

# **Le suivi prénatal en Belgique en 2005**

Une étude de l'Agence Intermutualiste

**Janvier 2007**

Agence Intermutualiste  
373, Chaussée St-Pierre  
1040 Bruxelles  
[www.cin-aim.be](http://www.cin-aim.be)

Ce rapport a été réalisé par :

Kristel De Gauquier	<a href="mailto:kristel.degauquier@socmut.be">kristel.degauquier@socmut.be</a>
Anne Remacle	<a href="mailto:anne.remacle@mc.be">anne.remacle@mc.be</a>

Ont également collaboré:

Raf Mertens	<a href="mailto:raf.mertens@cm.be">raf.mertens@cm.be</a>
-------------	--

# Table des matières

<b>I.</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>Méthodologie .....</b>	<b>6</b>
II.1.	<i>Sources des données.....</i>	6
II.2.	<i>Sélection des accouchements.....</i>	7
II.3.	<i>Exclusion des femmes du régime indépendant.....</i>	7
II.4.	<i>Fixation de la période prénatale.....</i>	8
II.5.	<i>Profil de risque de la femme enceinte.....</i>	8
II.5.1.	Pourquoi faut-il une stratification des risques ? .....	8
II.5.2.	Quels facteurs de risque peut-on déduire des données des OA ?.....	9
II.6.	<i>Suivi prénatal.....</i>	10
II.6.1.	Indicateurs de processus .....	10
II.6.2.	Soins prénataux sélectionnés .....	11
II.6.3.	Indicateurs du suivi prénatal.....	11
II.7.	<i>Recommandations scientifiques .....</i>	12
<b>III.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>14</b>
III.1.	<i>Profil de risque des femmes enceintes.....</i>	14
III.2.	<i>Consultations pendant la grossesse.....</i>	16
III.2.1.	Nombre de consultations par grossesse .....	16
III.2.2.	Comment se répartissent les consultations entre les différents prestataires? .....	18
III.3.	<i>Analyses de laboratoire pendant la grossesse .....</i>	19
III.3.1.	Hématologie .....	21
III.3.2.	Détection des infections .....	22
III.3.2.1.	Culture d'urine .....	22
III.3.2.2.	Culture vaginale (SGB) .....	23
III.3.2.3.	Cytomégalovirus (CMV) .....	23
III.3.2.4.	Hépatite B .....	24
III.3.2.5.	Rubéole.....	24
III.3.2.6.	Syphilis.....	25
III.3.2.7.	VIH .....	25
III.3.2.8.	Toxoplasmose.....	25
III.3.3.	Détection du diabète de grossesse .....	26
III.3.4.	Analyses sans utilité prouvée .....	27
III.3.4.1.	Cholestérol .....	27
III.3.4.2.	Tests d'allergie.....	27
III.4.	<i>Examens techniques pendant la grossesse.....</i>	28
III.4.1.	Echographies .....	29
III.4.2.	Diagnostic prénatal invasif .....	31
III.4.3.	Cardiotocographies .....	32
III.5.	<i>Détection du syndrome de Down .....</i>	33
III.6.	<i>Kinésithérapie pendant la grossesse.....</i>	34
<b>IV.</b>	<b>Limitations des données .....</b>	<b>37</b>

<b>V.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>39</b>
<b>VI.</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>48</b>
<b>VII.</b>	<b>Abréviations .....</b>	<b>51</b>
<b>VIII.</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>52</b>
<b>IX.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>54</b>
<i>IX.1.</i>	<i>Codes de nomenclature pour les accouchements .....</i>	<i>54</i>
<i>IX.2.</i>	<i>Codes ATC pour la comorbidité.....</i>	<i>54</i>
<i>IX.3.</i>	<i>Codes de nomenclature pour les consultations en période prénatale .....</i>	<i>56</i>
<i>IX.3.1.</i>	<i>Médecins généralistes .....</i>	<i>56</i>
<i>IX.3.2.</i>	<i>Accoucheuses .....</i>	<i>57</i>
<i>IX.3.3.</i>	<i>Gynécologues .....</i>	<i>57</i>
<i>IX.3.4.</i>	<i>Autres médecins spécialistes.....</i>	<i>58</i>
<i>IX.4.</i>	<i>Codes de nomenclature pour les analyses de labo en période prénatale .....</i>	<i>59</i>
<i>IX.5.</i>	<i>Codes de nomenclature pour les examens techniques en période prénatale....</i>	<i>61</i>
<i>IX.6.</i>	<i>Codes de nomenclature pour la kinésithérapie en période prénatale.....</i>	<i>61</i>
<i>IX.7.</i>	<i>Prescripteurs des analyses de laboratoire .....</i>	<i>62</i>
<i>IX.8.</i>	<i>Prescripteurs de la kinésithérapie.....</i>	<i>63</i>

## I. Introduction

A l'initiative du Conseil National de la Promotion de la Qualité, 13.700 médecins généralistes, gynécologues et accoucheuses ont reçu **un feed-back relatif aux soins prénataux** en janvier 2007. L'objectif de ce feed-back est d'informer les dispensateurs de soins sur les recommandations scientifiques les plus récentes ayant trait aux soins prénataux de base, justifiés et efficaces. Ces recommandations sont basées sur la 'Recommandation nationale relative aux soins prénataux' du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (1). Les dispensateurs de soins reçoivent également des données concrètes concernant leurs patientes ayant accouché en 2005 et qui sont venues au moins une fois en consultation au cours de la période prénatale et/ou dont l'accouchement a été réalisé par le dispensateur de soins en question. L'ensemble des recommandations et des données individuelles permettra au dispensateur de soins d'intégrer les évidences scientifiques actuelles dans sa propre pratique.

Afin de confronter la pratique belge à la recommandation, nous nous sommes basés sur les **données nationales concernant les soins prénataux dispensés aux femmes ayant accouché en 2005**. Ces données ont été collectées et analysées par l'Agence Intermutualiste (AIM) et englobent 111.403 accouchements qui ont eu lieu en 2005, à domicile ou dans le milieu hospitalier et qui ont été facturés aux mutualités. N'ont pas été intégrées dans l'analyse, les femmes ayant un statut d'indépendant (7.467) car les dépenses qu'elles génèrent en matière de soins de santé ne sont pas toujours disponibles au sein de la mutualité.

Étant donné que les recommandations s'appliquent dans un premier temps aux femmes enceintes ne présentant aucun facteur de risque, seules les **81.328 femmes présentant une grossesse à faible risque** ont été prises en compte pour le feed-back. Dans ce rapport, nous avons ajouté l'information concernant les **22.608 femmes qui présentaient un risque accru de complications au cours de leur grossesse**. Il s'agit en l'occurrence de futures mamans âgées de moins de 16 ans ou de plus de 40 ans, de femmes issues de milieux défavorisés et de femmes enceintes sous médicaments pour le traitement de certaines affections.

Trois aspects du suivi prénatal ont été examinés ici: les consultations, les analyses de laboratoire courantes et les examens techniques. Les chiffres démontrent que, **globalement, le nombre d'examens effectués est plus élevé que le nombre d'examens recommandés** par le Centre d'Expertise. En outre, pour certains tests, les soins dispensés

ne sont pas optimaux. Enfin, les chiffres montrent une grande variabilité dans les soins prénataux.

Notons que ce rapport fournit également de l'information sur le nombre de femmes enceintes recevant de la kinésithérapie durant leur grossesse.

L'information fournie dans ce rapport intermutualiste est purement descriptive. L'Agence Intermutualiste espère rédiger, dans le courant de l'année 2007, un deuxième rapport sur base des données 2005 qui donnera l'occasion d'étudier les facteurs déterminants des soins prénataux.

## II. Méthodologie

### II.1. Sources des données

Les bases de données de l'AIM donnent un aperçu de la consommation de soins de santé à charge de la sécurité sociale et pour la population belge couverte par celle-ci, à savoir 99,5%<sup>1</sup> de la population du Royaume.

Les données intermutualistes contiennent en effet des renseignements détaillés sur les soins de santé des membres des 7 organismes assureurs belges et ceci pour un espace de temps étendu. Ces données sont collectées par l'organisme intermédiaire de l'AIM et mises à disposition de l'AIM après une anonymisation irréversible.

Pour la réalisation de ce rapport et du feed-back, les banques de données suivantes ont été fournies :

1. Données de population: les **caractéristiques socio-démographiques** de tous les membres des mutualités au 31.12.2004 et 30.6.2005 (pour la sélection des femmes à charge du régime indépendant) et au 31.12.2005.

Pour chaque femme, nous étudions les caractéristiques suivantes: l'âge au moment de l'accouchement, le droit à l'intervention majorée, le lieu de domicile comme enregistré dans le registre national et exprimé en code INS<sup>2</sup>, le régime d'assurance.

2. Les données de facturation des dépenses de l'assurance **soins de santé** des patientes qui ont accouché en 2005.

Les données de facturation relatives à ces patientes concernent la période de prestation du 1.1.2004 jusqu'au 31.1.2006 inclus.

---

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

<sup>2</sup> [http://statbel.fgov.be/figures/d12\\_fr.asp](http://statbel.fgov.be/figures/d12_fr.asp)

3. Les données de facturation des **médicaments**, provenant de Pharmanet, pour la période de prestation du 1.1.2004 jusqu'au 31.1.2006 inclus.

Il s'agit des médicaments suivants: médicaments remboursés, prescrits au cabinet du médecin généraliste et du spécialiste, à des patients non hospitalisés (en ambulatoire) et bénéficiaires du remboursement des petits risques dans l'assurance obligatoire (en général, les travailleurs indépendants sont exclus).

## II.2. Sélection des accouchements

Nous avons sélectionné **111.403 femmes ayant accouché en Belgique en 2005** au moyen des codes de nomenclature mentionnés en annexe 1.

Il s'agit des accouchements à domicile (1,0%) et à l'hôpital (99,0%).

*Table 1*

**Nombre d'accouchements étant facturés aux mutualités en Belgique en 2005.**  
(Accouchements en 2005 - données AIM)

<i>Lieu d'accouchement</i>	Nombre d'accouchements				Pourcentage d'accouchements			
	Belgique	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Accouchements à domicile	<b>1.057</b>	55	874	124	<b>1,0%</b>	0,4%	1,4%	0,3%
Accouchements à l'hôpital	<b>110.346</b>	14.122	60.072	35.878	<b>99,0%</b>	99,6%	98,6%	99,7%
Totalité des accouchements	<b>111.403</b>	14.177	60.946	36.002	<b>100%</b>	100%	100%	100%

## II.3. Exclusion des femmes du régime indépendant

La nature même de nos données nous oblige à ne prendre en compte **que les femmes bénéficiaires du régime général**.

Les femmes à charge du régime indépendant sont exclues des analyses parce que les consultations des médecins généralistes et des spécialistes, les prestations de laboratoire, la kinésithérapie et les médicaments délivrés dans les pharmacies publiques sont considérés comme des petits risques. La plupart des femmes à charge du régime indépendant ne bénéficient du remboursement des prestations « petits risques » que si elles souscrivent à l'assurance libre. Etant donné que l'AIM ne dispose que des données de l'assurance

obligatoire et pas de celles de l'assurance libre contre les petits risques, une analyse complète pour ce type de bénéficiaires s'avère impossible.

Après l'exclusion des 7.467 femmes à charge du régime indépendant, la base de données de l'Agence Intermutualiste contient 103.936 femmes ayant accouché en Belgique en 2005.

**Table 2**

**Nombre d'accouchements selon le régime d'assurance maladie des femmes.  
(Accouchements en 2005 - données AIM)**

<i>Régime d'assurance</i>	Nombre d'accouchements				Pourcentage d'accouchements			
	Belgique	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Femmes bénéficiaires du régime général	<b>103.936</b>	13.188	56.353	34.141	<b>93,3%</b>	93,0%	92,5%	94,8%
Femmes bénéficiaires du régime indépendant	<b>7.467</b>	989	4.593	1.861	<b>6,7%</b>	7,0%	7,5%	5,2%
Totalité des accouchements	<b>111.403</b>	14.177	60.946	36.002	<b>100%</b>	100%	100%	100%

## **II.4. Fixation de la période prénatale**

Pour les femmes ayant accouché en 2005, 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.**

## **II.5. Profil de risque de la femme enceinte**

### **II.5.1. 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 entre des 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 lesquelles 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.

### **II.5.2. Quels facteurs de risque peut-on déduire 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:

1. 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).
2. 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).
3. Les **bénéficiaires de l'intervention majorée** (BIM). Certains affiliés à faibles revenus<sup>3</sup> 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 consulte pas pendant les trois premiers mois de la grossesse (23,6%).
4. **Comorbidité**. La comorbidité a été définie sur base de la consommation de médicaments dans la période prénatale. Dès qu'une femme enceinte consomme des médicaments pour une des affections suivantes, elle est considérée comme ayant une grossesse à risque élevé : 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.

---

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

La plupart<sup>4</sup> de ces pathologie ont été définis par le groupe de travail "morbidité" sous la direction du Dr. Verpooten. Ce groupe de travail développe un modèle de répartition concernant la responsabilité financière des organismes assureurs.

L'identification des médicaments se fait d'après le code ATC<sup>5</sup> (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) dans les données Pharmanet. L'ATC est une liste de médicaments qui classe ceux-ci à l'aide de 7 caractéristiques renvoyant à 5 niveaux différents. Le détail des codes ATC, utilisés dans cette étude, est présenté en annexe 2.

Après application de la méthodologie décrite ci-dessus, il apparaît que **81.328 femmes (78,2%) présentent une grossesse à faible risque**. Les autres 22.608 (21,8%) femmes présentent au moins un des facteurs de risque cités ci-dessus ; elles vivent une grossesse à risque élevé.

**Table 3**

**Nombre d'accouchements selon le profil de risque des femmes bénéficiaires du régime général. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

<i>Profil de risque</i>	Nombre d'accouchements				Pourcentage d'accouchements			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Femmes dont la grossesse est à faible risque	<b>81.328</b>	9.489	47.128	24.530	<b>78,2%</b>	72,0%	83,6%	71,9%
Femmes dont la grossesse est à risque élevé	<b>22.608</b>	3.699	9.225	9.611	<b>21,8%</b>	28,1%	16,4%	28,2%
Totalité des accouchements chez les femmes du régime général	<b>103.936</b>	13.188	56.353	34.141	<b>100%</b>	100%	100%	100%

## II.6. Suivi prénatal

### II.6.1. Indicateurs de processus

L'information sur le suivi prénatal est présentée sous forme d'**indicateurs de processus**. 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

<sup>4</sup> Diabète, asthme, arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, HIV, hépatite chronique B et C, sclérose en plaques, immunosuppression après une transplantation.

<sup>5</sup> [www.cbip.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F33F04C&keyword=ddd](http://www.cbip.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F33F04C&keyword=ddd)

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.

### II.6.2. Soins prénataux sélectionnés

1. 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. Pour les sages-femmes, il s'agit des prestations « soins prénataux »<sup>6</sup> qui comprennent les séances prénatales et les préparations à l'accouchement.

La liste des codes de nomenclature sélectionnés se trouve en annexe 3.

2. Certaines actes de **biologie clinique** en hématologie, détection des infections, détection du diabète de grossesse et quelques autres analyses sans utilité prouvée.

Le détail des codes de nomenclature est présenté en annexe 4

3. Quelques **examens techniques**: les échographies, le diagnostic prénatal invasif et les cardiocardiographies.

La liste des codes de nomenclature figure en annexe 5.

4. **La kinésithérapie**, distinction faite entre la kinésithérapie périnatale et générale.

Voir annexe 6.

### II.6.3. Indicateurs du suivi prénatal

Pour le calcul des indicateurs apparaissant dans les tableaux 6 à 18, 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) au patient si au moins un des codes de nomenclature susmentionnés est attesté.

---

<sup>6</sup> Article 9 § 2 de la nomenclature des prestations de santé et des tarifs de remboursements

**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.

## **II.7. Recommandations scientifiques**

Dans ce rapport, nous allons faire la comparaison entre la pratique dans le domaine des soins prénatals en Belgique en 2005 et les recommandations telles que formulées dans **le feedback suivi de la grossesse**<sup>7</sup>. Celles-ci sont basées sur la 'Recommandation nationale relative aux soins prénatals' du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (1).

Dans le rapport du KCE (1), 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.

---

<sup>7</sup> <http://www.nic-ima.be/fr/projects/antenatal/>

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.

## III. Résultats

### III.1. Profil de risque des femmes enceintes

Le tableau 3 montre que le pourcentage de femmes enceintes à risque élevé diffère énormément suivant la région. A Bruxelles et en Wallonie, 28% des femmes enceintes présentent un risque élevé de complications contre 16% en Flandre.

La table 4 présente les chiffres régionaux par facteur de risque.

*Table 4*

**Nombre de femmes enceintes qui présentent un facteur de risque pendant leur grossesse.  
(Accouchements en 2005 - données AIM)**

<i>Type de facteur de risque</i>	<b>Nombre de femmes enceintes présentant un facteur de risque</b>				<b>Pourcentage de femmes enceintes présentant un facteur de risque</b>			
	<b>Belgique</b>	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	<b>Belgique</b>	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Âge <16 ans	<b>48</b>	9	15	23	<b>0,05%</b>	0,07%	0,03%	0,07%
Âge >40 ans	<b>1.708</b>	378	725	596	<b>1,6%</b>	2,9%	1,3%	1,7%
Bénéficiaires de l'intervention majorée	<b>6.465</b>	1.801	2.174	2.482	<b>6,2%</b>	13,7%	3,9%	7,3%
Comorbidité	<b>16.168</b>	1.954	6.842	7.311	<b>15,6%</b>	14,8%	12,1%	21,4%
Totalité des femmes dont la grossesse est à risque élevé	<b>22.608</b>	3.699	9.225	9.611	<b>21,8%</b>	28,1%	16,4%	28,2%

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 (2,9%) est plus élevé qu'en Wallonie (1,7%) et qu'en Flandre (1,3%).

Le nombre de femmes enceintes ayant droit à une intervention majorée est beaucoup plus bas en Flandre (3,9%) qu'en Wallonie (7,3%) et qu'à Bruxelles (13,7%).

Enfin, il y a en Wallonie beaucoup plus de femmes enceintes et présentant une comorbidité (21,4%) qu'à Bruxelles (14,8%) et qu'en Flandre (12,1%).

Le tableau 5 donne un aperçu plus détaillé par type de comorbidité.

**Table 5**

**Nombre de femmes enceintes qui présentent une comorbidité sur base de la consommation de certains médicaments pendant leur grossesse. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type de comorbidité	Nombre de femmes enceintes présentant une comorbidité				Pourcentage de femmes enceintes présentant une comorbidité			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Diabète	<b>960</b>	131	421	406	<b>0,9%</b>	1,0%	0,7%	1,2%
Hypertension	<b>5.094</b>	656	1.979	2.440	<b>4,9%</b>	5,0%	3,5%	7,1%
Thrombose	<b>1.242</b>	117	520	597	<b>1,2%</b>	0,9%	0,9%	1,7%
Troubles de coagulation	<b>0</b>	0	0	0	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Dépression	<b>2.436</b>	275	1.010	1.135	<b>2,3%</b>	2,1%	1,8%	3,3%
Asthme	<b>4.548</b>	447	2.319	1.760	<b>4,4%</b>	3,4%	4,1%	5,2%
Arthrite rhumatoïde & maladie de Crohn & Colite Ulcéreuse	<b>185</b>	15	110	60	<b>0,2%</b>	0,1%	0,2%	0,2%
VIH	<b>79</b>	39	18	22	<b>0,1%</b>	0,3%	0,0%	0,1%
Hépatite chronique B & C	<b>0</b>	0	0	0	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Sclérose en plaques	<b>14</b>	0	7	7	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Epilepsie	<b>405</b>	53	205	145	<b>0,4%</b>	0,4%	0,4%	0,4%
Affections thyroïdiennes	<b>3.425</b>	457	939	2.017	<b>3,3%</b>	3,5%	1,7%	5,9%
Immunosuppression après une transplantation d'organe	<b>12</b>	1	5	6	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Totalité des femmes présentant une comorbidité	<b>16.168</b>	1.954	6.842	7.311	<b>15,6%</b>	14,8%	12,1%	21,4%

En ce qui concerne la comorbidité des femmes enceintes, les différences entre régions sont surtout visibles pour le diabète, l'hypertension, la thrombose, la dépression, l'asthme et les pathologies thyroïdiennes. Pour chacune de ces affections, le pourcentage de femmes enceintes prenant des médicaments pour l'affection en question, est plus bas en Flandre que dans les deux autres régions.

## III.2. Consultations pendant la grossesse

### III.2.1. Nombre de consultations par grossesse

**Table 6**

**Nombre moyen de consultations en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une consultation. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

<i>Type de consultation</i>	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	<b>Belgique</b>	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	<b>Belgique</b>	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Gynécologue	<b>10,0</b>	<b>10,0</b>	<b>9,7</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>10,0</b>	<b>10,0</b>	<b>11,0</b>
Médecin généraliste	<b>3,8</b>	<b>2,8</b>	<b>4,2</b>	<b>3,2</b>	<b>4,5</b>	<b>3,8</b>	<b>5,2</b>	<b>4,0</b>
Accoucheuse	<b>3,3</b>	<b>3,7</b>	<b>3,1</b>	<b>3,7</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>
Autre médecin spécialiste	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>2,7</b>	<b>2,4</b>
Totalité des consultations chez gynécologue et accoucheuse	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>10,0</b>	<b>12,0</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>12,0</b>
Totalité des consultations chez gynécologue, médecin généraliste et accoucheuse	<b>14,0</b>	<b>13,0</b>	<b>14,0</b>	<b>14,0</b>	<b>15,0</b>	<b>14,0</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>

**Table 7**

**Distribution du nombre de consultations en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une consultation. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

<i>Type de consultation</i>	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
Gynécologue	4	8	<b>10</b>	12	16	4	8	<b>11</b>	13	18
Médecin généraliste	1	2	<b>3</b>	5	10	1	2	<b>3</b>	6	12
Accoucheuse	1	1	<b>2</b>	5	10	1	1	<b>2</b>	4	10
Autre spécialiste	1	1	<b>1</b>	2	4	1	1	<b>2</b>	3	7
Totalité des consulta- tions chez gynécologue et accoucheuse	4	8	<b>11</b>	13	18	4	9	<b>11</b>	14	19
Totalité des consulta- tions chez gynéco, géné- raliste et accoucheuse	6	11	<b>13</b>	16	22	5	11	<b>14</b>	18	25

### **Recommandation**

*Pour une femme primipare<sup>8</sup> avec absence de complication, un programme de dix rendez-vous devrait être proposé (degré de recommandation B). Pour une femme multipare<sup>9</sup> 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 fois** pendant sa grossesse un gynécologue, un médecin généraliste ou une accoucheuse, quelle que soit sa parité<sup>10</sup>. Le nombre médian est de 13 consultations. Abstraction faite des consultations chez le généraliste – le rapport causal avec la grossesse étant moins certain dans ce cas - la moyenne et la médiane diminuent jusque 11 consultations chez le gynécologue ou une accoucheuse pour une grossesse à faible risque. Les femmes enceintes présentant un faible risque vont en moyenne 1,7 fois à la consultation chez un autre médecin spécialiste (que le gynécologue) au cours de la période prénatale.

Les femmes enceintes présentant une **grossesse à risque élevé** ont en moyenne **15 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 gynécologue, le médecin traitant et le spécialiste et un peu moins l'accoucheuse.

Bien que la moyenne et la médiane tendent à se confondre, le tableau 7 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 4 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 18 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, il apparaît que les femmes enceintes à faible risque consultent un peu plus le gynécologue et l'accoucheuse à Bruxelles et en Wallonie. Le médecin traitant est plus souvent consulté en Flandre ; quant aux autres spécialistes, c'est à Bruxelles qu'ils sont le plus consultés.

---

<sup>8</sup> Une femme qui est enceinte pour la première fois.

<sup>9</sup> Une femme qui a été enceinte avant.

<sup>10</sup> La parité désigne le nombre d'accouchements viables (>22 semaines de grossesse) qu'a eu une femme. Le fait que les données AIM ne permettent pas de distinguer les primigestes des multigestes, rend la comparaison avec la recommandation du KCE difficile.

### III.2.2. Comment se répartissent les consultations entre les différents prestataires?

Table 8

Pourcentage de femmes enceintes comptant une consultation minimum en période prénatale en Belgique. (Accouchements en 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 médecin spécialiste	32%	38%	28%	36%	50%	53%	47%	53%
Totalité des consultations chez gynécologue et accoucheuse	99%	98%	99%	99%	98%	98%	99%	99%
Totalité des consultations chez gynécologue, médecin généraliste et accoucheuse	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%

**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.

**75%** des femmes enceintes ont au moins une consultation chez le **généraliste**. Ce pourcentage est plus élevé en Flandre: 82% des femmes enceintes à faible risque consultent au moins une fois le généraliste contre 55% à Bruxelles et 71% en Wallonie. Les pourcentages de femmes enceintes consultant le généraliste à Bruxelles ou en Wallonie augmentent cependant lorsqu'il s'agit de grossesses à risque élevé ; ils sont respectivement de 62% et 76%.

**25%** des femmes enceintes à faible risque consultent au moins une fois une **accoucheuse**. En Flandre et en Wallonie, ce pourcentage est de 24% contre 28% à Bruxelles.

23% des femmes enceintes à risque élevé ont au moins une consultation chez une sage-femme. La différence entre les femmes à faible risque et celles à risque élevé est significative ( $P < 0,0001$ ).

**32%** des futures mères dont la grossesse présente un faible risque ont au moins une consultation chez un **autre spécialiste**. Ce pourcentage est significativement ( $P < 0,0001$ ) plus élevé pour les femmes présentant une grossesse à risque élevé : 50% consultent un

spécialiste. Ici aussi, on note des différences régionales: les pourcentages sont plus élevés en Wallonie et à Bruxelles (53%) qu'en Flandre (47%).

### III.3. Analyses de laboratoire pendant la grossesse

**Table 9**

**Pourcentage de femmes enceintes comptant une analyse de laboratoires minimum en période prénatale en Belgique. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type d'analyse	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
<b>Hématologie</b>								
Complet formule	<b>97%</b>	99%	96%	99%	<b>98%</b>	99%	97%	99%
Ferritine	<b>67%</b>	79%	68%	60%	<b>69%</b>	81%	69%	63%
<b>Détections des infections</b>								
Culture d'urine	<b>38%</b>	55%	33%	43%	<b>50%</b>	63%	42%	54%
Culture vaginale (SGB)	<b>83%</b>	88%	77%	94%	<b>86%</b>	90%	76%	94%
CMV	<b>74%</b>	82%	65%	88%	<b>77%</b>	83%	65%	88%
Hépatite B	<b>75%</b>	87%	69%	83%	<b>80%</b>	90%	72%	84%
Rubéole	<b>58%</b>	63%	56%	61%	<b>64%</b>	69%	60%	65%
Syphilis	<b>50%</b>	82%	40%	56%	<b>59%</b>	88%	46%	60%
VIH	<b>64%</b>	83%	57%	72%	<b>70%</b>	86%	61%	73%
Toxoplasmose	<b>88%</b>	85%	88%	89%	<b>88%</b>	86%	88%	90%
<b>Détection du diabète de grossesse</b>								
Glycémie	<b>81%</b>	91%	77%	85%	<b>86%</b>	93%	80%	89%
<b>Analyses sans utilité prouvée</b>								
Cholestérol	<b>15%</b>	11%	16%	14%	<b>20%</b>	17%	21%	21%
Tests d'allergie	<b>9,9%</b>	20%	6,0%	13%	<b>13%</b>	24%	6,8%	14%

**Table 10**

**Nombre moyen d'analyses de laboratoires réalisées en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une analyse. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

<i>Type d'analyse</i>	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	<b>Belgique</b>	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	<b>Belgique</b>	Région Bruxelles- Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
<b>Hématologie</b>								
Complet formule	<b>3,2</b>	3,5	3,0	3,5	<b>4</b>	4,2	3,7	4,1
Ferritine	<b>1,9</b>	1,6	1,9	1,8	<b>1,9</b>	2	2	1,9
<b>Détections des infections</b>								
Culture d'urine	<b>1,9</b>	2,0	1,7	2,1	<b>2,1</b>	2,4	1,8	2,2
Culture vaginale (SGB)	<b>1,4</b>	1,8	1,2	1,7	<b>1,7</b>	2,0	1,3	1,9
CMV	<b>2,7</b>	2,7	1,9	3,8	<b>2,8</b>	2,3	1,9	3,6
Hépatite B	<b>1,3</b>	1,4	1,2	1,3	<b>1,4</b>	1,5	1,3	1,4
Rubéole	<b>1,3</b>	1,3	1,2	1,4	<b>1,3</b>	1,4	1,2	1,4
Syphilis	<b>1,2</b>	1,4	1,1	1,1	<b>1,3</b>	1,5	1,2	1,2
VIH	<b>1,2</b>	1,3	1,2	1,2	<b>1,3</b>	1,4	1,2	1,2
Toxoplasmose	<b>3,5</b>	4,1	2,6	4,9	<b>3,7</b>	3,8	2,5	4,7
<b>Détection du diabète de grossesse</b>								
Glycémie	<b>2,1</b>	2,3	1,9	2,4	<b>2,6</b>	2,8	2,4	2,8
<b>Analyses sans utilité prouvée</b>								
Cholestérol	<b>1,1</b>	1,1	1,1	1,1	<b>1,3</b>	1,2	1,3	1,3
Tests d'allergie	<b>1,0</b>	1,1	1,0	1,0	<b>1,1</b>	1,1	1,1	1,1

**Table 11**

**Distribution du nombre moyen d'analyses de laboratoires réalisées en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une analyse. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type d'analyse	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
<b>Hématologie</b>										
Complet formule	1	2	3	4	6	1	2	3	5	8
Ferritine	1	1	2	2	4	1	1	2	2	4
<b>Détections des infections</b>										
Culture d'urine	1	1	1	2	5	1	1	2	3	5
Culture vaginale (SGB)	1	1	1	2	3	1	1	1	2	4
CMV	1	1	2	4	7	1	1	2	4	8
Hépatite B	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3
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	6	8
<b>Détection du diabète de grossesse</b>										
Glycémie	1	1	2	3	4	1	1	2	3	6
<b>Analyses sans utilité prouvée</b>										
Cholestérol	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3
Tests d'allergie	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2

L'analyse du prescripteur des analyses de laboratoire est reprise à l'annexe 7.

### III.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<sup>e</sup> 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 thrombocytopénie.*

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

Dans la pratique, le **complet formule** est réalisé au moins une fois dans la période prénatale chez **97%** des femmes enceintes à faible risque. Ce complet formule est en moyenne demandé **3,2** fois au cours de la grossesse. La médiane est 3 dosages.

Pour les grossesses présentant un risque élevé, la moyenne augmente jusque 4 dosages complet formule par femme enceinte.

Le dosage de **ferritine**, lui, est moins demandé: **67%** des femmes enceintes à faible risque en Belgique subissent au moins un dosage. La moyenne est de 1,9 analyses chez ces femmes - la médiane étant 2.

Des différences régionales sont perceptibles: en Wallonie, 60% des femmes enceintes à faible risque ont au moins un dosage de la ferritine contre 68% en Flandre et 79% à Bruxelles.

Ces chiffres sont un peu plus élevés pour les grossesses à haut risque.

### **III.3.2. Détection des infections**

#### **III.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 moyenne, cette analyse est demandée 1,9 fois pour les femmes appartenant à cette catégorie de risques. La médiane est 1 dosage.

En Flandre, la culture d'urine n'est demandée que pour 33% des femmes enceintes à faible risque. En Wallonie et à Bruxelles, respectivement 43% et 55% des femmes bénéficient de cette analyse.

Chez les femmes enceintes à haut risque, la situation est meilleure: 50% ont une analyse ou plus — la moyenne étant 2,1.

### **III.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<sup>e</sup> et la 37<sup>e</sup> 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.

**83%** 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 1,4 analyses.

Le pourcentage des femmes examinées est plus élevé en Wallonie (94%) et à Bruxelles (88%) qu'en Flandre (77%).

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

### **III.3.2.3. Cytomégalovirus (CMV)**

#### ***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.*

**74%** 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 **2,7 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. A Bruxelles et en Wallonie, le nombre de femmes examinées est plus élevé — respectivement 82% et 88% — qu'en Flandre (65%). Les moyennes diffèrent également: 1,9 en Flandre; 2,7 à Bruxelles et 3,8 en Wallonie.

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

#### **III.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 **75%** 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 en Wallonie (83%) et à Bruxelles (87%) qu'en Flandre (69%).

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

#### **III.3.2.5. 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).*

**58%** 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 élevés à Bruxelles et en Wallonie (plus de 60%) qu'en Flandre (56%).

Chez les femmes enceintes à risque élevé, 64% des femmes sont examinées.

### **III.3.2.6. 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).*

Seulement **50%** des femmes enceintes belges à faible risque réalisent un test **syphilis**. En moyenne, 1,2 analyses par femme examinée.

Il y a des différences importantes entre les régions: 40% femmes enceintes à faible risque testées en Flandre, 56% en Wallonie et 82% à Bruxelles.

Pour les grossesses à risque élevé, 59% des femmes en Belgique sont examinées.

### **III.3.2.7. 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).*

**64%** des femmes enceintes à faible risque passent un **test VIH**. La moyenne est de 1,2 tests par femme examinée.

Ici encore on constate des différences régionales: en Flandre, 57% des femmes enceintes à faible risque réalisent ce test contre 72% en Wallonie et 83% à Bruxelles.

Pour les grossesses à risque élevé, 70% des femmes en Belgique se voient proposer le test VIH.

### **III.3.2.8. 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.*

*Le traitement, (même précoce) n'a pas démontré son efficacité et 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. **88%** des femmes enceintes belges à faible risque bénéficient d'au moins une analyse. 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, 4,1 chez les femmes enceintes bruxelloises à faible risque et 4,9 en Wallonie.

Pour les grossesses à risque élevé, la situation est fort semblable.

### **III.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<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine (niveau de force probante 2).*

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

*Les recommandations Diabète sucré de type 2 de Domus Medica préconisent le « 50 gr. challenge test » entre 24 et 28 semaines. 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.*

**81%** des femmes enceintes belges à faible risque ont au moins un dosage de **glycémie** au cours de leur grossesse. En moyenne, 2,1 dosages sont demandés chez ces femmes. La médiane est de 2 analyses.

En Flandre, les femmes se voient moins proposer ce test (77%) qu'en Wallonie (85%) et qu'à Bruxelles (91%). Pour les grossesses à risque élevé, le pourcentage des femmes examinées est de 86%.

### **III.3.4. Analyses sans utilité prouvée**

#### **III.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.

**15%** 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 plus cet examen inutile (16%) qu'à Bruxelles (11%) ou en Wallonie (14%).

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

#### **III.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.

**10%** des femmes enceintes à faible risque subissent au moins un **test d'allergie**. La moyenne est de 1 test par femme.

Cet examen inutile est plus effectué à Bruxelles (20%) qu'en Wallonie (13%) et ou en Flandre (6,6%).

Pour les grossesses à risque élevé, 13% des femmes enceintes subissent un test d'allergie.

### III.4. Examens techniques pendant la grossesse

**Table 12**

**Pourcentage de femmes enceintes comptant un examen technique minimum en période prénatale en Belgique. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type d'examen	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
<b>Echographies</b>								
Evaluation grossesse	<b>95%</b>	92%	96%	94%	<b>93%</b>	91%	95%	94%
Biométrie foetus	<b>34%</b>	55%	24%	46%	<b>46%</b>	63%	32%	53%
Malformation foetus	<b>3,6%</b>	2,3%	4,7%	1,9%	<b>4,4%</b>	2,8%	7,1%	2,5%
Bassin féminin	<b>14%</b>	14%	14%	15%	<b>17%</b>	17%	17%	17%
Transvaginale	<b>35%</b>	31%	38%	31%	<b>35%</b>	31%	39%	33%
Total échographies	<b>98%</b>	98%	98%	98%	<b>97%</b>	98%	97%	98%
<b>Diagnostic prénatal invasif</b>	<b>8,1%</b>	8,9%	6,5%	11,0%	<b>13,9%</b>	14,8%	11,3%	16,1%
<b>Cardiotocographie</b>	<b>69%</b>	72%	62%	81%	<b>77%</b>	75%	69%	85%

**Table 13**

**Nombre moyen d'examens techniques réalisés en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins un examen. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type d'examen	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
<b>Echographies</b>								
Evaluation grossesse	<b>2,5</b>	2,3	2,6	2,4	<b>2,4</b>	2,2	2,5	2,3
Biométrie foetus	<b>2,0</b>	2,1	1,9	1,9	<b>2,2</b>	2,4	2,2	2,2
Malformation foetus	<b>1,2</b>	1,1	1,2	1,1	<b>1,1</b>	1,1	1,2	1,1
Bassin féminin	<b>1,6</b>	1,4	1,7	1,4	<b>1,5</b>	1,4	1,6	1,4
Transvaginale	<b>1,7</b>	1,7	1,8	1,6	<b>1,8</b>	1,8	1,9	1,8
Total échographies	<b>4,0</b>	4,1	4,0	4,0	<b>4,3</b>	4,4	4,3	4,3
<b>Diagnostic prénatal invasif</b>	<b>1,0</b>	1,0	1,0	1,0	<b>1,0</b>	1,0	1,0	1,0
<b>Cardiotocographie</b>	<b>3,4</b>	3,1	3,1	3,9	<b>4,6</b>	4,3	4,3	5,0

**Table 14**

**Distribution du nombre moyen d'examen techniques réalisés en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins un examen. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type d'examen	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
<b>Echographies</b>										
Evaluation grossesse	1	2	<b>3</b>	3	4	1	2	<b>3</b>	3	4
Biométrie fœtus	1	1	<b>1</b>	2	5	1	1	<b>2</b>	3	6
Malformation fœtus	1	1	<b>1</b>	1	2	1	1	<b>1</b>	1	2
Bassin féminin	1	1	<b>1</b>	2	4	1	1	<b>1</b>	2	4
Transvaginale	1	1	<b>1</b>	2	5	1	1	<b>1</b>	2	5
Total échographies	2	3	<b>4</b>	5	8	2	3	<b>4</b>	5	9
<b>Diagnostic prénatal invasif</b>	1	1	<b>1</b>	1	1	1	1	<b>1</b>	1	1
<b>Cardiotocographie</b>	1	1	<b>2</b>	4	9	1	2	<b>3</b>	5	13

### III.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<sup>e</sup> et la 22<sup>e</sup> 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 des 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.

1. **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.

**95%** des femmes enceintes à faible risque subissent au moins une telle échographie. En moyenne, 2,5 échographies sont facturées par femme enceinte, avec une médiane de 3. A Bruxelles, le pourcentage de femmes examinées est un peu plus bas (92%) qu'en Wallonie (94%) et qu'en Flandre (96%).

Pour les femmes enceintes à risque élevé, le pourcentage de femmes avec une échographie minimum est un peu plus bas, soit 93%.

2. **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 **34%** des femmes enceintes à faible risque, une telle échographie semble nécessaire. En moyenne 2 échographies sont effectuées par femme enceinte, tandis que la médiane est de 1.

Les différences régionales sont frappantes: 24% des femmes enceintes à faible risque en Flandre ont au moins une échographie de ce type, 46% en Wallonie et 55% à Bruxelles.

Pour les femmes enceintes à risque élevé, ce pourcentage est de 46%. Ici aussi, les différences entre les régions sont évidentes.

3. **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 **3,6%** des femmes enceintes à faible risque, avec une moyenne de 1,2 échographies par femme enceinte (médiane = 1).

Dans ce cas précis, les pourcentages sont plus élevés en Flandre (4,7% pour les femmes enceintes à faible risque) qu'en Wallonie (1,9%) et qu'à Bruxelles (2,3%).

Pour les grossesses à risque élevé, 4,4% subissent au moins une échographie de ce type.

4. **L'échographie du bassin féminin** dont l'usage n'est pas limité aux femmes enceintes.

**14%** des femmes enceintes à faible risque subissent cet examen au cours de la période prénatale. En moyenne, 1,6 échographies sont pratiquées par femme examinée.

Le pourcentage augmente jusque 17% pour les grossesses à risque élevé.

5. **L'échographie transvaginale** qui n'est pas non plus spécifique pour les femmes enceintes.

**35%** des femmes enceintes à faible risque et à risque élevé subissent au moins une échographie transvaginale au cours de la période prénatale. En moyenne, 1,7 échographies par femme examinée sont réalisées.

Lorsque nous étudions la **totalité des échographies**, il apparaît que chez les femmes enceintes à faible risque, **4 échographies** sont facturées en moyenne au cours de la période prénatale. Chez les femmes enceintes à risque élevé, cette moyenne est de 4,3. La médiane égale 4 échographies, quel que soit le profil des risques de la femme enceinte.

### **III.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'examens invasifs effectués en période prénatale afin de dépister une anomalie fœtale et/ou une infection congénitale: la biopsie des villosités chorales, l'amniocentèse, la cordocentèse et la ponction fœtale. Puisque ces quatre types d'examens diagnostiques sont facturés avec le même code de nomenclature (432353-364), il est impossible de distinguer l'un de l'autre.

En Belgique, **8,1%** des femmes enceintes à faible risque subissent un examen diagnostique prénatal invasif. En Flandre, ceci touche 6,5% des femmes enceintes à faible risque, en Wallonie, 11% et à Bruxelles de 8,9%.

Chez les grossesses à risque élevé, ce pourcentage augmente jusque 13,9% pour l'ensemble de la Belgique.

### III.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, **69%** des femmes enceintes à faible risque en Belgique subissent au moins une cardiotocographie (CTG) au cours de la période prénatale. En moyenne, **3,4** 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, 62% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins une CTG, à Bruxelles 72% et en Wallonie 81%.

Pour les grossesses à risque élevé, 77% des femmes ont minimum une CTG.

Au cours des discussions de la plate-forme Promotion de la qualité, plate-forme qui a élaboré le feed-back des soins prénataux, les experts ont fait remarquer que la recommandation devait être nuancée. Une cardiotocographie est en effet bien indiquée dans le cas d'une durée de grossesse de plus de 40 semaines. De même, dans le cas d'une induction, c'est à juste titre qu'une femme enceinte soit suivie sur base 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% des cardiotocographies sont effectuées dans les 2 semaines qui précèdent l'accouchement. De toutes les grossesses avec une CTG dans la période prénatale, 86% des femmes en subissent au moins une dans la période de 2 semaines avant l'accouchement. Quant à savoir combien de ces femmes étaient enceintes de plus de 40 semaines ou suivies au cours de l'accouchement, il est impossible de le dire avec les données dont nous disposons.

Le tableau qui suit indique combien de femmes enceintes subissent une cardiotocographie dans la période prénatale, après exclusion des examens effectués au cours des deux semaines qui précèdent l'accouchement. Le pourcentage de femmes enceintes ayant au moins une cardiotocographie au cours de la période de plus de 2 semaines avant l'accouchement s'est réduit à 39% chez les femmes à risque faible et à 52% chez celles à risque élevé. Les différences régionales se manifestent maintenant entre Bruxelles et la Flandre d'une part et la Wallonie d'autre part.

**Table 15**

**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 en 2005 - données AIM)**

	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
<b>Pourcentage de femmes comptant une cardiocographie minimum</b>	39%	35%	33%	54%	52%	44%	44%	62%
<b>Nombre moyen de cardiocographies par femme comptant un examen minimum</b>	2,6	2,6	2,6	2,6	3,7	3,7	3,6	3,7

### III.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<sup>e</sup> et la 14<sup>e</sup> semaine).*
2. *Le « triple test » (hCG bêta, alpha-fœtoprotéine AFP, œstriol conjugué (E3) entre la 14<sup>e</sup> et la 20<sup>e</sup> semaine).*
3. *La mesure de la clarté nucale (échographie entre la 11<sup>e</sup> et la 14<sup>e</sup> semaine).*

Nous avons décidé ne pas communiquer de données nationales concernant la détection du syndrome de Down car les données de facturation concernant la mesure de la clarté nucale (comprise dans l'échographie) et l'analyse PAPP-A (remboursée que depuis le premier janvier 2006) n'étaient pas disponibles pour l'année 2005.

### III.6. Kinésithérapie pendant la grossesse

**Table 16**

**Pourcentage de femmes enceintes comptant une séance de kinésithérapie minimum en période prénatale en Belgique. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type de kinésithérapie	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Kinésithérapie périnatale	<b>20%</b>	23%	20%	20%	<b>17%</b>	20%	16%	16%
Kinésithérapie générale	<b>9,4%</b>	6,4%	10,0%	8,7%	<b>11,0%</b>	7,5%	12,4%	11,0%
Total kinésithérapie	<b>28%</b>	27%	28%	26%	<b>25%</b>	26%	26%	24%

**Table 17**

**Nombre moyen de séances de kinésithérapie réalisées en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une séance. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type de kinésithérapie	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Kinésithérapie périnatale	<b>4,4</b>	4,5	4,5	4,1	<b>4,6</b>	4,7	4,7	4,4
Kinésithérapie générale	<b>6,8</b>	5,9	7,3	5,8	<b>7,4</b>	6,7	8,6	6,3
Total kinésithérapie	<b>5,7</b>	5,2	6,0	5,1	<b>6,3</b>	5,8	7,1	5,7

**Table 18**

**Distribution du nombre moyen de séances de kinésithérapie réalisées en période prénatale en Belgique chez les femmes enceintes comptant au moins une séance. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

Type de kinésithérapie	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
Kinésithérapie périnatale	1	2	<b>4</b>	6	9	1	2	<b>4</b>	6	9
Kinésithérapie générale	1	2	<b>5</b>	9	18	1	2	<b>5</b>	9	21
Total kinésithérapie	1	2	<b>4</b>	8	15	1	2	<b>4</b>	8	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 qu'une femme enceinte à faible risque sur cinq (**20%**) en Belgique reçoit 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 (23%) suivent un peu plus de kinésithérapie périnatale qu'en Flandre (20%) et ou en Wallonie (20%).

Pour les grossesses à risque élevé, la kinésithérapie périnatale est moins sollicitée: 17% ont au moins une session au cours de la période prénatale.

Lorsque nous analysons le prescripteur (voire annexe 8), nous constatons que c'est le gynécologue qui prescrit la kinésithérapie périnatale dans 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.

**9,4%** des femmes enceintes à faible risque en Belgique a reçu de la kinésithérapie générale au cours de la période prénatale, avec une **moyenne de 6,8 sessions** par femme (médiane=5).

Ici, nous notons un pourcentage plus élevé en Flandre (10,0%) qu'à Bruxelles (6,4%) et qu'en Wallonie (8,7%).

Le pourcentage des femmes ayant reçu de la kinésithérapie générale est de 11% chez les femmes enceintes à risque élevé.

En ce qui concerne le prescripteur de la kinésithérapie générale chez les femmes enceintes à faible risque (voire annexe 8), on remarque une forte augmentation des prescriptions par les médecins généralistes (50%) au détriment des gynécologues (39%). Chez les femmes enceintes à risque élevé, la part des autres médecins spécialistes devient plus importante. Ceux-ci sont les prescripteurs de 20% des sessions de kinésithérapie générale.

En faisant **l'addition de la kinésithérapie périnatale et générale**, il apparaît que **28%** 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 5,7 par femme, la médiane de 4 séances.

Il n'y a que peu de différences entre les régions : Bruxelles 27%, Flandre 28% et Wallonie 26%.

Quant aux femmes enceintes à risque élevé, 25% reçoivent de la kinésithérapie au cours de la grossesse.

## IV. Limitations des données

En Wallonie et à Bruxelles, l'ONE organise des **consultations prénatales de quartier** pour lesquelles **aucune attestation de soins donnés**<sup>11</sup> n'est délivrée. 2.021 femmes sont suivies au moins partiellement dans ces consultations en 2005 (2).

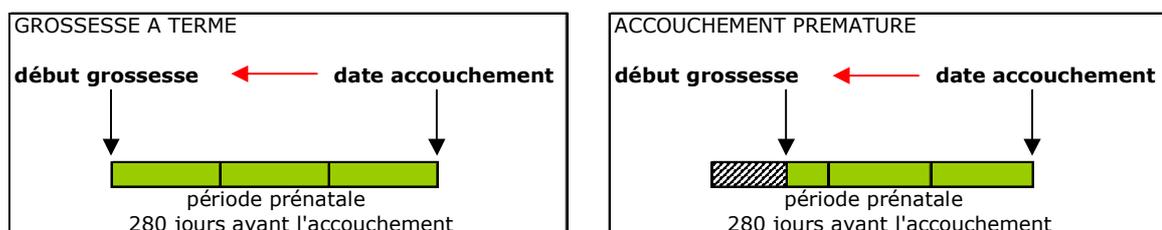
Kind & Gezin organise également des bureaux de consultations prénatales en Flandre et à Bruxelles, principalement dans des régions défavorisées. Les coûts de ces consultations ne sont pas non plus pris en charge par l'INAMI. En 2005, 2.791 futures mères ont été suivies au moins une fois dans ces consultations (4).

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.

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 8,5% en 2004 en Communauté Française selon l'ONE (2) et 7,3% en Flandres en 2005 selon le SPE (3).

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.



<sup>11</sup> <http://www.mutsoc.be/e-Mut/MutSoc/300/Help/Lexicon/A/A-S-D.htm>

Le lecteur de ce rapport doit également tenir compte du fait que les organismes assureurs ne **disposent pas des informations médicales**. Dès lors, il n'est pas possible de connaître, à partir des données de facturation, les raisons médicales pour lesquelles un patient reçoit un traitement ou subit une intervention.

De la même façon, ces données ne permettent pas de distinguer les primigestes des multigestes.

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 prénatal tels que les risques obstétricaux

Il est impossible d'examiner tous les soins prénataux décrits dans le rapport du KCE.

**Les examens cliniques** par exemple, n'étant pas 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.

## V. Discussion

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 (28,1%) et en Wallonie (28,2%) qu'en Flandre (16,4%).**

A 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 sont plus élevés que dans les deux autres régions. Par contre, en Wallonie, les femmes enceintes présentent plus de maladies chroniques, ce qui compliquent la grossesse.

- a. **A Bruxelles, il y a le nombre de femmes enceintes âgées de plus de 40 ans est plus élevé (2,9%) qu'en Wallonie (1,7%) ou en Flandre (1,3%).** Ce chiffre est très proche de celui du tableau de bord bruxellois 2004 où l'on parle de 3,2% des naissances issues de mères âgées de 40 ans ou plus, ce qui serait même particulièrement élevée par rapport aux autres pays européens (6). La population bruxelloise se différencie des autres régions par le fait que près de la moitié des nouveau-nés bruxellois ont une mère de nationalité étrangère (6). Or, les mêmes données bruxelloises montrent que la répartition de l'âge et de la parité varie selon la nationalité de la mère : les proportions de mères âgées (40 ans et plus) et de grandes multipares (4 enfants ou plus) sont les plus importantes parmi les mères de nationalité maghrébine qui représentent 13,6% des femmes enceintes à Bruxelles. De même, la proportion de mères très jeunes (moins de 20 ans) est particulièrement élevée parmi les mères turques et d'Europe de l'Est ; celles-ci représentent respectivement 3,7% et 5,2% des femmes enceintes bruxelloises.
- b. **Bruxelles compte 13,7% de femmes enceintes qui bénéficient d'un remboursement plus important de leurs soins de santé et médicaments. En Wallonie, 7,3%** des futures mamans bénéficient de ce droit contre 3,9% en Flandre. Le 9<sup>ème</sup> rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté utilise également un autre indicateur de milieu socio-économique défavorisé, qui confirme cet image : en 2002, ¼ des bébés bruxellois (25%) naissaient dans un ménage sans revenu provenant du travail. En Wallonie, 18% des personnes de 0 à 65 ans vivaient dans un ménage n'ayant pas de revenus ; en Flandre, ceci touche 13% (7) de la population.
- c. Les maladies chroniques graves sont souvent associées à une dilatation prématurée du col (8). Sur base de la consommation de médicaments dans la période prénatale, 16.168 femmes enceintes, dans les données de l'Agence Intermutualiste, ont été définies comme souffrant d'une des affections suivantes: diabète, hypertension,

thrombose, dépression, asthme, arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, VIH, sclérose en plaques, épilepsie, affections thyroïdiennes ou prenant des immunosuppresseurs après une transplantation d'organe. La répartition de ces femmes entre les régions est très inégale : **21,4% des femmes enceintes wallonnes souffrent d'une affection chronique, 14,8% à Bruxelles, 12,1% en Flandre.**

Les différences régionales se font surtout remarquer pour l'hypertension, la dépression et les affections thyroïdiennes. En Wallonie, 7,1% des femmes enceintes prennent des antihypertenseurs pendant leur grossesse. Chez les futures mamans bruxelloises, ce pourcentage est de 5% contre 3,5% en Flandre. En ce qui concerne l'usage des antidépresseurs, nous voyons que 3,3% des femmes enceintes wallonnes prennent ces médicaments. A Bruxelles, on compte 2,1% et en Flandre, 1,8%. Les chiffres AIM montrent aussi que 5,9% des femmes wallonnes prennent des médicaments pour la thyroïde pendant leur grossesse. A Bruxelles, ce pourcentage s'élève à 3,5% et en Flandre à 1,7%.

La question qui se pose dès lors est de savoir si ces différences régionales de médication au cours de la grossesse s'expliquent par une autre manière de prescrire ou par une morbidité plus importante à Bruxelles et en Wallonie. Compte tenu du fait que, pour la plupart des médicaments, on ne sait pas s'ils ont des effets nuisibles pour le fœtus, nous supposons que la prescription de médicaments aux femmes enceintes n'est réalisée qu'en cas de grande nécessité. Cet argument plaide donc contre l'hypothèse d'une différence en prescription.

L'autre hypothèse, relative à la différence en morbidité, semble être confirmée par l'Enquête de santé 2004 (9). Dans cette enquête, il s'avère que la prévalence est plus élevée en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre pour la plupart des maladies chroniques étudiées. Sur base des données de l'Enquête de santé 2004, un lien indiscutable a été établi entre les maladies chroniques et le niveau d'instruction. Une association similaire a également été retrouvée concernant la santé subjective et la santé mentale. Le message clé est donc que les personnes défavorisées ont en général plus de problèmes de santé et qu'il faut donc en tenir compte dans le cadre de la mise en place des politiques de santé (9).

2. Au vu des données AIM **concernant les soins prénataux pour les femmes enceintes belges présentant une grossesse à faible risque, une disparité existe entre d'une part les recommandations telles que formulées dans le rapport KCE (1) fin 2004 et la pratique en 2005 d'autre part.**

Trois aspects du suivi prénatal ont été examinés: les consultations, les analyses de laboratoire courantes et les examens techniques.

### **Consultations**

- a. Quant au nombre de **consultations**, les recommandations nationales en matière de soins prénatals, proposent un programme de 10 rendez-vous pour les primipares en l'absence de complications et de 7 rendez-vous pour les femmes multipares.

Dans la pratique, au cours de sa grossesse, une femme présentant une grossesse à faible risque consulte en moyenne 14 fois un gynécologue, un généraliste ou une accoucheuse. Abstraction faite des consultations chez le généraliste, la moyenne et la médiane diminuent jusque 11 consultations chez le gynécologue ou une accoucheuse pour une grossesse à faible risque. D'un autre côté, on constate que 5% des femmes enceintes à faible risque ne consultent que 4 fois le gynécologue ou l'accoucheuse au cours de leur grossesse, tandis que d'autres (5% également) comptent au moins 18 consultations chez ces prestataires de soins.

- b. La plupart des femmes ont recours au gynécologue pour le suivi de leur grossesse: 98% des femmes présentant un risque faible ont au moins une consultation chez le gynécologue. Elles comptent en moyenne 10 consultations par grossesse chez ce spécialiste. Mais le médecin généraliste joue aussi un rôle important. En effet, 75% des femmes enceintes se rendent au moins une fois au cours de leur grossesse chez leur médecin traitant. Elles le font en moyenne 3,8 fois par grossesse normale.

Une femme enceinte à faible risque sur quatre (25%) consulte une sage-femme, avec une moyenne de 3,3 consultations au cours de la grossesse.

Au vu des données AIM de l'année 2002 (5), l'on constate **un engagement plus important des sages-femmes dans le suivi prénatal**. En 2005 il n'y a pas seulement plus de femmes enceintes qui font appel à l'assistance d'une accoucheuse (16% en 2002, 25% en 2005), mais le nombre de consultation par femme enceinte connaît aussi une hausse (une moyenne de 1 en 2002 et de 3,3 en 2005). Cette tendance trouve son origine dans une série de réformes ciblées de la nomenclature visant à promouvoir les soins pré- et postnatals au détriment des prestations en milieu hospitalier (l'assistance en cas d'accouchement) ; celles-ci ont d'ailleurs fait l'objet d'une étude récente de l'Agence Intermutualiste (10).

### **Analyses de laboratoire**

- c. Certaines analyses de laboratoire ne sont **pas réalisées suffisamment**.

Ainsi, une **culture d'urine** n'est effectuée que chez 38% des femmes enceintes, alors que cet examen est recommandé chez toutes les futures mamans afin de détecter une bactériurie asymptomatique.

Les **maladies sexuellement transmissibles** ne sont également pas suffisamment dépistées. Seulement 64% des femmes enceintes à faible risque subissent un test HIV, à peine 50% le sont pour la syphilis et l'hépatite B enfin n'est dépistée que chez 75% des femmes.

Le pourcentage des femmes examinées varie en outre énormément suivant la région. Les recommandations sont mieux suivies en Wallonie et à Bruxelles, où nettement plus de femmes sont soumises à la détection de la bactériurie asymptomatique, du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B qu'en Flandre.

- d. D'autres **recommandations** sont **mieux suivies**, bien qu'il reste matière à améliorer.

83% des femmes enceintes à faible risque sont soumises au dépistage des **streptocoques du groupe B** (SGB) via une culture rectovaginale. Cet examen est conseillé pour toutes les femmes enceintes entre 35 et 37 semaines.

De même, le dépistage du **diabète de grossesse** se fait déjà chez 81% des femmes enceintes à faible risque.

Mais de nouveau, la moyenne belge dissimule les différences régionales. Aussi bien le dépistage des streptocoques du groupe B, que le dépistage du diabète de grossesse sont plus fréquents en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre.

Le dépistage de la **rubéole** se fait chez 58% des femmes enceintes à faible risque. Compte tenu des graves complications que provoque la rubéole au cours de la grossesse, on peut supposer que cette analyse n'est pas effectuée chez le restant des femmes parce que leur statut immunitaire est connu.

- e. Par ailleurs, d'autres tests sont **trop fréquemment** effectués.

Le fait que 97% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins un dosage **complet formule**, est une bonne nouvelle. Mais une moyenne de 3,2 analyses par femme enceinte, semble exagéré. Le dosage de ferritine avec le complet formule n'est pas nécessaire, mais peut s'avérer utile en cas de diagnostic. Dans la pratique, le dosage de ferritine est effectué chez 67% des femmes enceintes à faible risque.

Quant au dosage de la toxoplasmose et du cytomégalovirus (CMV), la recommandation dit qu'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. Dans la pratique, nous voyons que 88% des femmes enceintes à faible risque sont soumises à l'examen pour détecter la **toxoplasmose** et que ces analyses sont en moyenne effectuées 3,5 fois par femme. Cette moyenne varie suivant le domicile de la femme enceinte: 2,6 analyses en Flandre, 4,1 chez les femmes enceintes à faible risque bruxelloises et 4,9 en Wallonie. Le nombre de dosages de la toxoplasmose peut s'élever à 8 chez une même femme enceinte.

Pour le **cytomégalo**virus, la situation est semblable: 74% des femmes enceintes à faible risque subissent un dosage CMV et le nombre moyen des analyses par femme enceinte est de 2,7. Toutefois, le pourcentage des femmes examinées comme le nombre moyen de tests par femme sont moins élevés en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles où on prescrit jusqu'à 7 dosages du CMV par grossesse. Le recours plus limité au dépistage de CMV en Flandre résulte peut-être de la recommandation flamande « Accompagnement de la grossesse » qui déconseille le screening systématique du CMV (8).

- f. Enfin, les informations sur deux des analyses de laboratoires qui **n'ont pas d'utilité prouvée** au cours de la grossesse nous montre par exemple que 15% des femmes enceintes à faible risque subissent un dosage de cholestérol ou encore que chez 10% des femmes, on effectue un test d'allergie. Ces analyses ne sont cependant pas pertinentes dans le cadre du suivi de la grossesse.
- g. Chez les femmes enceintes à risque important, le pourcentage de femmes subissant une analyse de laboratoire quelle qu'elle soit, est toujours plus important que chez les femmes enceintes à faible risque. Il apparaît que les **directives sont mieux suivies chez les femmes enceintes avec un risque accru** de complications. La différence entre le pourcentage de femmes enceintes à faible risque ayant telle ou telle analyse et celui des femmes enceintes à risque élevé, n'est statistiquement significative ( $P < 0,0001$ ) que pour les tests suivants: la culture d'urine, le CMV, l'hépatite B, la rubéole, la syphilis, le VIH, le diabète de grossesse, le cholestérol et le test d'allergie.
- h. En ce qui concerne le prescripteur des analyses de laboratoire (voire annexe 7), on constate la même tendance pour les analyses concernant l'hématologie, les infections et le diabète de grossesse : dans au moins 70% des cas, c'est le gynécologue qui prescrit ces tests. Dans le cas du dosage du cholestérol, ce sont les généralistes qui sont responsables de plus de la moitié des prescriptions. Enfin, en ce qui concerne la prescription du test d'allergie, les autres médecins spécialistes jouent un rôle important.

### ***Examens techniques***

- i. L'assurance-maladie belge autorise pour chaque grossesse une **échographie d'évaluation de la grossesse** au cours de chacun des trois trimestres. Il n'est donc pas étonnant que 95% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins 1 telle échographie et qu'**en moyenne 2,5** échographies sont facturées par femme enceinte.

Bien qu'il semble évident d'offrir 3 échographies pendant la grossesse aux femmes enceintes, nous ne pouvons pas oublier qu'une échographie au cours du troisième

trimestre (après 24 semaines) ne représente qu'une plus-value limitée pour des grossesses normales.

- j. En cas de haut risque obstétrical ou fœtal renseigné, le gynécologue peut effectuer une **échographie comportant la biométrie et le profil biophysique du fœtus**. Dans la pratique, **une femme enceintes à faible risque sur trois** (34%) subit une telle échographie. Les différences régionales sont frappantes: 24% des femmes enceintes à faible risque en Flandre, 46% en Wallonie et 55% à Bruxelles subissent au moins une telle échographie.

En cas de malformation congénitale grave ou de risque certain, une **exploration échographique systématique** de tous les organes foetaux peut être effectuée. Pour cet examen, l'autorisation du médecin-conseil est requise. Cette échographie est effectuée chez 3,6% des femmes enceintes à faible risque. Dans ce cas spécifique, le pourcentage est plus élevé en Flandre (4,7%) qu'en Wallonie (1,9%) et qu'à Bruxelles (2,3%).

Quelles conclusions pouvons-nous donc tirer de ces données? Cela signifie-t-il par exemple que pour plus de la moitié des femmes enceintes bruxelloises à faible risque, il est question d'un risque obstétrique important ou d'une souffrance fœtale grave? Cela semble peu probable.

Serait-il possible que les gynécologues reculent devant les tracasseries administratives et facturent de ce fait l'échographie pour la biométrie au lieu de l'exploration échographique systématique? Au vu de la grande différence entre les honoraires, cette hypothèse paraît peu probable: les honoraires pour la biométrie s'élèvent à 41,84 EUR en 2005, tandis que l'exploration systématique est honorée à concurrence de 80,89 EUR.

Mis à part cela, nous pouvons supposer que l'utilisation importante de l'échographie biométrique s'explique probablement plus par des raisons financières plutôt que médicales, sachant que les honoraires pour une simple évaluation de la grossesse ne représentent que 20,97 EUR.

- k. En dehors des trois types d'échographies qui peuvent uniquement être facturées au cours de la grossesse, d'**autres échographies** sont encore effectuées au cours de la période prénatale. Nous voyons par exemple que 14% des femmes enceintes à faible risque subissent une échographie du bassin au cours de la période prénatale. De même, il y a aussi l'échographie transvaginale, facturée au moins une fois chez 35% des femmes enceintes. Les honoraires pour l'échographie du bassin féminin et pour l'échographie transvaginale s'élèvent respectivement à 29,96 EUR et 20,97 EUR. Pour être complet, nous devons faire remarquer qu'il est possible qu'une partie de ces échographies soient effectuées avant la grossesse. Si une femme devient par exemple

enceinte à l'aide d'une fécondation in vitro, elle subit plusieurs échographies préalablement à la grossesse, notamment pour suivre la croissance des follicules. Dans le cas d'un accouchement prématuré, la période prénatale est surestimée et de ce fait, ces échographies sont donc considérées à tort comme des échographies prénatales.

- l. En faisant l'addition de **toutes les échographies** facturées au cours de la période prénatale, il apparaît que les femmes enceintes à faible risque subissent **en moyenne 4 échographies par grossesse**. Pour les femmes enceintes à risque élevé, cette moyenne est de 4,3 échographies.
  
- m. En Flandre, 6,5% des femmes enceintes à faible risque subissent **un prélèvement de villosités placentaires ou une ponction amniotique** au cours de la grossesse. C'est en Wallonie (11,0%) et à Bruxelles (8,9%) que ces pourcentages sont les plus élevés. Ce nombre est **inquiétant** car ces tests présentent un risque peu élevé mais bien réel de fausse couche.

Dans le rapport AIM précédent concernant les soins prénataux de 2002 (5), les pourcentages étaient encore plus importants. Ici il y a deux explications possibles. Tout d'abord, aucune distinction n'avait été faite entre les femmes enceintes à faible risque et celles à risque élevé. Ensuite, l'amnioscopie (code de nomenclature 432235-246) était incluse dans les chiffres de 2002 ce qui n'était pas correct. L'examen amnioscopique n'est en effet pas invasif: l'amnioscope est glissé via le vagin dans le col de l'utérus pour examiner à travers les membranes amniotiques le bébé et le liquide amniotique. En 2002, 2.573 amnioscopies ont été facturées en Belgique et 12.466 examens prénataux invasifs<sup>12</sup>. Ce nombre important d'amnioscopies a sans doute donné lieu à une surestimation du pourcentage de femmes enceintes ayant subi un examen prénatal invasif dans le rapport AIM de 2002.

- n. Enfin, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander en routine le recours à un **examen cardiotocographique (CTG)** destiné à évaluer le bien-être du fœtus dans les grossesses non compliquées (1). Il apparaît cependant que dans la pratique **69%** des femmes enceintes à faible risque en Belgique subissent au moins une cardiotocographie (CTG) au cours de la période prénatale.

Certains experts jugent que la recommandation devrait être nuancée. Une cardiotocographie est en effet bien indiquée dans le cas d'une durée de grossesse de plus de 40 semaines ou dans le cas d'une induction. Compte tenu de ces remarques et après recalcul du pourcentage de femmes ayant une cardiotocographie avant les 2

---

<sup>12</sup> Source : données comptables de l'INAMI pour la Belgique en 2002.

semaines qui précèdent l'accouchement, le pourcentage de femmes enceintes à faible risque ayant au moins une cardiotocographie au cours de la période de plus que 2 semaines avant l'accouchement s'est réduit à 39%.

Les indications possibles pour une CTG avant l'accouchement sont notamment la diminution des mouvements du bébé, un fœtus trop petit par rapport à la durée de la grossesse, prééclampsie, pertes de sang, trauma ou contractions prématurées (11). Il est fort douteux que ces indications soient présentes chez 39% des femmes enceintes à faible risque. Nous nous permettons donc de parler d'un **abus** de la cardiotocographie comme examen technique au cours de la grossesse.

Suffisamment de raisons existent pour expliquer un tel abus : la cardiotocographie est un examen non invasif, sans risque pour la femme enceinte comme pour le fœtus et facilement praticable. Le positionnement des deux transducteurs sur le ventre enceinte est une procédure simple qui est souvent effectuée par une infirmière. L'enregistrement prend entre 20 et 40 minutes, temps durant lequel la femme enceinte reste assise sur une chaise confortable ou couchée sur un lit. Le prestataire de soins ne doit pas être présent continuellement. Les honoraires pour le gynécologue sont plus élevés que pour une évaluation échographique de la grossesse et s'élèvent à 26,59 EUR en 2005. L'assurance-maladie n'a pas fixé un nombre maximal de CTG par grossesse. Et enfin, une CTG est psychologiquement rassurante pour la femme enceinte.

3. Dans le rapport du KCE relatif aux soins prénataux (1), on ne parle pas de la **kinésithérapie** au cours de la grossesse. A la demande de l'Union Professionnelle des Kinésithérapeutes diplômés, section Obstétrique, Gynécologie et Rééducation Pelvienne (UPKOGRP), nous avons étudié cet aspect dans les données AIM. Ceci en considérant aussi bien la kinésithérapie périnatale relative à la grossesse que la kinésithérapie générale.
  - a. La kinésithérapie périnatale existe déjà depuis 30 ans en Belgique et fut décrite à l'époque comme de la gymnastique pré- et postnatale. Le kinésithérapeute périnatal prépare la femme enceinte pour l'accouchement à l'aide d'exercices de respiration et de relaxation, d'exercices généraux pour renforcer les muscles dorsaux, pectoraux et les muscles du plancher pelvien pour stimuler la circulation dans les membres inférieurs.

Ces dernières années, les accoucheuses ont peu à peu repris cette préparation du kinésithérapeute et ce, surtout pour les cas de grossesses avec une évolution physiologique normale. La tendance actuelle est que les kinésithérapeutes s'occupent plus spécifiquement des femmes enceintes qui se plaignent durant la grossesse et le

post-partum. La plupart des plaintes se réfèrent au plancher pelvien, à la paroi abdominale et au bassin. Douleurs lombalgiques, douleurs dans le bassin et incontinence de stress sont des plaintes typiques relatives à la grossesse.

La kinésithérapie périnatale est limitée à 9 séances. Si la prescription ne mentionne pas de manière explicite qu'il s'agit d'une patiente enceinte ou accouchée, le kinésithérapeute peut facturer les codes de nomenclature pour la kinésithérapie générale. Le nombre de séances est, dans ce cas, limité à 18. Pour les femmes enceintes présentant des plaintes très graves, par exemple une instabilité importante du bassin, il est possible d'augmenter le nombre de séances de kinésithérapie jusqu'à 27 en combinant les deux types de kinésithérapie. Le fait que le pourcentage 'total kinésithérapie' soit moins élevé que la somme des deux composantes indique qu'une même femme subit parfois les deux types de kinésithérapie.

- b. En faisant l'addition de la kinésithérapie périnatale et générale, il apparaît que **28% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins une session de kinésithérapie** au cours de la période prénatale. Le nombre moyen des séances est de 5,7 par femme, la médiane étant 4 séances. Il n'y a que peu de différences entre les régions : Bruxelles 27%, Flandre 28% et Wallonie 26%. Pour les femmes enceintes à risque important, 25% subissent de la kinésithérapie au cours de leur grossesse.

Notons que les données de facturation ne donnent pas d'informations sur l'indication pour la kinésithérapie et ne permettent donc pas de faire la distinction entre les femmes enceintes qui font appel au kinésithérapeute pour se préparer à leur accouchement et celles qui reçoivent une thérapie à exercices spécifiques pour des plaintes liées à leur grossesse.

## **VI. Conclusion**

Au cours des cinquante 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'étude porte sur 111.403 accouchements qui ont eu lieu en 2005, à domicile ou dans le milieu hospitalier et qui ont été facturés aux mutualités. N'ont pas été intégrées dans l'analyse, les femmes ayant un statut d'indépendant (7.467) car les dépenses qu'elles génèrent en matière de soins de santé ne sont pas toujours disponibles au sein de la mutualité.

### **Profil de risque de la femme enceinte**

Étant donné que les recommandations s'appliquent dans un premier temps aux femmes enceintes ne présentant aucun facteur de risque, une distinction est faite selon le profil de risque.

Plus de trois quarts des femmes enceintes (81.328) présentent une grossesse à faible risque. Les autres 22.608 femmes (21,8%) ont un risque accru de complications au cours de leur grossesse. Il s'agit là de futures mamans âgées de moins de 16 ans ou de plus de 40 ans, de femmes issues de milieux défavorisés et de femmes enceintes prenant des médicaments pour certaines affections. En Flandre, 16% des femmes enceintes présentent une grossesse à risque élevé. La constatation qu'en Wallonie et à Bruxelles plus d'une femme enceinte sur quatre (28%) présente une grossesse à risque élevé, est interpellante. Il semble donc indiqué d'offrir à ces femmes un accompagnement médical optimal au cours de leur grossesse.

### **La pratique 2005 confrontée à la recommandation 2004**

Trois aspects du suivi prénatal ont été examinés: les consultations, les analyses de biologie clinique courantes et les examens techniques.

#### ***Consultations***

Dans le cas d'une grossesse normale, la recommandation est de 10 consultations pour une femme enceinte pour la première fois et 7 pour les autres. Dans la pratique, une femme présentant une grossesse à faible risque consulte en moyenne 14 fois un gynécologue, un

généraliste ou une accoucheuse au cours de sa grossesse,. Et ce, quel que soit son nombre de grossesses.

### ***Analyses de laboratoire***

Certaines analyses de laboratoire ne se font pas suffisamment. Ainsi, une culture d'urine n'est effectuée que chez 38% des femmes enceintes, alors que cet examen est recommandé chez toutes les futures mamans. Le recours au dépistage de l'hépatite B (75%), du HIV (64%) et de la syphilis (50%) pourrait lui aussi être amélioré.

D'autres tests sont trop fréquemment effectués, par exemple le dosage de la toxoplasmose et du cytomégalovirus (CMV). Selon la recommandation, un examen sérologique unique, avant ou au début de la grossesse, peut s'avérer utile. Dans la pratique, il est constaté que ces analyses de laboratoire sont plusieurs fois répétées au cours de la grossesse.

Une bonne nouvelle : le dépistage des streptocoques du groupe B (SGB) et du diabète de grossesse est réalisé chez plus de 80% des mères.

Moins bon le constat que des tests comme le dosage de cholestérol et les tests d'allergie, n'ayant pas d'utilité prouvée au cours de la grossesse, se font encore et toujours chez plus de 10% des futures mères.

Apparaissent en outre dans les données intermutualistes, des différences importantes dans la pratique entre les régions du Royaume. En Wallonie et à Bruxelles, les directives sont mieux suivies et plus de femmes enceintes sont examinées. Mais le revers de la médaille montre que, dans ces régions, ces analyses sont plus souvent réitérées qu'en Flandre.

### ***Examens techniques***

La recommandation est de 2 échographies par grossesse. Dans la pratique, 4 échographies sont facturées en moyenne chez les femmes enceintes à faible risque. Les médecins font appel à d'autres échographies, notamment l'échographie du bassin féminin et l'échographie transvaginale, pour contourner la limitation de trois échographies remboursées au cours de la grossesse.

En Flandre, 6,5% des femmes enceintes à faible risque subissent un prélèvement de villosités placentaires ou une ponction amniotique au cours de la grossesse. En Wallonie (11%) et à Bruxelles (8,9%), ces pourcentages sont plus élevés. Ce nombre est inquiétant car ces tests présentent un risque peu élevé certes mais bel et bien réel de fausse couche.

La cardiotocographie, qui donne des informations sur le rythme cardiaque du bébé et l'activité des contractions, n'est pas non plus recommandée systématiquement. Pourtant 39% des femmes enceintes présentant une grossesse à faible risque, en subissent au moins une au cours de la période de plus de 2 semaines avant l'accouchement.

Au final, les chiffres montrent donc que, globalement, en 2005, le nombre d'examens effectués est plus élevé que le nombre d'examens recommandés par le Centre d'Expertise.

Par ailleurs, pour certains tests, les soins dispensés ne sont pas optimaux. Enfin, les chiffres montrent une grande variabilité entre régions dans les soins prénataux.

### **Kinésithérapie**

Les données de l'Agence intermutualiste montrent que 28% des femmes enceintes à faible risque subissent au moins une séance de kinésithérapie au cours de leur grossesse. Nous ne pouvons cependant pas déceler si ces séances ont été prescrites comme préparation à l'accouchement ou s'il s'agit d'une thérapie à exercices pour des femmes présentant des plaintes spécifiques liées à leur grossesse, comme des douleurs dorsales, du bassin ou de l'incontinence de stress.

### **Feed-back Suivi prénatal**

Les consultations fréquentes et les multiples analyses de biologie clinique et examens techniques, comme observés dans les données AIM, indiquent une augmentation de la médicalisation de la grossesse dans notre société.

Cette tendance a motivé le Conseil National de Promotion de la Qualité à envoyer un feed-back « Suivi prénatal » à tous les médecins généralistes, gynécologues et accoucheuses, en janvier 2007. L'objectif de ce feed-back est d'informer les dispensateurs de soins sur les recommandations scientifiques les plus récentes ayant trait aux soins de base prénataux. De plus, ils reçoivent des données concrètes concernant leurs patientes ayant accouché en 2005. L'analyse de ces données était la tâche de l'Agence Intermutualiste.

## VII. 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
Cofo	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 proteine 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

## VIII. Bibliographie

1. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, Zhang WH, 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 6 B.  
<http://kce.fgov.be>
2. Rapport d'activités de l'Office de la Naissance et de l'Enfance 2005.  
[www.one.be/PDF/RAP2005/Accompa.pdf](http://www.one.be/PDF/RAP2005/Accompa.pdf)
3. Cammu H, Martens G, De Coen K, Van Mol C, Defoort P.  
Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005. vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE).  
[www.zorg-en-gezondheid.be/geboorte.aspx](http://www.zorg-en-gezondheid.be/geboorte.aspx)
4. Jaarverslag 2005. Kind & Gezin. Hoofdstuk 1. Preventieve gezinsondersteuning.  
[www.kindengezin.be/Images/JV2005\\_tcm149-46570.pdf](http://www.kindengezin.be/Images/JV2005_tcm149-46570.pdf)
5. De Gauquier K, Remacle A, Lucet C.  
Le suivi prénatal en Belgique en 2002. Une étude de l'Agence Intermutualiste. Juin 2006.  
[www.nic-ima.be/fr/projects/antenatal/](http://www.nic-ima.be/fr/projects/antenatal/)
6. Deguerry M, De Spiegelaere M, Haelterman E, Logghe P, Roesems T, Wauters I.  
Tableau de bord de la santé Région de Bruxelles-Capitale 2004.  
Observatoire de la Santé en du Social Bruxelles.  
[www.observatbru.be/fr/Publications/tableau.asp](http://www.observatbru.be/fr/Publications/tableau.asp)
7. Roesems T, Perdaens A, De Spiegelaere M.  
9<sup>ème</sup> rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale (2004)  
Observatoire de la Santé en du Social Bruxelles. 2004.  
[www.observatbru.be/fr/Publications/tableau.asp](http://www.observatbru.be/fr/Publications/tableau.asp)
8. Seuntjens L, Neirinckx J, Van Mackelenbergh A, Van Royen P, Vervaeck N, Jacquemyn Y, Temmerman M, De Smedt C.  
Zwangerschaftsbegeleiding. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering.  
Domus Medica. 2006.  
[www.wvvh.be/files/H35\\_5\\_AB\\_Zwanger.pdf](http://www.wvvh.be/files/H35_5_AB_Zwanger.pdf)

9. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004. Service d'Epidémiologie, 2006; Bruxelles. Institut Scientifique de Santé Publique. IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 034.
  
10. Bronckaers JP, De Belie M, Corveleyn T, De Paepe R. La nomenclature des prestations d'accoucheuses. Etude descriptive. Éditions 2000 à 2004. l'Agence Intermutualiste. Février 2006. [www.nic-ima.be/fr/projects/midwife/](http://www.nic-ima.be/fr/projects/midwife/)
  
11. Richtlijn Foetale bewaking. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. 2004. [www.nvog.nl/files/rl54foetalebewaking.pdf](http://www.nvog.nl/files/rl54foetalebewaking.pdf)

## IX. Annexes

### IX.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

### IX.2. Codes ATC pour la comorbidité

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

	<b>R03DC03</b>	Antagonistesdesrécepteursdesleukotrienes
<b>Arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, Colite Ulcéreuse</b>	<b>L04AA11</b>	Etanercept
	<b>L04AA12</b>	Infliximab
	<b>L04AA13</b>	Leflunomide
	<b>L04AA17</b>	Adalimumab
	<b>A07EC01</b>	Sulfasalasine
	<b>A07EC02</b>	Mesalazine
<b>VIH</b>	<b>J05AE</b>	Inhibiteurs de la protéase virale
	<b>J05AF</b>	Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase réverse
	<b>J05AG</b>	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase réverse
	<b>J05AX</b>	Inhibiteurs de fusion
<b>Hépatite chronique B et C</b>	<b>L03AB04</b>	Interferon alfa-2a
	<b>L03AB05</b>	Interferon alfa-2b
	<b>L03AB10</b>	Peginterferon alfa-2b
	<b>J05AB04</b>	Ribavirine
<b>Sclérose en plaques</b>	<b>L03AB07</b>	Interferon beta-1a
	<b>L03AB08</b>	Interferon beta-1b
	<b>L03AX13</b>	Glatiramer
<b>Epilepsie</b>	<b>N03</b>	Antiépileptiques
<b>Affections thyroïdiennes</b>	<b>H03</b>	Médicaments de la thyroïde
<b>Immunosuppression après une transplan- tation d'organe</b>	<b>L04AA01</b>	Ciclosporine
	<b>L04AA05</b>	Tacrolimus
	<b>L04AA06</b>	Mofetilmycofenolaat
	<b>L04AA10</b>	Sirolimus

## IX.3. Codes de nomenclature pour les consultations en période prénatale

### IX.3.1. Médecins généralistes

Sélection des médecins généralistes comme prestataires de soins à base du numéro d'identification<sup>13</sup> 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
<b>Consultation Généraliste</b>	<b>101010</b>	Consultation au cabinet du médecin généraliste avec droits acquis.
	<b>101032</b>	Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé.
	<b>101076</b>	Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé accrédité.
	<b>103110</b>	Visite au domicile du malade, par le médecin généraliste avec droits acquis.
	<b>103132</b>	Visite, au domicile du malade, par le médecin généraliste agréé.
	<b>104215</b>	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures.
	<b>104230</b>	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures.
	<b>104252</b>	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé le week-end, du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, au domicile du malade.
	<b>104274</b>	Visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste agréé au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures.
	<b>104510</b>	Visite effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au domicile du malade entre 18 et 21 heures.
	<b>104532</b>	Visite effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures.
	<b>104554</b>	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.
	<b>104576</b>	Visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste avec droits acquis au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce jour à 8 heures.

<sup>13</sup> Instructions de facturation de l'INAMI, annexe 16.1 et 16.7 au 16.11 inclus : [www.riziv.fgov.be/care/fr/infos/bill/pdf/2006/maj02/intro.pdf](http://www.riziv.fgov.be/care/fr/infos/bill/pdf/2006/maj02/intro.pdf)

### IX.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
<b>Consultation sage-femme</b>	<b>422030</b>	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.
	<b>422052</b>	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.
	<b>422074</b>	Séance individuelle d'obstétrique en cas de grossesse à risque sur prescription d'un médecin spécialiste en obstétrique.
	<b>422096</b>	Préparation individuelle.
	<b>422111</b>	Préparation collective de 2 à 5 femmes enceintes, par femme enceinte.
	<b>422133</b>	Préparation collective de 6 à 10 femmes enceintes, par femme enceinte.

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

### IX.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
<b>Consultation autre médecin Spécialiste</b>	<b>102012</b>	Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste autre que ceux cités aux 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211 et 102734
	<b>102034</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en médecine interne.
	<b>102071</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en pédiatrie.
	<b>102093</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en cardiologie.
	<b>102115</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en gastro-entérologie.
	<b>102130</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en pneumologie.
	<b>102152</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en rhumatologie.
	<b>102174</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en neurologie.
	<b>102196</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie.
	<b>102211</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en neuropsychiatrie.
	<b>102535</b>	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.
	<b>102550</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en médecine interne.
	<b>102572</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en pédiatrie.
	<b>102594</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en cardiologie.
	<b>102616</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en gastro-entérologie.
	<b>102631</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en pneumologie.
	<b>102653</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en rhumatologie.
	<b>102675</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en neurologie.
	<b>102690</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en psychiatrie.
	<b>102712</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en neuropsychiatrie.
<b>102734</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en dermato-vénéréologie.	
<b>102756</b>	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité en dermato-vénéréologie.	

## IX.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
<b>Complet formule</b>	<b>123012</b>	<b>123023</b>	Dosage de l'hémoglobine par méthode électrophotométrique
	<b>123034</b>	<b>123045</b>	Numération des globules rouges et/ou hématocrite
	<b>127013</b>	<b>127024</b>	Dosage de l'hémoglobine par méthode électrophotométrique
	<b>127035</b>	<b>127046</b>	Numération des globules rouges et/ou hématocrite
	<b>123056</b>	<b>123060</b>	Numération des globules blancs
	<b>123071</b>	<b>123082</b>	Formule leucocytaire établie au microscope sur un minimum de 100 cellules.
	<b>123115</b>	<b>123126</b>	Numération des plaquettes
	<b>123174</b>	<b>123185</b>	Formule leucocytaire simplifiée (lymphocytes, monocytes et granulocytes), dérivée de l'analyse d'un histogramme volumétrique différentiel, obtenu après réaction lytique.
	<b>123196</b>	<b>123200</b>	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.
	<b>127050</b>	<b>127061</b>	Numération des globules blancs
	<b>127072</b>	<b>127083</b>	Formule leucocytaire établie au microscope sur un minimum de 100 cellules.
	<b>127116</b>	<b>127120</b>	Numération des plaquettes
		<b>127175</b>	<b>127186</b>
	<b>127190</b>	<b>127201</b>	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.
<b>Ferritine</b>	<b>433090</b>	<b>433101</b>	Dosage de ferritine.
	<b>541472</b>	<b>541483</b>	Dosage de ferritine par méthode non-isotopique.
<b>Culture d'urine</b>	<b>549312</b>	<b>549323</b>	Culture aérobie d'urine avec identification des germes isolés
<b>Culture vaginale (SGB)</b>	<b>550395</b>	<b>550406</b>	Mise en culture aérobie d'échantillons vaginaux ou uréthraux, ou de sperme (y compris la culture de gonocoques)
<b>Cytomégalovirus</b>	<b>551316</b>	<b>551320</b>	Recherche d'anticorps IgM spécifiques contre le cytomégalovirus.
	<b>551331</b>	<b>551342</b>	Recherche d'anticorps IgG spécifiques contre le cytomégalovirus.
<b>Hépatite B</b>	<b>437032</b>	<b>437043</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'antigène HBs
	<b>437054</b>	<b>437065</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'antigène HBe
	<b>437076</b>	<b>437080</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'anticorps HBs
	<b>437091</b>	<b>437102</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'anticorps HBe
	<b>437113</b>	<b>437124</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :par la mise en évidence de l'anticorps HBc
	<b>551390</b>	<b>551401</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence de l'antigène HBs par méthode non-isotopique

	<b>551412</b>	<b>551423</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence de l'antigène HBe par méthode non-isotopique
	<b>551434</b>	<b>551445</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti HBs par méthode non-isotopique
	<b>551456</b>	<b>551460</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti HBe par méthode non-isotopique
	<b>551471</b>	<b>551482</b>	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti HBc par méthode non-isotopique
<b>Rubéole</b>	<b>551596</b>	<b>551600</b>	Recherche d'anticorps IgG contre la rubéole chez la femme.
	<b>551611</b>	<b>551622</b>	Recherche d'anticorps IgM contre le virus de la rubéole.
	<b>551633</b>	<b>551644</b>	Mise en évidence des anticorps IgM purifiés contre le virus de la rubéole.
<b>Syphilis</b>	<b>552716</b>	<b>552720</b>	Sérodiagnostic d'une infection par le tréponème (sang ou liquide céphalorachidien): par une technique utilisant un antigène non spécifique (type RPR ou VDRL).
	<b>552731</b>	<b>552742</b>	Sérodiagnostic d'une infection par le tréponème (sang ou liquide céphalorachidien): par une technique utilisant un antigène spécifique.
<b>VIH</b>	<b>551736</b>	<b>551740</b>	Recherche des anticorps VIH
<b>Toxoplasmose</b>	<b>551751</b>	<b>551762</b>	Recherche d'anticorps IgG contre toxoplasma gondii.
	<b>551773</b>	<b>551784</b>	Recherche d'anticorps IgM spécifiques contre toxoplasma gondii.
<b>Glycémie</b>	<b>120050</b>	<b>120061</b>	Dosage du glucose.
	<b>120153</b>	<b>120164</b>	Courbe d'hyper- ou d'hypoglycémie provoquée (minimum quatre dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie.
	<b>120175</b>	<b>120186</b>	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).
	<b>120190</b>	<b>120201</b>	Evolution circadienne de la glycémie (minimum 4 dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie.
	<b>125053</b>	<b>125064</b>	Dosage du glucose.
	<b>125156</b>	<b>125160</b>	Courbe d'hyper- ou d'hypoglycémie provoquée (minimum quatre dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie.
	<b>125171</b>	<b>125182</b>	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).
	<b>125193</b>	<b>125204</b>	Evolution circadienne de la glycémie (minimum 4 dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie.
<b>Cholestérol</b>	<b>540271</b>	<b>540282</b>	Dosage du cholestérol total.
	<b>540293</b>	<b>540304</b>	Dosage du cholestérol HDL.
	<b>542231</b>	<b>542242</b>	Dosage du cholestérol LDL.
<b>Tests d'allergie</b>	<b>438093</b>	<b>438104</b>	Dosage des IgE totales.
	<b>438115</b>	<b>438126</b>	Détermination d'IgE spécifique par antigène.
	<b>556253</b>	<b>556264</b>	Dosage des IgE totales.
	<b>556275</b>	<b>556286</b>	Détermination d'IgE spécifique par antigène.

## IX.5. Codes de nomenclature pour les examens techniques en période prénatale

type de soin prénatal	code de nomencl. amb.	code de nomencl. hosp.	libellé
<b>Echo évaluation grossesse</b>	<b>460515</b>	<b>460526</b>	Evaluation échographique bidimensionnelle de la grossesse, maximum une fois par trimestre.
	<b>469895</b>	<b>469906</b>	Evaluation échographique bidimensionnelle de la grossesse, maximum une fois par trimestre.
<b>Echo biométrie fœtus</b>	<b>460530</b>	<b>460541</b>	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.
	<b>469910</b>	<b>469921</b>	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.
<b>Echo malformation fœtus</b>	<b>460552</b>	<b>460563</b>	Exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes fœtaux en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé.
	<b>469932</b>	<b>469943</b>	Exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes fœtaux en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé.
<b>Echo bassin féminin</b>	<b>460250</b>	<b>460261</b>	Echographie du bassin féminin.
	<b>469490</b>	<b>469501</b>	Echographie du bassin féminin.
<b>Echo trans-vaginale</b>	<b>460832</b>	<b>460843</b>	Échographie transvaginale.
	<b>469593</b>	<b>469604</b>	Échographie transvaginale.
<b>Diagnostic prénatal invasif</b>	<b>432353</b>	<b>432364</b>	Procédure obstétricale invasive (amniocentèse, biopsie des villosités chorales, ponction fœtale, cordocentèse) sous contrôle échographique.
<b>Cardiotocographie</b>	<b>424056</b>	<b>424060</b>	Cardiotocographie anténatale (à l'exclusion des cardiotocographies effectuées le jour de l'accouchement) : enregistrement combiné du rythme cardio-fœtal, l'intensité & la fréquence des contractions, par jour.

## IX.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
<b>Kinésithérapie périnatale</b>	<b>Art. 7, § 1, 4°</b>	<b>561595 au 561724 inclu</b>
<b>Kinésithérapie générale</b>	<b>Art. 7, § 1, 1°</b>	<b>560011 au 560615 inclu</b>
	<b>Art. 7, § 1, 2°</b>	<b>560652 au 561411 inclu</b>

## IX.7. Prescripteurs des analyses de laboratoire

**Table 19**

**Répartition des prescriptions des analyses de laboratoires prescrits chez les femmes enceintes en période prénatale en Belgique, par type de dispensateur de soins.**

(Accouchements en 2005 - données AIM)

<i>Type d'analyse</i>	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	généraliste	gynécologue	sage-femme	autre spécialiste	généraliste	gynécologue	sage-femme	autre spécialiste
<b>Hématologie</b>								
Complet formule	17%	75%	2%	6%	14%	74%	2%	10%
Ferritine	25%	72%	2%	2%	21%	72%	2%	5%
<b>Détections des infections</b>								
Culture d'urine	19%	74%	2%	5%	17%	73%	3%	8%
Culture vaginale (SGB)	3%	94%	2%	1%	3%	93%	3%	1%
CMV	16%	81%	1%	2%	12%	83%	1%	4%
Hépatite B	17%	80%	1%	1%	14%	83%	1%	2%
Rubéole	29%	68%	1%	2%	22%	74%	1%	3%
Syphilis	13%	81%	3%	4%	11%	81%	3%	5%
VIH	17%	80%	1%	1%	15%	82%	1%	2%
Toxoplasmose	16%	80%	1%	3%	12%	82%	2%	4%
<b>Détection du diabète de grossesse</b>								
Glycémie	20%	70%	2%	8%	16%	68%	2%	15%
<b>Analyses sans utilité prouvée</b>								
Cholestérol	70%	22%	0%	8%	50%	26%	0%	24%
Tests d'allergie	12%	35%	6%	47%	15%	37%	7%	41%

## IX.8. Prescripteurs de la kinésithérapie

*Table 20*

**Répartition des prescriptions de la kinésithérapie prescrite chez les femmes enceintes en période prénatale en Belgique, par type de dispensateur de soins. (Accouchements en 2005 - données AIM)**

<i>Type de kinésithérapie</i>	grossesses à faible risque				grossesses à risque élevé			
	généraliste	gynécologue	sage-femme	autre spécialiste	généraliste	gynécologue	sage-femme	autre spécialiste
Kinésithérapie périnatale	9%	90%	/	1%	8%	90%	/	2%
Kinésithérapie générale	50%	39%	/	12%	45%	34%	/	20%
Total kinésithérapie	26%	69%	/	6%	27%	62%	/	11%