

6.7.1.1. Introduction

Il est généralement admis que les consultations prénatales jouent un rôle fondamental en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant à venir, mais le rôle respectif du médecin généraliste, de la sage-femme et de l'obstétricien varie beaucoup d'un endroit à l'autre.

Il est recommandé que cette première consultation prénatale intervienne relativement tôt au début de la grossesse. Le nombre idéal de visites prénatales a fait l'objet de multiples recommandations: il varie de 8 à 13 aux USA et de 5 à 15 en Europe. La qualité des consultations prénatales et plus particulièrement leur contenu, comme le nombre d'échographies par exemple, n'ont pas encore été envisagés dans les évaluations portant sur la population générale.

Dans le module sur le suivi prénatal dans l'enquête de santé, les questions sont posées aussi bien aux femmes qui sont enceintes au moment de l'interview, qu'aux femmes qui ont été enceintes au cours des cinq dernières années. Au total, cela concernent un nombre relativement restreint de personnes et il ne sera donc pas possible de procéder à des analyses sophistiquées.

En l'absence d'instruments standardisés, le questionnaire s'est inspiré largement de l'expérience de Kind en Gezin ("Zwangerschap, bevalling en verblijf in de materniteit") avec des modifications proposées par l'ONE, l'ULB et l'Observatoire du Hainaut.

L'OMS a proposé un indicateur sur la précocité du suivi prénatal: pourcentage de femmes qui ont leur première visite prénatale avant 16 semaines (MCH14_1). Cet indicateur est mesuré à partir de la question MCH14 avec comme dénominateur le nombre total de femmes enceintes au moment de l'enquête ou au cours des cinq années qui précèdent.

L'index de Kessner (1) sur l'adéquation du suivi prénatal (MCH14_2) sera également calculé; il tient compte de la précocité de la première visite, du nombre total de CPN et de la durée de la grossesse. A partir de la combinaison de ces trois paramètres, le suivi prénatal est considéré soit comme adéquat, intermédiaire ou inadéquat (par exemple, si la première consultation prénatale a eu lieu la 28ème semaine, le suivi est considéré comme inadéquat).

6.7.1.2. Belgique

Au total, 624 femmes ont déclaré qu'elles étaient enceintes soit au moment de l'enquête, soit au cours des cinq dernières années. 10% des grossesses se sont terminées par un avortement ou une fausse couche. Parmi les femmes qui ont accouché, 14% déclarent avoir eu des problèmes de prématurité (durée de grossesse (MCH10) de moins de 37 semaines. Ce dernier résultat diverge des statistiques officielles (6-7% en moyenne).

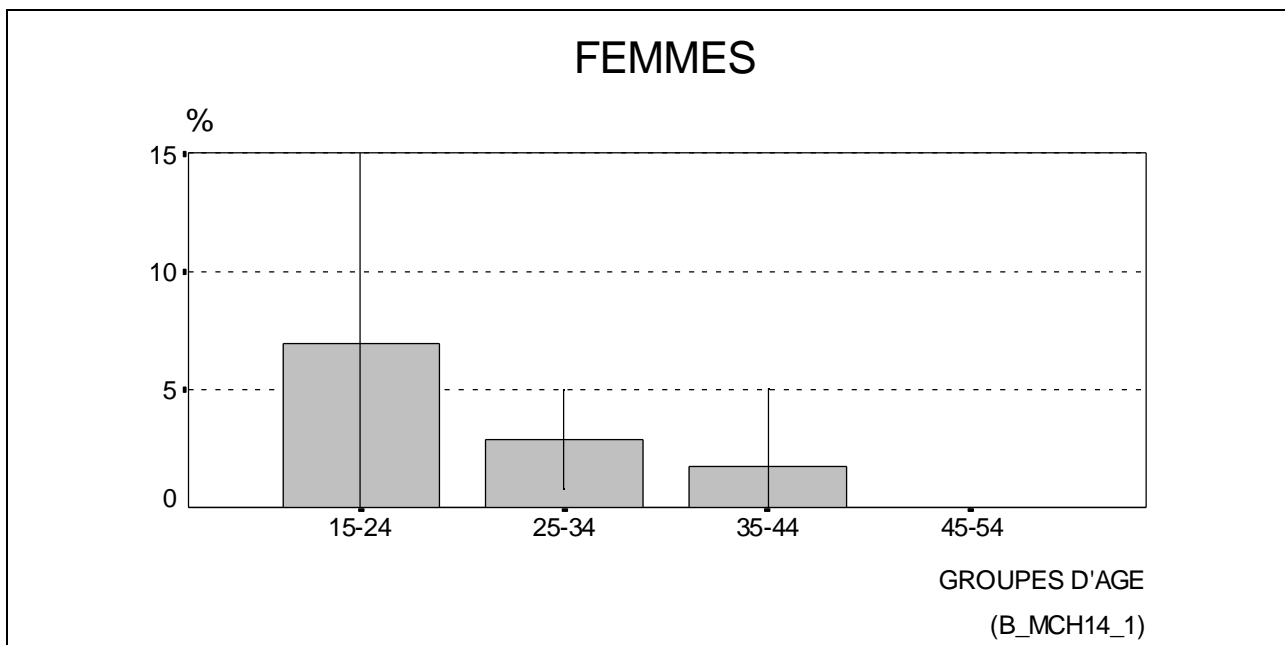
6.7.1.2.1. Proportion de femmes enceintes qui ont eu leur première consultation prénatale avant 16 semaines de grossesse (MCH14_1)

En Belgique, 3% des femmes enceintes ont eu leur première visite prénatale à seize semaines de grossesse ou plus.

Le petit nombre de cas étudiés ne permet pas de mettre en évidence de différences en fonction des caractéristiques individuelles des femmes interrogées. On observe par exemple une tendance à l'augmentation de la fréquence du suivi tardif chez les femmes plus jeunes (au moment de l'interview), mais les différences ne sont pas significatives (Figure x.1).

On ne met en évidence non plus de relation entre la parité et la précocité du suivi prénatal.

Figure x.1 Proportion des femmes enceintes qui ont eu leur première visite prénatale tardivement, à seize semaines de grossesse ou plus (MCH14_1), par âge, Enquête de santé, Belgique, 1997.



Le pourcentage de femmes enceintes qui ont eu leur première visite prénatale à seize semaines de grossesse ou plus, varie d'une région à l'autre: 2% en Flandre, 7% à Bruxelles et 4% en Wallonie, mais ces différences ne sont pas significatives après standardisation par âge.

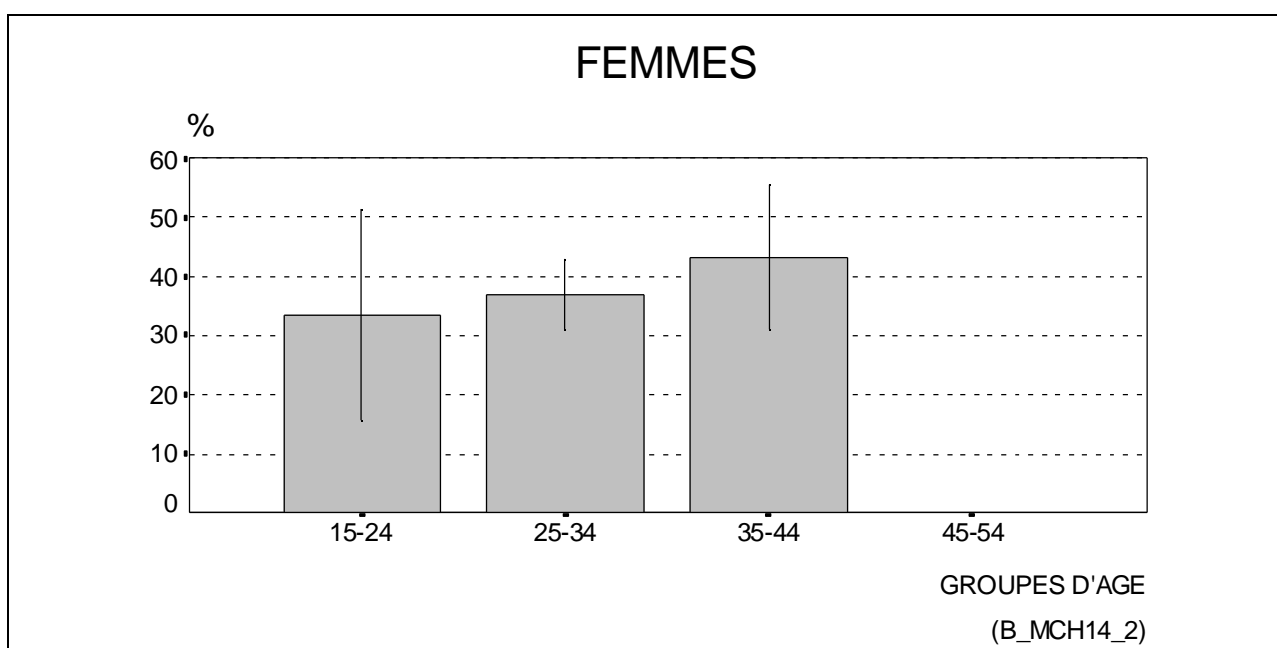
6.7.1.2.2. Kessner Index: proportion de femmes enceintes qui ont eu un suivi prénatal adéquat durant leur grossesse (MCH14_2)

L'index de Kessner sur l'adéquation du suivi prénatal tient compte de la précocité de la première visite, du nombre total de CPN et de la durée de la grossesse. En Belgique, 62% des femmes enceintes ont eu un suivi prénatal jugé comme adéquat (début suffisamment tôt et nombre total de visites adaptés à la durée de la grossesse), 36% un suivi de qualité moyenne et 2% un suivi prénatal inadéquat.

Le petit nombre de cas étudiés ne permet pas de mettre en évidence de différences en fonction des caractéristiques individuelles. On observe par exemple une tendance à l'augmentation de la fréquence du suivi intermédiaire ou inadéquat avec l'âge des femmes (au moment de l'interview), mais les différences ne sont pas significatives (Figure x.2).

On ne met en évidence de relation entre la parité et l'adéquation du suivi prénatal.

Figure x.2 Proportion des femmes enceintes avec un suivi prénatal - Kessner Index - intermédiaire ou inadéquat (MCH14_2), par âge, Enquête de santé, Belgique, 1997.



Le pourcentage de femmes enceintes qui ont eu un suivi prénatal inadéquat varie d'une région à l'autre: 1% en Flandre, 3% à Bruxelles et en Wallonie, mais ces différences ne sont pas significatives après standardisation par âge.

45% des grossesses sont suivies par un spécialiste dans le cadre d'une pratique privée, 37% par un spécialiste dans le cadre d'un hôpital, 16% par le médecin généraliste en collaboration avec le spécialiste, et 1% dans le cadre des consultations de l'ONE ou de Kind en Gezin. On observe à ce sujet des différences régionales:

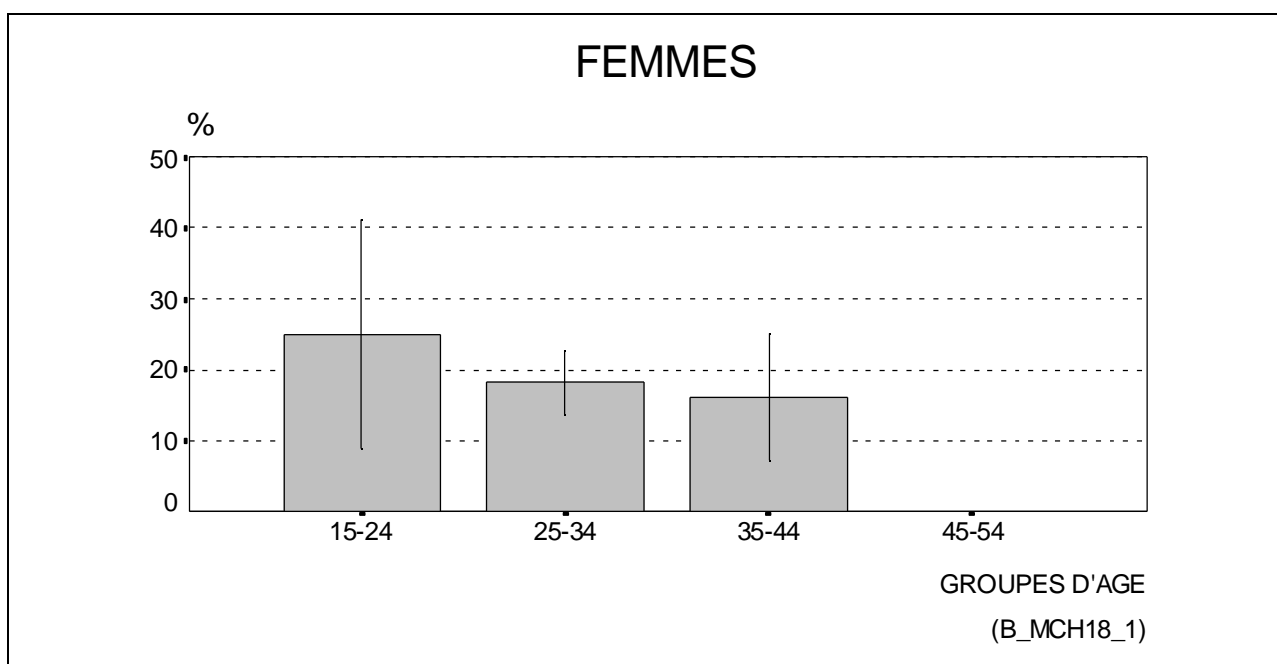
- le rôle du médecin traitant est plus important en Flandre (24% des grossesses sont suivies par le médecin généraliste en collaboration avec le spécialiste, au lieu de 5% dans les deux autres régions)
- le spécialiste hospitalier ne voit que 32% des grossesses en Flandre au lieu de 45% à Bruxelles et en Wallonie
- entre 2 et 4% des grossesses sont vues dans le cadre des consultations de l'ONE ou de Kind en Gezin respectivement à Bruxelles et en Wallonie, et aucune en Flandre.

6.7.1.2.3. Proportion de femmes enceintes qui ont fumé durant leur grossesse (MCH18_1)

En Belgique, 18% des femmes enceintes ont consommé du tabac au cours de leur dernière grossesse.

On observe une tendance à l'augmentation de la consommation de tabac chez les femmes enceintes, en fonction de l'âge de celles-ci (au moment de l'interview), mais les différences ne sont pas significatives (Figure x.3).

Figure x.3 Proportion de femmes enceintes qui ont consommé du tabac au cours de leur dernière grossesse (MCH18_1), par âge, Enquête de santé, Belgique, 1997.



Différences en fonction des caractéristiques individuelles (Tableau x.1)

Les variations observées en fonction du niveau socio-économique (moins de consommation de tabac chez les plus instruites et pour les revenus les plus élevés), ne sont pas significatives après standardisation par âge et par sexe.

Le pourcentage de femmes enceintes qui ont consommé du tabac au cours de leur dernière grossesse varie d'une région à l'autre: 13% en Flandre, 21% à Bruxelles et 27% en Wallonie, mais ces différences ne sont pas significatives après standardisation par âge. Après standardisation pour l'âge, le niveau d'éducation et le revenu (régression logistique), on met tout de même en évidence une différence (O.R. = 2,6) avec plus de consommation de tabac en Wallonie qu'en Flandre.

Tableau x.1 Proportion de femmes enceintes qui ont consommé du tabac au cours de leur dernière grossesse (MCH18_1), standardisée par âge, Enquête de santé, Belgique, 1997.

		PROPORTION (%)	I.C. 95%
NIVEAU INSTRUCTION	Pas de diplôme	14,7	(,0-31,9)
	École primaire	18,6	(,3-36,9)
	Secondaire inférieur	32,6	(18,9-46,3)
	Secondaire supérieur	17,4	(10,3-24,6)
	Supérieur	8,8	(,7-16,9)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	21,7	(8,3-35,1)
	20.000-30.000	24,6	(15,7-33,5)
	30.000-40.000	19,8	(7,7-31,9)
	40.000-60.000	12,5	(3,2-21,8)
	>60.000	6,0	(,0-13,3)
SANTE SUBJECTIVE	Bonne à très bonne	14,8	(9,6-20,1)
	Très mauvaise à moyenne	25,0	(10,0-40,0)
REGION DE RESIDENCE	Région flamande	11,7	(4,6-18,8)
	Région bruxelloise	15,9	(9,3-22,5)
	Région wallonne	23,2	(16,2-30,1)

6.7.1.3. Bibliographie

1. Kessner, D.M., Singer, J., Kalk, C.W., Schlesinger, E.R. Infant death: an analysis by maternal risk and health care. In: Contrasts in Health Status. Anonymous Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1973,