

Le suivi prénatal en Belgique en 2010. Comparaison avec les résultats 2005.

Une étude de l'Agence Intermutualiste

Agence InterMutualiste
188A, chaussée de Tervuren
1150 Bruxelles
www.cin-aim.be

Ce rapport a été réalisé par :

Ann Ceuppens	ann.ceuppens@mloz.be
Tonio Di Zinno	tonio.dizinno@intermut.be
Joeri Guillaume	joeri.Guillaume@intermut.be
Naïma Regueras	Naïma.Regueras@mc.be

Ont également collaboré:

- Nadia Benahmed, collaborateur scientifique, Ecole de Santé Publique, ULB, (nadia.ben.hamed@ulb.ac.be)
- Anne Remacle, (anne.remacle@mc.be)

L'équipe de recherche souhaite remercier

Sophie Alexander (sophie.alexander@ulb.ac.be) pour sa relecture attentive et ses remarques pertinentes.

1	Introduction	5
2	Méthodologie.....	6
2.1	<i>Sources de données.....</i>	6
2.2	<i>Sélection des accouchements.....</i>	7
2.3	<i>Fixation de la période prénatale.....</i>	7
2.4	<i>Profil de risque de la femme enceinte.....</i>	8
2.4.1	Pourquoi faut-il une stratification des risques ?.....	8
2.4.2	Quels facteurs de risque peut-on déterminer ou approcher sur base des données des organismes assureurs ?.....	8
2.5	<i>Suivi prénatal.....</i>	10
2.5.1	Indicateurs de processus.....	10
2.5.2	Soins prénataux sélectionnés.....	10
2.5.3	Indicateurs du suivi prénatal.....	10
2.6	<i>Contraception.....</i>	10
2.7	<i>Recommandations scientifiques.....</i>	11
3	Résultats	12
3.1	<i>Profil de risque des femmes enceintes</i>	12
3.2	<i>Consultations pendant la grossesse</i>	14
3.2.1	Nombre de consultations par grossesse	14
3.2.2	Comment se répartissent les consultations entre les différents prestataires?	16
3.3	<i>Analyses de laboratoire pendant la grossesse</i>	18
3.3.1	Hématologie.....	20
3.3.2	Détection des infections.....	20
3.3.3	Détection du diabète de grossesse	24
3.3.4	Analyses sans utilité prouvée.....	25
3.4	<i>Examens techniques pendant la grossesse.....</i>	26
3.4.1	Echographies.....	27
3.4.2	Diagnostic prénatal invasif	28
3.4.3	Cardiotocographies.....	29
3.5	<i>Détection du syndrome de Down.....</i>	30
3.6	<i>Kinésithérapie pendant la grossesse.....</i>	31
3.7	<i>Vaccination contre la grippe</i>	33
3.8	<i>Hospitalisations prénatales</i>	33
4	Limitations des données	35
4.1	<i>Garantie de l'exhaustivité des soins délivrés ?.....</i>	35
4.2	<i>Garantie de la connaissance exacte de la période de grossesse ?.....</i>	35
4.3	<i>Absence de données cliniques et/ou pathologiques</i>	36
5	Discussion	37
5.1	<i>Suivi des recommandations soins prénataux du rapport KCE</i>	37
5.2	<i>Caractéristiques de la population étudiée – évolution 2005-2010</i>	37
6	Conclusions/recommandations.....	39

7	Abréviations	41
8	Bibliographie.....	42
9	Annexes.....	43
9.1	<i>Codes de nomenclature pour les accouchements.....</i>	43
9.2	<i>Codes ATC pour la comorbidité</i>	43
9.3	<i>Codes de nomenclature pour les consultations en période prénatale.....</i>	45
9.3.1	Médecins généralistes	45
9.3.2	Accoucheuses.....	46
9.3.3	Gynécologues.....	46
9.3.4	Autres médecins spécialistes.....	47
9.4	<i>Codes de nomenclature pour les analyses de laboratoires en période prénatale.....</i>	49
9.5	<i>Codes de nomenclature pour les examens techniques en période prénatale</i>	52
9.6	<i>Codes de nomenclature pour la kinésithérapie en période prénatale.....</i>	52
9.7	<i>Codes de nomenclature pour la détection du syndrome de Down.....</i>	53
9.8	<i>Codes de nomenclature pour le vaccin antigrippe</i>	53
9.9	<i>Codes ATC pour la contraception</i>	53
9.10	<i>Analyse par prescripteur</i>	55
9.11	<i>Analyse par trimestre de grossesse.....</i>	56
9.12	<i>Contraception.....</i>	58
9.13	<i>Chiffres absolus</i>	59
9.14	<i>Tests de significativité</i>	61
9.15	<i>Addendum budgétaire.....</i>	65

1 Introduction

En 2007, l'Agence InterMutualiste (AIM) a publié un rapport sur le suivi prénatal des femmes accouchées en Belgique en 2005. Le rapport avait pour objectif de confronter la pratique belge aux recommandations formulées par le Centre Fédéral d'Expertise (KCE).

Cinq ans plus tard, l'AIM a décidé d'actualiser ce rapport dans le cadre d'un projet plus large ayant pour objectif de couvrir non seulement la période prénatale mais également l'accouchement en lui-même ainsi que les semaines suivant l'accouchement (l'OMS définit la période postnatale comme étant les 6 semaines suivant l'accouchement (WHO 1996)). Ce nouveau projet baptisé « Trajet naissance » sera publié en trois parties. La première consiste en une actualisation du rapport de 2005 sur le suivi prénatal, l'objectif étant de mettre en évidence des éventuels changements de comportement cinq ans après la publication des recommandations du KCE. En 2005, le délai entre la publication des recommandations du KCE en 2004 et notre étude était relativement court et ne nous permettait pas de mesurer complètement l'impact de ces recommandations sur les pratiques des prestataires de soins. La seconde publication couvrira quant à elle la période de l'accouchement tandis que le troisième rapport portera sur le suivi postnatal des femmes ayant accouché en Belgique.

L'AIM disposant à présent d'une base de données mise à jour annuellement, nous serons en mesure de produire ce type de feed-back de manière plus récurrente. Les résultats seront mis à disposition des professionnels du secteur et du grand public sur le site de l'Agence InterMutualiste.

2 Méthodologie

Afin de faciliter la lecture de ce rapport, les évolutions entre les résultats de 2005 et 2010 ne seront commentées qu'en cas de changement marquant entre les deux périodes étudiées.

Dans le cas contraire, les chiffres 2005 ne seront pas repris.

De plus, les p-valeurs n'ont pu être calculées que pour les données 2010, elles seront présentées en annexe. Seul la significativité pour les différences interrégionales et entre les types de grossesse (à risque faible ou élevé) a pu être calculée. A nouveau, seul les différences significatives seront commentées dans le texte.

D'autre part, d'autres changements importants pouvant influencer la comparaison entre 2005 et 2010 sont également à signaler :

1. Premièrement, la structure de la base de données utilisée ne nous a permis d'étudier que la moitié des accouchements ayant eu lieu en 2010 (régime général et indépendant confondus). En effet, en 2005 nous avons été en mesure d'étudier l'ensemble des accouchements pour les femmes bénéficiant du régime général. Cette limitation sera temporaire, puisque à partir de l'année de facturation 2014, l'AIM se verra transmettre par les OA de manière récurrente (trimestriellement) et exhaustive toutes les données de dépenses soins de santé facturées aux OA, ce avec une série historique allant au moins jusqu'à 2006.
2. Deuxièmement, nous avons également modifié la définition de la comorbidité sur base de la consommation de certains médicaments.
3. Troisièmement, les conditions pour obtenir le statut BIM se sont élargies depuis 2005 avec l'introduction du statut Omnio au 1^{er} juillet 2007. Le détail de ces modifications seront explicitées dans les sections suivantes.

2.1 Sources de données

Afin de confronter la pratique belge aux recommandations, nous nous sommes basés sur les données nationales concernant les soins prénataux dispensés à une partie des femmes ayant accouché en 2010. Ces données ont été collectées et analysées par l'AIM et englobent 59.910 accouchements qui ont eu lieu en 2010 dans le milieu hospitalier et qui ont été facturés aux mutualités. Ces accouchements peuvent avoir été réalisés aussi bien par un gynécologue (99,4% des cas), que par une accoucheuse ou par un médecin généraliste. Bien que cette quote-part des accouchements réalisés par des accoucheuses peut sembler (trop) faible pour le terrain, cela s'explique logiquement par le fait que l'AIM se base sur les données de facturation.

Les femmes ayant accouché à domicile n'ont pas été intégrées dans l'analyse. En effet, celles-ci ne sont pas détectables dans la base de données « Hospitalisation » (BD HOSP) utilisée dans cette étude. Une étude des Mutualités libres estime à 0,77% la proportion d'accouchements à domicile en 2010 (7). Contrairement aux rapport de 2005, les bénéficiaires du régime indépendant (RI) ont été intégrées à l'étude puisque depuis 2008, il n'existe plus de différence entre les bénéficiaires du RI et du RG (régime général) en termes de prestations remboursées par l'assurance obligatoire, permettant par ce biais de suivre également la consommation de soins (ambulatoires) de ces futures mamans durant la période prénatale.

Comme en 2005, le rapport concerne aussi bien les femmes ne présentant aucun facteur de risque que celles présentant un risque accru de complication durant la grossesse. En effet, les futures mamans âgées de moins de 16 ans ou de plus de 40, les femmes issues d'un milieu défavorisé (situation approchée par le fait qu'elles bénéficient du statut BIM) et celles prenant certaines catégories de médicaments durant la période de grossesse présenteraient un risque plus accru de complications. En 2010, 59.910 femmes ont accouché dont 21,7 % présentaient un risque accru de complications. L'ensemble de ces femmes a été inclus dans la présente analyse.

Trois aspects principaux du suivi prénatal ont été examinés ici: les consultations auprès de différents prestataires de soins (médecins généralistes et spécialistes, accoucheuses, kinésithérapeutes), les analyses de laboratoire courantes et les examens techniques. Par rapport à 2005, la détection du syndrome de Down, la vaccination contre la grippe ainsi que la délivrance de contraceptifs dans les six mois précédant la grossesse ont été ajoutées à l'analyse.

Les données sont issues de la base de donnée DB HOSP de l'AIM concernant les hospitalisations des personnes couvertes par l'assurance obligatoire des soins de santé pour l'année 2010. Les données intermutualistes contiennent en effet des renseignements détaillés sur la consommation de soins de santé des membres des 7 organismes assureurs belge. Les personnes n'étant pas affiliées à un de ces 7 organismes assureurs (sans papiers, fonctionnaires européens, Sécurité sociale d'outre-mer (OSSOM), AMU...) ne sont donc pas repris dans les bases de données de l'AIM. En Belgique, un peu moins de 1% de la population belge (0,97%) n'était affilié à aucune mutualité en 2010 (comparaison données INAMI et les données INS). Pour une personne hospitalisée, la base reprend toutes ses dépenses du semestre d'hospitalisation, celles du semestre précédent et du semestre suivant l'admission à l'hôpital soit un total de 18 mois de dépenses.

2.2 Sélection des accouchements

Dans le cadre de ce projet, n'ont été retenues que les femmes hospitalisées pour cause d'accouchement. Celles-ci ont été identifiées via les codes de nomenclature en annexe 1. Il s'agit uniquement des femmes ayant accouché à l'hôpital entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2010 et le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2010. Les femmes ayant accouché à domicile ne sont donc pas reprises dans cette étude. Il y a eu initialement 118.510 accouchements en Belgique en 2010 (chiffres AIM). En raison de la structure de la base de données utilisée, il n'a été possible de reconstituer les 9 mois de grossesse que pour les femmes ayant accouché entre les dates mentionnées ci-dessus. De ce fait, 59.910 accouchements ont finalement été retenus. Il s'agit en réalité de 59.908 femmes différentes ayant accouché en 2010. En effet, deux femmes de notre échantillon ont été hospitalisées deux fois pour un accouchement au cours de la même année mais sans que les périodes de grossesse se chevauchent. Pour rappel, contrairement à 2005, cet échantillon représente aussi bien des femmes bénéficiant du régime général qu'indépendant puisque depuis 2008, il n'y a plus de différences en termes d'assurance obligatoire pour ces deux groupes d'assurés.

En raison de ces différences de méthodologie, les résultats du rapport ne seront présentés qu'en nombres relatifs.

Les résultats reprenant les nombres absolus ainsi que les p-valeurs et les intervalles de confiance seront repris en annexes.

2.3 Fixation de la période prénatale

Pour les femmes ayant accouché en 2010, nous avons sélectionné toutes les prestations de soins de santé et de médicaments facturées lors de la période prénatale. Celle-ci renvoie aux 280 jours précédant la date facturée de l'accouchement.

2.4 Profil de risque de la femme enceinte

2.4.1 Pourquoi faut-il une stratification des risques ?

Dans le rapport "Recommandation nationale relative aux soins prénataux: une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses" (1) du KCE, une distinction est faite pour les grossesses dont les risques de complications pour la mère et/ou l'enfant sont faibles ou élevés. Cette stratification des risques permet de définir les femmes dont la grossesse est à faible risque et pour laquelle la recommandation est intégralement applicable. Pour les femmes présentant des facteurs de risque, des soins, examens ou autres mesures complémentaires peuvent être indiqués.

Afin de pouvoir confronter la recommandation à la pratique (1) de façon optimale, nous avons fait une distinction entre les femmes enceintes à risque faible et les femmes enceintes à risque élevé.

2.4.2 Quels facteurs de risque peut-on déterminer ou approcher sur base des données des organismes assureurs ?

La présence d'au moins un des facteurs de risque suivants indique que la femme enceinte vit une grossesse à risque élevé.

- L'âge « <16 ans » au moment de l'accouchement. Ce facteur de risque est repris dans la liste non limitative des facteurs de risque du KCE (1).
- L'âge « >40 ans » au moment de l'accouchement. Ce facteur de risque est repris dans la liste non limitative des facteurs de risque du KCE (1).
- Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Certains affiliés à faible revenu 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 indicateur de milieu socio-économique défavorisé. Un facteur qui est également repris dans la liste non limitative des facteurs de risque du KCE (1).
L'étude AIM «Le suivi prénatal en Belgique en 2002» (5), a montré que les femmes qui bénéficient d'un remboursement majoré ont un suivi médical non optimal pendant leur grossesse. Presque une femme sur quatre ne consultait pas pendant les trois premiers mois de la grossesse (23,6%).

- Comorbidité. Un proxy de comorbidité a été défini sur base de la consommation de médicaments délivrés en officine publique dans la période prénatale. Etant donné qu'au cours de la grossesse certaines prescriptions de médicaments sont supprimées, cette comorbidité pourrait être sous-estimée. Dans ce rapport, une grossesse est considérée à risque élevé dès qu'une femme consomme des médicaments pour une des affections suivantes: diabète, hypertension, thrombose, troubles de la coagulation, dépression, asthme, arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, VIH, hépatite chronique B et C, sclérose en plaques, épilepsie, affections thyroïdiennes et immunosuppression après une transplantation d'organe. Par rapport à 2005, une définition plus spécifique de la comorbidité a été utilisée pour cet exercice. En 2005, aucun seuil de consommation des médicaments précités n'avait été établi, pouvant de ce fait conduire à une surestimation du taux de grossesse à risque. En d'autres termes, une personne n'ayant même consommé qu'une seule fois un des médicaments repris dans la liste était considérée comme ayant une grossesse à risque. Dans ce rapport, un seuil minimum de consommation a été fixé à minimum 90 DDD consommées durant la grossesse. Cela équivaut à 90 doses journalières, autrement dit une consommation durant au moins 3 mois (durant la période de grossesse) d'un des médicament repris dans la liste en annexe 2. L'identification des médicaments se fait au moyen du code ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) des données Pharmanet. Pharmanet est une base de données contenant les enregistrements de la tarification des officines publiques des médicaments délivrés remboursés par l'assurance obligatoire. Cette base de données est transmise aux mutualités. La classification ACT est une classification développée par l'OMS. A chaque substance médicamenteuse, correspond un code ATC à 7 digits représentant le système organique visé par le traitement et les caractéristiques chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques de la molécule.

Après application de la méthodologie décrite ci-dessus, il apparaît que 46.895 femmes (78,3%) présentent une grossesse à faible risque. Les autres 13.013 (21,7%) femmes présentent au moins un des facteurs de risque cités ci-dessus ; elles vivent une grossesse à risque élevé. A noter que les deux femmes ayant accouché deux fois en 2010 font toutes les deux parties de la catégorie grossesse à risque ce qui nous ramène bien à un total de 59.910 accouchements.

Tableau 1 : Nombre de femmes en fonction du profil de risque (Accouchements 2010 - données AIM, n=59.910).

	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Autres	Inconnu
Femmes dont la grossesse est à faible risque	46895	5315	13749	27614	201	16
Femmes dont la grossesse est à risque élevé	13013	2871	5085	5013	26	18
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Autres	Inconnu
Femmes dont la grossesse est à faible risque	78,3%	64,9%	73,0%	84,6%	88,5%	47,1%
Femmes dont la grossesse est à risque élevé	21,7%	35,1%	27,0%	15,4%	11,5%	52,9%

Dans nos bases de données, le Code INS nous permet de retrouver la région de résidence des femmes ayant accouché en Belgique. Dans le tableau ci-dessus, les femmes reprises dans la catégorie « Autres » sont des femmes bénéficiant de l'assurance maladie belge mais résidant à l'étranger. Les femmes de la catégorie « Inconnu » sont des femmes pour lesquelles le code INS était manquant dans nos bases de données. Pour plus de lisibilité, ces deux catégories ne seront plus reprises dans les tableaux de résultats suivants, compte tenu du volume marginal de celles-ci (261 sur 59.908 femmes, soit moins de 0,5%).

2.5 Suivi prénatal

2.5.1 Indicateurs de processus

L'information sur le suivi prénatal est présentée sous forme d'indicateurs. En soins de santé, il existe en effet deux types d'indicateurs de qualité: les indicateurs de processus qui renvoient à tous les actes posés par les prestataires de soins auprès des patients (par exemple, le dosage de la glycémie) et les indicateurs de résultat qui se réfèrent aux résultats de ces actes sur des paramètres cliniques qui, eux, renvoient à la santé/maladie du patient (par exemple, la valeur même de la glycémie). Les données des organismes assureurs ne peuvent fournir que des indicateurs de processus puisqu'elles ne contiennent pas d'informations médicales.

2.5.2 Soins prénataux sélectionnés

Les soins prénataux sélectionnés sont les suivants :

- Les consultations chez le généraliste, la sage-femme, le gynécologue ou encore chez un autre médecin spécialiste. Pour le médecin généraliste, les visites à domicile sont également comprises dans les consultations mais pas les consultations en maisons médicales (celles-ci n'ayant pas été prise en compte en 2005, nous avons privilégié la comparabilité entre les deux années). Pour les sages-femmes, il s'agit des prestations « soins prénataux » qui comprennent les séances prénatales et les préparations à l'accouchement. La liste des prestations sélectionnées se trouve en annexe 3.
- Certaines actes de biologie clinique et hématologie, détection des infections, détection du diabète de grossesse et quelques autres analyses sans utilité prouvée. Le détail des prestations est présenté en annexe 4.
- Quelques examens techniques: les échographies, le diagnostic prénatal invasif et les cardiocographies. La liste des codes de nomenclature figure en annexe 5 et 6.
- La kinésithérapie, distinction faite entre la kinésithérapie périnatale et générale. Les codes utilisés sont repris dans l'annexe 7.
- La vaccination contre la grippe. Voir annexe 8.

2.5.3 Indicateurs du suivi prénatal

Pour le calcul des indicateurs apparaissant dans les tableaux du rapport, un même principe est toujours utilisé:

- Le nombre (ou le pourcentage) de patients ayant eu au moins une consultation, une analyse de biologie clinique, un examen technique ou une séance de kinésithérapie.
 - *méthode* : la consultation, l'analyse de biologie clinique, l'examen technique ou la séance de kiné est attribué(e) à la patiente si au moins un des codes de nomenclature susmentionnés est attesté.
- Le nombre de consultations, d'analyses de biologie clinique, d'examens techniques ou de séances de kinésithérapie par patient (ayant eu au moins une prestation).
 - *méthode* : ce nombre est la somme des consultations, des analyses de biologie clinique, des examens techniques ou des séances de kinésithérapie effectués à différents moments. Il peut être exprimé à l'aide de la moyenne, de la médiane ou encore des percentiles 5, 25, 75 et 95.

2.6 Contraception

Pour information, la prise d'un contraceptif hormonal remboursé par les mutualités dans les six mois précédant la grossesse sera présentée en annexe.

2.7 Recommandations scientifiques

Dans ce rapport, la pratique dans le domaine des soins prénatals en Belgique en 2010 est comparée aux recommandations telles que formulées dans le feed-back « Suivi de la grossesse ». Celles-ci sont basées sur la 'Recommandation nationale relative aux soins prénatals' du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (1). Ces recommandations ayant été formulées en 2004, l'objectif est de mettre en évidence d'éventuels changements de comportements depuis lors. En effet, le recul insuffisant (données 2005) du premier rapport AIM par rapport à la publication du rapport KCE (2004) constituait l'argumentaire principal des acteurs de terrain de l'époque pour justifier le pauvre résultat des données 2005 quant au suivi effectif de directives du rapport KCE.

Une sélection des sources disponibles sur le sujet dans la littérature a été réalisée sur base de tableaux de preuve et ce, afin d'établir les recommandations. Le niveau de preuve de chacune des sources de la littérature sur laquelle une recommandation est fondée, détermine le degré d'importance qui sera accordé à cette recommandation. A noter ici que l'aspect clinique est déterminant pour l'interprétation du niveau de preuve et le degré de recommandation. Ainsi, cela signifie que le plus haut niveau de preuve possible pour des études portant sur le traitement est le niveau 1 (degré de recommandation A), pour les études sur le pronostic, le niveau 2 (degré de recommandation B) et pour les études d'évaluation des épreuves, le niveau 3 (degré de recommandation C). Un degré de recommandation "B" ne doit donc pas être considéré comme un degré inférieur s'il n'y a pas de niveau plus haut de preuve. La signification du degré des recommandations est indiquée dans le tableau ci-dessous.

Signification du degré de recommandation (1) :

<i>Niveaux de preuve</i>	<i>Source</i>
1a	Revue systématique et méta-analyse d'essais cliniques randomisés (RCT).
1b	Au minimum, 1 essai clinique randomisé (RCT).
2a	Au minimum 1 essai clinique non randomisé (NRCT) bien conçu.
2b	Au minimum 1 essai clinique quasi-expérimental de bonne conception.
3	Des essais descriptifs non expérimentaux de bonne conception (NRCT) : examens comparatifs, études-corrélations, études de cas.
4	Rapports de groupes d'experts, opinions d'experts, expérience clinique d'experts respectés.

<i>Degré de recommandation</i>	<i>Preuves incluses</i>
A	Recommandation directement fondée sur des preuves appartenant au niveau 1.
B	Recommandation directement fondée sur des preuves appartenant à la catégorie 2 ou extrapolée d'une directive contenant des données probantes de niveau 1.
C	Recommandation directement fondée sur des preuves de niveau 3 ou extrapolée d'une directive contenant des données probantes de niveau 1 ou 2.
D	Recommandation directement fondée sur des preuves de niveau 4 ou extrapolée d'une directive contenant des données probantes de niveau 1, 2 ou 3.
D-GCP	Recommandation du groupe d'experts et/ou des validateurs.

3 Résultats

3.1 Profil de risque des femmes enceintes

Le tableau 2 montre que le pourcentage de femmes enceintes à risque élevé diffère énormément suivant la région.

A Bruxelles, 35% des femmes enceintes présentent un risque élevé de complications contre 27% en Wallonie et seulement 15,4% en Flandre. Le tableau ci-dessous, présente à titre indicatif les résultats obtenus pour 2005. Même si certains changements peuvent être observés, ces résultats ne sont pas tout à fait comparables. En effet, depuis 2005 deux changements importants peuvent être mentionnés. Premièrement, notre définition de grossesse à risque élevé se base maintenant sur une consommation de minimum 90 DDD pendant la grossesse, cette définition est donc plus restrictive que dans la rapport 2005. Deuxièmement, les conditions pour obtenir le statut BIM se sont élargies depuis 2005 avec l'introduction du statut Omnio en 2007. Ces deux nouvelles définitions ont donc un impact inverse sur les résultats : plus faible proportion de femmes présentant une comorbidité mais part potentiellement plus importante de femmes bénéficiant de l'intervention majorée.

Compte tenu des remarques formulées ci-dessus, on constate par rapport à 2005 une augmentation assez importante de la proportion de femmes à risque dans la Région bruxelloise. Cette part est passée de 28,1% en 2005 à 35,1% en 2010. Par contre, cette part a légèrement diminué dans les deux autres Régions. Pour l'ensemble de la Belgique, la proportion de femmes présentant un profil risqué est resté stable entre 2005 et 2010, pour autant que l'on compare 2010 'définition comorbidité plus stricte' avec 2005 'définition comorbidité plus souple'.

Tableau 2 : Proportion de femmes enceintes présentant au moins un facteur de risque pendant leur grossesse (Accouchements en 2010 - données AIM).

Types de facteur de risque	2010				2005			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Âge < 16 ans	0,04%	0,02%	0,08%	0,03%	0,05%	0,07%	0,07%	0,03%
Âge > 40 ans	2,0%	3,2%	2,1%	1,6%	1,6%	2,9%	1,7%	1,3%
Bénéficiaire de l'intervention majorée	13,7%	28,3%	16,0%	8,6%	6,2%	13,7%	7,3%	3,9%
Comorbidité sans limite	19,9%	15,3%	23,9%	14,1%	15,6%	14,8%	21,4%	12,1%
Comorbidité (min 90DDD)	7,8%	6,9%	11,2%	6,1%				
Total (déf 2010)	21,7%	35,1%	27,0%	15,4%	21,80%	28,10%	28,20%	16,40%

Remarque de lecture du tableau : étant donné qu'une bénéficiaire puisse répondre à plusieurs facteurs de risque, la ligne 'Total' est inférieure à la somme de facteurs de risques individuels.

En Belgique, le pourcentage de mères adolescentes (<16 ans) représente moins de 0,1% du nombre total des femmes enceintes. A Bruxelles, le pourcentage de femmes enceintes âgées de plus de 40 ans (3,2%) est plus élevé qu'en Wallonie (2,1%) et qu'en Flandre (1,6%). Ce pourcentage est pourtant en hausse dans les trois régions par rapport à 2005, confirmant cependant les divergences régionales déjà constatées en 2005.

Le nombre de femmes enceintes ayant droit à une intervention majorée est beaucoup plus bas en Flandre (8,6%) qu'en Wallonie (16%) et qu'à Bruxelles (28%). Ces parts ont très fortement augmenté depuis 2005. Une partie de cette hausse s'explique sans doute par l'extension de l'intervention majorée à de nouvelles catégories sociales en particulier, suite à la création du statut OMNIO en 2007 et par l'impact sans doute croissant de la crise financière ayant débuté en octobre 2008.

Enfin, il y a en Wallonie beaucoup plus de femmes enceintes et présentant une comorbidité (11,2%) qu'à Bruxelles (6,9%) et qu'en Flandre (6,1%). Cependant, on constate aisément que la nouvelle définition de la comorbidité a un impact important sur la proportion de personnes entrant dans cette catégorie. Tandis que près de 20% font partie de cette catégorie selon l'ancienne définition (pas de limite inférieure de consommation), ce pourcentage chute à 7,8% lorsqu'on utilise la limite de 90DDD. Etant donné l'évolution inverse des deux définitions (extension du statut BIM et réduction de la comorbidité), on constate que la part de grossesses à risque est restée stable.

Le tableau 3 donne un aperçu plus détaillé. Par rapport à 2005, nous avons fait la distinction entre le diabète chronique (plus de 90DDD consommés durant la période de grossesse + consommation de plus de 90 DDD dans l'année précédant la grossesse) et ce que nous pourrions qualifier de *diabète de grossesse* (consommation uniquement durant la période de grossesse sans consommation minimale en termes de DDD). L'information relative au suivi de la future maman par un centre de rééducation diabète n'a pas été reprise dans ces chiffres.

En ce qui concerne la comorbidité des femmes enceintes, les différences entre régions sont surtout visibles pour le diabète de grossesse, l'hypertension, la thrombose, les pathologies thyroïdiennes. Pour chacune de ces affections, le pourcentage de femmes enceintes prenant des médicaments est plus bas en Flandre que dans les deux autres régions, mais nous n'avons pas vérifié si ces différences étaient significatives. Les chiffres (cliniques) 2010 du CEPIP à Bruxelles (6) relatifs à l'hypertension et le VIH sont plus élevés.

Tableau 3 : Nombre de femmes présentant une comorbidité sur la base de la consommation de certains médicaments (minimum 90 DDD consommés durant la période grossesse), (Accouchements 2010 - données AIM).

	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Diabète chronique	166	26	61	78	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%
<i>Diabète grossesse</i>	<i>686</i>	<i>89</i>	<i>370</i>	<i>362</i>	<i>1,1%</i>	<i>1,1%</i>	<i>2,0%</i>	<i>1,1%</i>
Hypertension	1243	163	568	505	2,1%	2,0%	3,0%	1,5%
Thrombose	551	61	226	263	0,9%	0,7%	1,2%	0,8%
Troubles coagulation	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dépression	299	26	102	167	0,5%	0,3%	0,5%	0,5%
Asthme	497	44	179	272	0,8%	0,5%	1,0%	0,8%
Arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, colite ulcéreuse	79	7	26	46	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
VIH	39	16	11	12	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%
Hépatite chronique B,C	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sclérose en plaque	4	0	3	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Epilepsie	120	14	39	66	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Affections thyroïdiennes	1842	213	994	627	3,1%	2,6%	5,3%	1,9%
Immunosuppression après une transplantation d'organe	7	1	1	5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Totalité des femmes avec au moins une comorbidité</i>	<i>4672</i>	<i>565</i>	<i>2109</i>	<i>1974</i>	<i>7,8%</i>	<i>6,9%</i>	<i>11,2%</i>	<i>6,1%</i>

3.2 Consultations pendant la grossesse

A travers le monde, les soins prénataux représentent le service de santé préventif le plus utilisé et le mieux développé. Il est traditionnellement organisé sur base du colloque singulier entre la patiente et le prestataire de soins (obstétricien, accoucheuse ou généraliste) (Homer 2012). La fréquence de ces colloques singuliers sont présentés ci-dessous.

Informations bibliographiques :

Une diminution du nombre de visites prénatales dans les pays à hauts revenus n'aurait pas d'impact sur les résultats de santé de la mère et de l'enfant. Cependant, un risque accru de naissances avant terme est observé chez les patientes avec un nombre réduit de visites prénatales [RR (IC95%) : 1.24 (1.01-1.51)] (Dowswell 2010)

3.2.1 Nombre de consultations par grossesse

Tableau 4 : Nombre moyen de consultations en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une consultation (Accouchements 2010 - données AIM).

Type de consultation	Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Gynécologue	10,1	10,1	11,0	9,7	10,1	9,7	11,0	9,3
Médecin Généraliste	3,8	2,8	3,1	4,2	4,0	3,6	3,7	4,5
Accoucheuse	3,2	3,7	3,7	2,7	3,3	3,7	3,3	2,9
Autres spécialistes	1,8	2,0	1,8	1,8	2,6	2,7	2,3	2,7
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	11,7	12,2	13,0	11,0	11,7	11,9	12,7	10,6
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	14,8	13,8	15,3	14,7	14,5	13,9	15,2	14,2

Tableau 5 : Distribution du nombre moyen de consultations en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une consultation (Accouchements 2010 - données AIM).

Type de consultation	Grossesses à risque faible					Grossesses à risque élevé				
	Percentile 5	Percentile 25	Médiane	Percentile 75	Percentile 95	Percentile 5	Percentile 25	Médiane	Percentile 75	Percentile 95
Gynécologue	5	8	10	12	16	4	7	10	12	17
Médecin Généraliste	1	2	3	5	9	1	2	3	5	11
Accoucheuse	1	1	2	4	9	1	1	2	4	9
Autre spécialiste	1	1	1	2	4	1	1	2	3	7
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	6	9	11	14	19	5	9	11	14	20
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	7	11	14	18	24	6	11	14	18	25

Remarque préalable: toutes les recommandations qui suivent dans ce chapitre 3, sont tirées des recommandations formulées par le rapport du KCE (1).

Recommandation

Pour une femme primipare (premier enfant) avec absence de complication, un programme de dix rendez-vous devrait être proposé durant la période de grossesse (degré de recommandation B). Pour une femme multipare (femme ayant déjà un enfant au moins) en cas d'absence de complication, un programme de sept rendez-vous devrait être proposé.

Les données AIM montrent qu'une femme enceinte présentant un risque faible consulte en Belgique en moyenne 14,8 fois pendant sa grossesse un gynécologue, un médecin généraliste ou une accoucheuse, quelle que soit sa parité. Le nombre médian est de 14 consultations. Cela représente donc 4 consultations supplémentaires par rapport aux recommandations les plus larges.

Abstraction faite des consultations chez le généraliste - le rapport causal avec la grossesse étant moins certain dans ce cas, ce chiffre devrait à l'avenir être corrigé avec le nombre de contacts chez un médecin généraliste constatés auprès de femmes non enceintes du même âge - la médiane diminue jusque 11 consultations chez le gynécologue ou une accoucheuse pour une grossesse à faible risque tandis que la moyenne est de 11,7. Les femmes enceintes présentant un faible risque vont en moyenne 1,8 fois à la consultation chez un autre médecin spécialiste (que le gynécologue) au cours de la période prénatale.

Par rapport à 2005, le nombre moyen et médian de consultations a augmenté. En moyenne, une femme enceinte présentant un risque faible consultait 14 fois en 2005 contre 14,8 fois en 2010. La médiane est quant à elle passée de 13 à 14 consultations par grossesse. Les données brutes de 2005 n'étant plus disponibles, nous n'avons pas pu effectuer de test de significativité pour la différence entre les deux années. Cependant, nous estimons que la moyenne et la médiane ayant toutes les deux augmenté sur cette période, l'augmentation du nombre de visites doit être fiable.

Les femmes enceintes présentant une grossesse à risque élevé ont en moyenne 15,2 consultations (la médiane étant 14) chez le gynécologue, le médecin traitant ou l'accoucheuse au cours de la période prénatale. Comparé aux femmes enceintes à faible risque, elles consultent un peu plus souvent le médecin traitant et le spécialiste et l'accoucheuse. Le nombre de consultations chez le gynécologue ne varient pas entre les grossesses à risque faible et élevé.

Bien que la moyenne et la médiane tendent à se confondre, le tableau 5 montre néanmoins un certain écart dans le nombre de consultations au cours de la période prénatale. 5% des femmes enceintes à faible risque ne vont que 5 fois à la consultation chez le gynécologue ou l'accoucheuse au cours de leur grossesse (percentile 5). Cinq autres pourcents des femmes enceintes à faible risque comptent 16 (contre 18 en 2005) consultations chez ces prestataires de soins (percentile 95). Un phénomène semblable se remarque pour les femmes enceintes à risque élevé.

Si nous comparons les consultations prestataire par prestataire, il apparaît que les femmes enceintes à faible risque consultent moins souvent le gynécologue à Bruxelles et en Flandres. Les différences entre les grossesses à risque faible et élevé sont significatives pour ces deux régions.

Le médecin traitant est plus souvent consulté en Flandre (différence entre les régions est significative), ce qui pourrait s'expliquer par le taux plus important de patientes flamandes ayant souscrit un DMG auprès de leur médecin généraliste et/ou la relation de confiance patiente-médecin généraliste plus forte en Flandre (cf. tableau 6). Les femmes présentant une grossesse à risque élevé consultent d'avantage le médecin généraliste que les femmes présentant un risque faible et ce dans les trois régions.

En ce qui concerne les accoucheuses, on constate que ces dernières sont plus souvent consultées à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre et ce de manière significative. Au contraire le niveau de risque de la grossesse n'impacte pas la fréquence de consultation.

Finalement, concernant les autres spécialistes, ceux-ci sont plus souvent consultés dans les trois régions chez les femmes présentant un risque élevé et ce de manière significative.

Tableau 6 : Taux de couverture du dossier médical global par région pour l'ensemble des affiliés en Belgique (INAMI - données 2010).

	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Taux de couverture DMG	45,90%	29,30%	31,40%	57,80%

Constats par rapport aux recommandations

Le KCE recommande donc un programme de 10 consultations maximum durant la grossesse pour les femmes présentant un faible risque. On constate qu'en Belgique les femmes à faible risque de grossesse ont consulté en moyenne 14,8 fois, ce qui représente donc 4,8 de plus que ce qui est recommandé par le KCE.

Dans l'annexe 15, un 'Addendum budgétaire' présente une tentative d'estimation très brute du surcoût budgétaire généré par les différents types de consommation hors normes constatés au cours de ce rapport, ainsi que des propositions de mesure d'économie pouvant y remédier (partiellement).

3.2.2 Comment se répartissent les consultations entre les différents prestataires?

Tableau 7 : Pourcentage de femmes enceintes comptant une consultation minimum en période prénatale en Belgique (Accouchements 2010 - données AIM).

Type de consultation	Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Gynécologue	99,1%	98,9%	99,2%	99,1%	99,1%	99,2%	99,3%	98,9%
Médecin Généraliste	78,4%	55,6%	72,1%	86,0%	68,6%	54,9%	67,1%	78,1%
Accoucheuse	40,6%	47,3%	44,3%	37,5%	41,0%	51,0%	41,8%	34,4%
Autre spécialiste	32,2%	36,5%	37,8%	28,6%	45,3%	45,8%	48,4%	41,8%
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	99,2%	99,0%	99,3%	99,2%	99,3%	99,3%	99,4%	99,1%
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	99,4%	99,2%	99,4%	99,5%	99,5%	99,4%	99,6%	99,4%

99% des femmes enceintes en Belgique consultent au moins une fois un gynécologue. Il y a peu de différences selon le profil du risque de la femme enceinte ou la région qu'elle habite. Cependant 292 femmes n'ont consulté aucun des prestataires repris dans notre étude durant la période prénatale.

Tableau 8 : Nombre de femmes n'ayant eu aucune consultation en période prénatale (Accouchements 2010 - données AIM).

Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
Région				Région			
Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
241	34	76	124	51	12	16	22
0,5%	0,6%	0,3%	0,9%	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%

78,4% des femmes enceintes ont au moins une consultation chez le généraliste. Ce pourcentage est plus élevé en Flandre: 86% des femmes enceintes à faible risque consultent au moins une fois le généraliste contre 55,6% à Bruxelles et 72,1% en Wallonie. Ces pourcentages sont encore plus faibles pour les femmes à risque élevé, en particulier en Wallonie (67,1%) et en Flandres (76%). Ces résultats se sont détériorés par rapport à 2005 pour les femmes à risque.

Tableau 9 : Pourcentage de femmes enceintes comptant une consultation minimum en période prénatale en Belgique (Accouchements 2005 - données AIM).

Type de consultation	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Gynécologue	98%	98%	98%	99%	98%	98%	98%	99%
Médecin généraliste	75%	55%	82%	71%	76%	62%	83%	76%
Accoucheuse	25%	28%	24%	24%	23%	28%	21%	23%
Autre spécialiste	32%	38%	28%	36%	50%	53%	47%	53%
Totalité des consultations prénatales chez gynécologue et accoucheuse	99%	98%	99%	99%	98%	98%	99%	99%
Totalité des consultations prénatales chez gynécologue, médecin généraliste et accoucheuse	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%

La diminution des consultations chez le généraliste peut s'expliquer d'une part par une augmentation continue de l'effectif des maisons médicales entre 2005 et 2010, consultations qui ne sont pas reprises dans les données de ces deux rapports et d'autre part par une augmentation des consultations chez d'autres prestataires. En particulier pour les chiffres de Bruxelles (et les autres grandes villes en général), cette non prise en compte des données maisons médicales dans l'analyse peut avoir un impact due à la concentration d'effectif (très jeune) des maisons médicales dans ces villes et donc sous-estimer le taux de consultations chez ces femmes enceintes.

Tableau 10 : Nombre de maisons médicales au forfait au 30 juin de chaque année (Données INAMI).

2005	2006	2007	2008	2009	2010
67	71	80	88	99	110

Tableau 11 : Total des affiliés inscrits dans une maison médicale au 30 juin de chaque année (Données INAMI).

2005	2006	2007	2008	2009	2010
143.294	155.913	164.739	188.787	221.708	239.635

Une augmentation des consultations chez une accoucheuse est également constatée. 40% des femmes enceintes à faible risque consultent au moins une fois une accoucheuse, contre 25% en 2005. En Flandre et en Wallonie, ce pourcentage est de 37,5% et 44,3% contre 47,3% à Bruxelles. 41% des femmes enceintes à risque élevé ont au moins une consultation chez une accoucheuse en 2010, ce qui représente également une belle progression par rapport à 2005 (23%). On semble ici assister à un phénomène de complémentarité entre les consultations chez le gynécologue et les accoucheuses plutôt qu'à un phénomène de substitution puisque les consultations chez le gynécologue ne semblent pas avoir diminué en faveur des consultations chez une accoucheuse sur la période 2005-2010.

32,2% des futures mères dont la grossesse présente un faible risque ont au moins une consultation chez un autre spécialiste, ce qui reste stable par rapport à 2005. 43,5% des femmes dont la grossesse présente un risque consultent un spécialiste. Ici aussi, on note des différences régionales: les pourcentages sont plus élevés en Wallonie et à Bruxelles (48,4% et 45,8%) qu'en Flandre (41,8%). De manière générale, ces derniers chiffres ont diminué depuis 2005.

3.3 Analyses de laboratoire pendant la grossesse

Tableau 12 : Pourcentage de femmes enceintes comptant une analyse de laboratoire minimum en période prénatale en Belgique (Accouchements 2010 - données AIM).

Type d'examen	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Hématologie								
examens sanguins (Formule complet)	98,9%	99,7%	99,8%	98,3%	99,3%	99,9%	99,7%	98,4%
rhésus	71,5%	83,8%	76,2%	66,9%	79,7%	90,2%	80,9%	72,7%
ferritine	75,0%	84,4%	67,5%	76,9%	76,3%	86,7%	69,5%	77,1%
Détection des infections								
culture d'urine	48,2%	62,7%	51,1%	44,0%	56,2%	70,8%	56,5%	47,4%
culture vaginale (6 sem.)	37,9%	33,1%	69,9%	22,8%	43,6%	27,6%	71,4%	24,6%
CMV	82,4%	79,7%	87,7%	80,3%	81,4%	80,2%	86,7%	76,7%
hépatite B	79,5%	86,3%	84,5%	75,7%	85,4%	91,4%	87,8%	79,4%
hépatite C	60,8%	80,0%	74,4%	50,4%	72,2%	85,6%	78,0%	58,7%
rubéole	62,5%	61,6%	61,2%	63,3%	67,6%	68,2%	66,8%	68,1%
syphilis	64,1%	82,4%	64,4%	60,5%	72,5%	87,8%	69,8%	66,5%
VIH	73,0%	83,5%	75,5%	69,7%	78,3%	88,2%	77,3%	73,7%
toxoplasmose	91,3%	86,2%	90,9%	92,4%	90,5%	88,7%	91,0%	90,9%
Détection du diabète de grossesse								
glycémie	91,0%	94,7%	93,8%	88,9%	91,7%	95,3%	93,7%	87,5%
Analyses sans utilité prouvée								
allergies	8,5%	10,1%	13,6%	5,6%	9,5%	10,8%	13,0%	5,2%
cholestérol	17,5%	14,4%	16,2%	18,8%	20,3%	20,2%	19,8%	21,0%

Tableau 13 : Nombre moyen d'analyses de laboratoire réalisés en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins un examen durant la période prénatale (Accouchement 2010 - données AIM).

Type d'examen	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Hématologie								
examens sanguins (Fomule complet)	3,6	4,1	3,7	3,4	4,1	4,6	4,2	3,7
rhésus	1,5	1,9	1,6	1,4	1,7	2,1	1,7	1,5
ferritine	2,0	2,2	1,9	1,9	2,0	2,2	2,0	2,0
Détection des infections								
culture d'urine	1,9	2,2	2,1	1,7	2,2	2,3	2,4	1,9
culture vaginale (6 semaines)	1,2	1,1	1,3	1,1	1,3	1,2	1,4	1,1
CMV	2,6	2,6	3,8	2,0	2,4	1,9	3,3	1,8
hépatite B	1,3	1,3	1,4	1,2	1,4	1,3	1,4	1,3
hépatite C	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
rubéole	1,3	1,4	1,4	1,2	1,4	1,4	1,5	1,2
syphilis	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,2	1,2
VIH	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
toxoplasmose	3,5	4,4	5,1	2,6	3,6	3,9	4,7	2,4
Détection du diabète de grossesse								
glycémie	2,3	2,5	2,5	2,1	2,7	2,8	2,8	2,5
Analyses sans utilité prouvée								
allergies	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
cholestérol	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,2	1,3	1,3

Tableau 14 : Distribution du nombre d'analyses réalisées en période prénatale en Belgique chez les femmes comptant au moins une analyse durant la période prénatale (Accouchements 2010 - données AIM).

Type d'examen	Grossesses à faible risque					Grossesses à risque élevé				
	Percentile	Percentile	Médiane	Percentile	Percentile	Percentile	Percentile	Médiane	Percentile	Percentile
	5	25		75	95	5	25		75	95
Hématologie										
examens sanguins (Formule complet)	1	2	3	4	7	1	3	4	5	8
rhésus	1	1	1	2	3	1	1	2	2	3
ferritine	1	1	2	3	4	1	1	2	3	4
Détection des infections										
culture d'urine	1	1	1	2	5	1	1	2	3	5
culture vaginale (6 semaines)	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
CMV	1	1	2	4	7	1	1	2	3	7
hépatite B	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3
hépatite C	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
rubéole	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3
syphilis	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
VIH	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
toxoplasmose	1	2	3	5	8	1	1	3	5	8
Détection du diabète de grossesse										
glycémie	1	1	2	3	5	1	1	2	3	6
Analyses sans utilité prouvée										
allergies	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
cholestérol	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2

Les analyses par prescripteur et par trimestre de grossesse sont reprises dans les annexes 10 et 11.

3.3.1 Hématologie

Recommandation

Il est recommandé de détecter l'anémie chez les femmes enceintes au début de la grossesse (degré de recommandation C). Un dépistage précoce offre la possibilité d'un traitement en cas de besoin. Il est pratique (degré de recommandation D) de déterminer également, en plus de l'hémoglobine, la ferritine et les MCV, MCH et MCHC (valeurs calculées sur base du nombre de globules rouges et de l'hématocrite). Le taux de ferritine est plus sensible pour le diagnostic de l'anémie ferriprive et les dosages de MCV, de MCH et de MCHC peuvent s'avérer utiles en cas de diagnostic différentiel entre l'anémie ferriprive, l'anémie macrocytaire et l'anémie hémolytique.

Un second examen au début du 3^e trimestre peut s'avérer indiqué pour les soins au moment de l'accouchement et pendant le post-partum.

Il n'est pas démontré (degré de recommandation D) qu'une numération plaquettaire et/ou leucocytaire soit utile mais elle est préconisée par certains experts et certains validateurs pour la détection d'anomalies hématologiques, telle que la thrombocytopenie.

Les « examens sanguins » (formules complet dans le rapport 2005) 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 la pratique, les examens sanguins sont réalisés au moins une fois dans la période prénatale chez 98,9% des femmes enceintes à faible risque. Ces examens sanguins sont en moyenne demandé 3,6 fois au cours de la grossesse. La médiane est 3 dosages.

Pour les grossesses présentant un risque élevé, la moyenne augmente jusque 4 dosages par femme enceinte, cependant cette différence n'est pas significative.

Le dosage de ferritine, lui, est moins demandé: 75% des femmes enceintes à faible risque en Belgique subissent au moins un dosage (contre 67% en 2005). La moyenne et la médiane sont de 2 analyses chez ces femmes. Des différences régionales sont perceptibles: en Wallonie, 67,5% des femmes enceintes à faible risque ont au moins un dosage de la ferritine contre 76,9% en Flandre et 84,4% à Bruxelles.

3.3.2 Détection des infections

3.3.2.1 Culture d'urine

Recommandation

Un examen direct des urines provenant d'un échantillon du milieu de jet en vue du comptage des globules blancs et de la détection d'une bactériurie asymptomatique – une colonisation de l'urethra et de la vessie sans plainte – est recommandé à titre d'examen de routine durant la grossesse (degré de recommandation A).

En 2005, seulement 38% des femmes enceintes à faible risque se voient prescrire une culture d'urine au moins, au cours de la période prénatale. En 2010, ce pourcentage est passé à 48,2%. En moyenne, cette analyse est demandée 1,9 fois pour les femmes appartenant à cette catégorie de risques. La médiane est de 1 dosage.

En Flandre, la culture d'urine n'est demandée que pour 44% des femmes enceintes à faible risque (33% en 2005). En Wallonie et à Bruxelles, respectivement 51,1% (43% en 2005) et 62,7% (55% en 2005) des femmes bénéficient de cette analyse.

Chez les femmes enceintes à haut risque, la situation est meilleure: 56,2% ont une analyse ou plus – la moyenne étant 2,2.

Constats par rapport aux recommandations

On constate que la part des femmes est largement en dessous du seuil recommandé (100%).

3.3.2.2 Culture vaginale (SGB)

Recommandation

Il est recommandé de procéder à un prélèvement vaginal et rectal chez toutes les femmes entre la 35^e et la 37^e semaine de grossesse en vue d'une culture pour la détection des streptocoques du groupe B, sauf :

- (1) si un enfant précédent a contracté une maladie invasive due aux SGB ;
- (2) si une bactériurie aux SGB a été détectée durant la grossesse en cours ou ;
- (3) si l'accouchement a lieu avant 37 semaines.

Dans ces trois derniers cas, le traitement sera instauré automatiquement, sans prélèvement.

Le code nomenclature en question (550395 - 550406) est aspécifique et est utilisé tant pour la facturation d'une mise en culture aérobie au début de la grossesse pour dépister une vaginite bactérienne asymptomatique que pour la facturation d'une mise en culture aérobie à la fin de la grossesse pour dépister des streptocoques groupe B (SGB). Dans ce rapport nous reprenons uniquement les mises en cultures effectuées au cours des 6 semaines précédant l'accouchement. Ainsi nous avons probablement uniquement sélectionné le dépistage des streptocoques du groupe B.

37,9% (contre 83% en 2005) des femmes enceintes à faible risque en Belgique subissent une mise en culture vaginale pour la détection des streptocoques du groupe B, dans les 6 semaines précédant l'accouchement. Ces femmes ont subi en moyenne 1,2 analyses.

Le pourcentage des femmes examinées est plus élevé en Wallonie (69,9%) et à Bruxelles (33,1%) qu'en Flandre (22,8%). Pour les grossesses à haut risque, les pourcentages sont un peu plus élevés mais la différence entre grossesse à risque faible ou élevé n'est significative qu'à Bruxelles.

Constats par rapports aux recommandations

Le taux de couverture de couverture pour cet examen est largement en dessous du seuil recommandé (100%). Par rapport au 100% recommandé, si on suit les guidelines, il faudrait environ 95% parce que celles qui ont déjà eu un bébé atteint (<1%) et celles qui ont une bactériurie à GBS (<5%) doivent être traitées d'emblée et on ne doit pas par conséquent pas subir le frottis. Ce qui explique cette forte diminution du taux de couverture pour cet examen par rapport à 2005 est probablement un changement de pratique. Sur base d'échos du terrain, la culture vaginale aurait été remplacée depuis par un « flush vaginal » juste avant l'accouchement. Il n'existe pas de code spécifique pour cette prestation. D'autres prestataires mettent en doute cette possible explication et partent de l'hypothèse que le prélèvement vaginal est effectué trop tôt et suggèrent de rechercher à l'avenir l'attestation de cette prestation sur toute la grossesse.

3.3.2.3 Cytomégalovirus (CMV)

Le cytomégalovirus appartient à la famille des virus herpès. Les manifestations cliniques d'une infection congénitale au CMV sont nombreuses : limitation de la croissance, microcéphalie, ventriculomégalie, perte de l'audition, hépatite, thrombocytopenie, éruption cutanée purpurique, chorioretinite. L'incidence importante du CMV et la gravité de la morbidité associée à l'infection congénitale souligne l'importance de la prévention dans ce domaine. Cependant, vu le manque d'études randomisées sur le sujet, McCarthy 2011 conclut qu'il est impossible de se positionner quant à l'utilisation d'interventions prénatales pour prévenir la transmission du CMV de la mère à l'enfant.

Recommandation

Les praticiens conseilleront aux femmes enceintes de prendre des mesures de prévention primaire. Cette prévention a prouvé son efficacité. Un examen sérologique unique avant ou au début de la grossesse s'avère utile car il peut inciter les femmes (non-immunes) à prendre des mesures préventives (degré de recommandation D). Il est nécessaire que les centres qui décident de répéter cet examen à 20 et 30 semaines, documentent les résultats de ces examens et les décisions cliniques qui s'en suivent.

82,4% (contre 74% en 2005) des femmes enceintes à faible risque se voient réaliser au moins un dosage CMV au cours de leur grossesse. Le nombre d'analyses par femme enceinte à faible risque et examinée est de 2,6 en moyenne. La médiane est de 2 examens. 5% des femmes enceintes subissent même jusqu'à 7 dosages ou plus (percentile 95).

Par ailleurs, des différences régionales existent. En Wallonie, le nombre de femmes examinées est plus élevé (87,7%) qu'en Flandre (80,3%) et qu'à Bruxelles (79,7%). Les moyennes diffèrent également: 2 en Flandre; 2,6 à Bruxelles et 3,8 en Wallonie.

La situation est fort semblable pour les grossesses à risque élevé.

Constats par rapport aux recommandations

Cet examen pouvant avoir lieu avant la période de grossesse, notre indicateur sous-estime la part de femmes ayant effectivement subi cet examen puisque nous ne considérons que les 9 mois précédant la date d'accouchement. Cependant, tandis que le KCE recommande un examen sérologique durant la période de grossesse, on constate que 50% des femmes à faible risque ont subi au moins 2 examens en période prénatale.

3.3.2.4 Hépatite B

Recommandation

La détection de l'hépatite B avant ou au début de la grossesse est recommandée afin de permettre un traitement efficace, c'est-à-dire l'immunisation active et passive du nouveau-né d'une mère contaminée (degré de recommandation A).

Pour 79,5% des femmes enceintes à faible risque, la détection de l'hépatite B se fait au cours de la grossesse. Le nombre moyen des analyses est de 1,3 par grossesse. Ce dépistage est plus populaire à Bruxelles (86,3%) et en Wallonie (84,5%) qu'en Flandre (75,7%). Ces pourcentages ont augmenté dans les trois régions depuis 2005.

Pour les grossesses à risque élevé, les pourcentages sont un peu plus élevés.

Constats par rapport aux recommandations

Cet examen pouvant avoir lieu avant la période de grossesse, notre indicateur sous-estime la part de femmes ayant effectivement subi cet examen puisque nous ne considérons que les 9 mois précédant la date d'accouchement. Le KCE recommande un examen de détection durant la période de grossesse, on constate que cette recommandation est respectée dans 80% des cas.

3.3.2.5 Hépatite C

Recommandation

Le test d'hépatite C est seulement indiqué en cas de risque d'hépatite C. Il y a risque d'infection d'hépatite C par le biais de sang contaminé dans les cas suivants: consommation de drogue intra- ou extra-veineuse, exécution de piercings de façon non stérile, tatouages, acupuncture, blessures par piqûre d'aiguille, transplantation d'organe, dialyse, endoscopie avant 1992 et parfois lors de contact sexuel.

Le rapport de 2005, ne faisait pas mention de la détection de l'hépatite C.

En 2010, 60,8% des femmes présentant un risque faible de grossesse avait eu au moins un dosage pour l'hépatite C. Ces pourcentages varient fortement d'une région à l'autre : 80% à Bruxelles, 74,4% en Wallonie et 50,4% en Flandres. La couverture est logiquement plus élevée du côté des grossesses à risque bien que les mêmes différences régionales subsistent.

3.3.2.6 Rubéole

Recommandation

Un examen sérologique est recommandé à toutes les femmes dont le statut immunitaire n'est pas connu, afin de pouvoir identifier les femmes non immunisées face à la rubéole, les sensibiliser à ce problème et permettre leur vaccination en période de post-partum (degré de recommandation B).

62,5% (contre 58% en 2005) des femmes belges, enceintes à faible risque font le dépistage de la rubéole au cours de la grossesse. La moyenne est 1,3 dosages par femme enceinte. Les pourcentages sont un peu plus faibles à Bruxelles et en Wallonie (61,6% et 61,2% respectivement) qu'en Flandre (63,3% en 2010 contre 56% en 2005) mais ces différences ne sont pas significatives. Cette situation s'est inversée par rapport à 2005. Chez les femmes enceintes à risque élevé, 67,6% des femmes sont examinées ce qui constitue également une augmentation par rapport à 2005. Le rattrapage de la Région flamande vaut aussi pour les femmes à risque élevé de grossesse.

Constats par rapport aux recommandations

Cet examen pouvant avoir lieu avant la période de grossesse, notre indicateur sous-estime la part de femmes ayant effectivement subi cet examen puisque nous ne considérons que les 9 mois précédant la date d'accouchement.

3.3.2.7 Syphilis

Recommandation

Il est recommandé de soumettre toutes les femmes à une analyse de sérodiagnostic de la syphilis, avant ou au début de la grossesse au moyen d'un test syphilis (TPHA) (degré de recommandation B).

64,1% des femmes enceintes belges à faible risque réalisent un test syphilis, ce qui représente une nette amélioration par rapport à 2005 (50%). En moyenne, 1,2 analyses sont effectuées par femme examinée.

Il y a des différences importantes entre les régions: 60,5% femmes enceintes à faible risque testées en Flandre (contre 40% à peine en 2005), 64,4% en Wallonie et 82,4% à Bruxelles. Les parts pour la Wallonie et Bruxelles sont restées plus stables en 2005 et 2010.

Pour les grossesses à risque élevé, une part plus importante (72,5%) des femmes en Belgique sont examinées.

Constats par rapport aux recommandations

Cet examen pouvant avoir lieu avant la période de grossesse, notre indicateur sous-estime la part de femmes ayant effectivement subi cet examen puisque nous ne considérons que les 9 mois précédant la date d'accouchement.

3.3.2.8 VIH

Recommandation

Il est recommandé de proposer un test VIH à toute femme avant ou au début de la grossesse après lui en avoir expliqué l'utilité (degré de recommandation A).

73% des femmes enceintes à faible risque passent un test HIV (contre 64% en 2005). La moyenne est de 1,2 tests par femme examinée.

Ici encore on constate des différences régionales: en Flandre, 69,7% (57% en 2005) des femmes enceintes à faible risque réalisent ce test contre 75,5% en Wallonie et 83,5% à Bruxelles.

Pour les grossesses à risque élevé, 78,3% des femmes en Belgique se voient proposer le test VIH contre 70% en 2005. Les différences entre grossesses à risque élevé et faible sont significatives en Flandres et à Bruxelles.

Constats par rapport aux recommandations

Cet examen pouvant avoir lieu avant la période de grossesse, notre indicateur sous-estime la part de femmes ayant effectivement subi cet examen puisque nous ne considérons que les 9 mois précédant la date d'accouchement.

3.3.2.9 *Toxoplasmose*

Recommandation

Vu la (relative) haute prévalence de cette affection en Belgique, une stratégie systématique de prévention primaire de la toxoplasmose congénitale est indiquée. Cette stratégie a montré son efficacité en Belgique. En dix ans, la prévalence de cette affection a diminué dans notre pays. Il convient donc de concentrer tous les efforts sur la prévention.

Sur l'efficacité du traitement, (même précoce) une controverse existe sur le terrain, sachant qu'une séroconversion pendant la grossesse est lourde de conséquences (stress, examens pénibles, et décisions difficiles). C'est la raison pour laquelle toutes les femmes non-immunisées seront informées en routine et de manière répétée des mesures de prévention.

Un examen sérologique unique avant ou au commencement de la grossesse peut s'avérer utile s'il peut inciter les femmes non-immunes à prendre des mesures préventives (degré de recommandation D). Vu qu'on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander en routine de répéter un examen sérologique à différents moments de la grossesse, il est indispensable que les centres qui décident de répéter cet examen, documentent les étapes et les décisions cliniques qui s'en suivent. Il ne sera en effet pas possible de mesurer l'ampleur du problème ni d'améliorer la qualité des soins tant qu'on ne disposera pas de tels enregistrements pour la Belgique.

La détection de la toxoplasmose est fréquente au cours de la grossesse. En Belgique, 91,3% des femmes enceintes à faible risque bénéficient d'au moins une analyse (contre 88% en 2005). Pour ce groupe de femmes examinées, le nombre d'analyses par femme enceinte à faible risque est de 3,5 en moyenne. La médiane est de 3 examens. 5% des femmes enceintes subissent 8 dosages ou plus (percentile 95).

Il n'y a que peu de différences entre régions si l'on regarde le pourcentage de femmes qui se voient proposer ce test. Toutefois, le nombre d'analyses par grossesse varie lui bel et bien: 2,6 dosages en moyenne en Flandre, 4,4 chez les femmes enceintes bruxelloises à faible risque et 5,1 en Wallonie. Pour les grossesses à risque élevé, la situation est très semblable.

Constats par rapport aux recommandations

Cet examen pouvant avoir lieu avant la période de grossesse, notre indicateur sous-estime la part de femmes ayant effectivement subi cet examen puisque nous ne considérons que les 9 mois précédant la date d'accouchement. Tandis que le KCE recommande un dosage sérologique unique durant la période de grossesse, on constate 50% des femmes subissent cet examen au moins 3 fois.

3.3.3 *Détection du diabète de grossesse*

Recommandation

Il est recommandé de détecter à temps le diabète de grossesse chez toutes les femmes enceintes entre la 24^e et la 28^e semaine (niveau de force probante 2).

La prévalence du diabète de grossesse varie entre 1% et 14% pour toutes les grossesses (9).

Les recommandations Diabète sucré de type 2 de Domus Medica préconisent le « 50 gr. challenge test » entre 24 et 28 semaines. Bien que datant d'après 2010, il y a des recommandations contradictoires du GGOLFB (Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique) (10) et du VVOG (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) (11). Toutefois, si la première consultation prénatale révèle un risque très élevé de diabète de grossesse (obésité prononcée, antécédents de diabète de grossesse, glucosurie pendant la première consultation ou antécédents familiaux importants en matière de diabète), il importe de le dépister le plus rapidement possible.

En Belgique, 91% des femmes enceintes à faible risque ont au moins un dosage de glycémie au cours de leur grossesse contre 81% en 2005. En moyenne, 2,3 dosages sont demandés chez ces femmes. La médiane est de 2 analyses.

Les différences entre régions se sont atténuées depuis 2005. Le taux de couverture pour la Flandre s'est rapproché de celui des deux autres régions. 88,9% des femmes enceintes à faible risque de cette région se sont vues proposer le test contre 77% en 2005. En Wallonie ce taux est passé de 85% en 2005 à 93,8% en 2010 et de 91% à 94,7% à Bruxelles. Pour les grossesses à risque élevé, le pourcentage des femmes examinées est de 91,7%.

Constats par rapport à la recommandation

Bien que le taux de couverture ait augmenté entre 2005 et 2010, il reste encore une marge pour atteindre le taux de couverture recommandé par le KCE (100%).

3.3.4 Analyses sans utilité prouvée

3.3.4.1 Cholestérol

Recommandation

Le dosage du cholestérol n'est pas pertinent dans le cadre du suivi de la grossesse. Le dosage du cholestérol renvoie à un dosage du cholestérol total, HDL ou LDL.

17,5% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins un dosage de cholestérol au cours de la grossesse. En moyenne, 1,1 dosages sont réalisés chez ces femmes.

En Flandre, les femmes réalisent d'avantage cet examen inutile (18,8%) qu'à Bruxelles (14,4%) ou en Wallonie (16,2%). Ces proportions ont légèrement augmenté depuis 2005.

Pour les femmes enceintes à risque élevé, ce pourcentage est encore plus élevé: 20,3% a subi un dosage de cholestérol ou plus.

Constats par rapport aux recommandations

En 2010, environ 24.000 tests ont été effectués en dehors des recommandations du KCE.

3.3.4.2 Tests d'allergie

Recommandation

Les tests allergiques ne sont pas pertinents dans le cadre du suivi de la grossesse.

Le test allergique est le dosage de l'IgE total ou le dosage de l'IgE spécifique par antigène.

8,5% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins un test d'allergie (contre 10% en 2005). La moyenne est de 1 test par femme.

Cet examen inutile est moins effectué à Bruxelles qu'auparavant (10% en 2010 contre 20% en 2005).

En Wallonie, ce pourcentage est resté stable entre les deux périodes (environ 13%) et a légèrement diminué en Flandre (5,6% en 2010 contre 6,6% en 2005).

Pour les grossesses à risque élevé, 9,5% des femmes enceintes subissent un test d'allergie en 2010 contre 13% en 2005.

Constats par rapport aux recommandations

En 2010, environ 10.000 tests ont été effectués en dehors des recommandations du KCE.

3.4 Examens techniques pendant la grossesse

Les échographies tardives de routine (après 24 semaines) pour les grossesses à faible risque ou pour la population en générale ne produisent aucun bénéfice pour la mère ni pour l'enfant. Elles peuvent même conduire à une légère augmentation du nombre de césariennes (Bricker 2009).

L'évaluation de la fréquence de l'artère ombilicale par échographie Doppler n'est pas recommandée pour les grossesses à faible risque et devrait être réservée aux grossesses à haut risque (Alfirevic 2010 : deux publications). Son utilisation permet de diminuer les décès périnataux, le nombre d'induction du travail et le nombre de césarienne (Alfirevic 2010)

Tableau 15 : Pourcentages de femmes enceintes comptant un examen technique minimum en période prénatale en Belgique (Accouchements 2010 - données AIM).

Type de prestation	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Echographies								
Evaluation grossesse	96,3%	94,4%	94,9%	97,4%	95,3%	95,3%	94,9%	95,8%
Biométrie fœtus	37,6%	60,4%	50,7%	26,7%	48,3%	62,8%	55,7%	32,3%
Malformation fœtus	3,5%	1,7%	2,2%	4,5%	3,7%	2,0%	2,3%	6,0%
Bassin féminin	8,5%	8,6%	10,7%	7,4%	9,2%	7,7%	10,8%	8,4%
Transvaginale	48,5%	43,2%	41,2%	53,2%	42,7%	39,0%	40,0%	47,5%
Total échographies	98,8%	98,7%	99,1%	98,7%	98,5%	99,1%	98,8%	97,9%
Diagnostic prénatal invasif								
Cardiotocographies	5,1%	6,1%	6,3%	4,3%	8,2%	7,1%	9,2%	7,9%
	75,5%	78,9%	87,4%	68,8%	80,1%	79,4%	87,7%	72,6%

Tableau 16 : Nombre moyen d'examens techniques réalisés en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins un examen (Accouchements 2010 - données AIM).

Type de prestation	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Echographies								
Evaluation grossesse	2,6	2,4	2,4	2,7	2,4	2,4	2,4	2,5
Biométrie fœtus	2,1	2,3	2,2	1,9	2,3	2,4	2,4	2,2
Malformation fœtus	1,2	1,3	1,1	1,2	1,1	1,1	1,0	1,2
Bassin féminin	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,4
Transvaginale	1,7	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7	1,8	1,8
Total échographies	4,3	4,6	4,3	4,2	4,4	4,6	4,5	4,3
Diagnostic prénatal invasif								
Cardiotocographies	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	3,5	3,4	4,0	3,1	4,1	3,7	4,7	3,7

Tableau 17 : Distribution du nombre moyen d'examens techniques réalisées en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins un examen (Accouchements 2010 - données AIM).

Type de prestation	Grossesses à faible risque					Grossesses à risque élevé				
	Percentile 5	Percentile 25	Médiane	Percentile 75	Percentile 95	Percentile 5	Percentile 25	Médiane	Percentile 75	Percentile 95
Echographies										
Evaluation grossesse	1	2	3	3	3	1	2	3	3	3
Biométrie fœtus	1	1	1	3	5	1	1	2	3	6
Malformation fœtus	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
Bassin féminin	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3
Transvaginale	1	1	1	2	5	1	1	1	2	5
Total échographies	2	3	4	5	8	2	3	4	5	9
Diagnostic prénatal invasif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cardiotocographies	1	1	3	4	9	1	2	3	5	11

3.4.1 Echographies

Recommandation

Une échographie précoce est recommandée afin de pouvoir déterminer l'âge gestationnel et détecter les grossesses multiples (degré de recommandation A). Une bonne connaissance de l'âge gestationnel améliore notamment les performances des examens de dépistage d'un éventuel syndrome de Down et peut diminuer le nombre d'inductions causées par des erreurs dans l'évaluation du terme.

Une échographie est recommandée entre la 18^e et la 22^e semaine pour la détection d'anomalies structurelles (degré de recommandation A).

On ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander une échographie de routine après 24 semaines de grossesse (degré de recommandation A).

Une échographie peut être envisagée à 36 semaines, en cas de doute concernant la position du fœtus, vu qu'une version par manœuvres externes est envisageable en cas de présentation du siège (degré de recommandation D).

Vu qu'on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander une échographie de routine après 24 semaines de grossesse, il est indispensable que les centres qui décident d'effectuer cet examen, documentent les étapes et les décisions cliniques qui s'en suivent. Ceci implique notamment de réaliser un examen du fœtus en cas d'interruption de grossesse et de centraliser (à un niveau local, provincial, universitaire ou communautaire) les résultats de ces examens. Il ne sera en effet pas possible d'évaluer les limites (faux positifs et faux négatifs) de l'efficacité de ces échographies morphologiques tardives tant qu'on ne disposera pas de tels enregistrements en Belgique.

Les échographies effectuées par des accoucheuses ou des généralistes ne sont pas remboursées par l'assurance maladie et ne sont donc pas enregistrées. Les tableaux ci-dessus donnent un aperçu des 5 types d'échographies pouvant être facturées au cours d'une grossesse par des gynécologues ou des radiologues.

L'échographie « évaluation de la grossesse » renvoie à l'évaluation bidimensionnelle de la grossesse et ne peut être facturée que maximum une fois par trimestre. 96,3% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins une telle échographie (95% en 2005). En moyenne, 2,6 échographies sont facturées par femme enceinte, avec une médiane de 3.

A Bruxelles, le pourcentage de femmes à faible risque examinées est similaire à celui de la Wallonie (94,4% et 94,7% respectivement) et légèrement inférieur à celui de la Flandre (97,4%). Pour les femmes enceintes à risque élevé, le pourcentage de femmes avec une échographie minimum est un peu plus bas, soit 95,3% bien que cette différence ne soit significative qu'en Flandre.

L'échographie « biométrie fœtus » est l'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 fœtal renseigné. On remarque que chez 37,6% des femmes enceintes à faible risque, une telle échographie semble nécessaire (contre 34% en 2005). En moyenne 2,1 échographies sont effectuées par femme enceinte, tandis que la médiane est de 1.

Les différences régionales restent présentes: 26,7% des femmes enceintes à faible risque en Flandre ont au moins une échographie de ce type, 50,7% en Wallonie et 60,4% à Bruxelles. Pour les femmes enceintes à risque élevé, ce pourcentage est de 48,3%. Ici aussi, les différences entre les régions sont évidentes.

L'échographie « malformation fœtus » est l'exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes fœtaux en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé. Cet examen requiert l'approbation du médecin-conseil. Cette échographie est effectuée chez 3,5% des femmes enceintes à faible risque, avec une moyenne de 1,2 échographies par femme enceinte (médiane = 1). Ces résultats sont assez stables par rapport à 2005.

Dans ce cas précis, les pourcentages sont plus élevés en Flandre (4,5% pour les femmes enceintes à faible risque) qu'en Wallonie (2,2%) et qu'à Bruxelles (1,7%). Pour les grossesses à risque élevé, 3,7% subissent au moins une échographie de ce type contre 4,4% en 2005. Pour ce dernier groupe, le pourcentage est à nouveau plus élevé en Flandres que dans les deux autres régions : 2% à Bruxelles, 2,3% en Wallonie et 6% en Flandres.

En ce qui concerne l'échographie du bassin féminin, son usage n'est pas limité aux femmes enceintes. 8,5% des femmes enceintes à faible risque subissent cet examen au cours de la période prénatale contre 14% en 2005. En moyenne, 1,2 échographies sont pratiquées par femme examinée. Le pourcentage augmente jusque 9,2% pour les grossesses à risque élevé contre 17% en 2005.

L'échographie transvaginale n'est pas non plus spécifique pour les femmes enceintes. 48,5% (contre 35% en 2005) des femmes enceintes à faible risque subissent au moins une échographie transvaginale au cours de la période prénatale. En moyenne, 1,7 échographies par femme examinée sont réalisées. Ce pourcentage est plus faible pour les femmes à risque de grossesse élevée (42,7%) mais la différence entre grossesse à risque faible ou élevé n'est significative qu'en Flandres.

Lors de l'examen de l'ensemble des investigations par imagerie médicale, il apparaît que chez les femmes enceintes à faible risque, 4,3 échographies sont facturées en moyenne au cours de la période prénatale. Chez les femmes enceintes à risque élevé, cette moyenne est de 4,4. La médiane égale 4 échographies, quel que soit le profil des risques de la femme enceinte. Les critères déterminant les grossesses à risque au niveau de la BD AIM (âge - BIM - médicaments) ont probablement qu'un retentissement trop indirect sur le fœtus, pouvant expliquer éventuellement ce résultat.

Constats par rapport aux recommandations

En plus des 3 échographies de grossesse, on constate qu'une forte proportion de femmes (48,5%) ont également eu recours à une échographie transvaginale durant la grossesse. 92% de ces échographies ont eu lieu durant le premier trimestre de grossesse.

3.4.2 Diagnostic prénatal invasif

Recommandation

Aucune recommandation n'est disponible dans le rapport du KCE puisque ces recommandations se limitent aux femmes enceintes présentant une grossesse à faible risque.

Le « Diagnostic prénatal invasif » est un terme générique pour quatre types d'examen invasifs effectués en période prénatale afin de dépister une anomalie fœtale et/ou une infection congénitale: la biopsie des villosités choriales, l'amniocentèse, la cordocentèse et la ponction fœtale. Puisque ces quatre types d'examen diagnostiques sont facturés avec le même code de nomenclature (432353-364), il est impossible de distinguer l'un de l'autre.

En Belgique, 5,1% des femmes enceintes à faible risque subissent un examen diagnostique prénatal invasif contre 8,1% en 2005. En Flandre, ceci touche moins de femmes enceintes à faible risque (4,5% contre 6,5% en 2005) qu'en Wallonie (6,3% contre 11% en 2005) ou qu'à Bruxelles (6,1% contre 8,9% en 2005). Chez les grossesses à risque élevé, ce pourcentage augmente jusque 8,2%. Le pourcentage varie d'une région à l'autre : 7,1% à Bruxelles, 9,2% en Wallonie et 7,9% en Flandres, cependant ces différences ne sont pas significatives. Cet examen est également en recul pour les grossesses à risque puisque le taux de couverture s'élevait à 13,9% en 2005. Cette diminution générale pourrait correspondre au fait que les amniocentèses pour âge maternel seulement ont cessé.

3.4.3 Cardiotocographies

Recommandation

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

Il apparaît cependant que dans la pratique, 75,5% des femmes enceintes à faible risque en Belgique subissent au moins une cardiotocographie (CTG) au cours de la période prénatale. En 2005, ce pourcentage s'élevait à 69%. En moyenne, 3,5 cardiotocographies sont réalisées chez les femmes au cours de leur grossesse, la médiane étant 3.

Le recours à la CTG diffère selon la région: en Flandre, 68,8% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins une CTG, à Bruxelles 78,9% et en Wallonie 87,4%. Ces proportions ont augmenté dans les 3 régions depuis 2005. Pour les grossesses à risque élevé, 80,1% (contre 77% en 2005) des femmes ont minimum une CTG.

Lors du rapport de 2005, la plateforme Promotion de la qualité, plateforme qui a élaboré le feedback des soins prénataux, les experts ont fait remarquer que la recommandation devait être nuancée. Une cardiotocographie est en effet indiquée dans le cas d'une durée de grossesse de plus de 40 semaines. De même, dans le cas d'une induction, il est justifié de suivre la parturiente à l'aide d'une cardiotocographie continue.

Compte tenu de ces remarques, nous avons étudié le délai entre la CTG et la date de l'accouchement. Il apparaît ainsi que 53,4% des cardiotocographies sont effectuées dans les 2 semaines qui précèdent l'accouchement. De toutes les grossesses avec une CTG dans la période prénatale, 67% (contre 86% en 2005) des femmes en subissent au moins une dans la période de 2 semaines avant l'accouchement. Sur base de données disponibles, il est cependant impossible de déterminer la durée de gestation (> 40 semaines).

Le tableau ci-dessous présente le nombre de femmes ayant subi une cardiotocographie avant les deux semaines précédant l'accouchement. Le pourcentage de femmes enceintes ayant au moins une cardiotocographie au cours de cette période est de 46% ce qui représente une hausse par rapport à 2005. Chez les femmes à risque élevé, ce pourcentage s'élève à 52,9%. Les différences régionales se manifestent maintenant entre Bruxelles et la Flandre d'une part et la Wallonie d'autre part.

Tableau 18 : Utilisation des cardiocographies en Belgique chez les femmes enceintes comptant un examen minimum, après l'exclusion des cardiocographies effectuées endéans les 15 jours avant l'accouchement. (Accouchements 2010 - données AIM).

	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Région Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Pourcentage de femmes comptant une cardiocographie minimum	46,0%	42,1%	61,8%	38,8%	52,9%	44,2%	65,1%	45,3%
Nombre moyen de cardiocographies par femme comptant un examen minimum	2,6	2,6	2,7	2,5	3,2	2,9	3,3	3,0

Constats par rapport aux recommandations

Même en tenant compte de la nuance du CNPQ, on constate que près de la moitié des femmes à faible risque ont subi au moins une cardiocographie dans des délais hors recommandation.

3.5 Détection du syndrome de Down

Recommandation

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

Si la femme souhaite un examen de ce type, il convient de proposer l'examen le plus efficace dont on puisse disposer (présentant le pourcentage de détection le plus élevé et le moins de faux-positifs). Les examens suivants, classés en fonction de leur efficacité, sont disponibles dans la plupart des centres :

1. Le test combiné (mesure de la clarté nucale, hCG bêta et PAPP-A entre la 11^e et la 14^e semaine).
2. Le « triple test » (hCG bêta, alpha-fœtoprotéine AFP, œstriol conjugué (E3) entre la 14^e et la 20^e semaine).
3. La mesure de la clarté nucale (échographie entre la 11^e et la 14^e semaine).

Dans ce rapport, nous n'avons pris que les codes relatifs au « triple test » et les PAPP-A.

En 2010, 79,4% des femmes enceintes à faible risque ont subi un des tests sélectionnés. Les pourcentages varient d'une région à l'autre : 85,9% ce sont fait dépistées en Région Wallonne contre 77,7% en Flandre et 72,3% à Bruxelles. Le taux de couverture des femmes présentant un risque élevé de grossesse est plus faible et s'élève à 68,2%.

Tableau 19 : Pourcentages de femmes enceintes comptant un examen pour la détection du syndrome de Down minimum en période prénatale en Belgique (Accouchements 2010 - données AIM).

	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Région Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Détection syndrome de Down	79,4%	72,3%	85,9%	77,7%	68,2%	63,6%	78,6%	60,2%

3.6 Kinésithérapie pendant la grossesse

Tableau 20 : Pourcentage de femmes enceintes comptant une séance de kinésithérapie minimum en période périnatale en Belgique (Accouchements en 2010 - données 2010).

Type de kinésithérapie	Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
	Région Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Région Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Kinésithérapie périnatale	18,8%	24,3%	18,4%	18,0%	12,0%	16,9%	10,6%	10,7%
Kinésithérapie générale	11,8%	7,2%	9,8%	13,7%	9,4%	6,6%	9,2%	11,3%
Kinésithérapie totale	27,5%	28,7%	25,6%	28,4%	19,6%	21,6%	18,2%	20,0%

Tableau 21 : Nombre moyen de séances de kinésithérapie réalisées en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une séance (Accouchements 2010 - données AIM).

Type de kinésithérapie	Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
	Région Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Région Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Kinésithérapie périnatale	4,4	4,3	4,5	4,4	4,3	4,2	4,2	4,5
Kinésithérapie générale	8,3	6,5	7,6	8,7	8,6	5,6	9,0	9,3
Kinésithérapie totale	6,6	5,3	6,2	7,0	6,8	5,0	6,9	7,7

Tableau 22 : Distribution du nombre moyen de séances de kinésithérapie réalisées en période prénatale en Belgique chez les femmes comptant au moins une séance (Accouchements 2010 - données AIM).

Type de kinésithérapie	Grossesses à risque faible					Grossesses à risque élevé				
	Percentile 5	Percentile 25	Médiane	Percentile 75	Percentile 95	Percentile 5	Percentile 25	Médiane	Percentile 75	Percentile 95
Kinésithérapie périnatale	1	2	4	6	9	1	2	4	6	9
Kinésithérapie générale	1	4	8	9	19	1	3	6	9	22
Kinésithérapie totale	1	3	5	9	18	1	2	4	9	18

Recommandation

Aucune recommandation n'est disponible dans le rapport du KCE.

On entend par kinésithérapie périnatale, la kinésithérapie prescrite pendant la grossesse et durant la période qui suit l'accouchement. L'intervention de l'assurance ne concerne que 9 séances maximum par grossesse, dont 5 séances maximum en période prénatale et 4 en période postnatale. Il apparaît des données de l'AIM que 18,8% des femmes enceintes à faible risque reçoivent de la kinésithérapie périnatale au cours de la période prénatale. Ces femmes ont en moyenne 4,4 sessions, la médiane étant 4.

C'est à Bruxelles que les femmes (24,3%) suivent un peu plus de kinésithérapie périnatale qu'en Flandre (18%) et ou en Wallonie (18,4%). Pour les grossesses à risque élevé, la kinésithérapie périnatale est moins sollicitée: 12% ont au moins une session au cours de la période prénatale.

L'ensemble des résultats sont stables pour les grossesses à faible risque par rapport à 2005. Par contre, pour les grossesses à risque élevé, le pourcentage de femmes ayant eu au moins une séance de kinésithérapie périnatale est passée de 17% en 2005 à 12% en 2010.

Lorsque nous analysons le prescripteur (cf. annexe 8), nous constatons que c'est le gynécologue qui prescrit la kinésithérapie périnatale dans près de 90% des cas. Si la prescription ne mentionne pas explicitement qu'il s'agit d'une patiente enceinte ou accouchée, le kinésithérapeute peut facturer les codes de la nomenclature pour la kinésithérapie générale. Le nombre de séances prescrit est dans ce cas limité à 18.

11,8% des femmes enceintes à faible risque en Belgique a reçu de la kinésithérapie générale au cours de la période prénatale, avec une moyenne de 8,3 sessions par femme (médiane=8). Le nombre moyen et médian de séances a augmenté depuis 2005.

Ici, nous notons un pourcentage plus élevé en Flandre (13,7%) qu'à Bruxelles (7,2%) et qu'en Wallonie (9,8%). Le pourcentage des femmes ayant reçu de la kinésithérapie générale est de 9,4% chez les femmes enceintes à risque élevé.

En ce qui concerne le prescripteur de la kinésithérapie générale chez les femmes enceintes à faible risque (cf. annexe 8), on remarque une forte augmentation des prescriptions par les médecins généralistes (52,1%) au détriment des gynécologues (34,1%). Chez les femmes enceintes à risque élevé, la part des autres médecins spécialistes devient plus importante. Ceux-ci sont les prescripteurs de 15,3% des sessions de kinésithérapie générale.

En faisant l'addition de la kinésithérapie périnatale et générale, il apparaît que 27,5% des femmes enceintes à faible risque ont reçu au moins une session de kinésithérapie au cours de la période prénatale. Le nombre moyen des sessions est de 6,6 par femme (contre 5,7 en 2005), la médiane de 5 séances (contre 4 en 2005).

Il n'y a que peu de différences entre les régions : Bruxelles 28,7%, Flandre 28,4% et Wallonie 25,6%.

Quant aux femmes enceintes à risque élevé, 19,6% reçoivent de la kinésithérapie au cours de la grossesse (contre 25% en 2005). La proportion de bénéficiaire BIM dans les femmes à risque étant plus élevée qu'en 2005, la charge du ticket modérateur, relativement élevé dans le secteur de la kinésithérapie, pourrait expliquer cette diminution par rapport à 2005 et par rapport au taux constaté pour les femmes enceintes à faible risque.

3.7 Vaccination contre la grippe

Les femmes enceintes sont un des groupes cibles pour la vaccination contre la grippe. On constate qu'en Belgique une très faible proportion de femmes enceintes a été vaccinée contre la grippe durant leur grossesse. Les pourcentages varient cependant d'une région à l'autre. Tandis qu'en Flandre le taux de vaccination est de 4,5% pour les grossesses à faibles risque, il n'est que de 1,6% en Wallonie et de 1,1% à Bruxelles. Malgré les limites de nos données, ces pourcentages correspondent aux résultats obtenus dans le précédent rapport « Vaccination grippe 2007-2008 et 2009-2010 » de l'AIM.

En comparaison avec les données françaises (8) ayant trait à un échantillon de 13.453 femmes accouchées en mars 2013, où 29,3% s'était fait vacciner, cela donne une proportion de 1 à 10.

Tableau 23 : Pourcentage de femmes enceintes ayant été vaccinées contre la grippe en Belgique durant la période de grossesse (Accouchement 2010 - données AIM).

	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Vaccination antigrippe	3,3%	1,1%	1,6%	4,5%	2,5%	1,5%	1,5%	4,0%

3.8 Hospitalisations prénatales

Dans ce rapport, nous avons également décidé d'ajouter certains résultats concernant les hospitalisations en périodes prénatales. Les chiffres présentés ci-dessous ne concernent que les hospitalisations n'ayant pas de rapport avec l'accouchement même.

En 2010, sur les 59 910 femmes prises en compte dans ce rapport, 16 910 ont été hospitalisées durant leur période de grossesse (27%) donnant lieu à une moyenne de 1,54 hospitalisations par femme. Ces hospitalisations concernent majoritairement les services de maternité, les mini-forfaits, les forfait « hospitalisation de jour pour douleur chronique », les hospitalisations chirurgicales de jour, ainsi que les services de diagnostic et de traitement médical et chirurgical.

D'autre part, 63,03% des femmes ayant été admises à l'hôpital durant leur période de grossesse ne l'ont été qu'une seule fois. 19,2% des femmes ont été admises 2 fois et 6,9% ont été admises 3 fois ce qui représente 95% des femmes ayant été hospitalisées pendant la période prénatale.

Sur base de ces premiers résultats et après concertation avec le terrain, une intégration de ce critère d'hospitalisation(s) prénatale(s) pourrait être introduit comme proxy supplémentaire de facteur de comorbidité.

Tableau 24 : Hospitalisations durant la période prénatale (autre que les hospitalisation pour accouchement) pour les femmes ayant accouché en Belgique (Accouchements 2010 - données AIM).

N° Service	Nom service	Nombre	Fréquence
0	Inconnu	1	0,00%
210	Service de diagnostic et de traitement chirurgical	1865	7,16%
220	Service de diagnostic et de traitement médical	1076	4,13%
230	Service de pédiatrie	6	0,02%
250	Service des maladies contagieuses	2	0,01%
260	Maternité	7729	29,67%
320	Hospitalisation chirurgicale de jour	2092	8,03%
370	Service neuropsychiatrique A (jour et nuit)	71	0,27%
380	Hospitalisation de jour en service A	20	0,08%
410	Service psychiatrique T (jour et nuit)	1	0,00%
490	Fonction ou service de soins intensifs	41	0,16%
620	Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle: affections locomotives	3	0,01%
710	Salle de plâtre	462	1,77%
720	Miniforfait	9121	35,01%
730	Maxiforfait	212	0,81%
750	Forfait dialyse rénale	61	0,23%
840	Forfait hospitalisation de jour pour douleurs chroniques	3285	12,61%
990	Autres patients ambulants ou dialyse rénale ambulatoire	1	0,00%
Total	Tous services confondus	26049	100,00%

4 Limitations des données

Les limites intrinsèques des données AIM relatives à l'analyse des soins prénataux, ont trait à trois éléments, à savoir

1. La garantie de l'exhaustivité des soins délivrés lors du suivi individuel des trajets prénataux
2. La garantie de la connaissance exacte de la période de grossesse
3. L'absence de données cliniques

4.1 Garantie de l'exhaustivité des soins délivrés ?

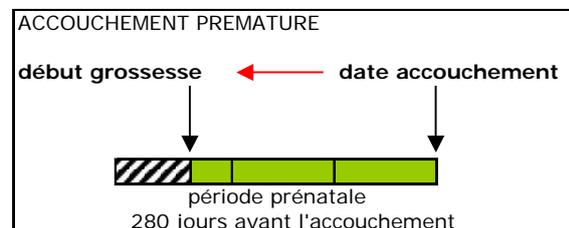
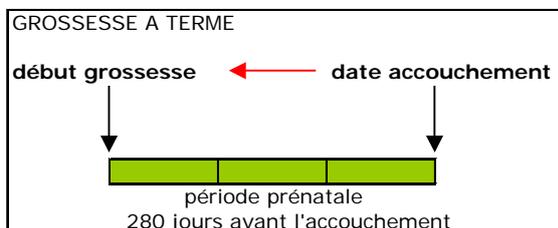
En Wallonie et à Bruxelles, l'ONE organise des consultations prénatales de quartier pour lesquelles aucune attestation de soins donnés n'est délivrée. En 2010, l'ONE a réalisé 8.040 consultations de ce type. Kind & Gezin organise également des bureaux de consultations prénatales en Flandre et à Bruxelles, principalement dans des régions défavorisées. Les coûts de ces consultations ne sont pas non plus pris en charge par l'INAMI. En conséquence, lorsqu'une femme n'a pas de consultation facturée dans les données des organismes assureurs, cela ne veut pas nécessairement dire qu'elle n'a bénéficié d'aucune consultation.

Dans nos données 2002 (5) 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'examens dans une consultation ONE ou Kind & Gezin. Le nombre absolu déjà très limité de futures mamans suivies par aucun prestataire au cours de leur grossesse, tel que présenté dans les tableaux 7 et 8, représente par conséquent une surestimation de la population non suivie au cours de la grossesse.

4.2 Garantie de la connaissance exacte de la période de grossesse ?

Les organismes assureurs 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 d'environ 8% pour l'ensemble de la Belgique en 2010 (source : UCL 2011). En cas d'accouchement prématuré, la durée de la période prénatale est donc surestimée.

C'est pourquoi le nombre de femmes qui n'ont pas bénéficié de consultation au 1er 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.



4.3 Absence de données cliniques et/ou pathologiques

Le lecteur de ce rapport doit également tenir compte du fait que les organismes assureurs ne disposent pas d'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 femmes primigestes des multigestes.

Concernant le profil de risque des femmes enceintes, il y a aussi des limitations. Bien que nous ayons une idée de la comorbidité sur base des médicaments prescrits dans la période prénatale, nous ne pouvons pas prendre en compte tous les facteurs de risque prénatals tels que les risques obstétricaux.

Il est impossible d'examiner tous les soins prénatals décrits dans le rapport du KCE. Certains examens cliniques par exemple, non facturés aux mutualités, ne sont pas évalués dans ce rapport. Les examens cliniques concernés sont la mesure de la pression artérielle, la mesure du poids, le calcul du BMI, la mesure de la hauteur utérine, les manœuvres de Léopold, l'examen des seins, l'examen vaginal (sans frottis) et le suivi structuré des mouvements de l'enfant.

5 Discussion

5.1 Suivi des recommandations soins prénataux du rapport KCE

En comparaison avec les résultats de 2005, l'analyse des chiffres 2010 mène aux constatations suivantes :

1. Au vu des données AIM, le suivi des guidelines concernant les soins prénataux pour les femmes enceintes belges présentant une grossesse à faible risque reste sous-optimal par rapport à trois aspects du suivi, à savoir les consultations, les analyses de laboratoire courantes et les examens techniques.
2. Cependant et par rapport à 2005 nous observons une évolution positive générale en termes de prévention et qualité. Le tableau 25 ci-dessous synthétise la situation de 2010 comparée à celle de 2005.
3. Toutefois, malgré le caractère non invasif de certains tests recommandés pour toute la population-cible, certains taux de couverture restent loin en-dessous des 100% recommandés et ce 6 ans après la parution du rapport KCE. La culture d'urine en est un bon exemple.

Enfin, nous devons constater que le problème de consommation hors norme, voire de prescription d'analyses et/ou prestations non justifiées et leur impact budgétaire, tel que simulé dans l'annexe 15 et estimé à un montant minimal de 10 millions d'euro, reste malheureusement d'actualité.

5.2 Caractéristiques de la population étudiée - évolution 2005-2010

De par les modifications importantes en termes de législation (introduction statut Omnio au 1^{er} juillet 2007) et de méthodologie (introduction d'une norme minimale de consommation DDD) ayant connu des évolutions contraires en termes de détermination de patientèle avec grossesse à risque (cf. tableau 2) il est difficile d'opérer une comparaison adéquate entre les résultats 2005 et 2010.

Toutefois, des constatations similaires à celles formulées en 2005 peuvent être avancées :

1. Les données AIM montrent que le nombre de femmes enceintes présentant un risque accru de complications au cours de leur grossesse, est significativement plus élevé à Bruxelles (35,1%) et en Wallonie (27%) qu'en Flandre (15,4%).
2. Pour Bruxelles, ce pourcentage élevé s'explique par le fait que le nombre de femmes enceintes âgées de plus de 40 ans et celui des futures mamans étant bénéficiaires de l'intervention majorée est plus élevé que dans les deux autres régions. Ces chiffres pour 2010, ainsi que l'évolution par rapport à 2005, semblent malheureusement confirmer une nouvelle fois la situation très fragile en termes d'accessibilité des soins de la population bruxelloise, pouvant mener à une sous-consommation structurelle, telle que démontrée et confirmée dans les récentes études de l'INAMI relatives à la comparaison régionale de la consommation de soins (<http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study58/index.htm>).
En outre, la publication internationale européenne (European Perinatal Health Report - <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/17538157.2010.492923>) mettant les taux de mortalité pré- et néonataux bruxellois à un niveau très élevé comparé aux autres entités géographiques européennes (pays, donc possible biais de comparaison) accentue le problème spécifique du suivi prénatal dans la capitale.

3. Par contre, en Wallonie, les femmes enceintes présentent plus de maladies chroniques compliquant la grossesse. Que ce soit en tenant compte de l'ancienne ou la nouvelle définition de maladie chronique basée sur la délivrance de médicaments, la Wallonie se démarque des deux autres Régions.
4. Le taux de grossesses auprès de bénéficiaires de moins de 16 ans se stabilise à tout le moins et permet ainsi à Bruxelles, qui avec 0,8% se trouvait au-dessus de la moyenne nationale en 2005, tombe à 0,2% en 2010, avec le meilleur résultat des trois Régions
5. Enfin, il y a lieu d'envisager d'incorporer les admissions non liées à l'accouchement futur en période de grossesse comme indicateur supplémentaire de comorbidité déterminant la population de grossesse à risque.

6 Conclusions/recommandations

Au cours des cinquantes dernières années, la mortalité infantile à la naissance a diminué de manière spectaculaire et cela, notamment grâce à l'amélioration des soins au cours de la grossesse et pendant l'accouchement.

Fin 2004, le Centre d'Expertise publiait une recommandation en matière de soins prénataux. Pour une femme en bonne santé, ayant une grossesse normale sans complication, seuls des examens réguliers par un spécialiste et quelques tests simples sont suffisants.

En 2005, après la publication de la recommandation, l'Agence Intermutualiste a étudié les soins prénataux dispensés aux femmes ayant accouché en 2005 en Belgique. L'AIM vient de répéter cet exercice sur base des données de suivi prénatal concernant environ la moitié des femmes ayant accouché en 2010 (au cours du 2^{ième} et 4^{ième} trimestre de 2010).

Compte tenu des constatations, à savoir :

- Légère amélioration du suivi prénatal sur base des recommandations du KCE,
- Confirmation de la non application de certains tests/examens considérés comme indispensables pour l'ensemble de la population-cible
- La consommation hors norme de certaines prestations menant à une perte d'efficacité financière pour le secteur estimée à un minimum de 10 millions d'euros

l'AIM propose

1. La mise en place d'un trajet de soins 'Soins prénataux'. Ce trajet de soins se base sur les recommandations EBM et prévoit une concertation entre MG, gynécologues et sages-femmes qui s'engagent formellement dans l'atteinte de certains objectifs de qualité. Une partie, voire la totalité des économies réalisées sur base du point 2 pourraient être investies dans ce nouveau trajet de soins.
2. Des mesures d'économies concrètes d'une part, ce partant des estimations très brutes de l'annexe 15

Une partie des économies (ou l'intégralité) seraient récupérées pour financer le trajet de soins 'grossesse', avec une attention particulière pour Bruxelles. A ce niveau, une implémentation spécifique de ce trajet de soins dans le nouveau système de financement des maisons médicales, comme premier indicateur de qualité à incorporer dans leur nouveau financement, avec feedback des enregistrements cliniques vers les OA, pourrait également être envisagé.

En effet, les maisons médicales sont implantées dans des zones de population à risque et présentent une population d'affiliés particulièrement jeune. Ceci les rend donc particulièrement attrayante pour ce type d'initiatives.

Compte tenu de l'aspect prévention évident de cette proposition de trajet de soins, un cofinancement de celui-ci par les Communautés respectives pourrait également être envisagé et justifié.

Comme nous le rappelle l'étude récemment publié sur le taux de mortalité infantile, Bruxelles présente une situation particulièrement précaire. Il faudra donc faire attention à ne pas créer de barrières supplémentaires en termes d'accessibilité : dans ce contexte, l'imposition de la souscription au DMG pour pouvoir accéder à ce trajet de soins pour la future maman, pourrait représenter un frein supplémentaire à l'accessibilité des soins pour cette population à risque.

Tableau 25 : Tableau récapitulatifs des évolutions entre 2005 et 2010 (Accouchements 2005 et 2010 - données AIM) - femmes s'étant fait attester au moins une prestation

	Grossesse à faible risque			Grossesse à risque élevé		
	2005	2010	Evolution	2005	2010	Evolution
Type de consultation						
Gynécologue	98%	99%	+	98%	99%	+
Médecin Généraliste	75%	78%	+	76%	69%	+
Accoucheuse	25%	41%	+	23%	41%	+
Autre spécialiste	32%	32%	=	50%	45%	-
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	99%	99%	=	98%	99%	+
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	99%	99%	=	99%	100%	+
Type d'examen						
Hématologie						
examens sanguins (Formule complet)	97%	99%	+	98%	99%	+
rhésus		72%			80%	
ferritine	67%	75%	+	69%	76%	+
Détection des infections						
culture d'urine	38%	48%	+	50%	56%	+
culture vaginale (6 semaines)	83%	38%	-	86%	44%	-
CMV	74%	82%	+	77%	81%	+
hépatite B	75%	79%	+	80%	85%	+
hépatite C		61%			72%	
rubéole	58%	62%	+	64%	68%	+
syphilis	50%	64%	+	59%	72%	+
VIH	64%	73%	+	70%	78%	+
toxoplasmose	88%	91%	+	88%	90%	+
Détection du diabète de grossesse						
glycémie	81%	91%	+	86%	92%	+
Analyses sans utilité prouvée						
allergies	9,9%	8%	-	12,5%	10%	-
cholestérol	15%	17%	+	20%	20%	=
Type de prestation						
Echographies						
Evaluation grossesse	95%	96%	+	93%	95%	+
Biométrie fœtus	34%	38%	+	46%	48%	+
Malformation fœtus	3,6%	4%	+	4,4%	4%	-
Bassin féminin	14%	8%	-	17%	9%	-
Transvaginale	35%	49%	+	35%	43%	+
Total échographies	98%	99%	+	97%	99%	+
Diagnostic prénatal invasif	8,1%	5%	-	13,9%	8%	-
Cardiotocographies	69%	75%	+	77,1%	80%	+
Kinésithérapie						
Total kinésithérapie	28%	28%	=	25%	20%	-
Kinésithérapie périnatale	20%	19%	-	17%	12%	-
Kinésithérapie générale	9%	12%	+	11%	9%	-

7 Abréviations

AIM	Agence Intermutualiste
AFP	alpha foetoprotéine
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification System
BIM	bénéficiaires de l'intervention majorée
BMI	body mass index
CMV	cytomégalovirus
CNPQ	Conseil National de Promotion de la Qualité
Cofa	complet formule
CTG	cardiotocographie
GCP	good clinical practice
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
kiné	kinésithérapie
MCH	mean corpuscular haemoglobin
MCHC	mean corpuscular haemoglobin concentration
MCV	mean corpuscular volume
NFS	numération formule sanguine
NRCT	non randomised clinical trial
OA	organisme assureur
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PAPP-A	pregnancy associated plasma proteïne A
RCT	randomised clinical trial
SGB	streptocoques du groupe B
SPE	Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

8 Bibliographie

1. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, Zhang W, et al. Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. Rapport. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2004. KCE reports 6B (D/2004/10.273/14).
2. De Gauquier K, Remacle A. Le suivi prénatal en Belgique en 2005. Agence Intermutualiste (AIM). Janvier 2007
3. Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Rapport d'activité 2010.
4. Kind & Gezin, Jaarverslag 2010. <http://www.kindengezin.be/img/jaarverslag-ko-2010..pdf>
5. Minsart AF, Van Leeuw V, Wilen G, Van de Putte S et Englert Y. Données périnatales en Wallonie – année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012. http://www.cepip.info/version-francaise#!_version-francaise/publications
6. Minsart AF, Wilen G, De Spiegelaere M, Van de Putte S, Verdoot C, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise - Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012. http://www.cepip.info/version-francaise#!_version-francaise/publications
7. <http://digibook.digi-work.com/Digibooks.aspx/Get/MLOZ/851/etudeaccouchementnlpdf>
8. Béatrice Blondel, Nada Mahjoub, Nicolas Drewniak, Odile Launay, Francois Goffinet. Failure of the vaccination campaign against A(H1N1) influenza in pregnant women in France: Results from a national survey, Vaccine 30 (2012) 5661– 5665 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22781306>
9. Robert G. Moses. Gestational DiabetesMellitus: Implications of an Increased Frequency With IADPSG Criteria, DIABETES CARE, VOLUME 35, MARCH 2012 461-462
10. J-F. Vanderijst, et al pour le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB). Stratégie de dépistage et critères diagnostiques du diabète gestationnel, Louvain Med. 2012; 131 (4): 193-198
11. Dr. Katrien Benhalima, namens van de VDV-VVOG-Domus Medica overleggroep. Screening naar pregestationele diabetes bij zwangerschap(swens), en zwangerschapsdiabetes: consensus VDV-VVOG-Domus Medica 2012, Vlaams tijdschrift voor Diabetologie 2012 nr. 1

9 Annexes

9.1 Codes de nomenclature pour les accouchements

code de nomencl.	type d'accouchement	prestataire de soins	lieu d'accouchement	moment d'accouchement
422225	par voie basse	accoucheuse	hôpital classique	pas spécifié
422656	par voie basse	accoucheuse	à domicile	jour de semaine
422671	par voie basse	accoucheuse	hôpital de jour	jour de semaine
423651	par voie basse	accoucheuse	à domicile	WE ou jour férié
423673	par voie basse	accoucheuse	hôpital de jour	WE ou jour férié
423010	par voie basse	médecin	ambulatoire	pas spécifié
423021	par voie basse	médecin	hôpital classique	pas spécifié
424012	par voie basse	gynécologue	ambulatoire	pas spécifié
424023	par voie basse	gynécologue	hôpital classique	pas spécifié
424071	avec embryotomie	gynécologue	ambulatoire	pas spécifié
424082	avec embryotomie	gynécologue	hôpital classique	pas spécifié
424093	par césarienne	gynécologue	ambulatoire	pas spécifié
424104	par césarienne	gynécologue	hôpital classique	pas spécifié

9.2 Codes ATC pour la comorbidité

type de comorbidité	code ATC	libellé médicament
Diabète	A10A	Insuline
	A10B	Antidiabétiques oraux
Hypertension	C02	Antihypertenseurs
	C03	Diurétiques
	C04	Vasodilatateurs périphériques
	C07	Bétabloquants
	C08	Antagonistes du calcium
	C09	Inhibiteurs de l'ECA
Thrombose	B01A	Antithrombotiques
Troubles de coagulation	B02BD	Facteurs de coagulation
Dépression	N06A	Antidépresseurs
Asthme	R03AA	Alphaetbétasympathicomimétiques
	R03AB	Bétasympathicomimétiquesnonsélectifs
	R03AC	Béta-2sympathicomimétiquessélectifs
	R03AH	Associationsdesympathicomimétiques
	R03AK	Sympathicomimétiquesetautresantiasthmatiques
	R03BA	Glucocorticoïdes
	R03DC01	Antagonistesdesrécepteursdesleukotrienes
	R03DC03	Antagonistesdesrécepteursdesleukotrienes

Arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, Colite Ulcéreuse	L04AA11	Etanercept
	L04AA12	Infliximab
	L04AA13	Leflunomide
	L04AA17	Adalimumab
	A07EC01	Sulfasalazine
	A07EC02	Mesalazine
VIH	J05AE	Inhibiteurs de la protéase virale
	J05AF	Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase réverse
	J05AG	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase réverse
	J05AX	Inhibiteurs de fusion
Hépatite chronique B et C	L03AB04	Interferon alfa-2a
	L03AB05	Interferon alfa-2b
	L03AB10	Peginterferon alfa-2b
	J05AB04	Ribavirine
Sclérose en plaques	L03AB07	Interferon beta-1a
	L03AB08	Interferon beta-1b
	L03AX13	Glatiramer
Epilepsie	N03	Antiépileptiques
Affections thyroïdiennes	H03	Médicaments de la thyroïde
Immunosuppression après une transplan- tation d'organe	L04AA01	Ciclosporine
	L04AA05	Tacrolimus
	L04AA06	Mofetilmycofenolaat
	L04AA10	Sirolimus

9.3 Codes de nomenclature pour les consultations en période prénatale

9.3.1 Médecins généralistes

Sélection des médecins généralistes comme prestataires de soins à base du numéro d'identification de l'INAMI (la qualification) : 1er chiffre = 1 et 9ème au 11ème chiffre inclus = 005, 006, 007, 008.

type de soin prénatal	code de nomencl.	libellé
Consultation Généraliste	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.
	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.

9.3.2 Accoucheuses

Sélection des accoucheuses comme prestataires de soins à base du numéro d'identification de l'INAMI (la qualification) : 1er chiffre = 4 et 2ème au 6ème chiffre inclus = 1 - 9999.

type de soin prénatal	code de nomencl.	libellé
Consultation sage-femme	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.
	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.
	422870	Séance individuelle d'obstétrique en cas de grossesse à risque sur prescription d'un médecin spécialiste en obstétrique, à domicile, pendant un jour ouvrable.
	422892	Séance individuelle d'obstétrique en cas de grossesse à risque sur prescription d'un médecin spécialiste en obstétrique, à domicile, durant le week-end ou un jour férié.

9.3.3 Gynécologues

Sélection des gynécologues comme prestataires de soins à base du numéro d'identification de l'INAMI (la qualification) : 1er chiffre = 1 et 9ème au 11ème chiffre inclus = 34, 340, 146, 341, 349, 367, 369, 978.

type de soin prénatal	code de nomencl.	libellé
Consultation gynécologue	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.

9.3.4 Autres médecins spécialistes

Sélection d'autres médecins spécialistes comme prestataires de soins à base du numéro d'identification de l'INAMI (la qualification) : 1er chiffre = 1 et 9ème au 11ème chiffre inclus > 009 et ≠ qualification du gynécologue.

type de soin prénatal	code de nomencl.	libellé
Consultation autre médecin spécialiste	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
	102034	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en médecine interne.
	102071	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en pédiatrie.
	102093	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en cardiologie.
	102115	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en gastro-entérologie.
	102130	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en pneumologie.
	102152	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en rhumatologie.
	102174	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en neurologie.
	102196	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie.
	102211	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en neuropsychiatrie.
	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.
	102550	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en médecine interne.
	102572	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en pédiatrie.
	102594	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en cardiologie.
	102616	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en gastro-entérologie.
	102631	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en pneumologie.
102653	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en rhumatologie.	

102675	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en neurologie.
102690	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en psychiatrie.
102712	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en neuropsychiatrie.
102734	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en dermato-vénérologie.
102756	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en dermato-vénérologie.
102270	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en oncologie médicale
102292	Consultation, à son cabinet, du médecin accrédité spécialiste en oncologie médicale
102314	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique
102336	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique
102874	Consultation, à son cabinet, du médecin accrédité spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie
102255	Consultation, à son cabinet, du médecin accrédité spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie
102955	Première consultation, au cabinet, du médecin spécialiste en médecine interne, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants
102970	Première consultation, au cabinet, du médecin spécialiste en médecine interne, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants

9.4 Codes de nomenclature pour les analyses de laboratoires en période prénatale

type de soin prénatal	code de nomencl. amb.	code de nomencl. hosp.	libellé
Examens sanguins	123012	123023	Dosage de l'hémoglobine par méthode électrophotométrique
	123034	123045	Numération des globules rouges et/ou hématocrite
	127013	127024	Dosage de l'hémoglobine par méthode électrophotométrique
	127035	127046	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.
	123115	123126	Numération des plaquettes
	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.
	127050	127061	Numération des globules blancs
	127072	127083	Formule leucocytaire établie au microscope sur un minimum de 100 cellules.
	127116	127120	Numération des plaquettes
	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.
Ferritine	433090	433101	Dosage de ferritine.
	541472	541483	Dosage de ferritine par méthode non-isotopique.
Culture d'urine	549312	549323	Culture aérobie d'urine avec identification des germes isolés
Culture vaginale (SGB)	550395	550406	Mise en culture aérobie d'échantillons vaginaux ou uréthraux, ou de sperme (y compris la culture de gonocoques)
Cytomégalovirus	551316	551320	Recherche d'anticorps IgM spécifiques contre le cytomégalovirus.
	551331	551342	Recherche d'anticorps IgG spécifiques contre le cytomégalovirus.
Hépatite B	437032	437043	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'antigène HBs
	437054	437065	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'antigène HBe
	437076	437080	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'anticorps HBs

	437091	437102	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'anticorps HBe
	437113	437124	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'anticorps HBc
	551390	551401	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence de l'antigène HBs par méthode non-isotopique
	551412	551423	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence de l'antigène HBe par méthode non-isotopique
	551434	551445	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti HBs par méthode non-isotopique
	551456	551460	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti HBe par méthode non-isotopique
	551471	551482	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti HBc par méthode non-isotopique
Hépatite C	551154	551165	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale C, par la mise en évidence d'anticorps anti-HC (Maximum 1) (Règle de cumul 328)
ABO groupe rhésus	555015	555026	Détermination des groupes sanguins ABO-RH1 (Maximum 1)
	555030	555041	Détermination du phénotype RH (antigènes RH2 (C), RH3 (E), RH4 (c), RH5 (e)) (Maximum 1)
Rubéole	551596	551600	Recherche d'anticorps IgG contre la rubéole chez la femme.
	551611	551622	Recherche d'anticorps IgM contre le virus de la rubéole.
	551633	551644	Mise en évidence des anticorps IgM purifiés contre le virus de la rubéole.
Syphilis	552716	552720	Sérodiagnostic d'une infection par le tréponème (sang ou liquide céphalorachidien): par une technique utilisant un antigène non spécifique (type RPR ou VDRL).
	552731	552742	Sérodiagnostic d'une infection par le tréponème (sang ou liquide céphalorachidien): par une technique utilisant un antigène spécifique.
VIH	551736	551740	Recherche des anticorps VIH
Toxoplasmose	551751	551762	Recherche d'anticorps IgG contre toxoplasma gondii.
	551773	551784	Recherche d'anticorps IgM spécifiques contre toxoplasma gondii.
Glycémie	120050	120061	Dosage du glucose.
	120153	120164	Courbe d'hyper- ou d'hypoglycémie provoquée (minimum quatre dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie.
	120175	120186	Par dosage de glycémie supplémentaire lors d'une courbe d'hyper-ou d'hypoglycémie provoquée (prestation 120153 - 120164) ou lors de l'évolution circadienne de glycémie (prestation 120190 - 120201).
	120190	120201	Evolution circadienne de la glycémie (minimum 4 dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie.
	125053	125064	Dosage du glucose.
	125156	125160	Courbe d'hyper- ou d'hypoglycémie provoquée

			(minimum quatre dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie.
	125171	125182	Par dosage de glycémie supplémentaire lors d'une courbe d'hyper-ou d'hypoglycémie provoquée (prestation 120153 - 120164) ou lors de l'évolution circadienne de glycémie (prestation 120190 - 120201).
	125193	125204	Evolution circadienne de la glycémie (minimum 4 dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie.
Cholestérol	540271	540282	Dosage du cholestérol total.
	540293	540304	Dosage du cholestérol HDL.
	542231	542242	Dosage du cholestérol LDL.
Tests d'allergie	438093	438104	Dosage des IgE totales.
	438115	438126	Détermination d'IgE spécifique par antigène.
	556253	556264	Dosage des IgE totales.
	556275	556286	Détermination d'IgE spécifique par antigène.

9.5 Codes de nomenclature pour les examens techniques en période prénatale

type de soin prénatal	code de nomencl. amb.	code de nomencl. hosp.	libellé
Echo évaluation grossesse	460515	460526	Evaluation échographique bidimensionnelle de la grossesse, maximum une fois par trimestre.
	469895	469906	Evaluation échographique bidimensionnelle de la grossesse, maximum une fois par trimestre.
Echo biométrie fœtus	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 fœtal documenté.
	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 fœtal documenté.
Echo malformation fœtus	460552	460563	Exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes fœtaux en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé.
	469932	469943	Exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes fœtaux en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé.
Echo bassin féminin	460250	460261	Echographie du bassin féminin.
	469490	469501	Echographie du bassin féminin.
Echo trans-vaginale	460832	460843	Échographie transvaginale.
	469593	469604	Échographie transvaginale.
Diagnostic prénatal invasif	432353	432364	Procédure obstétricale invasive (amniocentèse, biopsie des villosités chorales, ponction fœtale, cordocentèse) sous contrôle échographique.
Cardiotocographie	424056	424060	Cardiotocographie anténatale (à l'exclusion des cardiotocographies effectuées le jour de l'accouchement) : enregistrement combiné du rythme cardio-foetal, l'intensité & la fréquence des contractions, par jour.

9.6 Codes de nomenclature pour la kinésithérapie en période prénatale

type de soin prénatal	article de la nomenclature des prestations de santé	code de nomenclature
Kinésithérapie périnatale	Art. 7, § 1, 4°	561595 au 561724 inclu
Kinésithérapie générale	Art. 7, § 1, 1°	560011 au 560615 inclu
	Art. 7, § 1, 2°	560652 au 561411 inclu

9.7 Codes de nomenclature pour la détection du syndrome de Down

Type de soin	code de nomenclature		libellé
Détection syndrome de Down	433193	433204	Détermination du facteur de risque du syndrome de Down et de la malformation du tube neural au cours du 2ème trimestre de la grossesse, comprenant le dosage de l'alpha foetoprotéine, de l'H.C.G., et d'oestriol libre ainsi que le calcul en tenant compte des paramètres cliniques et statistiques adéquats (Maximum 1)(Règle de cumul 64,124,125)
	433296	433300	Détermination du facteur de risque du syndrome de Down au cours du 1er trimestre de la grossesse, comprenant les dosages spécifiques de la sous-unité bêta libre de la choriogonadotrophine humaine (bêta HCG libre) et de la protéine placentaire A de la grossesse (PAPP-A), en tenant compte de la mesure de paramètres cliniques (évaluation de l'épaisseur du pli de la nuque par la mesure échographique de la transparence nucale foetale) et statistiques adéquats (Maximum 1) (Règle de cumul 124, 125)
	542555	542566	Détermination du facteur de risque du syndrome de Down et de la malformation du tube neural au cours du 2ème trimestre de la grossesse, comprenant le dosage de l'alpha foetoprotéine, de l'H.C.G. et d'oestriol libre ainsi que le calcul, en tenant compte des paramètres cliniques et statistiques adéquats (Maximum 1)(Règle de cumul 64, 124, 125)
	542776	542780	Détermination du facteur de risque du syndrome de Down au cours du 1er trimestre de la grossesse, comprenant le dosage spécifique de la sous-unité bêta libre de la choriogonadotrophine humaine (bêta HCG libre) et de la protéine placentaire A de la grossesse (PAPP-A), en tenant compte de la mesure de paramètres cliniques (évaluation de l'épaisseur du pli de la nuque par la mesure échographique de la transparence nucale foetale) et statistiques adéquats (Maximum 1) (Règle de cumul 124, 125)

9.8 Codes de nomenclature pour le vaccin antigrippe

		codes 2009	codes 2010	codes hospitaliers
Alfarix	(1x 0,5 ml)	2607885	2707222	733170
Influvac	(1x 0,5 ml)	2605343	2710176	733188
Vaxigrip	(1x 0,5 ml)	2591774	2699296	733204

9.9 Codes ATC pour la contraception

Catégorie	Sous-catégorie	Codes ATC
Contraceptifs hormonaux à usage systémique	Progestérones et oestrogènes, combinaisons fixes	G03AA01
		G03AA02
		G03AA03
		G03AA04

	G03AA05
	G03AA06
	G03AA07
	G03AA08
	G03AA09
	G03AA10
	G03AA11
	G03AA12
	G03AA13
Progestérones et oestrogènes, préparations séquentielles	G03AB
	G03AB01
	G03AB02
	G03AB03
	G03AB04
	G03AB05
	G03AB06
	G03AB07
G03AB08	
Progestérones	G03AC
	G03AC01
	G03AC02
	G03AC03
	G03AC04
	G03AC05
	G03AC06
	G03AC07
	G03AC08
	G03AC09
Contraceptifs d'urgence	G03AD01
	G03AD02

9.10 Analyse par prescripteur

Tableau 25 : Répartition des prescriptions des analyses de laboratoire prescrits chez les femmes enceintes en période prénatale en Belgique, par type de dispensateur de soins (Accouchements 2010 – données AIM).

	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Gynécologue	Généraliste	Accoucheuse	Spécialiste	Gynécologue	Généraliste	Accoucheuse	Spécialiste
Hématologie								
examens sanguins	73,2%	16,6%	2,6%	7,6%	70,8%	12,1%	4,8%	12,3%
rhésus	68,8%	7,1%	3,0%	21,0%	70,6%	5,8%	5,3%	18,3%
ferritine	70,0%	25,2%	2,8%	2,0%	67,6%	19,9%	6,3%	6,2%
Détection des infections								
culture d'urine	73,4%	15,8%	3,5%	7,3%	70,2%	11,6%	6,7%	11,5%
culture vaginale (6semaines)	97,2%	0,8%	1,5%	0,5%	96,3%	1,1%	2,0%	0,7%
CMV	78,5%	17,7%	1,6%	2,3%	80,0%	13,0%	3,2%	3,9%
hépatite B	77,4%	18,8%	1,9%	2,0%	78,8%	14,1%	4,4%	2,7%
hépatite C	81,2%	14,0%	2,4%	2,5%	80,6%	11,4%	5,0%	3,0%
rubéole	65,7%	29,7%	1,9%	2,7%	73,1%	19,7%	4,3%	2,9%
syphilis	76,6%	15,8%	3,3%	4,2%	74,9%	11,6%	6,7%	6,8%
VIH	77,2%	19,8%	2,2%	0,9%	78,2%	14,9%	5,0%	1,9%
toxoplasmose	78,6%	16,1%	2,3%	3,1%	78,6%	11,0%	5,0%	5,4%
Détection du diabète de grossesse								
glycémie	68,0%	19,1%	2,2%	10,7%	63,7%	13,4%	4,3%	18,6%
Analyses sans utilité prouvée								
allergies	30,4%	19,6%	7,2%	42,8%	35,5%	18,6%	9,8%	36,1%
cholestérol	14,3%	75,4%	0,4%	9,8%	16,7%	55,4%	0,5%	27,4%

Tableau 26 : Répartition des prescriptions pour les examens techniques et la détection du syndrome de Down chez les femmes enceintes en période prénatale en Belgique, par type de prescripteur (Accouchements 2010 – données AIM).

	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Gynécologue	Généraliste	Accoucheuse	Spécialiste	Gynécologue	Généraliste	Accoucheuse	Spécialiste
Echographies								
Evaluation grossesse	3,5%	96,2%	0,1%	0,2%	4,9%	94,4%	0,3%	0,4%
Biométrie fœtus	9,1%	90,6%	0,1%	0,2%	8,9%	90,8%	0,1%	0,3%
Malformation fœtus	4,7%	95,3%	0,0%	0,0%	7,4%	92,6%	0,0%	0,0%
Bassin féminin	1,9%	97,2%	0,0%	0,9%	2,9%	95,4%	0,1%	1,7%
Transvaginale	1,1%	98,7%	0,0%	0,2%	1,8%	97,6%	0,0%	0,6%
Diagnostic prénatal invasif	0,2%	99,8%	0,0%	0,0%	0,5%	99,6%	0,0%	0,0%
Cardiotocographies	0,1%	99,9%	0,0%	0,0%	0,1%	99,9%	0,0%	0,0%
Détection syndrome de Down	93,0%	5,9%	0,9%	0,2%	93,0%	3,3%	2,9%	0,8%

Tableau 27 : Répartition de la prescription de la kinésithérapie prescrite chez les femmes enceintes en période prénatale en Belgique, par type de dispensateur de soins (Accouchements 2010- données AIM).

	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Gynécologue	Généraliste	Accoucheuse	Spécialiste	Gynécologue	Généraliste	Accoucheuse	Spécialiste
Kinésithérapie périnatale	89,8%	8,8%	/	1,4%	90,9%	7,9%	/	1,2%
Kinésithérapie générale	34,1%	52,1%	/	13,8%	29,4%	46,3%	/	24,3%
Total	59,6%	32,2%	/	8,1%	53,4%	31,4%	/	15,3%

9.11 Analyse par trimestre de grossesse

Tableau 28 : Répartition des examens de laboratoire pour les femmes enceintes en Belgique, par trimestre de grossesse (Accouchements 2010 – données AIM).

	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3
Hématologie			
examens sanguins	28,60%	18,84%	52,56%
rhésus	27,65%	11,23%	61,12%
ferritine	40,40%	23,06%	36,53%
Détection des infections			
culture d'urine	20,51%	31,29%	48,20%
culture vaginale	7,02%	9,72%	83,26%
culture vaginale (6semaines)	0,00%	0,00%	100,00%
CMV	40,11%	30,16%	29,73%
hépatite B	64,29%	17,85%	17,86%
hépatite C	65,11%	18,93%	15,96%
rubéole	67,97%	19,22%	12,81%
syphilis	66,07%	18,75%	15,18%
VIH	68,93%	18,26%	12,81%
toxoplasmose	31,83%	31,43%	36,73%
Détection du diabète de grossesse			
glycémie	24,16%	25,36%	50,48%
Analyses sans utilité prouvée			
allergies	20,55%	6,46%	72,99%
cholestérol	72,27%	14,36%	13,37%
Grippe	33,19%	34,80%	32,01%

Tableau 29 : Répartition des examens techniques et de la détection du syndrome de Down pour les femmes enceintes en Belgique, par trimestre de grossesse (Accouchements 2010 – données AIM).

	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3
Echographies			
Evaluation grossesse	23,48%	42,42%	34,10%
Biométrie fœtus	10,02%	26,65%	63,33%
Malformation fœtus	2,13%	66,43%	31,44%
Bassin féminin	85,02%	10,91%	4,07%
Transvaginale	92,20%	5,80%	2%
Total échographies	35,41%	31,58%	33,01%
Diagnostic prénatal invasif	7,44%	81,95%	10,61%
Cardiotocographies	0,14%	3,45%	96,41%
Détection syndrome de Down	53,20%	46,51%	0,29%

Tableau 30 : Répartition des consultations et des séances de kinésithérapie pour les femmes enceintes en Belgique, par trimestre de grossesse (Accouchements 2010 – données AIM).

	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3
Gynécologue	20,83%	30,44%	48,73%
Médecin Généraliste	43,41%	33,59%	23%
Accoucheuse	4,59%	17,21%	78,20%
Autre spécialiste	34,41%	28,72%	37,18%
Kinésithérapeute	13,08%	18,36%	68,56%
Kinésithérapie périnatale	0,85%	4,63%	94,52%
Kinésithérapie générale	22,96%	29,44%	47,59%
Total	23,65%	29%	47,41%

9.12 Contraception

Dans ce rapport nous avons également intégré la proportion de femmes ayant pris un contraceptif hormonal dans les 6 mois précédant la période de grossesse. Il ressort que 16,9% des femmes ayant accouché en 2010 ont pris un contraceptif hormonal dans les 6 mois précédant le début de la grossesse. Ce pourcentage varie avec l'âge et est particulièrement élevé pour la tranche d'âge 16-20 ans.

Tableau 31 : Proportion de femmes ayant pris un moyen de contraception hormonal dans les six mois précédents la grossesse par tranche d'âge (Accouchements 2010 – données AIM).

	non	oui	Nombre
0-15	96,2%	3,8%	26
16-20	67,3%	32,7%	1934
21-25	79,1%	20,9%	10237
26-30	83,0%	17,0%	22187
31-35	85,5%	14,5%	17595
36-40	86,8%	13,2%	6750
41-45	87,9%	12,1%	1143
46-50	83,3%	16,7%	36
50+	50,0%	50,0%	2
Total	83,1%	16,9%	59910

N'étant qu'indicatif, ces chiffres pour les adolescentes de moins de 20 ans semblent indiquer qu'il se pourrait qu'un problème de compliance se pose pour un petit tiers des adolescentes de moins de 20 ans tombées enceintes.

9.13 Chiffres absolus

Tableau 32 : Nombre de femmes enceintes en Belgique ayant eu au moins une consultation durant la période prénatale (Accouchements 2010 – données AIM).

<i>Type de consultation</i>	Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Gynécologue	46.477	5.255	27.378	13.634	12.897	2.848	4.959	5.049
Médecin Généraliste	36.743	2.957	23.735	9.918	8.928	1.575	3.915	3.411
Accoucheuse	19.049	2.513	10.350	6.084	5.332	1.464	1.724	2.127
Autre spécialiste	15.117	1.940	7.909	5.200	5.892	1.315	2.097	2.461
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	46.523	5.263	27.404	13.646	12.916	2.852	4.966	5.057
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	46.621	5.273	27.477	13.661	12.948	2.855	4.985	5.066
Total kinésithérapie	12.915	1.524	7.829	3.514	2.557	620	1.001	928
Kinésithérapie périnatale	8.813	1.293	4.958	2.527	1.564	484	537	538
Kinésithérapie générale	5.523	385	3.775	1.344	1.229	190	567	468
Totaux personnes	46.895	5.315	27.614	13.749	13.013	2.871	5.013	5.085

Tableau 33 : Nombre de femmes enceintes en Belgique ayant eu au moins une analyse de labo durant la période prénatale (Accouchements 2010 – données AIM).

Type examen	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Hématologie								
exam sanguins	46.376	5.299	27.142	13.720	12.917	2.868	4.933	5.072
rhésus	33.553	4.455	18.475	10.472	10.377	2.590	3.644	4.113
ferritine	35.154	4.484	21.246	9.279	9.925	2.488	3.866	3.536
Détection des infections								
culture d'urine	22.612	3.333	12.157	7.026	7.308	2.034	2.376	2.874
culture vaginale (6 sem.)	17.792	1.759	6.288	9.614	5.677	791	1.232	3.631
CMV	38.660	4.238	22.184	12.058	10.590	2.303	3.843	4.407
hépatite B	37.281	4.586	20.916	11.613	11.108	2.625	3.980	4.466
hépatite C	28.521	4.254	13.909	10.229	9.392	2.457	2.942	3.964
rubéole	29.308	3.276	17.487	8.418	8.802	1.959	3.414	3.395
syphilis	30.063	4.382	16.696	8.854	9.430	2.522	3.333	3.547
VIH	34.222	4.438	19.243	10.382	10.194	2.533	3.695	3.933
toxoplasmose	42.800	4.584	25.524	12.495	11.771	2.547	4.557	4.625
Détection du diabète de grossesse								
glycémie	42.660	5.032	24.536	12.900	11.927	2.737	4.385	4.767
Analyses sans utilité prouvée								
allergies	3.979	536	1.551	1.865	1.242	311	263	659
cholestérol	8.202	764	5.180	2.222	2.643	580	1.051	1.009
Totaux personnes	46.895	5.315	27.614	13.749	13.013	2.871	5.013	5.085

Tableau 34 : Nombre de femmes enceintes en Belgique ayant eu au moins un examen technique durant la période prénatale (Accouchements 2010 – données AIM).

Type de prestation	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Echographies								
Evaluation grossesse	45.156	5.015	13.045	26.891	12.405	2.737	4.828	4.802
Biométrie fœtus	17.640	3.210	6.971	7.367	6.281	1.804	2.834	1.620
Malformation fœtus	1.648	90	302	1.251	478	57	117	303
Bassin féminin	3.980	459	1.470	2.034	1.197	221	550	421
Transvaginale	22.747	2.294	5.671	14.689	5.554	1.120	2.035	2.379
Total échographies	46.333	5.248	13.622	27.254	12.822	2.844	5.026	4.910
Diagnostic prénatal invasif	2.381	326	866	1.177	1.071	203	468	394
Cardiotocographies	35.395	4.195	12.015	19.011	10.420	2.281	4.462	3.640
Totaux personnes	46.895	5.315	27.614	13.749	13.013	2.871	5.013	5.085

9.14 Tests de significativité

Pour tout les tableaux suivants : ***= significatif à 99,99%

**= significatif à 99,9%

*= significatif à 99%

n.s = non significatif

Tableau 35 : Test de significativité pour les différences interrégionales pour les facteurs de risques (cfr. Tableau 2) (Accouchements 2010 – données AIM).

	Bruxelles/Wallonie	Bruxelles/Flandres	Flandres/Wallonie
Age < 16	n.s	n.s	n.s (oui à 95%)
Age > 40	***	***	***
Bénéficiaire de l'intervention majorée	***	***	***
Comorbidité (>90DDD)	***	n.s (oui à 95%)	***

Tableau 36 : Test de significativité pour les différences interrégionale pour les comorbidités (cfr. Tableau 3) (Accouchements 2010 – données AIM).

	Bruxelles/Wallonie	Bruxelles/Flandres	Flandres/Wallonie
Diabète chronique	n.s	n.s	n.s (oui à 95%)
Diabète grossesse	*	n.s	***
Hypertension	***	n.s (oui à 98%)	***
Thrombose	*	n.s	***
Troubles coagulation	n.s	n.s	n.s
Dépression	n.s	n.s	n.s
Asthme	*	n.s	n.s
Arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, colite ulcéreuse	n.s	n.s	n.s
VIH	*	***	n.s
Hépatite chronique B,C	n.s	n.s	n.s
Sclérose en plaque	n.s	n.s	n.s
Epilepsie	n.s	n.s	n.s
Affections thyroïdiennes	***	**	***
Immunosuppression après une transplantation d'organe	n.s	n.s	n.s
<i>Totalité des femmes avec au moins une comorbidité</i>	***	n.s (oui à 95%)	***

Tableau 37 : Tests de significativité pour les statistiques de comptage (nombre de consultations, nombre d'analyse de laboratoire et nombre d'exams techniques (Accouchements 2010 – données AIM).

	Comparaison entre les régions						Comparaison entre les grossesses		
	Bruxelles/Wallonie		Bruxelles/Flandres		Wallonie/Flandres		Bruxelles	Wallonie	Flandre
Type de consultation	0	1	0	1	0	1			
Gynécologue	***	***	***	***	***	***	***	n.s	***
Médecin Généraliste	***	n.s	***	***	***	***	***	***	***
Accoucheuse	n.s	***	***	***	***	***	n.s	***	***
Autre spécialiste	***	***	***	n.s	n.s	***	***	***	***
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	***	***	***	***	***	***	*	**	***
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	***	***	***	***	***	***	*	**	***
Type d'examen									
Hématologie examens sanguins (Formule complet)	***	***	***	***	***	***	***	***	***
rhésus	***	***	***	***	***	***	***	***	***
ferritine	***	***	***	***	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Détection des infections									
culture d'urine (bn)	n.s	n.s	***	***	***	***	**	***	***
culture vaginale (6 semaines)	***	***	n.s	n.s	***	***	n.s	n.s	*
CMV (bn)	***	***	***	n.s	***	***	***	***	***
hépatite B	* (0,012)	**	* (0,015)	n.s	***	***	n.s	n.s	n.s
hépatite C	n.s	n.s	***	n.s	***	n.s	n.s	n.s	n.s
rubéole	n.s	n.s	***	***	***	***	n.s	n.s	n.s
syphilis	n.s	n.s	***	***	***	***	n.s	n.s	n.s
VIH	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	**
toxoplasmose (bn)	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Détection du diabète de grossesse glycémie (bn)	n.s	n.s	***	***	***	***	***	***	***
Analyses sans utilité prouvée									
allergies	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
cholestérol	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	**	*
Type de prestation									
Echographies									
Evaluation grossesse	n.s	n.s	***	***	***	***	n.s	***	***
Biométrie fœtus (bn)	n.s	n.s	***	**	***	*	* (0,016)	***	***
Malformation fœtus	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Bassin féminin	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	**	* (0,012)	n.s	n.s
Transvaginale	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	* (0,011)	n.s	n.s
Total échographies (bn)	***	*	***	***	**	***	n.s	***	n.s
Diagnostic prénatal invasif	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Cardiotocographies	***	***	***	n.s	***	***	***	***	***
Kinésithérapie									
Total kinésithérapie	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Kinésithérapie périnatale	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Kinésithérapie générale	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s

0= grossesse risque faible ; 1= grossesse risque élevé

Tableau 38 : Tests de significativité pour les statistiques relatives aux taux de couverture (proportions de femmes) (Accouchements 2010 – données AIM).

	Comparaison entre les régions						Comparaison entre les grossesses		
	Bruxelles/Wallonie		Bruxelles/Flandres		Wallonie/Flandres		Bruxelles	Wallonie	Flandre
Type de consultation	0	1	0	1	0	1			
Gynécologue	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Médecin Généraliste	***	***	***	***	***	***	n.s	***	***
Accoucheuse	***	***	***	***	***	***	n.s	n.s	**
Autre spécialiste	***	***	***	***	***	***	n.s	n.s	***
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Type d'examen									
Hématologie									
examens sanguins (Formule complet)	n.s	n.s	***	***	***	***	n.s	n.s	n.s
rhésus	***	***	***	***	***	***	***	***	***
ferritine	***	***	***	***	***	***	n.s	n.s	n.s
Détection des infections									
culture d'urine (bn)	***	***	***	***	***	***	***	***	**
culture vaginale (6 semain)	***	***	***	*	***	***	***	n.s	n.s
CMV	***	***	n.s	**	***	***	n.s	n.s	n.s
hépatite B	**	***	***	***	***	***	***	***	***
hépatite C	***	***	***	***	***	***	***	***	***
rubéole	n.s	n.s	n.s	n.s	**	n.s	***	***	***
syphilis	***	***	***	***	***	***	***	***	***
VIH	***	***	***	***	***	***	***	n.s	***
toxoplasmose	***	n.s	***	**	***	n.s	*	**	n.s
Détection du diabète de grossesse									
glycémie (bn)	n.s	n.s	***	***	***	***	n.s	n.s	n.s
Analyses sans utilité prouvée									
allergies	***	n.s	***	***	***	***	n.s	n.s	n.s
cholestérol	n.s	n.s	***	n.s	***	n.s	***	***	***
Type de prestation									
Echographies									
Evaluation grossesse	n.s	n.s	***	n.s	***	n.s	n.s	n.s	***
Biométrie fœtus	**	***	***	***	***	***	n.s	***	***
Malformation fœtus	n.s	n.s	***	***	***	***	n.s	n.s	***
Bassin féminin	**	***	n.s	n.s	***	***	n.s	n.s	n.s
Transvaginale	n.s	n.s	***	***	***	***	* (0,012)	n.s	***
Total échographies									
Diagnostic prénatal invas	n.s	n.s	***	n.s	***	n.s	n.s	***	***
Cardiotocographies	***	***	***	***	***	***	n.s	n.s	***
Vaccination grippe	n.s	n.s	***	***	***	***	n.s	n.s	n.s
Détection syndrome de Dr	***	***	***	n.s	***	***	***	***	***
Kinésithérapie									
Total kinésithérapie	**	*	n.s	n.s	***	n.s	***	***	***
Kinésithérapie périnatale	***	***	***	***	n.s	n.s	***	***	***
Kinésithérapie générale	***	**	***	***	***	*	n.s	n.s	***

0= grossesse risque faible ; 1= grossesse risque élevé

9.15 Addendum budgétaire

Données de départ

Dans cet addendum, nous tentons une estimation brute et rapide de l'impact budgétaire de la surconsommation constatée pour certaines prestations évoquées dans chapitre 3.

L'objectif étant de pouvoir évaluer rapidement l'ampleur de l'impact budgétaire, nous avons procédé à certains arrondis, basés sur les informations reprises dans les tableaux 1 et 2 du chapitre 3 :

1. Nous comptons 120.000 bénéficiaires ayant accouché sur base annuelle
2. De ce volume de naissances, 80% sont considérées comme ayant eu une grossesse à faible risque
3. 14% des futures mamans bénéficient du statut BIM

Enfin, nous fixons la proportion de mamans primipares à 50%, ce sur base du rapport 2011 du *Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE)* qui observe un taux de 45,8% en Flandre, des chiffres du CEPIP Wallonie 2010 (5) s'élevant à 44% et ceux du CEPIP Bruxelles (6) également à 44%, donc un taux national de 45% de primipares

Estimations de l'impact budgétaire pour les différents postes retenus

1. Consultations pendant la grossesse

Constats par rapport aux recommandations

Le KCE recommande un programme de 10 consultations maximum pour les mamans primipares durant la grossesse pour les femmes présentant un faible risque et 7 pour les mamans multipares. On constate qu'en Belgique les femmes à faible risque de grossesse ont consulté en moyenne 11,7 fois un gynécologue ou une accoucheuse, ce qui représente donc 1,7 consultations de plus que ce qui est recommandé par le KCE pour les mamans primipares et 4,7 pour les mamans multipares.

Impact budgétaire :

Prenant comme référence le code 102535 'Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité' (honoraires conventionnés actuels : 24,15 euros, montant remboursé 21,38 euros pour patiente BIM, 16,03 euros pour patiente non BIM), cela donne :

$(4,7 \text{ consultations excessives} \times 50\% \text{ multipares} + 1,7 \times 50\% \text{ primipares}) \times 120.000 \text{ femmes enceintes} \times 80\% \text{ faible risque} \times 100\% \text{ non BIM} \times \text{€}16,03$, soit 4,9 mio d'euros.

2. Prestations de biologie clinique

Ici, la simulation est encore plus brute, en ce sens que nous allons sommer ici l'ensemble des tests estimés comme superflus, voire inutiles sur base des recommandations du KCE en supposant que tous ces tests ont été prescrits en même temps et que l'ensemble de ceux-ci ne dépassent pas la limite de facturation du B700, donnant lieu à un honoraire de 21,13 euro (tarifs au 1er février 2013). Cette totalité de tests superflus/inutiles sera 'rassemblée' par attestation de B700 avec un honoraire de 21,13 euro. Pour calculer le nombre total de tests superflus, on se limite à la population grossesse à faible risque, pour les tests inutiles, on prend la population totale. Pour calculer les volumes de tests inutiles et superflus, on se base sur la synthèse des tableaux 12 et 13.

Hématologie

Dans la pratique, les examens sanguins sont réalisés au moins une fois dans la période prénatale chez 98,9% des femmes enceintes à faible risque. Ces examens sanguins sont en moyenne demandés 3,6 fois au cours de la grossesse. La médiane est 3 dosages.

Pour les grossesses présentant un risque élevé, la moyenne augmente jusque 4 dosages par femme enceinte, cependant cette différence n'est pas significative.

Constats par rapport aux recommandations

A nouveau, et sur base des recommandations, on peut estimer le nombre superflu de tests à $1,6 \times 120.000 \times 80\%$ de grossesses à faible risque, soit 154.000 par an, si l'on part de l'hypothèse maximale que deux tests sont nécessaires pour chaque femme.

Cytomégalovirus (CMV)

Constats par rapport aux recommandations

Cet examen pouvant avoir lieu avant la période de grossesse, notre indicateur sous-estime la part de femmes ayant effectivement subi cet examen puisque nous ne considérons que les 9 mois précédant la date d'accouchement. Cependant, tandis que le KCE recommande un examen sérologique durant la période de grossesse, on constate que 82,4% des femmes à faible risque ont subi en moyenne 2,6 examens en période prénatale, soit $1,6 \times 82,4\% \times 80\% \times 120.000$ tests inutiles ou 126.000 tests.

Toxoplasmose

Constats par rapport aux recommandations

Cet examen pouvant avoir lieu avant la période de grossesse, notre indicateur sous-estime la part de femmes ayant effectivement subi cet examen puisque nous ne considérons que les 9 mois précédant la date d'accouchement. Tandis que le KCE recommande un dosage sérologique unique durant la période de grossesse, 91,3% des femmes à grossesse à faible risque subissent ce test et ce 3,5 fois en moyenne, ce qui donne un nombre de $2,5 \times 91,3\% \times 80\% \times 120.000$ tests inutiles ou 220.000 tests.

Cholestérol

Constats par rapport aux recommandations

En 2010, 17,5% de mamans avec grossesse à faible risque ont subi en moyenne 1,1 tests pour le dosage du cholestérol. Concernant les mamans avec une grossesse à risque, 20,2% d'entre elles ont subi ce test et ce 1,3 fois en moyenne, alors que le KCE considère ce test comme totalement inutile. Le nombre de tests inutiles peut donc être estimé à $120.000 \times (80\% \times 17,5\% \times 1,1 + 20\% \times 20,2\% \times 1,3)$ ou 24.800

Tests d'allergie

Constats par rapport aux recommandations

En 2010, environ 10.400 tests ou $120.000 \times (80\% \times 8,5\% + 20\% \times 9,5\%)$ ont été effectués en dehors des recommandations du KCE.

Globalement, on peut donc estimer à 535.000 le nombre de tests superflus, voire inutiles attestés aux futures mamans.

Partant de l'hypothèse minimale que chaque test individuel à la valeur minimale de B 40 et que tous les tests sont attestés sur une prescription inférieure à B 700 et que chaque prescription 'contient' 17,5 tests inutiles (700/40), cela donne un nombre de prestations égal à $535.000 \times 40/700$ avec un honoraire de 21,13 euros, ce qui représente un montant global de 646.000 euro.

3. Echographies

En analysant l'ensemble des investigations par imagerie médicale, il apparaît que chez les femmes enceintes à faible risque, 4,3 échographies étaient facturées en moyenne au cours de la période prénatale. Chez les femmes enceintes à risque élevé, cette moyenne est de 4,4. La médiane est de 4 échographies, quel que soit le profil des risques de la femme enceinte.

Constats par rapport aux recommandations

En plus des 3 échographies de grossesse, on constate qu'une forte proportion de femmes (48,5%) ont également eu recours à une échographie transvaginale durant leur grossesse. 92% de ces échographies ont eu lieu durant le premier trimestre de grossesse.

En attestant une échographie transvaginale durant le premier trimestre de grossesse, la limitation à 3 échographies de grossesse par grossesse peut ainsi être contournée. La dépense inutile pour l'AMI peut donc être estimée à $48,5\% \times 80\%$ de grossesses à faible risque $\times 100\%$ de bénéficiaires non BIM $\times 120.000$ accouchements $\times 20,32$ euros, soit 950.000 euro.

4. Cardiotocographies

Constats par rapport aux recommandations

Sur bases des recommandations, une cardiotocographie n'a de sens qu'au cours des deux semaines précédant l'accouchement. Le tableau 18 nous montre que 46% des femmes avec une grossesse à faible risque ont subi au moins une cardiotocographie en dehors de cette période. Elles ont subi en moyenne 2,6 examens.

Sur cette base, on peut donc estimer la surconsommation pour cette prestation à 46% x 80% de grossesses à faible risque x 2,6 prestations x 120.000 accouchements x 30,74 euros, soit 3,530 millions d'euros.

5. *Coût global généré par la surconsommation*

Les montants totaux de cette estimation très prudente de la surconsommation de soins peut par conséquent se chiffrer à :

- Consultations pendant la grossesse : 4,9 millions d'euros
- Biologie clinique : 646.000 euros
- Echographies : 950.000 euros
- Cardiotocographies : 3,530 millions d'euros,

Soit un total d'un peu plus de 10 millions d'euros.

6. *Proposition de mesure d'économie*

Concrètement :

1. Compte tenu du fait qu'au niveau des échographies, on pourrait instaurer après l'attestation du premier écho de grossesse la possibilité d'attestation de deux 'consultation all in suivi de grossesse' reprenant l'honoraire de consultation gynécologue + la moitié de l'honoraire de l'écho de grossesse, faisant que finalement, 1 écho transvaginal + 1 écho suivi de grossesse à prix plein + 2 échos de grossesses à 50% = 3 échos (financés)
2. Cardiotocographie : même principe. Etant donné qu'une cardiotocographie n'a de sens que lors de deux semaines précédant l'accouchement (avis CNPQ), celle-ci serait intégrée forfaitairement dans la 2ième séance 'consultation all in'
3. Consultations trop fréquentes : à nouveau, le 'déclat' serait constitué à partir de la première écho 'suivi de grossesse'. Toutes les consultations de gynécologue entre l'écho et l'accouchement seraient diminuées de 10%, à l'exception des 'consultations all in suivi de grossesse'

En résumé :

1. Point de départ : première écho de grossesse : honoré comme actuellement
2. Activation de 2 honoraires 'consultation all in suivi grossesse'
 - a. 1er honoraire : honoraire actuel consultation gynéco + 50% de l'honoraire écho de grossesse
 - b. 2ième honoraire : honoraire actuel consultation gynéco + 50% de l'honoraire écho de grossesse + honoraire actuel de cardiotocographie
3. Activation d'un honoraire limité de consultation chez un gynéco (90% de l'honoraire actuel)
4. Interdiction d'attestation de cardiotocographie à l'acte et d'échos de grossesse entre le premier écho de grossesse et l'accouchement