Situation sanitaire

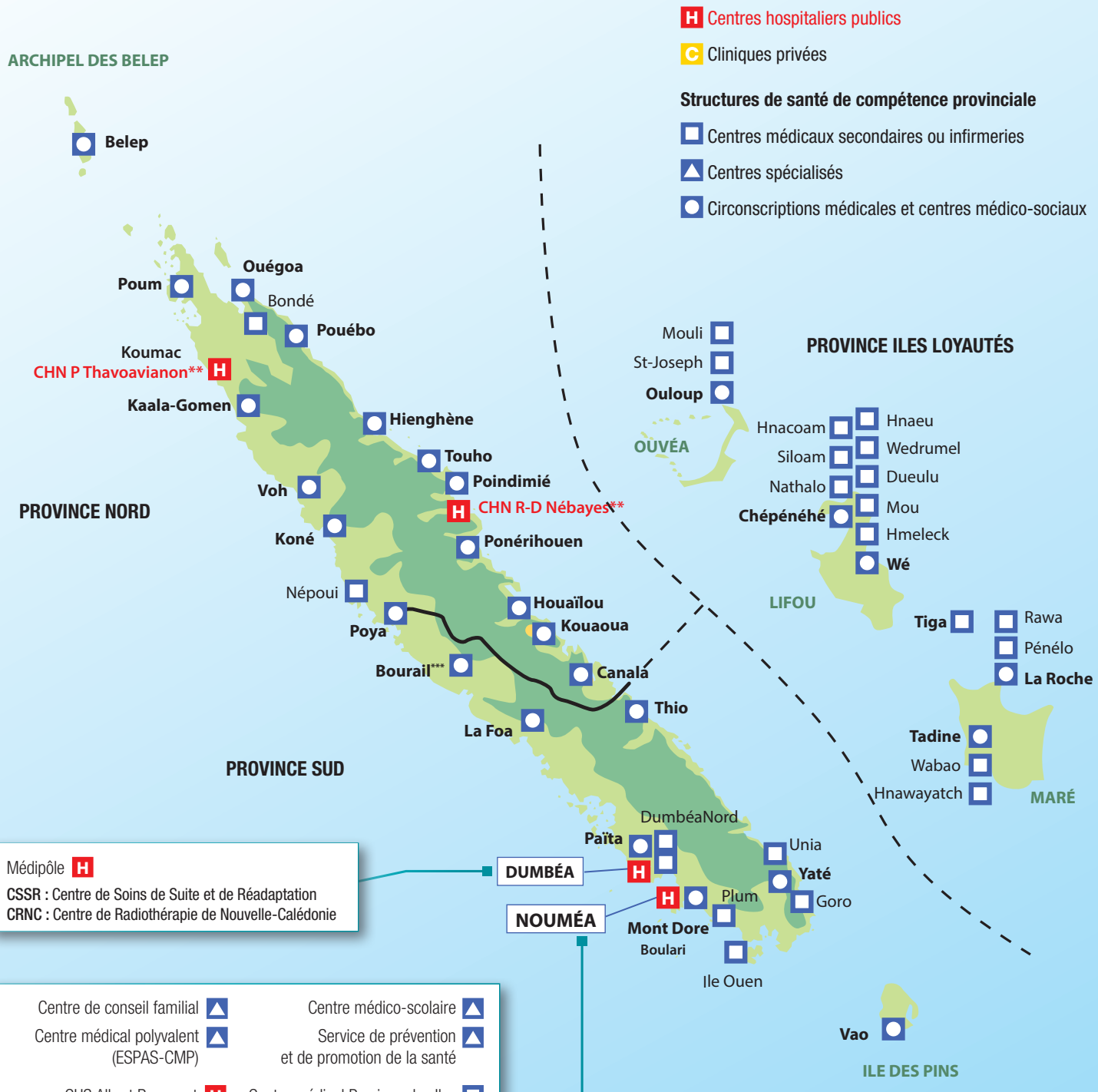
en Nouvelle-Calédonie

2017

www.dass.gouv.nc

DASS
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

Principales structures de santé de la Nouvelle-Calédonie*



** Les structures et le personnel de santé à la disposition de la population calédonienne sont détaillés dans le chapitre II : **Les services de santé.***

*** Les CHN de Koumac et Poindimié disposent d'une antenne médico-psychologique rattachée au CHS Albert Bousquet.*

**** 6 lits de soins de suites et de rééducation à Bourail.*

- Centre mère et enfant à Poindimié et à Koumac

2017

Bilans d'activité annuelle 2017:
Centre Hospitalier Territorial G Bourret - Médipôle
Association pour la Prévention et le Traitement de l'Insuffisance Rénale en Nouvelle Calédonie (ATIR-NC)
SARL « L'Unité Néphrologie Hémodialyse » (UNH)

I.3.2.1. Introduction

Lorsque la fonction rénale est altérée de façon profonde et définitive (insuffisance rénale chronique terminale : IRCT), la vie n'est plus possible sans une transplantation rénale (TP) ou une dialyse. La dialyse peut être réalisée avec l'hémodialyse (HD), rarement à domicile, ou la dialyse péritonéale à domicile (DP). L'HD représente une contrainte lourde pour les patients de par sa fréquence, en général 3 fois par semaine, et une contrainte géographique si le centre de traitement est éloigné du domicile. Aussi, la couverture homogène du territoire par des unités de dialyse, tout comme le développement des techniques à domicile, telles que l'autodialyse ou la dialyse péritonéale, sont des éléments importants de l'analyse de l'offre de soins. Selon l'état clinique des patients, leur capital vasculaire, les disponibilités des techniques et les contraintes géographiques, les patients sont traités par l'une ou l'autre technique et peuvent aussi changer de modalités ou d'établissement d'accueil.

Ce rapport a pour objectif de fournir un ensemble d'indicateurs permettant de décrire la situation épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée (IRCTT) en Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna, d'étudier la prise en charge et le devenir de ces patients, et de comparer ces informations à celles de la France métropolitaine et outre-mer.

I.3.2.2. Structures de prise en charge de l'IRCT

En Nouvelle-Calédonie, trois secteurs prennent en charge le traitement et le suivi des insuffisants rénaux : le Centre Hospitalier Territorial Gaston-Bourret (CHT Médipôle), l'unité de Néphrologie de Nouvelle-Calédonie (U2NC) et l'association pour la prévention et le traitement de l'insuffisance rénal (ATIR). Les structures et l'offre de prise en charge ont évolué ces dernières décennies, il est donc important de prendre en compte cet historique lors de l'interprétation des données (tableau 1).

I.3.2.3. Méthodes de traitement de l'IRCT

DPCA (Dialyse péritonéale chronique ambulatoire)

Pour suppléer à la déficience rénale du patient un liquide (le dialysat) est mis en contact permanent avec le péritoine par l'intermédiaire d'un cathéter. Les flux de liquide se font par simple gravité et le patient conserve le cathéter protégé par un bouchon.

DPA (Dialyse péritonéale automatisée)

La dialyse péritonéale automatisée use du même procédé que la DPCA mais avec le concours d'une machine dite « CYCLEUR » qui a une programmation nocturne permettant d'augmenter les volumes quotidiens tout en évitant de trop mobiliser le patient la journée.

1978	Début de l'HD à la clinique de Magenta
1983	Intensification de l'HD au moment de son rattachement au CHT
1984	Premiers patients pris en charge par le CHT pour la transplantation rénale hors territoire
1988	Création de l'UNH avec le début de l'HD à la Clinique de la Baie des Citrons
1990	Début de la DPCA (CHT)
1991	Ouverture de l'UHP/UDM de Bourail (UNH)
1992	Création de l'ATIR avec la prise en charge de la Dialyse péritonéale
1994	Ouverture de l'UHP de Jules Ferry à Nouméa (UNH)
1995	Ouverture des UHP de Koumac et premier patient en DP à Wallis (ATIR) Début de la DPA
1996	Ouverture de l'UHP de Poindimié (ATIR)
1997	Début du dossier médical numérique qui sera partagé sur internet en 2000 Ouverture de l'UHP de Mare (ATIR)
1999 -2009	Ouverture de l'UHP de Thio, Lifou, Robinson, Païta, Nouméa quartier de Kamere, Ouvéa (ATIR)
2006	Ouverture de l'UHP de La Foa (UNH)
2007	Ouverture de l'UHP de Wallis (ATIR) Création du Réseau de l'insuffisance rénale de Nouvelle-Calédonie (Résir)
2011	Ouverture de la première UDM du territoire à Koutio (ATIR)
2012	Début du prélèvement de reins en Nouvelle-Calédonie avec une liste d'attente locale, transplantation réalisée en Australie
2013	L'HD Quotidienne à domicile proposée aux patients (ATIR)
2016	Ouverture de 2 unités UDM à Dumbéa sur Mer (ATIR) Déménagement de l'unité de DP (ATIR) Déménagement du CHT au Médipôle de Koutio
2018	L'UNH devient l'U2NC Ouverture d'une unité UDM à Koné (ATIR et U2NC) Déménagement du centre de dialyse de la clinique de la Baie des citrons à la clinique Ile Nou Magnin (U2NC)

Tableau 1. Bref historique du déploiement de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique traitée en Nouvelle-Calédonie, 1978-2018

HD (Hémodialyse conventionnelle)

La technique de l'hémodialyse consiste à dialyser le sang du patient insuffisant rénal par l'intermédiaire d'un rein artificiel. Le sang est conduit, à travers un circuit extracorporel, du patient vers le rein où une membrane d'échange le met en contact avec le dialysat, puis ramené à lui une fois débarrassé de ses impuretés. Le générateur d'hémodialyse gère cette circulation et les échanges.

HDF (Hémodiafiltration)

L'hémodiafiltration combine à la fois les propriétés de l'hémodialyse conventionnelle et de l'hémofiltration. Le transport par convection (hémofiltration) peut être meilleur pour filtrer des substances de haut poids moléculaire et le transport par diffusion (hémodialyse) pour des corps dissous de faible poids moléculaire. Elle est considérée comme ayant un avantage en morbi-mortalité sur l'hémodialyse simple.

I.3.2.4. Outils pour l'enregistrement des patients en IRCT

Le registre REIN (Réseau d'Epidémiologie et d'Information en Néphrologie) est un registre National informatique qui permet de regrouper les données relatives à l'incidence et à la prévalence de l'IRCTT sur l'ensemble du territoire français y compris les départements outre-mer (Dom) et territoires d'outre-mer (Tom), avec pour objectif de mieux adapter la prise en charge des patients et de favoriser la recherche clinique et épidémiologique. La Nouvelle-Calédonie s'est approprié progressivement ce registre depuis 2011 et fin 2013, la totalité des patients calédoniens IRCTT étaient inscrits dans le registre. Le registre permet une exploitation des données en y associant une comparaison avec les différentes régions de France et les Dom Tom. Le réseau de l'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie (Résir) est en charge de la tenue de ce registre sur le territoire. L'application Diadem soutient ce registre et permet de recueillir les informations des patients en dialyse. En lien avec Diadem, l'application Cristal recueille les informations sur les patients transplantés. Depuis 2015, le registre est opérationnel dans toute la France (26 régions métropolitaines et outre-mer + 5 territoires, pays ou collectivités d'outre-mer). Pour les données sur la transplantation rénale présentées dans ce rapport, les fichiers mis à jour par l'équipe de coordination greffe du CHT ont été utilisés.

I.3.2.5. Méthodologie, incidence et prévalence

Un patient est dit prévalent au 31/12 de l'année s'il est dialysé ou porteur d'un greffon rénal fonctionnel à cette date. Un patient est considéré comme incident pour l'année si et seulement s'il a débuté un premier traitement de suppléance, dialyse ou greffe préemptive, durant l'année. Il est identifié à partir de la date de ce premier traitement.

Pour 2017, les taux bruts d'incidence et de prévalence ont été calculés en prenant comme dénominateur : l'estimation de la population de 2017 de Nouvelle-Calédonie publiée par l'Institut de la Statistique et des Etudes Economiques (Isee nc), soit 278 500 ; et le recensement de la population de Wallis et Futuna de 2013 publiée par le service territorial de la statistique et des études économiques (STSEE), soit 12 867.

I.3.2.6. Situation épidémiologique de l'insuffisance rénale terminale en 2017

Patients incidents

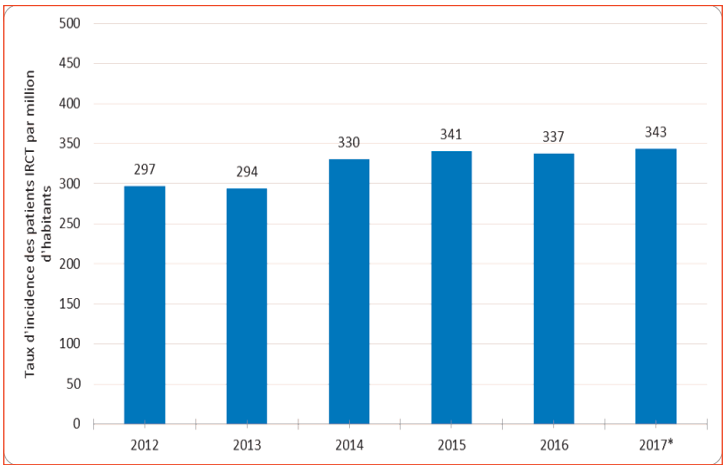
En 2017, le taux brut d'incidence de l'IRCTT en Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna était de 343 par million d'habitant (pmh) (figure 1) avec un bilan entrées-sorties de 31 patients (tableau 2). Cette année, 14 patients ont bénéficié d'une greffe (12 en Australie et 2 en France) et 97 patients ont initié un traitement de dialyse.

		2013	2014	2015	2016	2017*
Entrées en greffe au 31/12 (1)	Nb greffes préemptives	1	0	0	0	3
	Nb greffes dans l'année en Australie	5	11	5	8	9
	Nb greffes dans l'année en France	3	1	1	2	2
	Nb arrivées de patients greffés avant l'année en cours	6	5	4	6	6
Sorties de greffe au 31/12 (1)	Patients greffés décédés	0	3	2	0	2
	Perte de greffon	4	8	6	6	2
	Bilan entrées-sorties (greffe)	11	6	2	10	16
Activité de dialyse (2)	Entrées	134	187	226	318	213
	Sorties	89	153	192	287	198
	Bilan entrée-sortie (dialyse)	**45**	**34**	**34**	**31**	**15**
Activité IRCT avec traitement de suppléance (1,2)	Nb total de patients dialysés	437	465	513	536	590
	Nb total de patients greffés	107	113	115	125	141
	Bilan entrée-sortie (traitement de suppléance)	**56**	**40**	**36**	**41**	**31**

** Année non consolidée*
IRCT : Insuffisance rénale chronique traitée ; Nb : Nombre
(1) Source : Liste tenue par l'équipe de coordination Greffe au 01/03/2018
(2) Source : Registre REIN au 01/10/2018 ; Les entrées cumulent les nouveaux patients IRCT traités par dialyse, les patients transférés d'une unité, les retours de greffe, les retours de sevrage. Les sorties cumulent les patients transférés vers une unité, les patients greffés, les arrêts de traitement de suppléance, les reprises de fonction rénale et les décès

Tableau 2. Évolution des flux des patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée, Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna, 2013-2017

Ce taux d'incidence brut est plus de 2 fois supérieur au taux d'incidence global du registre REIN, toutes régions confondues (données 2016 : 165 pmh) et est le plus élevé des Dom Tom (Rapport 2016 REIN, Agence de Biomédecine).

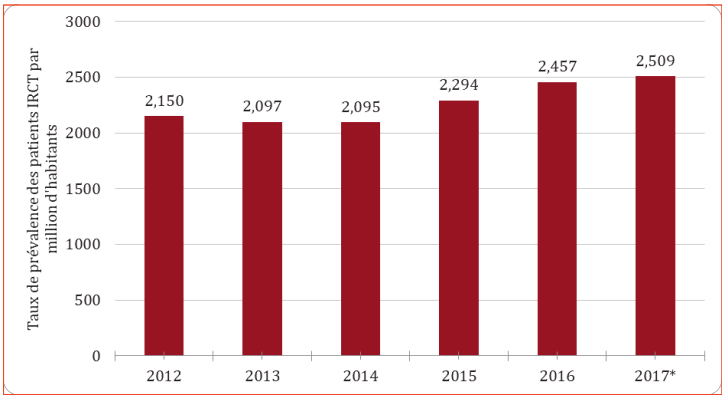


** Données au 01/10/2018, Année non consolidée*
IRCT : Insuffisance rénale chronique traitée ; pmh : par million d'habitants ; NC : Nouvelle-Calédonie ; WF : Wallis et Futuna
Source pour les patients transplantés : Liste tenue par l'équipe de coordination Greffe au 01/03/2018
Source pour les patients dialysés : Registre REIN au 01/10/2018

Figure 1. Evolution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée (dialyse-greffe), Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna, 2012-2017

Patients prévalents

Le taux de prévalence globale de l'IRCTT s'établissait à 2 508 pmh (141 patients greffés et 590 patients dialysés) (figure 2).



* Données au 01/10/2018, Année non consolidée
IRCT : Insuffisance rénale chronique traitée ; pmh : par million d'habitants ; NC : Nouvelle-Calédonie ; WF : Wallis et Futuna
Source pour les patients transplantés : Liste tenue par l'équipe de coordination Greffe au 01/03/2018
Source pour les patients dialysés : Registre REIN au 01/10/2018

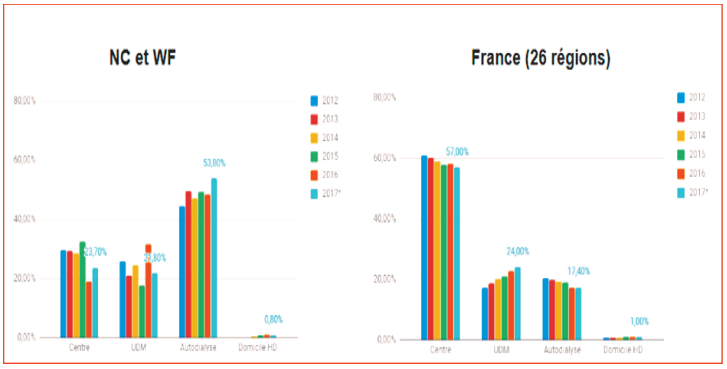
Figure 2. Evolution du taux de prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée (dialyse-greffe), Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna, 2012-2017

La population des patients dialysés était jeune avec près de la moitié âgée de 45 à 64 ans contre un âge médian de 70 ans en France métropolitaine et outre-mer. Les comorbidités étaient fréquentes avec notamment 64% des patients diabétiques. Le sexe ratio homme/femme était de 1,1 contre 1,5 en France métropolitaine.

Pour environ 30% des patients en insuffisance rénale terminale dialysés, la néphropathie était d'origine diabétique. La glomérulonéphrite chronique vient en deuxième position, touchant 12% des patients. La néphropathie hypertensive ne vient qu'en troisième position alors que pour l'ensemble des régions françaises, elle est la première cause d'IRCT. Toutefois, il faut rappeler que diabète et hypertension vont souvent de pair, et que les deux causes se surajoutent. A noter un taux de néphropathies d'origine inconnue plus élevé qu'en métropole (40% versus 16%), ce qui est probablement lié à un diagnostic tardif et des patients consultants avec une néphropathie trop évoluée pour être classée.

La méthode d'épuration extrarénale la plus fréquemment utilisée était l'hémodialyse (68,4%) suivie de l'hémodiafiltration (20%). Parmi les patients hémodialysés, la voie d'abord privilégiée était la fistule artério-veineuse avec 93% des patients contre 73% pour toutes les régions françaises. L'autodialyse assistée est la modalité de traitement la plus fréquente avec plus de 50% des patients alors qu'inversement en France métropolitaine et départements d'outre-mer, plus de la moitié des patients sont en centre (figure 3).

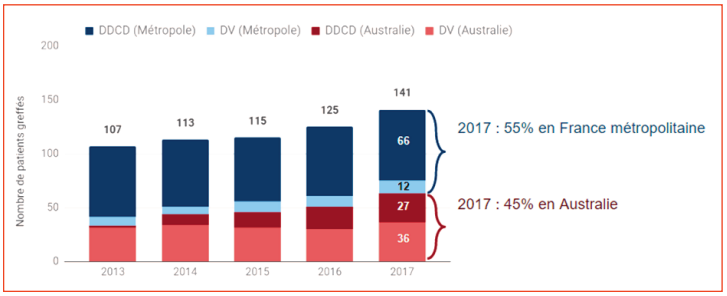
La part des patients en dialyse péritonéale était de 10,9% contre 6,3% globalement en France. Enfin 20% des patients dialysés étaient inscrits en liste d'attente contre moins de 10% les années précédentes.



* Données au 01/10/2018, Année non consolidée, HD : Hémodialyse, UDM : Unité de dialyse médicalisée

Figure 3. Répartition par année des patients en insuffisance rénale chronique terminale prévalents hémodialysés, Nouvelle-Calédonie (NC) et Wallis et Futuna (WF), 2012-2017

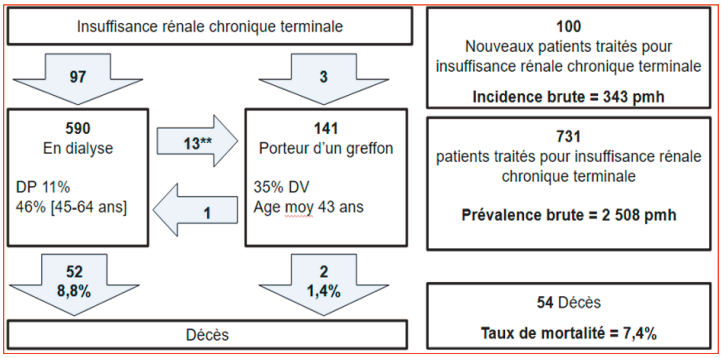
La part des patients greffés parmi les patients prévalents est de 19% en 2017. Au total 141 patients sont porteurs d'un greffon fonctionnel au 31/12/2017 dont 45% ont été greffés en Australie (figure 4).



Patients prévalents : Patients présents au 31/12 de l'année en Nouvelle-Calédonie ;
DV : Donneur vivant ; DDCD : Donneur décédé

Figure 4. Répartition par année des patients prévalents en insuffisance rénale chronique terminale greffés, Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna, 2013-2017

Enfin 54 décès sont survenus en 2017 parmi les patients IRCTT correspondant à un taux de mortalité de 7,4% (Figure 5).



IRCT : Insuffisance rénale chronique ; DP : Dialyse péritonéale ; DV : Donneur vivant
** Données non consolidées et les données de prévalence sont calculées au 31/12/2017*
*** Dont 3 patients greffés en 2017 en Australie et de retour en Nouvelle-Calédonie en 2018*
Sources pour les patients transplantés : Liste tenue par l'équipe de coordination Greffe au 01/03/2018
Source pour les patients dialysés : Registre REIN au 01/10/2018

Figure 5. Patients avec une insuffisance rénale chronique traités en 2017, Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna*

I.3.2.7. Conclusion

Le fait marquant de l'année 2017 est une augmentation de l'accès à la transplantation (50% des nouveaux patients pris en charge en 2017 ont pu être transplanté) avec en corollaire une diminution de moitié du nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse en 2017 par rapport à 2016.

Les taux bruts d'incidence et de prévalence de l'insuffisance rénale terminale pour la Nouvelle Calédonie et Wallis et Futuna sont extrêmement élevés et proches de ceux de pays comme le Japon, Taiwan ou les Etats-Unis. Compte tenu d'une structure d'âge différente, avec une population globalement plus jeune en NC et à Wallis et Futuna, les taux standardisés pour l'âge sont en réalité plus élevés et parmi les plus hauts du monde.

Comparés aux régions françaises et aux Dom, la Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna arrivent largement en tête pour l'insuffisance rénale. La néphropathie diabétique est l'étiologie la plus fréquente (30%) mais dans 40% des cas, la cause n'est pas identifiée et des efforts devront être faits pour préciser ces cas.

L'insuffisance rénale touche globalement une population plus jeune qu'en métropole et donc avec un taux de survie plus long.

Tous ces éléments indiquent que la prévalence de l'insuffisance rénale risque de continuer à augmenter dans les années à venir, et qu'un renforcement des structures et des modalités de prise en charge est à prévoir à court terme.

Par ailleurs, tous ces éléments confirment la nécessité et l'urgence de renforcer les programmes de prévention des maladies non transmissibles, et en particulier du diabète qui est à l'origine de plus de 30% des insuffisances rénales chroniques terminales. Il est en effet indispensable de réduire l'incidence de l'insuffisance rénale chronique en Nouvelle Calédonie et à Wallis et Futuna et de stabiliser une prévalence en forte croissance, avec des répercussions lourdes, tant sur le plan des conséquences humaines que des coûts économiques qui risquent de grever le budget de la santé pour les années à venir.

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
de la Nouvelle-Calédonie
Service de santé publique
Tél : 24 37 00 / Fax : 24 37 14
Email : dass@gouv.nc
Site web : www.dass.gouv.nc