

Economie de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité

Quels sont les recours aux soins ?

Quels rôles pour les sages-femmes ?

Cela fait des années que les chiffres de l'OCDE¹ mettent en évidence que les durées de séjour hospitalier en Belgique pour un accouchement dépassaient la moyenne des pays européens. Comparaison n'est pas raison mais en période d'optimisation de l'allocation des ressources financières, il était inévitable que des mesures soient proposées pour que cela change et que la Belgique «entre» dans cette moyenne.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE, rapport 232A)² indiquait en 2014 qu'un raccourcissement de la durée de séjour en maternité doit être possible via une réorganisation en profondeur des soins postnatals.

En outre, le nouvel accord du gouvernement fédéral (9 octobre 2014) a prévu des mesures visant à «éviter de longs séjours hospitaliers inutiles, en combinaison avec une offre de formes de soins alternatives moins coûteuses»³. Pour la maternité, il est prévu une mesure d'économie spécifique : adaptation du BMF aux séjours plus courts constatés ces dernières années, notamment par la cellule technique de l'INAMI⁴.

Le défi financier et organisationnel pour les hôpitaux et le personnel est important mais il le sera aussi pour les prestataires de soins en ambulatoire qui devront prendre en charge des soins ou des prestations réalisés précédemment à l'hôpital.

Cela appuie la volonté politique de faire glisser progressivement des activités hospitalières vers le secteur ambulatoire.

De plus, tout ceci s'insère dans le contexte plus large du «Plan d'approche de la réforme du financement des hôpitaux» exposé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique le 28 avril 2015.

Pour mettre au point un trajet mère-enfant nécessaire et efficace dans le cadre de cette diminution de séjour à la maternité, la ministre a lancé un appel à des projet pilotes.

Le but est de tester, en étroite collaboration avec le secteur hospitalier et les entités fédérées, de nouvelles modalités de prise en charge des parturientes tout d'abord à petite échelle pour ensuite les implémenter à plus grande échelle si l'évaluation du projet s'avère positive.

En procédant de cette manière, il devrait être possible de maîtriser les effets (col)latéraux défavorables et inattendus, et donner l'opportunité au «terrain» de s'organiser de manière ad hoc.

Rudy Van Tielen et Güngör Karakaya,
Experts Matières économiques et scientifiques
Département Représentation et Etudes des Mutualités Libres

1
OCDE (2015), Durée de séjour à l'hôpital (indicateur). doi: 10.1787/21a7ca2b-fr

2
Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, Obyn C Vinck I, Paulus D, Christiaens W. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 232. D/2014/10.273/82.

3
http://www.premier.be/sites/default/files/articles/accord_de_gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf

4
<https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/anonymous?lang=fr> : pour l'APR_DRG 560 (accouchement par voie vaginale). Les données disponibles vont de 1997 à 2013.

01

Données

L'analyse présentée dans cette brochure est basée sur les données réelles de remboursement de prestations de soins de santé des femmes affiliées aux 6 mutuelles constituant les Mutualités Libres (MLOZ) qui ont accouché dans un hôpital en Belgique en 2013.⁵

Trois périodes, de durées inégales, ont été prises en compte dans l'étude, à savoir : une période de 9 mois avant l'accouchement (donc depuis la conception de l'enfant), l'hospitalisation liée à l'accouchement (période de maximum une semaine pour un accouchement « sans problème ») et une période de 3 mois après la sortie de la maternité.

Nous avons analysé les prestations médicales, paramédicales et actes techniques qui ont été remboursés par la mutuelle sur une période couvrant une année de soins.⁶

Les prestations non remboursables et les prestations réalisées par des organismes régionaux ou communautaires tels que l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) dans la partie francophone du pays et Kind en Gezin dans la partie néerlandophone du pays ne sont pas prises en compte dans l'étude car ces données ne sont pas disponibles pour les organismes assureurs au niveau de l'individu.⁷

Pour ces organismes, seuls les rapports annuels contiennent des données agrégées au niveau de la population qui fréquente ces structures.

5

Les résultats de l'analyse ont été présentés, à Namur le 29 octobre 2015, au congrès annuel de l'UPSfB (Union professionnelle des sages-femmes Belges).

www.sage-femme.be. Du côté néerlandophone, il existe une organisation similaire, Vlaamse Beroepsorganisatie van vroudevrouwen :

<http://www.vbov.be/>

6

Il s'agit d'une période de 52-53 semaines et non d'une année calendrier

7

<http://www.one.be> : Rapport d'activité 2011 et

<http://www.kindengezin.be> : Jaarverslag 2014

02

Résultats

Il y a eu environ 125.000 séjours hospitaliers pour un accouchement en Belgique en 2013.⁸ A ce chiffre, il conviendrait d'ajouter 20.000 IVG (interruptions volontaires de grossesse).⁹

Cette année-là, les Mutualités Libres ont enregistré 19.533 accouchements, dont 19.323 concernent des femmes entre 15 et 47 ans.¹⁰ Une naissance sur 93 concerne donc une naissance multiple (contre 1 naissance sur 84 pour la Belgique, chiffre Sensoa 2011).

Nous constatons que 99% des accouchements se déroulent en hospitalisation classique. Le pourcentage restant représente les accouchements à domicile (0,6%) ou en one day (0,4%).

Extrapolés à l'ensemble de la Belgique, les accouchements à domicile concerneraient entre 500 et 750 femmes.

Les femmes ont en moyenne 30 ans pour un accouchement par voie basse et 31 ans lors d'une césarienne. Ces âges moyens sont identiques à ceux constatés par la cellule technique de l'INAMI pour l'ensemble de la Belgique. Il y a **21,9% de césariennes dans la population étudiée, soit nettement plus que les 15% considérés comme idéal par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour un pays occidental.**¹¹

A titre de comparaison, pour 2013, la cellule technique de l'INAMI indique 20,8% de césariennes sur toute la Belgique contre environ 14% en 1997 (en croissance continue entre ces deux dates). De même, 65% des accouchements par voie vaginale ont été évalués avec un niveau de sévérité 1 et 31% avec un niveau de sévérité 2. Pour les césariennes, ces degrés de sévérité sont respectivement de 65% et 26%. Le pourcentage important de césariennes avec un degré de sévérité 1 (qui indique grosso modo la complexité de l'accouchement) peut, a priori, poser question quant à la nécessité de pratiquer la césarienne. Mais, en l'absence de données médicales pour justifier la procédure, en tant qu'organismes assureurs, nous laissons au gynécologue le choix et la motivation de cet acte chirurgical.

Le tableau 1 reprend la ventilation des accouchements par voie basse et par césarienne, et ce, selon la région où accouche la patiente.

En 2013, les Mutualités Libres ont enregistré 19.533 accouchements.

TABLEAU 1

Répartition des naissances selon le type d'accouchement et la région où a lieu l'accouchement, MLOZ 2013

	Région	% type accouchement	Age (ans)	Durée séjour (jours)
Césarienne	Bruxelles	21,3%	32,7	6,4
	Flandre	21,9%	31,7	6,4
	Wallonie	22,6%	31,2	6,2
Voie basse	Bruxelles	78,7%	31,2	4,7
	Flandre	78,1%	30,7	4,3
	Wallonie	77,4%	30,2	4,6

8 Cellule technique de l'INAMI : <https://tct.fgov.be> ; AP-DRGs 540, 541 et 560. Données 2013.

9 Vlaams expertise voor seksuele gezondheid, Sensoa : www.sensoa.be

10 Seuls 16.473 accouchements seront « exploitables » pour l'analyse.

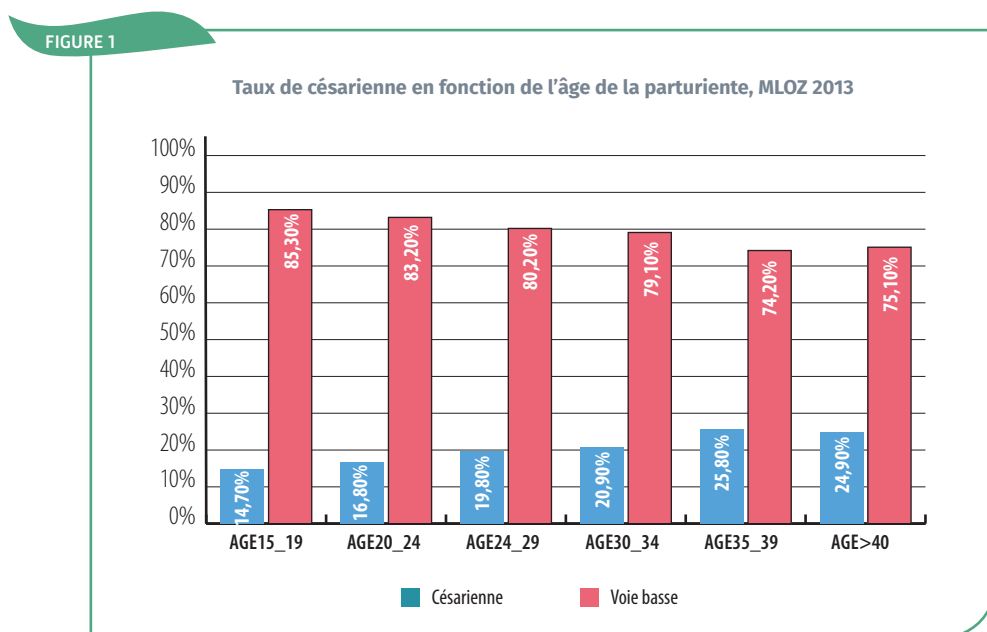
11 Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. WHO/RHR/15.02. © Organisation mondiale de la Santé 2014

Quelle que soit la région où a lieu l'accouchement, nous ne constatons aucune différence significative entre les différentes régions du pays. Cette constatation est valable aussi bien pour un accouchement par voie basse que pour un accouchement par césarienne.

Il n'y a pas non plus de différence significative dans l'âge des mères entre les régions.

En ce qui concerne la durée de séjour, nous avons une différence significative de quasi 2 jours entre un accouchement par voie basse (4,5 jours) et un accouchement par césarienne (6,4 jours).

La figure 1 indique que le pourcentage de césariennes augmente avec l'âge de la mère, en partant d'un taux de 14,7% pour les parturientes âgées entre 15 et 19 ans pour atteindre les 25% à partir de 35 ans et plus.



Nous avons aussi analysé l'impact de l'hospitalisation du bébé sur la durée moyenne de séjour de la maman. Le résultat, frappant, est que la durée moyenne de séjour des mamans est systématiquement et significativement augmentée lorsque le bébé doit être hospitalisé pour des examens diagnostiques complémentaires ou pour des soins médicaux ou chirurgicaux importants.

Le tableau 2 résume l'impact de l'hospitalisation de bébé par type d'accouchement et par région. Environ 10,5% des accouchements induisent une hospitalisation spécifique du bébé (tous types d'accouchement et toutes régions confondues).

“ Quelle que soit la région où a lieu l'accouchement, nous ne constatons aucune différence significative entre les différentes régions du pays. Cette constatation est valable aussi bien pour un accouchement par voie basse que pour un accouchement par césarienne. **”**

TABLEAU 2

Durée de l'hospitalisation de la maman et taux d'hospitalisation des bébés, par région					
			N	Durée séjour	Tx hospitalisation du bébé
Césarienne	Bruxelles	Pas hospitalisation	1030	5,9	20,6% (IC : 18,3-22,8)*
		Enfant hospitalisé	267	10,5	
	Flandre	Pas hospitalisation	936	6,1	20,6% (IC : 18,2-23,0)
		Enfant hospitalisé	243	8,8	
	Wallonie	Pas hospitalisation	943	5,8	16,9% (IC : 14,7-19,1)
		Enfant hospitalisé	192	9,7	
			N	Durée séjour	Tx hospitalisation du bébé
voie basse	Bruxelles	Pas hospitalisation	4371	4,6	8,5% (IC : 7,7-9,3)
		Enfant hospitalisé	408	6,8	
	Flandre	Pas hospitalisation	3901	4,3	7,1% (IC : 6,3-7,9)
		Enfant hospitalisé	298	5,8	
	Wallonie	Pas hospitalisation	3563	4,4	8,3% (IC : 7,4-9,1)
		Enfant hospitalisé	321	6,4	

* IC : Intervalle de confiance à 95% de la proportion en fonction des données disponibles pour notre analyse.

Lorsque l'accouchement se fait par césarienne, la maman reste 3 à 4 jours en plus à l'hôpital qu'une maman dont l'enfant n'a pas dû être hospitalisé. Lors d'un accouchement par voie basse, la différence n'est plus que de 2 jours. Il n'y a pas de différence statistique significative entre les régions.

Une autre statistique intéressante concerne le taux d'hospitalisation des bébés par type d'accouchement et par région. **La proportion des nouveau-nés hospitalisés est 2,5 fois plus élevée en cas d'un accouchement par césarienne (20% vs. 8%).** Les chiffres par région n'apportent pas d'information complémentaire puisque les intervalles de confiance à 95% indiquent que nous ne pouvons conclure, sur base de nos chiffres bruts, à des différences entre les régions.

Nous nous sommes aussi intéressés à d'autres durées, à savoir : le délai entre l'admission à l'hôpital et l'accouchement d'une part et le délai entre l'accouchement et la sortie de l'hôpital (tableau 3).

TABLEAU 3

Moyenne et médiane du délai entre l'entrée à l'hôpital et l'accouchement et du délai entre l'accouchement et la sortie de l'hôpital (en jours)				
	délai entre l'entrée à l'hôpital et l'accouchement (jours)		délai entre l'accouchement et la sortie de l'hôpital (jours)	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Césarienne	0,9	0	5,2	5
Voie basse	0,5	0	3,8	4

En ce concerne le délai entre l'admission à l'hôpital et l'accouchement, la médiane nous dit qu'une femme sur deux accouche le jour de son admission et ce quel que soit le type d'accouchement subi (66% pour les voies basses et 57% pour les césariennes). La moyenne, plus difficile à appréhender dans ce cas-ci, est supérieure à la médiane car elle est influencée par les parturientes qui connaissent quelques problèmes lors de leur «travail». Lorsque les femmes n'accouchent pas le jour de leur admission, elles accouchent généralement le surlendemain.

Pour le délai entre l'accouchement et la sortie de l'hôpital, nous retrouvons la différence d'environ 2 jours en moyenne entre un accouchement par voie basse (3,8 jours) et par césarienne (5,2 jours) que nous avons mentionné au niveau du tableau 1.

Nous avons vu que 10,5% des accouchements ont nécessité une hospitalisation du bébé. Il est intéressant de savoir où sont hospitalisés ces nouveau-nés pendant que leur maman séjourne en maternité (Tableau 4).

TABLEAU 4

Services hospitaliers où sont hospitalisés les nouveau nés

SERVICE	Libellés services	N (adresses différentes)	Total individus différents	% individus différents par service
19	N* Section des soins néonataux non-intensifs	532	592	43,3%
21	Service de diagnostic et de traitement chirurgical	2	2	0,1%
23	Service de pédiatrie	22	22	1,6%
26	Service de maternité	4	4	0,3%
27	Service de soins néonataux intensifs	663	739	54,0%
49	Fonction ou service de soins intensifs	9	9	0,7%

Petit rappel : nos analyses sont basées sur des factures hospitalières de nos affiliés sur lesquelles se trouvent les noms et adresses des patients (des mères et des enfants s'ils sont hospitalisés). La comparaison des 2 premières colonnes de chiffres est intéressante. En effet, **nous constatons que 10 à 15% des bébés hospitalisés sont issus de naissances multiples (jumeaux, triplés,...) mises en évidence par la différence entre le nombre d'individus distincts et le nombre d'adresses différentes des factures hospitalières.**¹² D'autre part, nous avons constaté que 20% des naissances multiples ont induit une hospitalisation en soins néonataux.

Dans 54% des cas, l'hospitalisation du bébé est faite dans un service de soins néonataux intensifs (causes possibles : prématurité, bas poids à la naissance, problèmes respiratoires,...) et pour 43,3% dans une section de soins néonataux non intensifs (N*) pour des problèmes aigus nécessitant moins de technologie.

¹² Une des difficultés de la présente analyse a été de relier un bébé hospitalisé, souvent sous le nom du père, à sa maman qui est hospitalisée sous son nom de jeune fille. Les communs dénominateurs restent donc l'adresse du domicile et l'égalité des dates de prestation d'un accouchement pour la maman et de la naissance de l'enfant.

Combien de temps restent hospitalisés ces nouveau-nés ? Le tableau 5 répond à cette question.

TABLEAU 5

Services hospitaliers où sont hospitalisés les nouveau-nés

SERVICE	Libellés services	Total individus différents	Durée moyenne séjour	Durée médiane séjour
19	N* Section des soins néonataux non-intensifs	592	6,7	5,0
21	Service de diagnostic et de traitement chirurgical	2	18,5	18,5
23	Service de pédiatrie	6	7,5	2,0
26	Service de maternité	3	7,3	4,0
27	Service de soins néonataux intensifs	739	11,3	8,0
49	Fonction ou service de soins intensifs	8	7,0	4,0

Pour 50% des cas (= médiane), l'hospitalisation dure 5 jours dans la section des soins néonataux non intensifs et 8 jours dans un service de soins néonataux intensifs. La moyenne indique une différence significative de 4 à 5 jours entre un nouveau-né hospitalisé en soins intensifs vs. les soins non intensifs. Les données concernant les autres services sont mentionnées à titre d'information car les calculs des durées sont basés sur un nombre trop restreint de nouveau-nés.

Cette description des diverses durées de séjours est très importante car nous savons que la longueur d'un séjour hospitalier est un important inducteur de dépenses publiques, via les mutuelles, mais aussi des dépenses privées (tickets modérateurs et suppléments hospitaliers).

DÉPENSES INAMI GLOBALES

En 2013, nous avons calculé, sur base des données des affiliés des Mutualités Libres, qu'un individu «consomme» des soins de santé pour 2.075€ en moyenne, avec une différence entre homme (1.875€) et femme (2.250€) d'environ 20%. En termes de concentration des dépenses en soins de santé, une femme fait partie du groupe des 20% les plus consommateurs en soins de santé à partir de 2.000€ et des 10% à partir de 4.500€ sur l'année.

Le coût pour l'INAMI de l'hospitalisation liée à l'accouchement est de 3.300€ pour un accouchement normal et 4.600€ pour une césarienne.

La figure 2 rappelle cette constatation que nous avons déjà faite en 2013 lors d'une autre étude des Mutualités Libres¹³

FIGURE 2

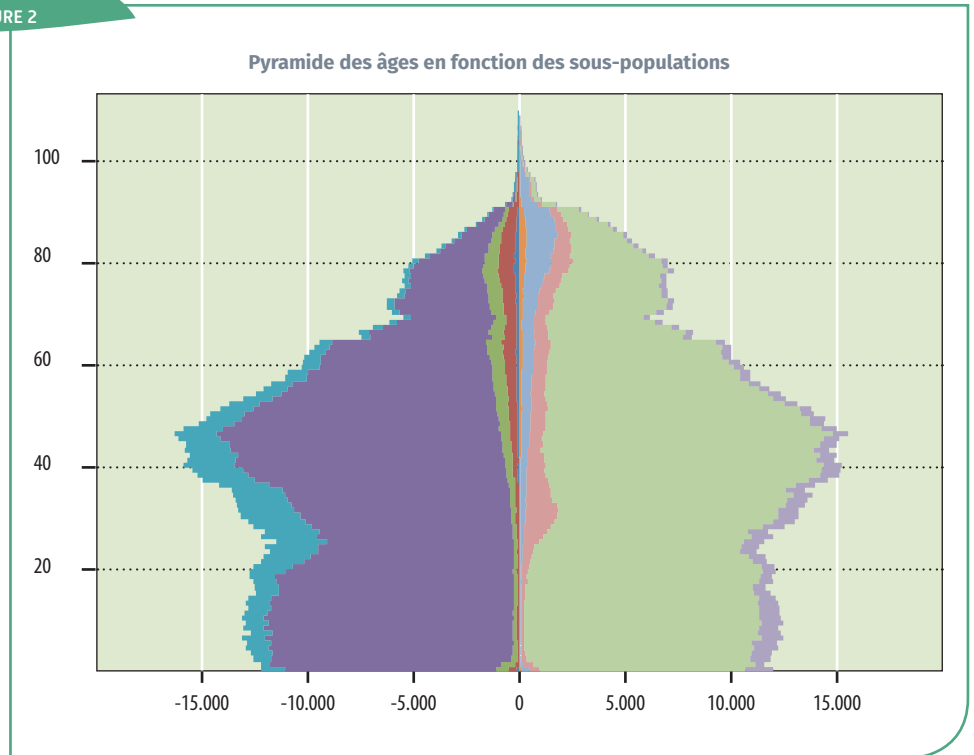
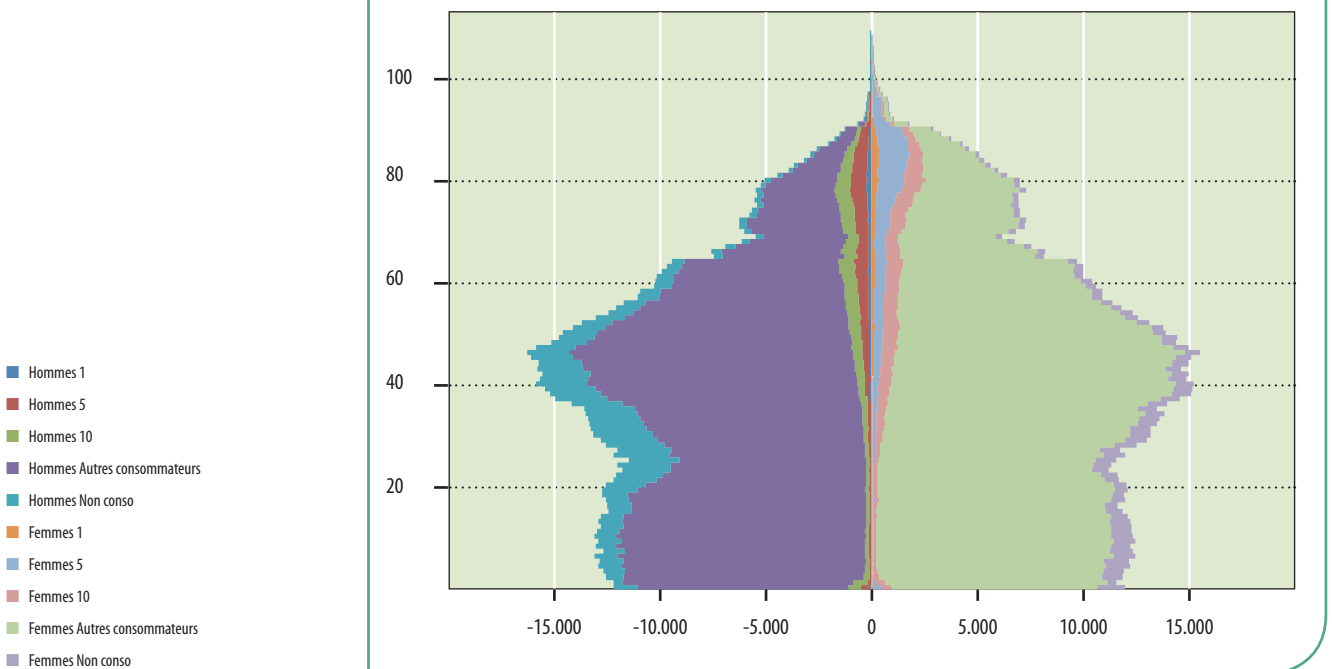


FIGURE 3

Pyramide des âges en fonction des sous-populations, avec absence des femmes ayant accouché



Rien que l'hospitalisation due à l'accouchement fait quasi rentrer la maman dans ce groupe de «grands» consommateurs puisque **le coût pour l'INAMI de l'hospitalisation liée à l'accouchement est de 3.300€ pour un accouchement normal et 4.600€ pour une césarienne** (Tableau 6). Rappelons que la période 1 concerne les 9 mois de la grossesse, la période 2 est l'hospitalisation pour l'accouchement et la période 3 est la période de 3 mois qui suivent l'accouchement.

TABLEAU 6

Dépenses INAMI et tickets modérateurs au cours des 3 périodes

	Période*	type_acc	Montants INAMI			Tickets modérateurs		
			Moyenne	Médiane	P95	Moyenne	Médiane	P95
Maman	1	Césarienne	€ 1.840,68	€ 1.156,77	€ 5.119,17	€ 243,75	€ 215,66	€ 526,05
		Voie basse	€ 1.417,61	€ 978,63	€ 3.592,10	€ 215,73	€ 195,76	€ 439,29
	2	Césarienne	€ 4.609,00	€ 4.143,53	€ 7.368,55	€ 173,36	€ 173,45	€ 260,47
		Voie basse	€ 3.322,56	€ 3.105,82	€ 4.962,92	€ 137,28	€ 145,15	€ 194,89
	3	Césarienne	€ 359,17	€ 177,40	€ 1.034,78	€ 46,32	€ 28,11	€ 147,55
		Voie basse	€ 283,50	€ 166,90	€ 669,93	€ 44,25	€ 26,45	€ 133,91
Enfant	2	Césarienne	€ 5.362,82	€ 2.048,53	€ 20.499,79	€ 93,29	€ 68,56	€ 261,71
		Voie basse	€ 2.356,67	€ 252,18	€ 12.100,13	€ 54,01	€ 23,84	€ 208,34
	3	Césarienne	€ 2.056,27	€ 190,70	€ 9.649,14	€ 92,24	€ 50,64	€ 312,67
		Voie basse	€ 844,23	€ 145,75	€ 3.460,16	€ 65,12	€ 39,37	€ 202,80

* La période 1 concerne les 9 mois de la grossesse, la période 2 est l'hospitalisation pour l'accouchement et la période 3 est la période de 3 mois qui suivent l'accouchement.

Les montants de la période 2 (hospitalisation pour accouchement) fluctuent grandement en fonction des institutions selon qu'elles sont universitaires ou non. Pour information, une institution universitaire a une facture supérieure de 20% à une institution non universitaire pour un accouchement, quel que soit le type d'accouchement.

A titre de comparaison, **une femme qui n'a pas accouché en 2013 et qui est âgée entre 15 et 47 ans¹⁴ a induit 1.200€ de dépenses en soins de santé, soit 100€/mois en moyenne. Pour la même tranche d'âge, une femme qui a subi une césarienne en 2013 a comptabilisé 6.800€ de dépenses en soins de santé et une femme avec un accouchement normal 5.025€.** Pour l'année étudiée, la concentration des dépenses annuelles est 65 à 67% pour les parturientes pendant l'hospitalisation liée à l'accouchement (3.300€/5.025€ pour un accouchement normal et 4.600€/6.800€ pour une césarienne).

5% des mamans induisent des factures hospitalières remboursées par l'INAMI supérieures à 5.000€ pour un accouchement vaginal et de quasi 7.400€ pour une césarienne.¹⁵

La césarienne est aussi un inducteur de dépenses tout en sachant que ce n'est pas la césarienne qui est responsable de dépenses supérieures pendant l'hospitalisation, si ce n'est lors d'une césarienne de «convenance», mais la présence éventuelle d'un statut pathologique possible d'un fœtus «à risque» de prématurité et/ou de souffrance fœtale in-utero.

¹³ Etude «Concentration des dépenses en soins de santé» décembre 2013.

¹⁴ Etendue («range») de l'âge des patientes des Mutualités Libres qui ont accouché en 2013.

¹⁵ Données issues de la colonne P95 (percentile 95) qui signifie que 95% de la population étudiée présente une valeur inférieure ou égale aux montants indiqués, et donc que 5% de cette population a une valeur supérieure.

Lorsque l'accouchement s'est bien déroulé et que le bébé ne nécessite pas de soins particulier, les soins apportés à ce dernier sont comptabilisés au nom de la maman. Le bébé n'acquiert une existence «comptable» qu'à partir du moment où des soins spécialisés sont nécessaires pendant la période d'hospitalisation de la maman (Neonatal Intensive Care - NIC, médicaments spécifiques,...). Nous rappelons que 10% de nouveau-nés font l'objet d'une hospitalisation spécifique pendant l'hospitalisation de la maman et qu'en cas de naissances multiples, cela monte à 20%.

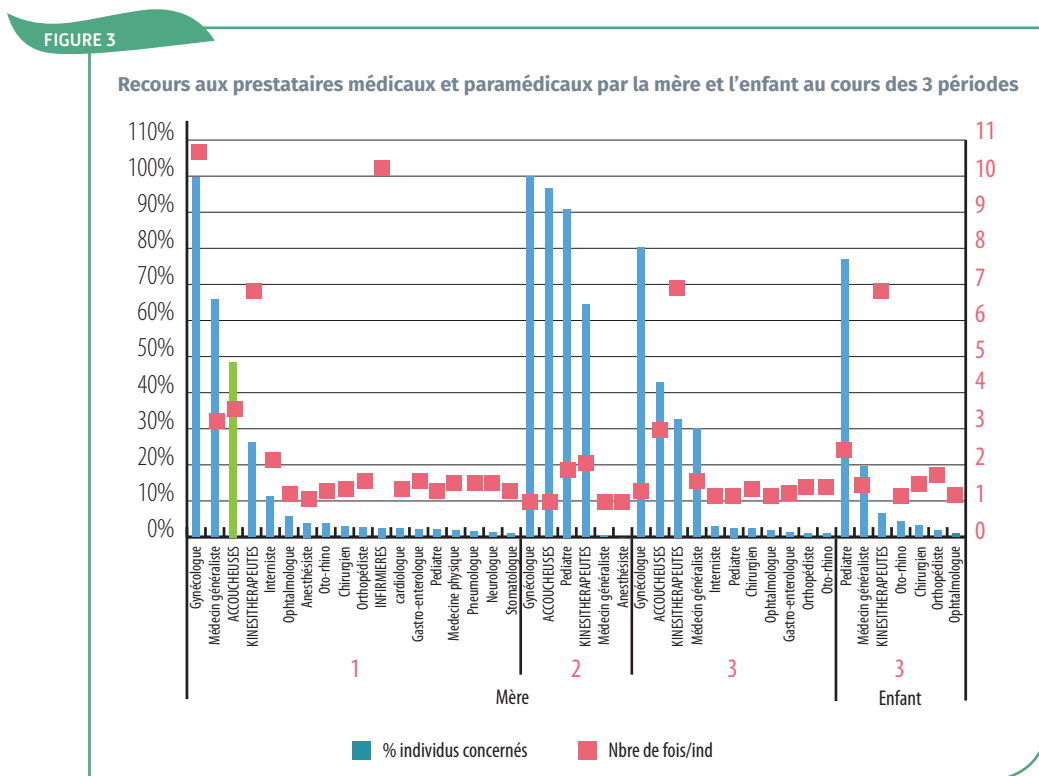
Ces quelques données montrent l'importance de l'impact financier potentiel pour la sécurité sociale de décisions prises au niveau de la durée de séjour de la maman lors de son hospitalisation liée à son accouchement (environ 400 euros). **En 2013 (données de Mutualités Libres), les durées moyennes de séjour (facturées) étaient respectivement de 4,5 jours et 6,4 jours pour un accouchement normal et une césarienne sans complication.**

Enfin, notons que **les tickets modérateurs pour les prestations remboursables pendant cette année sont relativement modestes** par rapport aux coûts globaux engendrés par le suivi pré- et post-natal ainsi que l'accouchement. Bien sûr, l'addition à charge de la patiente (ou de l'assurance hospitalisation) serait plus importante si nous devons prendre en compte les suppléments hospitaliers que les hôpitaux facturent à leurs patients (suppléments de chambre à un lit, suppléments d'honoraires,...).

LES RECOURS AUX SOINS

Nous venons d'avoir un aperçu des dépenses INAMI totales par période. Il est intéressant de connaître le contenu de ces dépenses en analysant le recours aux soins et prestations remboursables dans les diverses périodes de l'étude.

D'emblée, nous avons constaté que les données montrent une très grande hétérogénéité dans la consommation de soins et la préparation des futures mamans. Chaque situation, chaque cas, est particulier. La figure 3 détaille le recours aux prestataires médicaux pour les 3 périodes pour la maman et uniquement la période post-hospitalisation pour l'enfant.



LES PRESTATAIRES MÉDICAUX

Au niveau de la mère, 100% d'entre elles consultent un gynécologue pendant la grossesse. Ce qui est étonnant, c'est le nombre moyen de consultations : 10,8 fois sur une période de 9 mois. Un généraliste est consulté dans 66% des cas mais pas forcément en lien avec la grossesse. Toutes les autres spécialités médicales ne sont consultées que par moins de 10% des futures mamans. Le tableau 7 résume le recours aux principaux prestataires médicaux.

TABEAU 7

Les prestataires médicaux

Période*	Type	Prestataire	N	% total N	Nbre consultations, avis	Nbre moyen consultations / individu
1	Mère	Gynécologue	16365	100%	176837	10,8
		Médecin généraliste	10807	66%	34907	3,2
		Pédiatre	360	2%	452	1,3
2	Enfant	Gynécologue	1	0%	1	1,0
		Médecin généraliste	17	0%	17	1,0
		Pédiatre	69	0%	69	1,0
	Mère	Gynécologue	16414	100%	16458	1,0
		Médecin généraliste	71	0%	71	1,0
		Pédiatre	7	0%	7	1,0
3	Enfant	Gynécologue	23	0%	24	1,0
		Médecin généraliste	3221	20%	4691	1,5
		Pédiatre	12697	77%	31147	2,5
	Mère	Gynécologue	13165	80%	16545	1,3
		Médecin généraliste	4958	30%	7775	1,6
		Pédiatre	404	2%	470	1,2

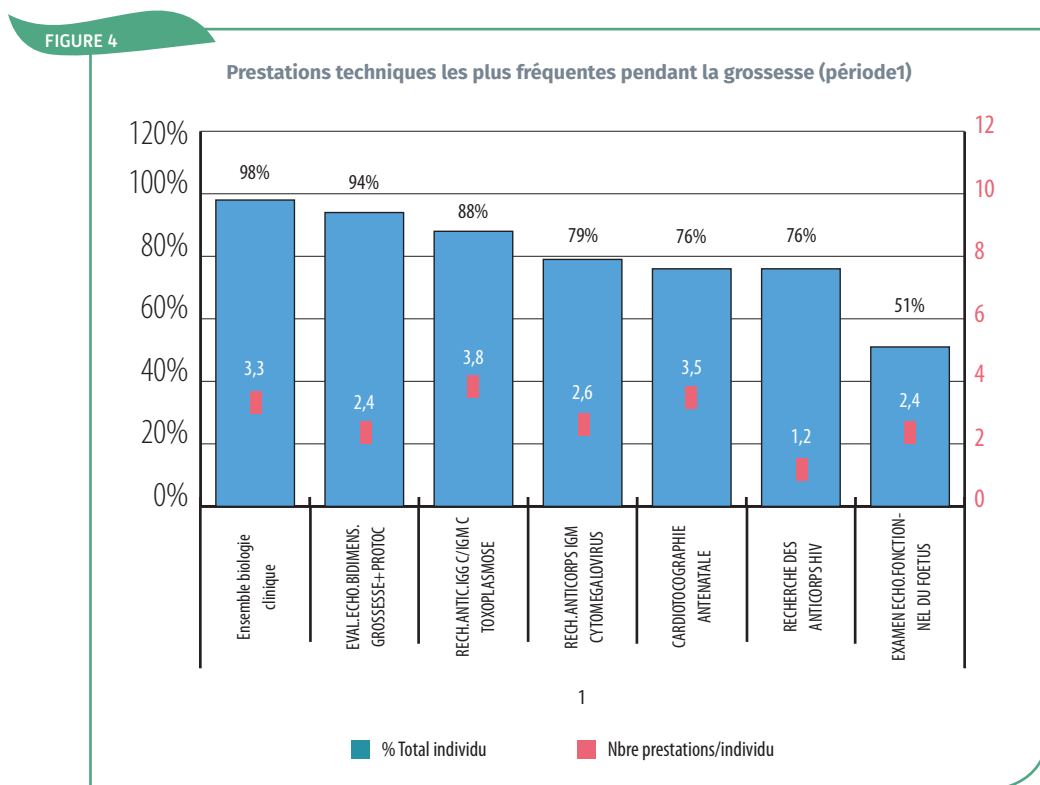
100% des mères consultent un gynécologue pendant la grossesse. Ce qui est étonnant, c'est le nombre moyen de consultations : 11 fois sur une période de 9 mois.

* La période 1 concerne les 9 mois de la grossesse, la période 2 est l'hospitalisation pour l'accouchement et la période 3 est la période de 3 mois qui suivent l'accouchement.

Après l'hospitalisation, 80% vont voir un gynécologue au moins une fois au cours des 3 mois post-partum. Le généraliste est aussi consulté par les mamans, 30% d'entre elles au rythme de 1 à 2 fois sur la période, ce qui est nettement moins que pendant la période de la grossesse.

En ce qui concerne l'enfant, 77% d'entre eux ont vu un pédiatre au cours des 3 mois qui suivent la naissance et ils y ont été en moyenne 2,5 fois, soit grosso modo 1 fois par mois. Le médecin généraliste a été consulté par 20% d'enfants au moins une fois. Les autres spécialités médicales ne sont consultées que de manière marginale suite vraisemblablement à des petits problèmes aigus (figure 3).

Au niveau des prestations réalisées (figure 4), 100% des futures mamans font des examens de biologie clinique et ce, 3 fois en moyenne sur les 9 mois de la grossesse. Il s'agit des dosages traditionnels de base mais aussi des recherches concernant la toxoplasmose (chez 88% des femmes), le cytomégalovirus (chez 80% des femmes), les hépatites (70%), le HIV (76%),... Ce qui est étonnant, c'est que ces tests sont réalisés de une à trois fois chez la même femme pendant la grossesse.



L'autre grand classique est l'examen échographique. L'évaluation échographique bidimensionnelle est réalisée chez 94% des femmes en moyenne 2,4 fois pendant la grossesse. Un autre test, l'examen échographique fonctionnel du fœtus, est réalisé chez 51% des parturientes et ce, à la même fréquence de 2,4 fois sur la période.

Un troisième examen, la cardiocographie anténatale, est réalisé, dans 76% des cas et 3,5 fois en moyenne par femme. Il s'agit d'une surveillance du fœtus par un enregistrement du rythme cardiaque fœtal. Bien qu'utilisé normalement au moment de l'accouchement, ce monitoring fœtal est aussi utilisé pendant la grossesse en présence de facteurs de risque liés au terme de la grossesse ou en cas de pathologies associées (menace d'accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, grossesses multiples, souffrance fœtale chronique,...). Nous mettons en annexe 1 les autres prestations réalisées pendant les 9 premiers mois.

A l'hôpital, toutes les femmes voient un gynécologue au moins une fois (au moment de l'accouchement), 90% voient un pédiatre et ce 2 fois en moyenne pendant le séjour hospitalier.

Au niveau des prestations réalisées à l'hôpital, nous avons dénombré 1.010 prestations remboursables différentes (hors honoraires) pour l'ensemble des affiliées des Mutualités Libres qui ont accouché en 2013. Sur ces 1.010 prestations, 32 seulement concernaient 80% des futures mères (Tableau 8). Les 978 autres prestations concernent essentiellement de la biologie clinique (dosages multiples et variés,...) et représentent 16,7 % des dépenses liées à des actes techniques pendant l'hospitalisation. Nous avons mis en rouge les prestations médicales et en noir, les prestations de biologie clinique.

TABEAU 8

Prestations réalisées à l'hôpital lors d'un accouchement, MLOZ 2013*

Période	LIBELLE_FR prestation	Nbre individus	% Total Individu	Durée médiane séjour
2	ASSIST.ACCOUCHE.EFFECT.P/MEDEC.HOPIT	15712	95%	1,0
2	PRESTATION RELATIVE P/BIOLOGIE CLINIQUE	15478	94%	1,0
2	DOSAGE HEMOGLOBINE P/ELECTROPHOTOM.	14262	86%	1,8
2	NUMEROTATION DES GLOBULES ROUGES	13320	81%	1,7
2	ACCOUCHEMENT NORMAL OU DYSTOCIQUE	12892	78%	1,0
2	DETERMIN.GROUPSANG.ABO/FACT.RHES.D	12164	74%	1,1
2	NUMEROTATION DES PLAQUETTES	11391	69%	1,7
2	NUMEROTATION DES GLOBULES BLANCS	11301	68%	1,7
2	RECH.ANTICORPS ANTI-ERYTHROCYTAIRES	9529	58%	1,0
2	ANEST.EPIDURALE/SURVEILLANCE P/ACC.	9066	55%	1,0
2	SEANCE KINE 30 MIN BÉNÉF HOSPITALISÉ 13	9050	55%	2,0
2	FORMULE LEUCOCYTAIRE	8806	53%	1,7
2	DOSAGE DE LA CRP P/METHODE IMMUNOL.	6750	41%	1,8
2	DETERMINAT.SOUS-GROUPES RHESUS C,E	6735	41%	1,1
2	DETERMINATION PH SANGUIN/PRESS.CO2	6407	39%	1,1
2	PRES. SALLE ACCOUCHE.+PRISE CHARGE NOUVEAU-NÉ	6030	37%	1,0
2	RECH.ANTIC. IGM C/TOXOPLASMA GONDII	5668	34%	1,1
2	DOSAGE BILIRUBINE TOT.ET FRACTIONS	5564	34%	1,7
2	PREST.SOINS DIAGNOSTIQUES NON REMB.	5487	33%	1,0
2	RECH.ANTIC. IGG C/TOXOPLASMA GONDII	5050	31%	1,1
2	DOSAGE DU GLUCOSE	5001	30%	1,5
2	CARDIOTOGRAPHIE ANTENATALE	4246	26%	1,5
2	DOSAGE DE LA BILIRUBINE	3946	24%	1,5
2	ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE	3597	22%	1,0
2	TEMPS DE THROMBOPLASTINE	3588	22%	1,3
2	ANESTHESIE P/PREST. =<K270-N450-ISSO	3568	22%	1,0
2	TEMPS DE THROMBOPLASTINE PARTIELLE	3533	21%	1,4
2	CULTURE AEROBIE DE PLUS, EXSUDATS ETC	3307	20%	1,4
2	DOSAGE DU POTASSIUM	3259	20%	1,4
2	DOSAGE DU SODIUM	3243	20%	1,4
2	DETERMINATION AUTRES ANTIGENES ERYTHROCYTAIRES	3241	20%	1,1

* Hors honoraires (consultations,...) et les prestations pharmaceutiques

Dans le tableau 8, nous retrouvons la proportion des accouchements par voie basse (78%) et les césariennes (22%). Une anesthésie par péridurale est effectuée dans 55% des accouchements et le monitoring cardiaque du fœtus (cardiotocographie) n'est plus effectué que dans 26% des cas (vs. 76% pendant la grossesse). Un pédiatre est présent en salle d'accouchement et éventuellement prend en charge un nouveau-né dans 37% des cas (notamment lors du transfert vers un service de soins intensifs ou non intensifs).

LES PRESTATAIRES NON MÉDICAUX

Le tableau 9 détaille le recours aux 3 principaux prestataires non médicaux liés à l'accouchement.

Au niveau des sages-femmes, approximativement, une femme sur 2 a recours à une sage-femme avant son accouchement (moins de 15% de ces prestations ont lieu au domicile), et si elle recourt à une sage-femme, en moyenne, elle la voit 3 à 4 fois sur les 9 mois précédant son accouchement. Certaines femmes doivent sans doute recevoir des conseils liés à la grossesse de la part d'infirmières (3% des femmes mais celles-ci ont en moyenne 10 prestations remboursées pour des actes liés à l'art infirmier). A défaut de dossier médical, nous ne pouvons savoir pour quelle(s) raison(s) des infirmières sont consultées. Peut-être dans le cadre de grossesses à risque.

A l'hôpital, quasi toutes les mamans ont vu une sage-femme. Même si souvent, la sage-femme est confondue avec une infirmière. Financièrement, les accoucheuses ont induit en 2013 moins de 5% des dépenses INAMI (prix de journée à 100%) lors d'une hospitalisation pour un accouchement.

Après l'accouchement, le recours aux prestations d'une sage-femme concerne 40 à 50% des parturientes (en fonction du type d'accouchement), principalement pour des soins et une surveillance à domicile ou des consultations pour l'allaitement maternel, en moyenne 3 fois au cours des 3 mois.

TABLEAU 9

Recours aux prestataires non médicaux (sages-femmes et paramédicaux)

Période	Type	Prestataire	Nbre individus	% total N	Nbre prestations	Nbre moyen prestations/ individu
1	Mère	ACCOUCHEUSES	7963	49%	28217	3,5
		INFIRMIERES	411	3%	4223	10,3
		KINESITHEREAPEUTES	4322	26%	29684	6,9
2	Mère	ACCOUCHEUSES	15849	97%	16356	1
		INFIRMIERES	62	0%	78	1,3
		KINESITHEREAPEUTES	10576	64%	21903	2,1
	Enfant	INFIRMIERES	114	1%	368	3,2
		KINESITHEREAPEUTES	1063	6%	7256	6,8
3	Mère	ACCOUCHEUSES	7019	43%	21187	3
		INFIRMIERES	548	3%	4963	9,1
		KINESITHEREAPEUTES	5368	33%	37211	6,9

Quasi 33% des femmes ont des séances de kinésithérapie à un rythme respectivement de 7 fois sur 3 mois (concentrés sur les 2 premiers mois).

La réorganisation du trajet mère-enfant post-accouchement va toucher principalement des prestations qui sont réalisées actuellement au cours de l'hospitalisation. La question est de savoir lesquelles ? Actuellement sur les 4 à 6 jours d'hospitalisation, quasi toutes les mamans voient une fois une accoucheuse, les 2/3 voient deux fois un(e) kiné ou ont une physiothérapie. Ces soins seront-ils correctement reportés et prestés en ambulatoire avec cette obligation de diminuer la durée de séjour hospitalier dès maintenant (c'est-à-dire 2015 et 2016) ?



Après l'accouchement, le recours aux prestations d'une sage-femme concerne 40 à 50% des parturientes principalement pour des soins et une surveillance à domicile ou des consultations pour l'allaitement maternel, en moyenne 3 fois au cours des 3 mois.

Conclusions

Le raccourcissement de la durée de séjour à la maternité est une mesure frappante, mais pas vraiment étonnante. **Dans la plupart des pays occidentaux, les femmes restent de moins en moins longtemps à l'hôpital après leur accouchement.** L'éventuel revers à la médaille serait l'impact sur les jeunes parents qui auraient moins de temps de faire connaissance avec leur bébé et d'apprendre à le soigner à l'hôpital. Un bon encadrement est très important après la naissance, surtout pour les familles vulnérables et les parents qui reçoivent peu de soutien de leur entourage proche.

TROP DE CONSULTATIONS ET D'ACTES RÉALISÉS EN ROUTINE

Dans le suivi de la grossesse, nous constatons une moyenne de 10,8 consultations par des gynécologues, accompagnées, dans près de la moitié des cas, de 3,5 consultations par des accoucheuses. Dans les grossesses à faible risque, le KCE¹ recommande 10 visites prénatales pour les femmes primipares et 7 pour les multipares. Certains actes de biologie clinique semblent être réalisés en routine à plusieurs reprises sans tenir compte des facteurs de risque de la future mère. Le nombre moyen d'échographies est également supérieur aux recommandations. Comment justifier ces précautions ?

Par contre, **il est interpellant de découvrir l'absence de recherche d'anticorps contre le virus HIV dans près d'un quart des grossesses, alors qu'un traitement prénatal est indiqué en cas de positivité.**

Cette étude englobe une majorité de futures mères à faible risque gestationnel, pour lesquelles une relative démedicalisation peut être proposée par un usage plus rationnel des consultations et examens complémentaires.

Enfin, le taux de césariennes est trop élevé en Belgique (22 à 25% selon l'âge). Il doit être possible d'arriver rapidement à un taux de césariennes inférieur à 20%.

ELARGIR LES PRESTATIONS À DOMICILE DES SAGES-FEMMES

Toutes les femmes ne sont pas égales face à l'accouchement, ni sur le plan médical, ni sur le plan social. Pour une majorité d'entre elles, donner naissance est une source de joie.

Dans ce cas, un jour de moins à l'hôpital relève du détail. Comment mieux intégrer les sages-femmes dans des structures alternatives mais aussi à l'hôpital dans les structures modernisées existantes ? Les projets pilotes devraient pouvoir répondre à cette question.

Chercher à rationaliser et développer de nouvelles prises en charge n'est pas étonnant dans la mesure où l'on ne brade pas la santé et où l'on confie les mères aux professionnel(le)s les plus compétent(e)s et les mieux formé(e)s. Même s'il n'y avait aucune nécessité médicale, ce glissement vers l'ambulatoire est une tendance de fond.

De manière générale, les nouveaux trajets maman-bébé devront veiller à ce que ce soit vraiment l'intérêt des patientes et la qualité des soins, et pas seulement des dépenses publiques, qui soit assuré.

Nous devons nous poser la question de savoir si l'organisation actuelle des soins ambulatoires est en mesure de garantir une prise en charge plus rapide du retour à domicile en termes de gestion médicale des risques éventuels durant la période postnatale. Dès le départ, des indicateurs permettant d'évaluer la complémentarité entre les niveaux de pouvoir (fédéral et communautaire) doivent être mis en place pour assurer une prise en charge correcte des parturientes/ménages. Enfin, le haut pourcentage des césariennes (et sa croissance insuffisamment justifiée au point de vue épidémiologique) et les soins postnatals engendrés par cette intervention chirurgicale devront être modifiés afin d'assurer un nouveau trajet de soins de qualité suffisante en termes de santé publique.



Chercher à rationaliser et développer de nouvelles prises en charge n'est pas étonnant dans la mesure où l'on ne brade pas la santé et où l'on confie les mères aux professionnel(le)s les plus compétent(e)s et les mieux formé(e)s.

1

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_248Bs_examens_recommand%C3%A9s_pendant_grossesse_Synthese.pdf

Les Mutualités Libres seront attentives aux conséquences de la décision politique de raccourcir les durées de séjour en maternité pour les grossesses et les accouchements «à bas risque». Un développement et une extension des prestations de sages-femmes à domicile est absolument nécessaire. **L'objectif est aussi de «démédicaliser» la grossesse et les suites de l'accouchement. Les mutuelles auront un rôle à jouer pour favoriser le degré d'autonomisation (empowerment) de la maman via des aides, de l'information écrite ou orale et ce, en plus, de l'action des acteurs (médicaux, paramédicaux, sociaux, case manager,...).** Des mesures de « veille » devront être développées : contrôler le taux de réadmission hospitalière des nourrissons, prévoir des indicateurs et /ou des mesures de contrôle de l'uniformité de la prise en charge postnatale dans les différentes régions du pays....., après une sortie anticipée ou programmée. D'autres idées viendront des projets pilotes.

Ce nouveau trajet de soins individuel mère-enfant aura certainement un coût pour les finances publiques mais nettement moins élevé que les frais hospitaliers. **L'étude des Mutualités Libres montre en effet que la part actuelle des sages-femmes dans les coûts de l'accouchement est de 5% seulement, et le budget prévu en 2016 pour cette profession est de 21,3 millions €, soit 0,1% du budget total des soins santé!** Trop peu de mamans savent par ailleurs que l'assurance maladie rembourse intégralement les soins post-accouchement administrés à domicile par des sages-femmes conventionnées, il est important de les en informer et les mutualités ont un rôle à jouer dans ce domaine.

Par ailleurs d'autres prestataires de soins devront bien sûr être activement impliqués dans le suivi post-natal selon les besoins des parents et des bébés (généralistes, pédiatres, gynécologues...). Des mesures de «veille» sont également à prévoir: monitorer les réadmissions des nourrissons à l'hôpital, surveiller que l'offre de services de soutien reste suffisante dans toutes les régions (aide familiale...), etc.

Références

- OCDE (2015), Durée de séjour à l'hôpital (indicateur). www.ocde.org
- Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschuieren M, Obyn C Vinck I, Paulus D, Christiaens W. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 232. D/2014/10.273/82.
- Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari MT, Carville S, Dworzynski K, Gaudet L, Glen J, Jones K, Miller P, Tetzlaff J M, Alexander S, Allegaert K, Beeckman K, Ceysens G, Christiane Y, De Ronne N, de Thysebaert B, Dekker N, Denys A, Eeckeles P, Hernandez A, Mathieu E, Seuntjens L, Verleye L, Stordeur S. Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 248Bs. D/2015/10.273/56.
- Ceuppens A, Di Zinno T., Guillaume J., Regueras N., Benahmed N., Remacle A., Le suivi prénatal en Belgique en 2010. Comparaison avec les résultats de 2005. Agence InterMutualiste. Juin 2013. <http://www.aim-ima.be/IMG/pdf/suivi-pr-natal-en-2010---aim---20130612.pdf>
- Neiryck C., Le coût hospitalier des accouchements en Belgique, Brochure MLOZ, Novembre 2012, 20 pages. Disponible sur le site des Mutualités libres.

PRESTATIONS TECHNIQUES PENDANT LA GROSSESSE

Période	LIBELLE_FR prestation	Nbre individus	% Total Individu	Nbre prestations/ individu
1	DOSAGE HEMOGLOBINE P/ELECTROPHOTOM.	16184	98%	3,3
1	NUMEROTATION DES GLOBULES ROUGES	16047	97%	3,2
1	NUMEROTATION DES PLAQUETTES	15942	97%	3,2
1	NUMEROTATION DES GLOBULES BLANCS	15609	95%	3,1
1	EVAL.ECHO.BIDIMENS.GROSSESSE+PROTOC	15432	94%	2,4
1	DOSAGE DU GLUCOSE	14539	88%	2,0
1	RECH.ANTIC.IGG C/TOXOPLASMA GONDII	14476	88%	3,8
1	RECH.ANTIC.IGM C/TOXOPLASMA GONDII	14355	87%	3,9
1	FORMULE LEUCOCYTAIRE	13983	85%	2,8
1	FORF.BIOL.PREST.B <700>1750GR MEDECIN ACCRED.	13735	83%	2,7
1	FORF.BIOL.VALEUR PREST.B<700 MEDECIN ACCRED.	13658	83%	2,4
1	DIAGN/CONTROL.EVOL.HEPATIT.VIRALE B	13273	80%	1,3
1	FORF. BIOL.PREST.B <1750>3500GR MEDECIN ACCRED.	13160	80%	2,1
1	RECH.ANTICORPS IGM CYTOMEGALOVIRUS	13100	79%	2,7
1	RECH.ANTICORPS IGG CYTOMEGALOVIRUS	13084	79%	2,6
1	DOSAGE HORMONE THRÂOTROPE (TSH)	13083	79%	1,9
1	DOSAGE FERRITINE P/METHODE NON-ISOT	12914	78%	2,1
1	FORF.BIOL.PREST.B >3500GR MEDECIN ACCRED.	12774	77%	1,5
1	RECHERCHE DES ANTICORPS HIV	12582	76%	1,2
1	CARDIOTOGRAPHIE ANTENATALE	12563	76%	3,5
1	TEMPS DE THROMBOPLASTINE	12298	75%	1,9
1	RECH.ANTICORPS ANTI-ERYTHROCITAIRES	12251	74%	2,1
1	DOSAGE DE LA CREATININE	12147	74%	2,2
1	DOSAGE DE L'ACIDE URIQUE	12125	73%	2,2
1	TEMPS DE THROMBOPLASTINE PARTIELLE	12025	73%	1,9
1	DOSAGE ASPARTATE+ALANINE AMINOTRANS	11720	71%	2,2
1	DIAGN/CONTR.EVOLUT.HEPATIT.VIRALE C	11521	70%	1,2
1	DETERM.RISQUE SYNDROME DOWN 1ER TRIM. DE GROSSESSE	11301	68%	1,0
1	DOSAGE DE L'UREE	11262	68%	2,1
1	DOSAGE T4 LIBRE	11046	67%	1,9
1	SERODIAG.INF. TREPONEME:ANTIG.SPECIF	10772	65%	1,2
1	RECHERCHE DU STREPTOCOQUE AGALACTIAE	9881	60%	1,0
1	DOSAGE CHORRIONADOTROPHINES HUMAIN(HCG)	9677	59%	1,5
1	DOSAGE GAMMAGLUTAMYLTRANSFERASES	9380	57%	1,9
1	RECH.ANTICORPS C/RUBEOLE CHEZ FEMME	9318	56%	1,3
1	CULTURE AEROBIE URINE AV/IDENT.GERM	9026	55%	2,0
1	DOSAGE DU FER	8731	53%	1,8
1	DETERMIN.GROUPSANG.ABO/FACT.RHES.D	8506	52%	1,4
1	ECHOGRAPHIE DU PETIT BASSIN	8369	51%	1,9
1	EXAMEN ECHO.FONCTIONNEL DU FOETUS	8356	51%	2,4

ANNEXE 1

PRESTATIONS TECHNIQUES PENDANT LA GROSSESSE

Période	LIBELLE_FR prestation	Nbre individus	% Total Individu	Nbre prestations/ individu
3	ECHOGRAPHIE DU PETIT BASSIN	4943	30%	1,1
3	SURV+SOINS POST.NATALS. -->6EME JOUR A DOMICILE	4127	25%	2,5
3	SÉANCE KINÉ 30 MIN CABINET KINÉ HORS HOP 13	3358	20%	5,7
3	DOSAGE HEMOGLOBINE P/ELECTROPHOTOM.	2447	15%	1,4
3	NUMEROTATION DES GLOBULES ROUGES	2395	15%	1,4
3	NUMEROTATION DES GLOBULES BLANCS	2350	14%	1,4
3	NUMROTATION DES PLAQUETTES	2263	14%	1,4
3	FORMULE LEUCOCYTAIRE	2151	13%	1,4
3	EX.CYTOPATH.PRELEV.CERVICO-VAGINAUX	1999	12%	1,0
3	SEANCE INDIVIDUELLE DE KINÉ 30 MINUTES	1901	12%	7,1
3	REALISAT. FROTTIS CERVICAL/VAGINAL	1857	11%	1,0
3	SURVEILL+SOINS POST-NATALS SEJOUR	1785	11%	1,0
3	FORF.BIOL.PREST.B <700>1750GR MEDECIN ACCRED.	1584	10%	1,1
3	DOSAGE DE LA CR P/METHODE IMMUNOL.	1570	10%	1,5
3	DOSAGE DE LA CREATININE	1529	9%	1,3
3	EXAM.MICROSC.PLUS, SPERME COL SIMPLE	1469	9%	1,1
3	FORF.BIOL. VALEUR PREST.B <700 MEDECIN ACCRED.	1446	9%	1,2
3	DOSAGE HORMONE THYROIDIENNE (TSH)	1356	8%	1,1
3	DOSAGE DE L'UREE	1345	8%	1,3
3	DOSAGE ASPARTATE+ALANINE AMINOTRANS	1340	8%	1,3
3	DOSAGE GAMMAGLUTAMYLTRANSFERASES	1294	8%	1,3
3	DOSAGE FERRITINE P/METHODE NON-ISOT	1272	8%	1,1
3	DOSAGE DU GLUCOSE	1246	8%	1,2
3	PREMIERE CONSULTATION ALLAITEMENT MATERNEL A DOM.	1205	7%	1,0
3	PREST. DE LABOR. NON REMBOURSABLES +	1177	7%	1,1
3	DOSAGE T4 LIBRE	1138	7%	1,1
3	SPEC. PHARM. BEN. AMBUL. OFF. HOSP-CAT.D	1116	7%	1,2
3	HON COML UTIL TECHN ADHESIVE	1112	7%	1,3
3	FORF.BIOL.PREST.B<1750>3500GR MEDECIN ACCRED.	1022	6%	1,1
3	CONSULTATION ALLAITEMENT MATERNEL A DOMICILE	1015	6%	1,6
3	DOSAGE DU FER	984	6%	1,1
3	DOSAGE DE L'ACIDE URIQUE	974	6%	1,2
3	DOSAGE DES PHOSPHATASES ALCALINES	969	6%	1,3
3	SURVEILL+SOINS POST-NATALS A PARTIR 4E JOUR (jour ouvrable)	952	6%	1,0
3	EXAM. MICROSC.PLUS, SPERME COL. DOUBLE	871	5%	1,1
3	SURVEILL+SOINS POST-NATALS A PARTIR DU 6E JOUR ZKH.	854	5%	1,3
3	CONSULT. AMBULATOIRE RADIODIAGNOSIC	848	5%	1,2
3	HONORAIRES COMPLÂM. GESTION DMG	848	5%	1,0
3	AUTRES PRODUITS PARAPHARMACEUTIQUES	839	5%	1,3
3	DOSAGE DES DEHYDROGENASES LACTIQUES	820	5%	1,3
3	CULTURE AEROBIE URINE AV/IDENT.GERM	815	5%	1,2
3	FORFAIT MEDICALE EN MAISON MEDICALE	803	5%	2,8
3	DOSAGE DES PROTEINES TOTALES	802	5%	1,2
3	CONSULTATION AU CABINET DU DENTISTE	789	5%	1,1
3	FORFAIT SOINS INF. MAISON MEDICALE	784	5%	2,8
3	RX. INTRABUCCALE DENT/GROUPE DENTS	769	5%	1,1
3	CONSULT. DERMATO-VÂNĂRĂOLOGUE ACCR.	768	5%	1,2
3	DOSAGE DU CALCIUM	761	5%	1,3
3	EXAM.BUCCALANNUEL DU 18E AU 63E ANNIVERSAIRE	746	5%	1,0

4.8. Algorithme

1 ^{er} trimestre (1-14 semaines)	
Approche centrée patiente: soutien, information, implication dans la décision	<p><u>1^{ère} visite</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des facteurs de risque • Schéma des rendez-vous: 10 pour une 1^{ère} grossesse ou 7 dans les autres cas • Poids & IMC • Tension artérielle • Protéinurie • Informations sur le dépistage du syndrome de Down et les mesures préventives du CMV et de la toxoplasmose
	<p><u>1^{ère} visite: Hématologie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémoglobine, MCV, MCH & MCHC pour l'anémie • Groupe sanguin & rhésus si inconnus • Anticorps anti-érythrocytaires • Électrophorèse chez les femmes à risque d'hémoglobinopathies
	<p><u>Visites suivantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Évolution pondérale • Tension artérielle • A partir de 12 sem., auscultation Doppler du rythme cardiaque fœtal (RCF) • <u>Entre 11 et 13 sem. 6 jours</u> • Échographie
	<p><u>1^{ère} visite: Sérologie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hépatite B si statut immunitaire inconnu • VIH • Rubéole si statut immunitaire inconnu • Syphilis • Varicelle si pas d'antécédent d'infection
	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuellement 1 seul test pour le CMV • Eventuellement 1 seul test pour la toxoplasmose
2 ^e trimestre (15-28 semaines)	
	<p><u>À chaque visite</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Évolution pondérale • Tension artérielle • Auscultation Doppler du RCF • À partir de 20 sem., protéinurie • À partir de 24 sem., mesure du fond utérin
	<p><u>Au début du 2^e trimestre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Échantillon d'urine pour bactériurie asymptom. • <u>Entre 18 et 22 sem.</u> • Échographie • <u>Entre 24 et 28 sem.</u> • Dépistage du diabète gestationnel
3 ^e trimestre (29-40 semaines)	
	<p><u>À chaque visite</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Évolution pondérale • Tension artérielle et protéinurie • Auscultation Doppler du RCF • Mesure du fond utérin
	<ul style="list-style-type: none"> • Seconde recherche d'anémie • Échographie • <u>Entre 35 et 37 sem.</u> • Prélèvements vaginal et rectal pour les SGB • À partir de 36 sem., manœuvres de Léopold
Grossesses qui ont dépassé le terme estimé de moins d'une semaine	
	<ul style="list-style-type: none"> • On ne dispose pas de preuves suffisantes pour une surveillance fœtale par cardiotocographie ou échographie (p. ex. mesures du liquide amniotique, profil biophysique)

À ne pas faire de manière systématique

Dépistage des infections

- Chlamydia trachomatis
- Hépatite C
- Herpès simplex
- Vaginose bactérienne
- Tests répétés pour le cytomégalovirus
- Tests répétés pour la toxoplasmose

Détection des problèmes cliniques maternels

- Hypothyroïdie (dépistage/traitement)
- Déficience en vitamine D (dépistage/supplémentation)

Détection des risques spécifiques à la grossesse

- Toucher vaginal répété pour le risque de prématurité

Dans le cadre de la recherche clinique

- Utilisation des critères de l'IADPSG pour le diabète gestationnel
- Dépistage du risque de prématurité par la mesure de la longueur du col utérin
- Dépistage du risque de pré-éclampsie par:
 - Indice de pulsatilité des artères utérines mesurées par écho-Doppler;
 - PAPP-A, PlGF en combinaison avec la tyrosine-kinase 1 soluble analogue au fms
 - Présence d'ADN et d'ARN fœtal dans le plasma maternel



Toutes nos études sur www.mloz.be

Siège social :
route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique (RPM Bruxelles)
commun@mloz.be - www.mloz.be - N° d'entreprise : 411.766.483

Rédaction : Rudy Van Tielon - Güngör Karakaya

Coordination : Karima Amrous

Layout : Marinella Cecaloni

Editeur Responsable : Xavier Brenez

Photos : Shutterstock

l'Union Nationale des Mutualités Libres regroupe :

