèse | 7% | 5% | 9% | 7% |

III.5.3. Les différences socio-économiques influencent le recours aux examens techniques

Tableau 13. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des examens techniques suivants, par type d'examen et par catégorie sociale du titulaire. Données AIM 2002.

| | <i>non BIM</i> | BIM | <i>total Belgique</i> |
|-----------------------------|----------------|------------|-----------------------|
| Echographie | 98% | 96% | 98% |
| Amniocentèse | 12% | 10% | 11% |
| Cardiotocographie prénatale | 67% | 70% | 67% |

Le tableau 13 montre qu'il n'y a que peu de différences entre les femmes avec et sans intervention majorée lorsqu'il s'agit du recours aux examens techniques au cours de la grossesse.

Les femmes socio-économiquement défavorisées subissent un peu moins d'échographies et d'amniocentèses au cours de leur grossesse, mais subissent un peu plus de cardiotocographies prénatales.

IV. Limitations des données

Les données de facturation de l'AIM présentent quelques limites.

- En Wallonie et à Bruxelles, l'ONE organise des consultations prénatales 'de quartier' pour lesquelles aucune attestation de soins donnés⁸ n'est délivrée. 2.248 femmes sont suivies au moins partiellement dans ces consultations en 2002 (2).

Kind & Gezin organise aussi des bureaux de consultations prénatales en Flandre et à Bruxelles, principalement dans des régions défavorisées. Les coûts de ces consultations ne sont pas non plus pris en charge par l'INAMI. En 2002, 2.722 futures mères ont été suivies au moins une fois dans ces consultations (6).

En conséquence, lorsqu'une femme n'a pas de consultation facturée dans les données des OA, cela ne veut pas nécessairement dire qu'elle n'a bénéficié d'aucune consultation.

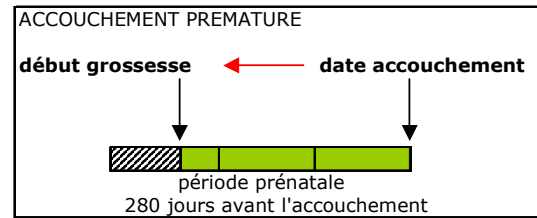
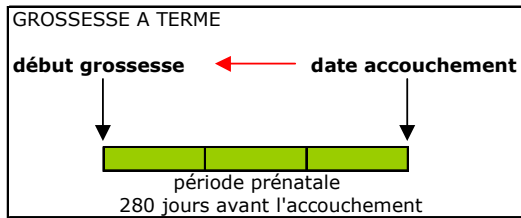
Nous avons remarqué que parmi les femmes ayant bénéficié d'une prestation de biologie clinique et d'imagerie médicale, 1,42% n'ont pas de consultations facturées et ont très probablement obtenu leurs prescriptions d'examen dans une consultation ONE ou Kind & Gezin.

- Les OA connaissent la date de l'accouchement mais sont incapables de savoir si l'accouchement a lieu à terme ou non. Notre façon de calculer la date de début de la grossesse ne tient pas compte des accouchements prématurés dont la fréquence est de 8,2% en 2002 en Communauté Française selon l'ONE (2) et 7,4% en Flandres en 2002 selon le SPE (3).

En cas d'accouchement prématuré, la durée de période prénatale est donc surestimée.

C'est pourquoi le nombre de femmes qui n'ont pas bénéficié de consultation au 1^{er} trimestre est aussi légèrement surestimé dans la présente étude. Les figures ci-dessous montrent qu'en cas d'accouchement prématuré une partie du premier trimestre théorique (la partie hachurée) est faussement considérée comme premier trimestre. Il est bien possible qu'il y ait moins de consultations pendant cette période hachurée puisque la femme n'est pas encore enceinte.

⁸ <http://www.mutsoc.be/e-Mut/MutSoc/300/Help/Lexicon/A/A-S-D.htm>



- Le lecteur de ce rapport doit également tenir compte du fait que les organismes assureurs ne disposent pas des informations médicales. Dès lors, il n'est pas possible de connaître, à partir des données de facturation, les raisons médicales pour lesquelles un patient reçoit un traitement ou subit une intervention.
De la même façon, ces données ne permettent pas de distinguer les primigestes des multigestes ou les grossesses à faible risque de celles à haut risque.

V. Discussion

- Au vu des données AIM concernant les soins prénataux, une **disparité** existe entre d'une part les recommandations pour les grossesses à faible risque telles que formulées dans le rapport KCE (1) fin 2004 et la pratique en 2002 d'autre part.

- Au niveau du nombre de **consultations**, les recommandations nationales en matière de soins prénataux, proposent un programme de 10 rendez-vous chez les primipares en l'absence de complications et de 7 rendez-vous chez les femmes multipares (1).

Nous avons vu plus haut que le nombre moyen de consultations toutes parités et profils de risque confondus est de 13. Trois quarts des femmes enceintes ont plus de 10 consultations pendant leur grossesse. D'autre part, 5% des femmes ont moins de 6 consultations.

En ce qui concerne le nombre de consultations, il semble y avoir un paradoxe entre d'une part, le fait que les femmes enceintes en général en Belgique ont plus de consultations que le nombre conseillé par les recommandations et d'autre part, le fait que les femmes plus jeunes — chez qui l'on attend proportionnellement plus de primipares — vont moins en consultation que les femmes des catégories d'âge plus âgées.

La plupart des femmes ont recours au gynécologue pour le suivi de leur grossesse: 98% des femmes belges ont au moins une consultation chez le gynécologue. Elles comptent en moyenne 10 consultations par grossesse chez ce spécialiste.

Mais le médecin généraliste joue aussi un rôle important. En effet, 76% des femmes enceintes se rendent au moins une fois au cours de leur grossesse chez leur médecin traitant. Elles le font en moyenne 3 fois par grossesse.

Seules 16% des femmes enceintes consultent une sage-femme, avec une moyenne d'une consultation au cours de la grossesse.

- Au niveau des examens de **biologie clinique**, nous pouvons relever que quoiqu'on ne dispose pas de suffisamment de preuve pour recommander en routine les dosages sérologiques des anticorps contre le CMV et contre la toxoplasmose, ces tests sont effectués chez respectivement 68% et 88% des femmes enceintes.

Par contre, on recommande de détecter la bactériurie asymptomatique en routine pendant la grossesse ; or, ce test n'est effectué que chez 41% des femmes enceintes. Le dosage de glycémie, lui aussi recommandé, n'est effectué que chez 76% des femmes enceintes. Il en est de même pour la détection de l'hépatite B et HIV. Les

deux tests sont recommandés avant ou au début de la grossesse. Dans la pratique, l'hépatite B est dépistée chez 75% des femmes enceintes et le HIV, chez 63%.

Apparaissent en outre dans les données intermutualistes, des différences importantes dans la pratique entre les régions du Royaume en ce qui concerne les tests sérologiques. En Flandre, les médecins paraissent être un peu plus réticents et il y a moins de demandes d'analyses de biologie clinique au cours de la grossesse. Malheureusement cette réticence vaut également pour des examens qui sont bien recommandés.

Par ailleurs, certains tests sont trop souvent répétés. L'examen de toxoplasmose par exemple, qui n'est même pas recommandé, semble être demandé, dans la pratique, quatre fois ou plus chez 35% des femmes.

- Pour les **examens techniques**, 2 échographies sont recommandées chez toutes les femmes. 18% de celles-ci subissent 2 échographies comme recommandé, mais la plupart (73%) en subissent au moins 3.

12% des femmes belges subissent également une amniocentèse au cours de la grossesse. En Wallonie (15%) et à Bruxelles (12%), ces pourcentages sont nettement plus élevés qu'en Flandre (9%).

Enfin, la cardiocotographie prénatale n'est pas recommandée en routine pour les grossesses non compliquées mais est effectuée chez 67% des femmes enceintes.

- Les données AIM permettent de dépister **un suivi médical non optimal** chez certains groupes de femmes, or des études montrent que les femmes qui ont bénéficié d'un suivi médical insuffisant donnent naissance à des enfants dont le risque d'un faible poids à la naissance et de mortalité périnatale est plus élevé (8)(9)(10)(11).

- Les **adolescentes** sont plus nombreuses à ne pas consulter (2,5%) que les femmes plus âgées et enceintes. Deux explications sont possibles : les grossesses des adolescentes sont soit médicalement moins bien suivies, soit les adolescentes fréquentent plus les consultations gratuites de l'ONE ou de Kind & Gezin.

Bien que l'ONE rapporte que les femmes de moins de 20 ans sont proportionnellement plus nombreuses dans ces consultations, elle cite que 2,8% des grossesses ne sont pas médicalement suivies chez les moins de 18 ans (4). Ce chiffre est très proche du chiffre AIM – 2,5% chez les adolescentes - et confirme une absence de suivi médical plus fréquent chez les adolescentes enceintes.

Les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans sont également plus nombreuses à ne pas consulter au 1^{er} trimestre de leur grossesse (27,2%). A nouveau, ce chiffre AIM est confirmé par les données de l'ONE (4) qui constate que les suivis tardifs (au-delà de 15 semaines) sont plus fréquents chez les futures jeunes mères : chez les moins de 18 ans, la médiane de la première consultation prénatale se situe à la 13^{ème} semaine de gestation au lieu de 11 semaines pour l'ensemble des femmes enceintes.

Ces constatations de moins bon suivi des grossesses chez les adolescentes sont aussi confirmées par des données de la littérature : elles ont 1,8 fois plus de risque à consulter tardivement — soit après le premier trimestre de la grossesse(13).

- On a aussi constaté que les suivis tardifs sont plus fréquents chez les femmes qui bénéficient d'un **remboursement majoré** : presque une femme sur quatre ne consulte pas pendant les trois premiers mois de la grossesse (23,6%). Cette sous-consommation de soins pourrait être induite par le préfinancement de l'honoraire de la consultation qui est peut-être un obstacle. Néanmoins, d'autres facteurs socioculturels pourraient aussi avoir une importance.

La littérature médicale cite plusieurs **raisons et barrières** susceptibles d'influencer l'utilisation de **soins prénatals**. La plupart des études se font auprès de femmes à bas revenus (12)(13)(15)(16)(17), mais une étude auprès de femmes des classes moyennes donne des résultats similaires (10)(15).

- Les motivations pour des soins prénatals ont trait aux sentiments et perceptions de la femme enceinte : une attitude positive vis-à-vis de la grossesse, la connaissance des symptômes qui indiquent une grossesse et la compréhension de l'importance de soins prénatals (12)(13)(14)(15). De même, les femmes qui se sentent soutenues par leur environnement au cours de leur grossesse, sont plus enclines à faire appel aux soins prénatals (12)(13)(15).
- Les barrières pour les soins prénatals sont de nature psychosociale, socio-démographique ou structurelle : grossesse non désirée; mère célibataire; formation modeste ; revenus modestes ; peu de support social ; pas d'assurance ; difficultés pour obtenir une consultation prénatale (10)(12)(13)(14)(15)(16). Beaucoup de femmes ne chercheraient que tardivement des soins prénatals, du fait qu'elles ne seraient pas conscientes plus tôt de leurs grossesses (16)(17).

- A **Bruxelles**, 2,1% des femmes enceintes n'ont aucun contact avec un médecin ou une sage-femme au cours de la grossesse. En outre, 18,1% des femmes enceintes n'ont pas de consultation au cours du premier trimestre de leur grossesse.

Les hypothèses explicatives sont diverses :

- Les femmes bruxelloises fréquenteraient plus que les autres les consultations de quartier de l'ONE et de Kind & Gezin pour lesquelles aucune attestation de soins donnés n'est délivrée et donc aucune donnée n'est encodée auprès des OA.

Le tableau en annexe 11 montre que cette dimension joue effectivement un rôle. Selon les rapports de l'ONE (7) et de Kind & Gezin (6), 2.988 femmes enceintes étaient inscrites dans une consultation prénatale gratuite à Bruxelles en 2002 contre 1.269 femmes en Flandre et 687 futures mères en Wallonie.

Le ratio 'nombre de femmes inscrites/nombre de naissances' permet une approche du taux de couverture des consultations prénatales gratuites. A Bruxelles 21,5% des femmes enceintes sont suivies au moins partiellement dans ces consultations gratuites dont les organismes assureurs n'ont pas d'information. En Flandre, 2,1% des femmes enceintes consultent gratuitement chez Kind & Gezin. En Wallonie ce taux s'élève à 4,4%⁹.

- Les femmes bruxelloises pourraient avoir un comportement différent pour le suivi prénatal. La population bruxelloise se différencie des autres régions par le fait que 45,9% des femmes enceintes n'étaient pas de nationalité belge au cours de la période 1998-2002 (5). Les mêmes données bruxelloises montrent que la répartition de l'âge et de la parité varie selon la nationalité de la mère : les proportions de mères âgées (40 ans et plus) et de grandes multipares (4 enfants ou plus) sont les plus importantes parmi les mères de nationalité maghrébine qui représentent 13,6% des femmes enceintes à Bruxelles. La proportion de mères très jeunes (moins de 20 ans) est particulièrement élevée parmi les mères turques et d'Europe de l'Est représentant respectivement 3,7% et 5,2% des femmes enceintes bruxelloises.

⁹ Les autres types de consultations prénatales de l'O.N.E. c-à-d les consultations prénatales hospitalières, les consultations dans les centres périnataux et le R.H.M.S (Réseau hospitalier de médecine sociale dans le Hainaut) ne sont pas inclus dans ce taux parce que les honoraires médicaux de ces consultations sont pris à charge par l'INAMI et ces consultations apparaissent donc dans les données des organismes assureurs. Si l'on tient tout de même compte de l'ensemble des consultations, le taux de couverture des consultations prénatales de l'O.N.E. est de 34,2% à Bruxelles, de 31,9% dans le Hainaut, de 18,3% à Liège et de 17,6% à Namur en 2002. (7)

Ici aussi, la littérature nous apporte des éléments de réponse.

L'ethnicité semble bien jouer un rôle dans le recours aux soins prénatals. Au Royaume Uni, des femmes d'origine étrangère ont moins de consultations prénatales que des femmes enceintes d'origine britannique (18)(19). En France et en Suède la mortalité périnatale et le nombre de naissances prématurées sont plus élevés chez des femmes d'origine étrangère, surtout de l'Afrique subsaharienne (20)(21)(22). Aux États-Unis on constate une inégalité raciale entre blancs et noirs en ce qui concerne la mortalité périnatale (23)(24).

Il apparaît en outre que des femmes multipares et des femmes de plus de 35 ans, à Bruxelles plus fréquemment rencontrées chez les non-belges (5), considèrent les soins prénatals comme moins importants (10)(14)(16).

VI. Besoin d'information et de sensibilisation

- Les consultations fréquentes et les multiples analyses de biologie clinique et examens techniques, comme observés dans les données AIM, indiquent une augmentation de la médicalisation de la grossesse dans notre société. Les chiffres montrent en outre une grande variabilité dans les soins prénataux.

Ces deux tendances ont motivé le Conseil National de Promotion de la Qualité à concevoir un **feed-back « Suivi prénatal »**.

Fin 2006, ce feed-back individuel sera probablement envoyé aux médecins-généralistes, aux gynécologues et aux accoucheuses.

Ce projet a un double objectif:

- Les prestataires de soins seront informés des plus récentes recommandations scientifiques en matière des soins prénataux "de base" justifiés et efficaces.
- Ils disposeront en outre de chiffres sur les soins prénataux effectués chez leurs patientes qui ont accouché en 2005.

Des informations sur le nombre de consultations, la biologie clinique et les examens techniques qui ont eu lieu dans les 280 jours avant l'accouchement seront fournies.

L'ensemble des recommandations et des données individuelles permettra au prestataire de soins d'intégrer la situation scientifique actuelle dans sa pratique.

Le feed-back individuel peut ainsi servir d'instrument d'auto-évaluation et de promotion de la qualité tout en alimentant la discussion et la réflexion dans les GLEM spécifiques.

- En plus du feed-back individuel, l'AIM espère rédiger en collaboration avec les experts de la Plate-forme un **deuxième rapport sur base des données 2005**.

De cette manière, l'information reprise dans ce message scientifique et dans le feed-back atteindra un plus grand public.

Ce deuxième rapport donnera l'occasion d'étudier des facteurs déterminants des soins prénatals et d'investiguer si les recommandations ont déjà eu une influence sur la pratique.

- La constatation que les **soins prénatals ne sont pas optimaux chez les adolescentes, les femmes ayant droit à l'intervention majorée et les femmes enceintes bruxelloises** , est interpellante étant donné que des soins prénatals insuffisants impliquent le risque d'une évolution moins favorable de la grossesse *(8)(9)(10)(11)*.

Le fait qu'une femme enceinte bruxelloise sur cinq fait appel aux consultations prénatales gratuites de l'ONE ou de Kind & Gezin et que presque la moitié n'a pas la nationalité belge nous incite à conclure que les femmes bruxelloises, tout comme les adolescentes et les femmes ayant droit à l'intervention majorée ont plus de risque de vivre dans des circonstances socio-économiques moins favorables. Et ainsi d'aboutir au constat d'une répartition inégale de la possibilité d'accoucher d'un enfant en bonne santé *(1)(25)* dans notre société.

Il semble donc indiqué d'offrir à ces femmes de milieux socialement moins favorisés, un accompagnement spécifique au cours de leur grossesse. Aussi bien l'ONE *(4)* que Kind & Gezin *(6)* en font grand cas et organisent gratuitement des consultations prénatales dans les régions avec une grande concentration de familles défavorisées.

Mais jusqu'à présent, la manière dont cet accompagnement spécifique pourrait être organisé au mieux, n'est pas claire : il y a relativement peu d'études scientifiques qui prouvent l'efficacité de stratégies possibles. Bien au contraire, des études américaines suggèrent que les différences dans le résultat des grossesses entre femmes d'origines ethniques différentes *(24)* ou de différentes catégories de revenus *(26)* persistent, ce malgré un accès précoce *(24)* ou amélioré *(26)* aux soins prénatals. De même, les programmes spécialisés pour adolescentes enceintes n'offrent pas d'avantages médicaux évidents comparé aux soins prénatals traditionnels pour adolescentes enceintes *(27)*. Des études plus approfondies sont donc nécessaires pour investiguer le lien causal entre une mauvaise évolution de la grossesse et les caractéristiques spécifiques des groupes à risques, comme les caractéristiques raciales et psychosociales.

L'amélioration des soins prénatals chez des femmes de milieux socialement moins favorisés constitue vraisemblablement le défi le plus difficile pour continuer à améliorer les soins prénatals en Belgique *(1)*. L'Agence Intermutualiste souhaite que des rapports comme celui-ci contribuent à maintenir l'attention de toutes les parties concernées sur cette problématique.

VII. Abréviations

| | |
|-------|--|
| AIM | Agence Intermutualiste |
| AFP | alpha foetoprotéine |
| BIM | bénéficiaires de l'intervention majorée |
| CMV | cytomegalovirus |
| CNPQ | Conseil National de Promotion de la Qualité |
| Cofo | complet formule |
| hCG | human chorionic gonadotrophin |
| HIV | human immunodeficiency virus |
| IMA | Intermutualistisch Agentschap |
| INAMI | Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité |
| INS | Institut National de la Statistique |
| KCE | Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé |
| MCH | mean corpuscular haemoglobin |
| MCHC | mean corpuscular haemoglobin concentration |
| MCV | mean corpuscular volume |
| NFS | numération formule sanguine |
| OA | organisme assureur |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONE | Office de la Naissance et de l'Enfance |
| SPE | Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie |

VIII. Bibliographie

1. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Temmerman M, Zhang WH, et al. Nationale richtlijn prenatale zorg: een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004. KCE reports 6A.
<http://www.kenniscentrum.fgov.be/documents/D20041027313.pdf>
2. Rapport d'activités de l'Office de la Naissance et de l'Enfance - 2002.
<http://www.one.be/PDF/RAP2002/rap2002.pdf>
3. Cammu H, Martens G, De Coen K, Van Mol C, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2002. vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE).
4. Rapport 2002-2003 Banque de données médico-sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance. Partie 2 : Mères en situation de vulnérabilité.
<http://www.one.be/PDF/RAPBDMS03/partie2.pdf>
5. Gezondheidsindicatoren – Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2004. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel.
<http://www.observatbru.be/nl/Publications/tableau%20de%20bord%202004-nl.pdf>
6. Jaarverslag 2002. Kind & Gezin. Hoofdstuk 2. Preventieve gezinsondersteuning.
http://www.kindengezin.be/Images/jaarverslag2002_tcm149-30201.pdf
7. Rapport d'activités de l'Office de la Naissance et de l'Enfance - 2004.
Partie 2 : L'accompagnement de l'enfant.
<http://www.one.be/PDF/RAP2003/Accompa.pdf>
8. Ryan GM Jr, Sweeney PJ, Solola AS. Prenatal care and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol. 1980 Aug 15;137(8):876-81.
9. Foster DC, Guzick DS, Pulliam RP. The impact of prenatal care on fetal and neonatal death rates for uninsured patients: a "natural experiment" in West Virginia. Obstet Gynecol. 1992 Jan;79(1):40-5.
10. Blondel B, Dutilh P, Delour M, Uzan S. Poor antenatal care and pregnancy outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1993 Aug;50(3):191-6.

11. Amini SB, Catalano PM, Mann LI. Effect of prenatal care on obstetrical outcome. *J Matern Fetal Med.* 1996 May-Jun;5(3):142-50.
12. Daniels P, Noe GF, Mayberry R. Barriers to prenatal care among Black women of low socioeconomic status. *Am J Health Behav.* 2006 Mar-Apr;30(2):188-98.
13. Hulsey TM, Laken M, Miller V, Ager J. The influence of attitudes about unintended pregnancy on use of prenatal and postpartum care. *J Perinatol.* 2000 Dec;20(8 Pt 1):513-9.
14. Roberts RO, Yawn BP, Wickes SL, Field CS, Garretson M, Jacobsen SJ. Barriers to prenatal care: factors associated with late initiation of care in a middle-class midwestern community. *J Fam Pract.* 1998 Jul;47(1):53-61.
15. Lia-Hoagberg B, Rode P, Skovholt CJ, Oberg CN, Berg C, Mullett S, Choi T. Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. *Soc Sci Med.* 1990;30(4):487-95.
16. Sable MR, Stockbauer JW, Schramm WF, Land GH. Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri, 1987-88. *Public Health Rep.* 1990 Nov-Dec;105(6):549-55.
17. Burks JA. Factors in the utilization of prenatal services by low-income black women. *Nurse Pract.* 1992 Apr;17(4):34, 46, 49.
18. Rowe RE, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med.* 2003 Jun;25(2):113-9. Review.
19. Petrou S, Kupek E, Vause S, Maresh M. Clinical, provider and sociodemographic determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. *Soc Sci Med.* 2001 Apr;52(7):1123-34.
20. Zeitlin J, Bucourt M, Rivera L, Topuz B, Papiernik E. Preterm birth and maternal country of birth in a French district with a multiethnic population. *BJOG.* 2004 Aug;111(8):849-55.
21. Zeitlin J, Combier E, De Caunes F, Papiernik E. Socio-demographic risk factors for perinatal mortality. A study of perinatal mortality in the French district of Seine-Saint-Denis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998 Sep;77(8):826-35. Review.
22. Essen B, Hanson BS, Ostergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 Sep;79(9):737-43.

23. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. Prenatal care and black-white fetal death disparity in the United States: heterogeneity by high-risk conditions. *Obstet Gynecol.* 2002 Mar;99(3):483-9.
24. Healy AJ, Malone FD, Sullivan LM, Porter TF, Luthy DA, Comstock CH, Saade G, Berkowitz R, Klugman S, Dugoff L, Craigo SD, Timor-Tritsch I, Carr SR, Wolfe HM, Bianchi DW, D'Alton ME. Early Access to Prenatal Care: Implications for Racial Disparity in Perinatal Mortality. *Obstet Gynecol.* 2006 Mar;107(3):625-631.
25. Kramer MS, Seguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2000;14(3):194-210.
26. Dubay L, Joyce T, Kaestner R, Kenney GM. Changes in prenatal care timing and low birth weight by race and socioeconomic status: implications for the Medicaid expansions for pregnant women. *Health Serv Res.* 2001 jun;36(2):399-403.
27. Morris DL, Berenson AB, Lawson J, Wiemann CM. Comparison of adolescent pregnancy outcomes by prenatal care source. *J Reprod Med.* 1993 May;38(5):375-80.

IX. Annexes

IX.1. Structure de la population féminine AIM en âge de procréer

Caractéristiques socio-démographiques de la population cible
Femmes âgées entre 10 et 49 ans pendant la période étudiée
Période : 2002 - Classe : par Région et Age
Données AIM.

| Age | Région Bruxelles- Capitale | Région Flamande | Région Wallonne | Non définie | Total | Nombre d'indépendants | Pourcentage d'indépendants |
|--------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|---------------|------------------|--------------------------|-------------------------------|
| [10-14] | 27.264 | 175.300 | 107.652 | 2.122 | 312.338 | 27.296 | 8,74% |
| [15-19] | 25.956 | 167.278 | 100.258 | 2.057 | 295.549 | 26.667 | 9,02% |
| [20-24] | 32.705 | 181.952 | 101.200 | 2.694 | 318.551 | 22.406 | 7,03% |
| [25-29] | 41.097 | 178.872 | 101.128 | 3.274 | 324.371 | 19.250 | 5,93% |
| [30-34] | 40.471 | 206.549 | 113.511 | 3.253 | 363.784 | 29.160 | 8,02% |
| [35-39] | 35.677 | 230.238 | 121.687 | 2.838 | 390.440 | 38.385 | 9,83% |
| [40-44] | 32.600 | 231.779 | 125.223 | 2.567 | 392.169 | 41.289 | 10,53% |
| [45-49] | 30.317 | 213.686 | 120.180 | 2.205 | 366.388 | 39.133 | 10,68% |
| Total | 266.087 | 1.585.654 | 890.839 | 21.010 | 2.763.590 | 243.586 | 8,81% |

Caractéristiques socio-démographiques de la population cible
Femmes âgées entre 10 et 49 ans pendant la période étudiée (bénéficiaires du régime général)
Période : 2002 - Classe : par province et Catégorie sociale du titulaire
Données AIM.

| <i>Région</i> | <i>Province</i> | <i>Non BIM</i> | <i>BIM</i> | <i>Non défini</i> | <i>% BIM</i> | <i>Total</i> |
|----------------------------------|----------------------------|------------------|----------------|-------------------|--------------|------------------|
| Région Bruxelles-Capitale | <i>Bruxelles-Capitale</i> | 212.277 | 32.189 | 0 | 13,17% | 244.466 |
| | Total | 212.277 | 32.189 | 0 | 13,17% | 244.466 |
| Région Flamande | <i>Anvers</i> | 377.871 | 23.154 | 0 | 5,77% | 401.025 |
| | <i>Brabant Flamand</i> | 240.617 | 8.152 | 0 | 3,28% | 248.769 |
| | <i>Flandre Occidentale</i> | 241.902 | 11.604 | 0 | 4,58% | 253.506 |
| | <i>Flandre Orientale</i> | 314.001 | 16.177 | 0 | 4,90% | 330.178 |
| | <i>Limbourg</i> | 187.730 | 11.184 | 0 | 5,62% | 198.914 |
| | Total | 1.362.121 | 70.271 | 0 | 4,91% | 1.432.392 |
| Région Wallonne | <i>Brabant Wallon</i> | 83.225 | 3.867 | 0 | 4,44% | 87.092 |
| | <i>Hainaut</i> | 288.528 | 31.696 | 0 | 9,90% | 320.224 |
| | <i>Liège</i> | 226.440 | 25.007 | 0 | 9,95% | 251.447 |
| | <i>Luxembourg</i> | 50.526 | 3.506 | 1 | 6,49% | 54.033 |
| | <i>Namur</i> | 103.173 | 7.812 | 0 | 7,04% | 110.985 |
| | Total | 751.892 | 71.888 | 1 | 8,73% | 823.781 |
| Total | <i>Non définie</i> | 18.612 | 385 | 1 | 2,03% | 18.998 |
| | Total | 2.344.902 | 174.733 | 2 | 6,93% | 2.519.637 |

IX.2. Codes de nomenclature sélectionnés pour les consultations prénatales

IX.2.1. Gynécologues

Spécialité du prestataire

34,340,146,341,349,367,369,978

Codes de nomenclature

| | |
|--------|---|
| 102012 | Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste autre que ceux cités aux 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211 et 102734 |
| 102535 | Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités aux n°s 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653 et 102756 |

IX.2.2. Médecins généralistes

Spécialité du prestataire

001 -> 008

Codes de nomenclature

| | |
|--------|--|
| 101010 | Consultation au cabinet du médecin généraliste avec droits acquis |
| 101032 | Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé |
| 101076 | Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé accrédité |
| 103110 | Visite au domicile du malade, par le médecin généraliste avec droits acquis |
| 103132 | Visite, au domicile du malade par le médecin généraliste agréé |
| 104215 | Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures |
| 104230 | Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures |
| 104252 | Visite effectuée par le médecin généraliste agréé le week-end, du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, au domicile du malade |
| 104274 | Visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste agréé au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures |
| 104355 | Consultation du médecin généraliste agréé appelé par un médecin au domicile du malade |
| 104510 | Visite effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au domicile du malade entre 18 et 21 heures |
| 104532 | Visite effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures |
| 104554 | Visite effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis le week-end, du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, au domicile du malade |
| 104576 | Visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures |
| 104650 | Consultation du médecin généraliste avec droits acquis par un médecin au domicile du malade |

IX.2.3. Sages-femmes

Spécialité du prestataire

1er chiffre du n° identification = 4

2eme au 6eme chiffres du n° identification = 1 - 9999

Codes de nomenclature

| | |
|--------|---|
| 422030 | Première séance individuelle d'obstétrique. Cette prestation comporte la constatation éventuelle de la grossesse, l'ouverture du dossier de grossesse, y compris la première séance d'obstétrique telle qu'elle est décrite dans les prestations 422052 et 422074. |
| 422052 | Séance individuelle d'obstétrique. Cette prestation comporte l'examen obstétrique (anamnèse, évaluation clinique mesure et suivi des paramètres nécessaires) de la femme enceinte, y compris l'éventuel monitoring et toutes les autres prestations techniques pouvant être fournies par l'accoucheuse. |
| 422074 | Séance individuelle d'obstétrique en cas de grossesse à risque sur prescription d'un médecin spécialiste en obstétrique. Le nombre, la fréquence et le lieu de ces séances prénatales sont explicitement mentionnés sur la prescription par le médecin spécialiste. |
| 422096 | Préparation individuelle. |
| 422111 | Préparation collective de 2 à 5 femmes enceintes, par femme enceinte . |
| 422133 | Préparation collective de 6 à 10 femmes enceintes, par femme enceinte. |

IX.3. Codes de nomenclature sélectionnés pour la biologie clinique

IX.3.1. Hématologie – Complet formule

| | | |
|--------|--------|---|
| 123034 | 123045 | Numération des globules rouges et/ou hématocrite. |
| 123056 | 123060 | Numération des globules blancs. |
| 123071 | 123082 | Formule leucocytaire établie au microscope sur un minimum de 100 cellules. |
| 123174 | 123185 | Formule leucocytaire simplifiée (lymphocytes, monocytes et granulocytes), dérivée de l'analyse d'un histogramme volumétrique différentiel, obtenu après réaction lytique. |
| 123196 | 123200 | Formule leucocytaire (au moins cinq populations), établie à l'aide d'un compteur cellulaire, basée sur des critères ne comportant pas uniquement la taille cellulaire, en ce compris les contrôles par microscopie. |
| 127013 | 127024 | Dosage de l'hémoglobine par méthode électrophotométrique. |
| 127035 | 127046 | Numération des globules rouges et/ou hématocrite. |
| 127050 | 127061 | Numération des globules blancs. |
| 127072 | 127083 | Formule leucocytaire établie au microscope sur un minimum de 100 cellules. |
| 127116 | 127120 | Numération des plaquettes. |
| 127131 | 127142 | Numération des réticulocytes. |
| 127175 | 127186 | Formule leucocytaire simplifiée (lymphocytes, monocytes et granulocytes), dérivée de l'analyse d'un histogramme volumétrique différentiel obtenu après réaction lytique. |

| | | |
|--------|--------|---|
| 127190 | 127201 | Formule leucocytaire (au moins cinq populations) établie à l'aide de compteur cellulaire basée sur des critères ne comportant pas uniquement la taille cellulaire, en ce compris les contrôles par microscopie. |
| 540654 | 540665 | Electrophorèse en Ph alcalin en vue de la détection d'une hémoglobinopathie. |
| 540676 | 540680 | Identification d'une hémoglobine anormale par une seconde électrophorèse. |

IX.3.2. Biochimie - glycémie

| | | |
|--------|--------|-------------------|
| 120050 | 120061 | Dosage du glucose |
| 125053 | 125064 | Dosage du glucose |

IX.3.3. Sérologie

1.CMV

| | | |
|--------|--------|---|
| 551316 | 551320 | Recherche d'anticorps IgM AB Cytomégalovirus |
| 551331 | 551342 | Recherche d'anticorps IgM AB Cytomégalovirus |
| 555774 | 555785 | Test de transformation lymphoblastique par allergène ou mitogène. Le premier. |
| 555796 | 555800 | Test de transformation lymphoblastique par allergène ou mitogène. Les suivants, chacun. |

2.Toxoplasmose

| | | |
|--------|--------|--|
| 551751 | 551762 | Recherche d'anticorps IgG contre Toxoplasma gondii |
| 551773 | 551784 | Recherche d'anticorps IgG contre Toxoplasma gondii |

3.Hépatite B

| | | |
|--------|--------|---|
| 551434 | 551445 | Diagn/Contr Hep/anticorps anti Hbs par méthode non-isotopique |
| 551471 | 551482 | Diagn/Contr Hep/anticorps anti Hbs par méthode non-isotopique |
| 437032 | 437043 | Diagn+Contr. HepB par HBsAg Max 1 |
| 437076 | 437080 | Diagn+Contr. HepB par HBsAB |
| 437113 | 437124 | Diagn+Contr. HepB par HBcAB |
| 437054 | 437065 | Diagn+Contr. HepB par HBeAg |
| 437091 | 437102 | Diagn+Contr. HepB par HBeAB |
| 551390 | 551401 | Diagn/Contr HepB/antigène HBs AG par méthode non-isoptique |
| 551412 | 551423 | Diagn/Contr HepB/antigène HBs AG par méthode non-isoptique |
| 551456 | 551460 | Diagn/Contr HepB/antigène HBs AG par méthode non-isoptique |

4.HIV

| | | |
|--------|--------|------------------|
| 551736 | 551740 | Recherche HIV-AB |
|--------|--------|------------------|

5.Rubéole

| | | |
|--------|--------|--|
| 551596 | 551600 | Recherche d'anticorps IgG AB contre la rubéole chez la femme |
| 551611 | 551622 | Recherche d'anticorps IgM AB rubéole. |
| 551633 | 551644 | Mise en évidence des anticorps IgM purifiés contre le virus de la rubéole. |
| 551655 | 551666 | Recherche d'anticorps en cas de syndrome spécifié par le médecin prescripteur : pour un syndrome respiratoire. |

IX.3.4. Urine

549312 549323 Culture aérobie d'urine avec identification des germes isolés.

IX.3.5. Triple tests

433031 433042 Dosage AFP dans le sang.
541413 541424 Dosage de l'alpha foetoprotéine par méthode non-isotopique dans le sang maternel.
434534 434545 Dosage d'oestriol dans le sang.
546254 546264 Dosage d'oestriol dans le sang.
434630 434641 Dosage de H.C.G.
546195 546206 Dosage HCG dans le sang.
546055 546066 Dosage oestrogènes totaux.
436111 436122 Dosage sous-unité libre Beta HCG.
433193 433204 Triple test 18 (existe seulement depuis 01/07/99).
542555 542566 Triple test 24 (existe seulement depuis 01/07/99).

IX.4. Codes de nomenclature sélectionnés pour les examens techniques

IX.4.1. Echographie

460250 460261 Echographie du bassin féminin.
460515 460526 Evaluation échographique bidimensionnelle de la grossesse avec protocole et documents, maximum une fois par trimestre.
460530 460541 Examen échographique fonctionnel comprenant une biométrie et un profil biophysique du fœtus avec ou sans mesure du flux sanguin ombilical en cas de haut risque obstétrical ou foetal documenté.
460552 460563 Exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes foetaux avec protocole et documents en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé.
469490 469501 Echographie du bassin féminin.
469895 469906 Evaluation échographique bidimensionnelle de la grossesse avec protocole et documents, maximum une fois par trimestre.
469910 469921 Examen échographique fonctionnel comprenant une biométrie et un profil biophysique du fœtus avec ou sans mesure du flux sanguin ombilical en cas de haut risque obstétrical ou foetal documenté.
469932 469943 Exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes foetaux avec protocole et documents en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé.

IX.4.2. Amniocentèse

| | | |
|--------|--------|---|
| 432235 | 432246 | Amnioscopie. |
| 432353 | 432364 | Procédure obstétricale invasive (amniocentèse, ponction foetale, cordocentèse) sous contrôle échographique. |

IX.4.3. Cardiotocographie prénatale (hors travail et accouchement)

| | | |
|--------|--------|--|
| 424056 | 424060 | Cardiotocographie anténatale (à l'exclusion des cardiotocographies effectuées le jour de l'accouchement): enregistrement combiné du rythme cardio-foetal, de l'intensité et de la fréquence des contractions, d'une durée minimale d'une demi-heure, avec protocole et extraits des tracés par jour. |
|--------|--------|--|

IX.5. Nombre de femmes enceintes ayant un certain nombre de consultations chez un gynécologue, un généraliste ou une sage-femme, par région et par province

Pourcentage de femmes ayant accouché entre octobre et décembre 2002 en regard de leur nombre de contacts avec un gynécologue et/ou un généraliste et/ou une accoucheuse pendant leur grossesse.
par région et province
Données IMA

| Région | Province | Nombre de femmes considérées | Aucun contact | | Moins de 6 contacts | | Entre 6 et 10 contacts | | Plus de 10 contacts | |
|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------|-------------|---------------------|-------------|------------------------|--------------|---------------------|--------------|
| | | | # | % | # | % | # | % | # | % |
| Région Bruxelles-Capitale | <i>Bruxelles-Capitale</i> | 2.867 | 61 | 2,1% | 259 | 9,0% | 796 | 27,8% | 1.751 | 61,1% |
| | Total | 2.867 | 61 | 2,1% | 259 | 9,0% | 796 | 27,8% | 1.751 | 61,1% |
| Région Flamande | <i>Anvers</i> | 3.522 | 58 | 1,6% | 211 | 6,0% | 738 | 21,0% | 2.515 | 71,4% |
| | <i>Brabant Flamand</i> | 2.250 | 43 | 1,9% | 74 | 3,3% | 422 | 18,8% | 1.711 | 76,0% |
| | <i>Flandre Occidentale</i> | 2.287 | 22 | 1,0% | 68 | 3,0% | 444 | 19,4% | 1.753 | 76,7% |
| | <i>Flandre Orientale</i> | 3.067 | 35 | 1,1% | 139 | 4,5% | 653 | 21,3% | 2.240 | 73,0% |
| | <i>Limbourg</i> | 1.543 | 19 | 1,2% | 46 | 3,0% | 277 | 18,0% | 1.201 | 77,8% |
| | Total | 12.669 | 177 | 1,4% | 538 | 4,2% | 2.534 | 20,0% | 9.420 | 74,4% |
| Région Wallonne | <i>Brabant Wallon</i> | 809 | 13 | 1,6% | 17 | 2,1% | 150 | 18,5% | 629 | 77,8% |
| | <i>Hainaut</i> | 3.262 | 38 | 1,2% | 135 | 4,1% | 624 | 19,1% | 2.465 | 75,6% |
| | <i>Liège</i> | 2.500 | 30 | 1,2% | 112 | 4,5% | 565 | 22,6% | 1.793 | 71,7% |
| | <i>Luxembourg</i> | 519 | 6 | 1,2% | 25 | 4,8% | 90 | 17,3% | 398 | 76,7% |
| | <i>Namur</i> | 1.150 | 11 | 1,0% | 53 | 4,6% | 193 | 16,8% | 893 | 77,7% |
| | Total | 8.240 | 98 | 1,2% | 342 | 4,2% | 1.622 | 19,7% | 6.178 | 75,0% |
| Total | <i>Non définie</i> | 48 | 20 | 41,7% | 2 | 4,2% | 6 | 12,5% | 20 | 41,7% |
| | Total | 23.824 | 356 | 1,5% | 1.141 | 4,8% | 4.958 | 20,8% | 17.369 | 72,9% |

IX.6. Nombre de femmes enceintes ayant au moins une consultation chez un gynécologue, un généraliste ou une sage-femme, par région et par province

Nombre de femmes ayant accouché entre octobre et décembre 2002 ayant au moins une consultations chez un gynécologue et/ou un généraliste et/ou une accoucheuse pendant leur grossesse.

Classification : par région et par province

Période : 2002

Nombre de femmes enceinte pendant la période considérée : 23824

Données IMA

| Région | Province | Dénominateur | Consultation chez un gynécologue | | Consultation chez un généraliste | | Consultation chez une accoucheuse | |
|----------------------------------|----------------------------|---------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|
| | | | # | % | # | % | # | % |
| Région Bruxelles-Capitale | <i>Bruxelles-Capitale</i> | 2.867 | 2.796 | 98% | 1.646 | 57% | 453 | 16% |
| | Total | 2.867 | 2.796 | 98% | 1.646 | 57% | 453 | 16% |
| Région Flamande | <i>Anvers</i> | 3.522 | 3.421 | 97% | 2.818 | 80% | 275 | 8% |
| | <i>Brabant Flamand</i> | 2.250 | 2.177 | 97% | 1.839 | 82% | 494 | 22% |
| | <i>Flandre Occidentale</i> | 2.287 | 2.242 | 98% | 1.981 | 87% | 250 | 11% |
| | <i>Flandre Orientale</i> | 3.067 | 3.000 | 98% | 2.476 | 81% | 522 | 17% |
| | <i>Limbourg</i> | 1.543 | 1.519 | 98% | 1.349 | 87% | 276 | 18% |
| | Total | 12.669 | 12.359 | 98% | 10.463 | 83% | 1.817 | 14% |
| Région Wallonne | <i>Brabant Wallon</i> | 809 | 795 | 98% | 605 | 75% | 100 | 12% |
| | <i>Hainaut</i> | 3.262 | 3.208 | 98% | 2.308 | 71% | 526 | 16% |
| | <i>Liège</i> | 2.500 | 2.456 | 98% | 1.766 | 71% | 480 | 19% |
| | <i>Luxembourg</i> | 519 | 508 | 98% | 427 | 82% | 162 | 31% |
| | <i>Namur</i> | 1.150 | 1.136 | 99% | 956 | 83% | 172 | 15% |
| | Total | 8.240 | 8.103 | 98% | 6.062 | 74% | 1.440 | 17% |
| Total | <i>Non définie</i> | 48 | 28 | 58% | 17 | 35% | 5 | 10% |
| | Total | 23.824 | 23.286 | 98% | 18.188 | 76% | 3.715 | 16% |

IX.7. Nombre de femmes enceintes n'ayant aucun suivi au cours du premier trimestre de la grossesse, par région et par province

Nombre de femmes ayant accouché entre octobre et décembre 2002 et n'ayant aucun suivi au cours du premier trimestre de la grossesse

Classification : par région et province

Période : 2002

Nombre de femmes enceintes pour la période considérée : 23.824

Pourcentage de femmes sans suivi au premier trimestre : 10,8%

Données IMA

| <u>Région</u> | <u>Province</u> | <u>Dénominateur</u> | <i>Femmes sans consultation pendant le premier trimestre</i> | | |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------|--|--------------|------------------|
| | | | # | % | Standardisation* |
| Région Bruxelles-Capitale | <i>Bruxelles-Capitale</i> | 2.867 | 524 | 18,3% | 1,58 |
| | Total | 2.867 | 524 | 18,3% | 1,58 |
| Région Flamande | <i>Anvers</i> | 3.522 | 394 | 11,2% | 1,06 |
| | <i>Brabant Flamand</i> | 2.250 | 205 | 9,1% | 0,95 |
| | <i>Flandre Occidentale</i> | 2.287 | 174 | 7,6% | 0,74 |
| | <i>Flandre Orientale</i> | 3.067 | 265 | 8,6% | 0,86 |
| | <i>Limbourg</i> | 1.543 | 122 | 7,9% | 0,80 |
| | Total | 12.669 | 1.160 | 9,2% | 0,89 |
| Région Wallonne | <i>Brabant Wallon</i> | 809 | 76 | 9,4% | 1,01 |
| | <i>Hainaut</i> | 3.262 | 350 | 10,7% | 0,95 |
| | <i>Liège</i> | 2.500 | 296 | 11,8% | 1,05 |
| | <i>Luxembourg</i> | 519 | 47 | 9,1% | 0,94 |
| | <i>Namur</i> | 1.150 | 110 | 9,6% | 0,90 |
| | Total | 8.240 | 879 | 10,7% | 0,96 |
| Total | <i>Non définie</i> | 48 | 22 | 45,8% | 11,00 |
| | Total | 23.824 | 2.585 | 10,9% | 1,00 |

*Standardisation indirecte pour l'âge et la catégorie sociale du titulaire

IX.8. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des tests de biologie clinique suivants durant leur grossesse, par catégorie d'âge

Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins une des prestations suivantes:

Classification : par âge

Période : 2002

Nombre de femmes considérées pour la période : 23.824

Données IMA

BIOLOGIE CLINIQUE

| Age | Dénominateur | Complet formule | Glycémie | CMV | Toxoplas-mose | Hépa-tite B | HIV | Rubéole | Culture d'urine | Triple tests |
|--------------|---------------|-----------------|------------|------------|---------------|-------------|------------|------------|-----------------|--------------|
| 15-19 ans | 602 | 98% | 75% | 74% | 94% | 83% | 75% | 82% | 47% | 46% |
| 20-24 ans | 4.076 | 98% | 77% | 68% | 93% | 78% | 68% | 73% | 44% | 55% |
| 25-29 ans | 8.688 | 98% | 77% | 67% | 89% | 74% | 61% | 61% | 40% | 61% |
| 30-34 ans | 7.280 | 98% | 75% | 67% | 87% | 74% | 61% | 56% | 39% | 61% |
| 35-39 ans | 2.683 | 97% | 77% | 69% | 84% | 75% | 63% | 57% | 39% | 38% |
| 40-44 ans | 471 | 97% | 77% | 69% | 82% | 77% | 68% | 62% | 41% | 15% |
| Total | 23.824 | 98% | 76% | 68% | 88% | 75% | 63% | 62% | 41% | 56% |

Les catégories des femmes âgées de moins de 15 ans (n= 4) et celle des femmes de 45 ans et plus (n= 20) ne peuvent être prises en compte dans les analyses vu la petite taille des effectifs.

IX.9. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des tests de biologie clinique suivants durant leur grossesse, par région et par province

Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins une des prestations suivantes:

Classification : par province

Période : 2002

Nombre de femmes considérées pour la période : 23.824

Données IMA

BIOLOGIE CLINIQUE

| Région | Province | Dénominateur | Complet formule | Glycémie | CMV | Toxoplas-mose | Hépa-tite B | HIV | Rubéole | Culture d'urine | Triple tests |
|----------------------------------|----------------------------|---------------|-----------------|------------|------------|---------------|-------------|------------|------------|-----------------|--------------|
| Région Bruxelles-Capitale | <i>Bruxelles-Capitale</i> | 2.867 | 98% | 83% | 82% | 84% | 86% | 81% | 66% | 55% | 49% |
| | Total | 2.867 | 98% | 83% | 82% | 84% | 86% | 81% | 66% | 55% | 49% |
| Région Flamande | <i>Anvers</i> | 3.522 | 97% | 73% | 42% | 90% | 71% | 57% | 59% | 31% | 46% |
| | <i>Brabant Flamand</i> | 2.250 | 97% | 74% | 70% | 86% | 67% | 53% | 55% | 38% | 57% |
| | <i>Flandre Occidentale</i> | 2.287 | 96% | 75% | 41% | 86% | 63% | 47% | 54% | 30% | 51% |
| | <i>Flandre Orientale</i> | 3.067 | 96% | 61% | 59% | 89% | 64% | 53% | 63% | 39% | 50% |
| | <i>Limbourg</i> | 1.543 | 98% | 82% | 37% | 91% | 74% | 46% | 57% | 31% | 61% |
| | Total | 12.669 | 96% | 72% | 51% | 88% | 68% | 52% | 58% | 34% | 52% |
| Région Wallonne | <i>Brabant Wallon</i> | 809 | 99% | 82% | 88% | 84% | 80% | 65% | 56% | 54% | 71% |
| | <i>Hainaut</i> | 3.262 | 99% | 89% | 90% | 89% | 85% | 80% | 71% | 55% | 75% |
| | <i>Liège</i> | 2.500 | 99% | 72% | 88% | 95% | 81% | 69% | 65% | 33% | 53% |
| | <i>Luxembourg</i> | 519 | 100% | 81% | 88% | 90% | 83% | 70% | 61% | 43% | 65% |
| | <i>Namur</i> | 1.150 | 99% | 79% | 90% | 86% | 83% | 75% | 64% | 46% | 61% |
| | Total | 8.240 | 99% | 81% | 89% | 90% | 83% | 74% | 66% | 46% | 65% |
| Total | <i>Non définie</i> | 48 | 100% | 79% | 79% | 77% | 75% | 58% | 60% | 44% | 69% |
| | Total | 23.824 | 98% | 76% | 68% | 88% | 75% | 63% | 62% | 41% | 56% |

IX.10. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins un des examens techniques suivants durant leur grossesse, par région et par province

Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins une des prestations suivantes:

Classification : par province

Période : 2002

Nombre de femmes considérées pour la période : 23.824

Données IMA

EXAMENS TECHNIQUES

| Région | Province | Dénominateur | Echographie | Amniocentèse | Cardiotocographie prénatale |
|----------------------------------|----------------------------|---------------|-------------|--------------|-----------------------------|
| Région Bruxelles-Capitale | <i>Bruxelles-Capitale</i> | 2.867 | 97% | 12% | 69% |
| | Total | 2.867 | 97% | 12% | 69% |
| Région Flamande | <i>Anvers</i> | 3.522 | 96% | 7% | 60% |
| | <i>Brabant Flamand</i> | 2.250 | 98% | 14% | 63% |
| | <i>Flandre Occidentale</i> | 2.287 | 98% | 7% | 54% |
| | <i>Flandre Orientale</i> | 3.067 | 97% | 8% | 58% |
| | <i>Limbourg</i> | 1.543 | 99% | 8% | 57% |
| | Total | 12.669 | 97% | 9% | 59% |
| Région Wallonne | <i>Brabant Wallon</i> | 809 | 99% | 17% | 78% |
| | <i>Hainaut</i> | 3.262 | 98% | 16% | 85% |
| | <i>Liège</i> | 2.500 | 98% | 16% | 76% |
| | <i>Luxembourg</i> | 519 | 97% | 13% | 83% |
| | <i>Namur</i> | 1.150 | 98% | 13% | 67% |
| | Total | 8.240 | 98% | 15% | 79% |
| Total | <i>Non définie</i> | 48 | 98% | 11% | 67% |
| | Total | 23.824 | 98% | 12% | 67% |

IX.11. Nombre de femmes enceintes inscrites dans une consultation gratuite de l'O.N.E. ou de Kind & Gezin en 2002, par région et par province

| Région | Province | Nombre de femmes inscrites dans une consultation prénatale gratuite* en 2002 | Nombre de naissances en 2003** | Ratio inscriptions/naissances |
|---------------------------|---------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
| Région Bruxelles-Capitale | Bruxelles-Capitale | 1.547 (O.N.E.) | 13.929 | 11,1% |
| | Bruxelles-Capitale | 1.441 (Kind en Gezin) | 13.929 | 10,3% |
| | Total | 2.988 | 13.929 | 21,5% |
| Région Flamande | Anvers | 674 (Kind en Gezin) | 17.144 | 3,9% |
| | Brabant Flamand | 45 (Kind en Gezin) | 10.403 | 0,4% |
| | Flandre Occidentale | 15 (Kind en Gezin) | 10.636 | 0,1% |
| | Flandre Orientale | 535 (Kind en Gezin) | 13.738 | 3,9% |
| | Limbourg | 0 (Kind en Gezin) | 7.804 | 0,0% |
| | Total | 1.269 | 59.725 | 2,1% |
| Région Wallonne | Brabant Wallon | 76 (O.N.E.) | 3.879 | 2,0% |
| | Hainaut | 243 (O.N.E.) | 14.295 | 1,7% |
| | Liège | 140 (O.N.E.) | 11.158 | 1,3% |
| | Luxembourg | 0 (O.N.E.) | 3.185 | 0,0% |
| | Namur | 228 (O.N.E.) | 5.054 | 4,5% |
| | Total | 687 | 37.571 | 1,8% |
| Belgique | Total | 4.944 (O.N.E. et Kind en Gezin) | 111.225 | 4,4% |

* C'est à dire une consultation prénatale de quartier de l'O.N.E. ou un bureau de consultation prénatale de Kind en Gezin où les honoraires médicaux sont pris en charge par l'O.N.E. ou Kind en Gezin.

Sources : 1) Rapport d'activités de l'Office de la Naissance et de l'Enfance - 2004. Partie 2 : L'accompagnement de l'enfant. 2) Jaarverslag 2002. Kind en Gezin. Hoofdstuk 2. Preventieve gezinsondersteuning.

** Source : SPF Economie - Direction générale Statistique et Information économique, Service Démographie.