

I.1.3.1. Introduction

■ Généralités

Le développement des systèmes d'observation de la périnatalité comporte la mise en place d'un recueil spécifique sur les causes de décès des mort-nés et des morts néonatales (de 0 à 27 jours révolus) incluant les décès de la période néonatale précoce (0 à 6 jours révolus), plus ceux de la période néonatale tardive (7 à 27 jours révolus).

L'inclusion de la totalité de la période néonatale à la mortinatalité (nombre de morts fœtales après 22 semaines) pour définir une période périnatale "élargie" s'explique par les progrès de la prise en charge précoce et adaptée du nouveau-né en détresse. Ceux-ci ont sensiblement décalé la date du décès au-delà de la première semaine de vie.

L'analyse de ces échecs devrait en amont comporter au cas par cas, une étude de la chaîne de la filière de soins, afin de conclure sur le caractère évitable de cette mort et sur les mesures correctives appropriées. De plus, cette analyse permet d'anticiper et d'atténuer les facteurs de risque en cas de grossesse ultérieure.

En termes épidémiologiques, ces études cernent les priorités de santé publique dans la prise en charge de la mère pendant la grossesse, les conditions d'accouchement, les conditions de prise en charge du nouveau-né.

Elles ont pour stratégie essentielle de dégager ou de souligner les actions préventives à mettre en œuvre auprès de la mère avant et pendant la grossesse.

■ La définition d'un mort-né

Le bulletin n° 6 d'enfant né sans vie mentionne pour distinguer les vrais et les faux mort-nés, la mention : ayant respiré ou ayant présenté un signe de vie.

L'Organisation Mondiale de la Santé précise la définition d'un mort-né : "Le décès d'un produit de conception lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation. Le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire pas et ni ne manifeste aucun autre signe de vie tel que battement de cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté".

I.1.3.2. Méthodologie d'analyse

Deux séries de problèmes méthodologiques concernent toutes les études de cette période.

- La première série comprend les critères d'inclusion des enfants décédés : viabilité fœtale, acte d'enfant sans vie, définition du mort-né.

- La deuxième série concerne la certification de la cause médicale du décès.

■ Les critères d'inclusion

Sont enregistrés les décès d'enfants ayant fait l'objet d'une déclaration à l'Etat Civil en application des règles du code civil (instructions générales de l'Etat Civil – IGREC – 79-1), mais aussi les enfants décédés pour lesquels seule une fiche périnatale de décès a été remplie, et qui donc, n'ont pas fait l'objet d'une déclaration à l'Etat Civil mais qui pouvaient le justifier.

L'Etat civil fixe une limite inférieure ; cette limite est celle de la viabilité fœtale.

La modification de l'instruction générale relative à l'Etat Civil du 29 mars 2002 publiée au JORF le 28 avril 2002, fait que les enfants mort-nés, après un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou ayant un poids de naissance de plus de 500 grammes, font désormais l'objet d'une déclaration à l'Etat Civil. Depuis peu, ces critères ne sont plus applicables et tous les décès de fœtus peuvent être déclarés à l'Etat Civil.

C'est l'établissement du certificat médical d'accouchement qui permet d'obtenir l'acte d'enfant présenté sans vie.

Celui-ci répond à certains critères et en sont exclus toute IVG et toute fausse couche du 1er trimestre précoce, c'est à dire toute grossesse arrêtée volontairement ou non avant 15 semaines d'aménorrhées.

La mortinatalité ou mort fœtale tardive concerne désormais les enfants décédés (morts fœtales) avant ou pendant l'accouchement, après que la grossesse ait atteint 22 semaines ou si l'enfant a un poids de naissance supérieur ou égal à 500 grammes. Toutefois en raison des modifications des règles de calcul, des enfants n'existant pas dans cette définition peuvent être enregistrés à l'Etat Civil et ainsi figurer dans les statistiques démographiques.

Lorsqu'un enfant est sans vie au moment de la déclaration d'Etat Civil, l'officier ne dresse pas un acte de décès. Il établit un acte d'enfant déclaré sans vie (bulletin de mort-né : bulletin 6). Cet acte peut être dressé lorsque la déclaration est faite plus de trois jours après l'accouchement.

Les progrès de la médecine obstétricale et néonatale ont déplacé le seuil de la viabilité. La loi du 8 janvier 1993 modifie le Code Civil (article 79-1 applicable en Nouvelle-Calédonie) en limitant l'établissement d'un acte d'enfant sans vie au seul cas où la preuve que l'enfant est né vivant et viable, n'est pas apportée au moment de la déclaration de naissance par la production d'un certificat médical. D'où, par la circulaire du 3 mars 1993, deux situations :

- Pour tout enfant, décédé au moment de la déclaration de naissance à l'état civil mais pour lequel il est attesté par un certificat médical qu'il est né vivant et viable, l'officier d'état civil dresse un acte de naissance et un acte de décès (al 1-79-1 du Code Civil).

Causes de décès - Mortalité périnatale

- Lorsqu'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable, il est établi un acte d'enfant sans vie. C'est le cas lorsque l'enfant sans vie au moment de la déclaration à l'Etat Civil, est né vivant, mais non viable, ou lorsque l'enfant est mort-né, désormais après une gestation de plus de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids de naissance d'au moins 500 grammes (al 2-79-1 du Code Civil) mais également depuis peu, quel que soit la durée de la gestation ou le poids à la naissance.

Concernant les interruptions pour motif médical de grossesse (I.M.G.) Les progrès du diagnostic anténatal (imagerie et biologie) permettent de déceler des malformations fœtales susceptibles de proposer à la mère une interruption de grossesse. Ces progrès entraînent des modifications statistiques qui excluent ces enfants de la période périnatale en cas de malformation sévère.

Lorsque ces morts se produisent à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque le poids de naissance est supérieur à 500 g, il est justifié de les comptabiliser, mais en raison des modifications des règles d'Etat civil, sont pris en compte les enregistrements d'enfants en dehors de cette définition.

■ Les certifications de la cause médicale du décès

L'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé d'utiliser un certificat médical de causes de décès spécifique pour cette période. Ce certificat doit comporter des rubriques essentielles caractérisant l'enfant (poids de naissance, âge gestationnel), et deux rubriques caractérisant la cause du décès : la cause foetale ou néonatale principale du décès, la cause obstétricale ou maternelle principale du décès.

La délibération n° 99/CP du 13 mars 1991 du Congrès du Territoire a autorisé cet enregistrement et le certificat spécifique, a été mis en place. Cette délibération a été modifiée par l'article 4 de la délibération n° 491 du 11 août 1994 relative aux statistiques sanitaires nécessaires à une meilleure connaissance de la santé de la population de Nouvelle-Calédonie. Le certificat spécifique actuellement réglementaire et qui n'a pas encore été mis à jour est reproduit en fin de texte.

Dans le cadre d'une étude sur la mortalité périnatale et néonatale, il est nécessaire :

- D'inclure les enfants décédés après 22 semaines ou ayant un poids de naissance supérieur ou égal à 500 g, y compris les interruptions médicales de grossesse qui entrent dans cette catégorie, ainsi que ceux déclarés à l'Etat Civil en dehors de cette catégorie.

- D'étendre l'étude sur la totalité de la période néonatale, c'est-à-dire jusqu'aux 28 jours révolus,

- D'utiliser un certificat médical de décès spécifique (spécimen joint en fin de chapitre).

Dans les comparaisons internationales, la définition de la période périnatale et du taux de mortalité périnatale demeure celle utilisée dans le chapitre démographie (définition standardisée au niveau international).

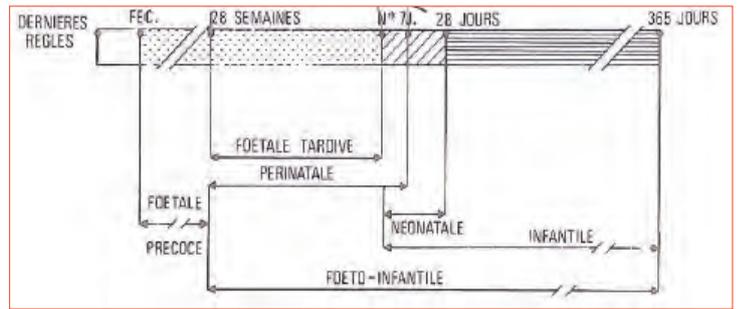


Schéma thématique de la mortalité fœto-infantile :

I.1.3.3. Étude des décès périnataux en Nouvelle-Calédonie

L'observation porte dans un premier temps sur l'année 2018 et dans un deuxième temps sur la période s'étendant de 2011 à 2018, soit 8 années. A noter que l'interprétation de l'analyse des données par année est soumise à réserve en raison de la taille relativement faible des effectifs.

Il est demandé aux médecins des différents services de maternité et du service de néonatalogie du Médipôle de remplir la fiche médicale jointe en fin de chapitre. Le champ couvert par ce recueil spécifique comprend donc des limites de périodes (tous les mort-nés et les décès néonataux) et les critères d'inclusion (notamment le poids de naissance supérieur ou égal à 500 grammes, ou le caractère viable).

■ Analyse des décès de 2018

34 enfants nés sans vie ont fait l'objet d'une déclaration à l'Etat Civil, leur nombre était de 58 en 2017. Cette baisse peut s'expliquer par le fait que les parents ne sont soumis à aucun délai, ni à aucune obligation pour l'enregistrement de l'acte de leur enfant sans vie.

Enfants nés sans vie déclarés à l'Etat-civil	34
Décès analysés par la DASS	
Enfants nés sans vie figurant dans les registres des établissements, déclarés ou pas à l'Etat-civil, dont le terme est ≥ 22 SA et/ou ≥ 500 g	65
Décès néonatal 0-27 jours révolus	16
Total	81

Enfants nés sans vie et décès néonataux 2018

81 décès selon les critères retenus précédemment (≥ 22 SA et/ou ≥ 500 g) ont fait l'objet d'une analyse (56 décès dans la période foetale tardive, 17 IMG et 16 décès dans la période périnatale).

• Caractéristiques des décès foeto-néonataux par type de décès

	Avortements tardifs	Morts-nés avt travail	Morts-nés pdt travail	Morts-nés pér.indét.	Décès néonat. précoces	Décès néonat. tardifs	Total
Décès	15	32	1	0	8	8	64
I.M.G.	14	2	1	0			17
Total	29	34	2	0	8	8	81

Répartition des types de décès en 2018

• Répartition des causes de décès

Cause précisée sur le certificat périnatal	Hors IMG		Suite à une IMG	
	Nombre	%	Nombre	%
Malformations congénitales du système nerveux/Q00-Q07	0	0,0	4	23,5
Autre malformations congénitales/Q10-Q89	2	3,1	6	35,3
Anomalies chromosomiques/Q90-Q99	1	1,6	4	23,5
Hypoxie intra utérine et asphyxie à la naissance/P20-P21	1	1,6	0	0,0
Infections spécifiques de la période périnatale/ P35-P39	2	3,1	0	0,0
Détresse respiratoire / P22	0	0,0	0	0,0
Hypotrophie foetale/Anomalies liées à la gestation /P05-P071	2	3,1	0	0,0
Prématurité/immaturité extrême P072	0	0,0	0	0,0
Hémorragie foetale/Affection hémorragique et hémat. /P 26, P50-P61	3	4,7	0	0,0
Troubles maternels et complications de la grossesse/P00-P004 et traumatismes obstétricaux /P10-P15	21	32,8	0	0,0
Autres causes périnatales	15	23,4	3	17,6
Mort subite du nourrisson/R95	0	0,0	0	0,0
Mort foetale de cause non précisée/P95	17	26,6	0	0,0
Total	64	100,0	17	100,0

Répartition des causes de décès

On constate, qu'en dehors des décès faisant suite à une IMG, les causes les plus fréquemment retrouvées sont en rapport avec des complications de la grossesse.

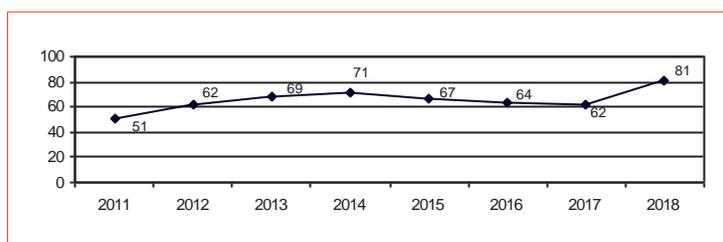
■ Evolution des décès et des causes de décès périnataux de 2011 - 2018

Comme on peut le constater sur la figure suivante, le nombre annuel de décès selon les critères fixés n'est pas stable et oscille selon les années avec des valeurs extrêmes comprises entre 51 décès valeur minimale enregistrée en 2011, et, 81 décès valeur maximale atteinte en 2018, soit une moyenne de 66 décès foeto-néonataux par an.

Période		Masculin	Féminin	Indéterminé	Total	Taux mortalité ‰
2011	- naissances	15 531	14 728		30 259	
2017	- mort-nés + décès < 28 jours	186	148	4	338	11,1
2018*	- naissances	2 130	1 987		4 117	
	- mort-nés + décès < 28 jours	43	21	0	64	15,5
Total	- naissances	17 661	16 715		34 376	
	- mort-nés + décès < 28 jours	225	170	9	402	11,7

* Etat civil ISEE année 2017

Répartition par sexe et par année des naissances totales et des mort-nés + décès < 28 jours.



Evolution du nombre annuel de décès périnataux depuis 2011

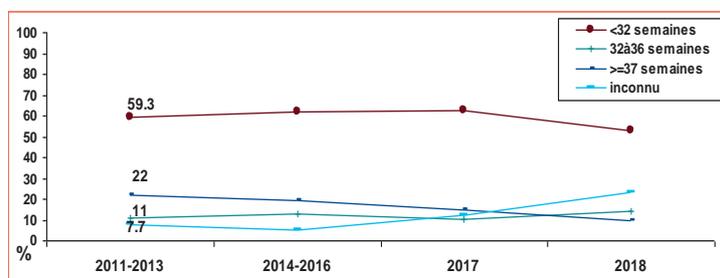
• Répartition par sexe

Comme dans la littérature, on constate aussi en Nouvelle-Calédonie, une fréquence plus élevée de décès chez les garçons (tableau en bas de page).

En 2018, le taux de mortalité foeto-néonatale s'élève à 20,2‰ chez les garçons et à 10,6‰ chez les filles soit un taux de mortalité foeto-néonatale de 15,5‰ tous sexes confondus.

Le terme de naissance est souvent connu car il figure dans le dossier de suivi de grossesse de la mère et est ensuite reporté sur le registre d'accouchement, à l'exception de certaines situations comme des grossesses non suivies ou cachées. En 2018, cette variable n'est pas retrouvée ou, est non renseignée, dans 23,4% des cas.

Comme le montre la figure suivante, la proportion d'enfants de moins de 32 semaines pour les enfants décédés reste élevée quelle que soit la période étudiée :



Evolution de la répartition des décès selon l'âge gestationnel (périodes de 3 ans)

• Poids de naissance

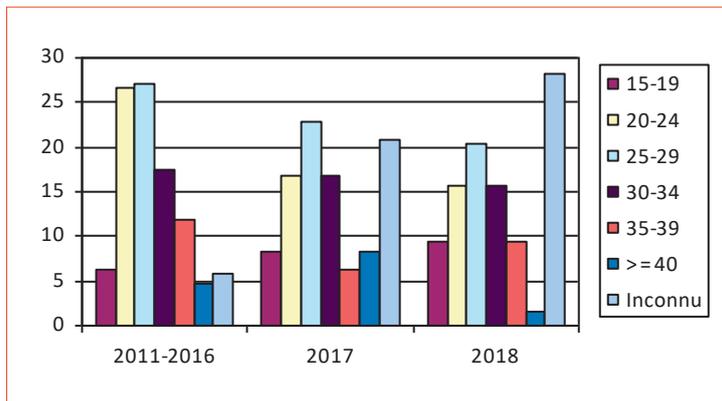
Le poids de naissance ne figure pas toujours sur la fiche médicale de décès, et il est parfois impossible de le retrouver dans les registres des maternités, en particulier dans le cas des avortements tardifs.

Causes de décès - Mortalité périnatale

On observe une baisse de la proportion d'enfants décédés avec un poids de naissance <1000 grammes comme le montre le graphique ci-dessous : par rapport aux autres périodes de 3 ans, baisse qui se confirme en 2018 (voir tableau 1 en bas de page).

• Age de la mère

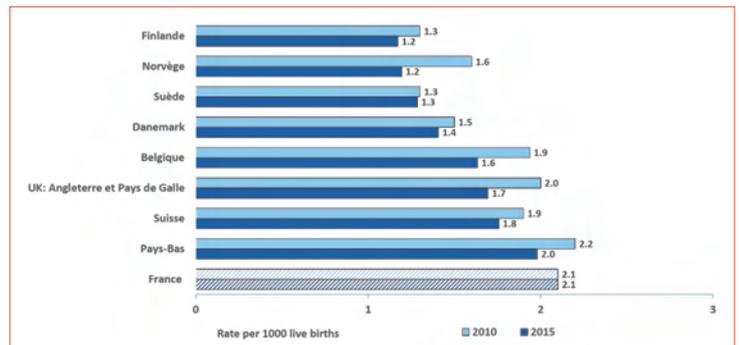
En 2018, l'âge de la plus jeune mère était de 17 ans. La mère la plus âgée avait 46 ans.



Répartition en % de l'âge de la mère

■ Pour comparaison

La mortalité autour de la naissance est globalement basse, en France, comme dans les autres pays européens. Cependant la mortinatalité (enfants mort-nés) atteint un niveau plutôt élevé en France (3 décès pour 1000 naissances, 21^{ème} rang), après exclusion des interruptions médicales de grossesse, particulièrement nombreuses, ainsi que la mortalité néonatale (décès dans le 1^{er} mois (2,4 pour 1000 naissances vivantes, 23^{ème} rang). La mortalité néonatale est stable depuis 2005 alors qu'une tendance à la baisse est constatée sur l'ensemble des pays européens (source : epopé-inserm.fr).



Taux de mortalité néonatale à partir de 24 semaines d'aménorrhée en 2010 et 2015 pour les pays limitrophes de la France et des pays scandinaves

■ Répartition des causes médicales de décès les plus fréquentes hors IMG

Cause précisée sur le certificat périnatal	2011-2016	%	2017	%	2018	%	Total	%
Cause liée à l'enfant								
Souffrance fœtale : hypoxie intra utérine & asphyxie à la naissance/P20-P21	54	18,6	1	2,1	1	1,6	56	13,9
Malformations congénitales/Q00-Q89	12	4,1	2	4,2	2	3,1	16	4,0
Anomalies chromosomiques/Q90-Q99	1	0,3	0	0,0	1	1,6	2	0,5
Infections spécifiques de la période périnatale/ P35-P39	8	2,8	0	0,0	2	3,1	10	2,5
Détresse respiratoire / P22	6	2,1	0	0,0	0	0,0	6	1,5
Hypotrophie fœtale/Anomalies liées à la gestation /P05-P071	12	4,1	0	0,0	2	3,1	14	3,5
Prématurité/immaturité extrême P072	30	10,3	4	8,3	0	0,0	34	8,5
Hémorragie fœtale/Affection hémor. et hémato. /P50-P61	3	1,0	3	6,3	3	4,7	9	2,2
Autres causes périnatales	4	1,4	2	4,2	2	3,1	8	2,0
Affection appareil digestifs et autres P77 & P90-P96	6	2,1	16	33,3	13	20,3	35	8,7
Autres causes	67	23,1	8	16,7	21	1,6	96	23,9
Pathologie maternelle ou complication de la grossesse								
Anomalie liquide, membrane, placenta O41 et O43	46	15,9	1	2,1	9	14,1	56	13,9
Diabète O24	5	1,7	1	2,1	0	0,0	6	1,5
HTA O13-O16	9	3,1	1	2,1	1	1,6	11	2,7
Maladie infectieuse O98	8	2,8	2	4,2	1	1,6	11	2,7
Rupture prématurée membranes O42	12	4,1	1	2,1	2	3,1	15	3,7
Décollement du placenta O45	18	6,2	3	6,3	5	7,8	26	6,5

Répartition des causes de décès les plus fréquentes.

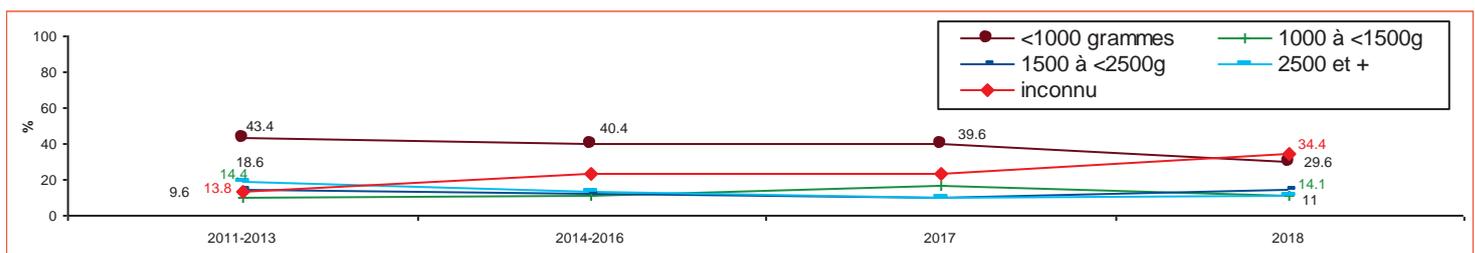


Tableau 1 : Evolution de la répartition des décès selon les poids de naissance (périodes de 3 ans)

<p>sexe : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> indéterminé <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
<p>naissance : unique <input type="checkbox"/> multiple <input type="checkbox"/></p> <p>si multiple : gémellaire <input type="checkbox"/> triple <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>présentation à l'accouchement :</p> <p>céphalique <input type="checkbox"/> siège <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
<p>césarienne :</p> <p>avant le travail <input type="checkbox"/> pendant le travail <input type="checkbox"/></p> <p>motif.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><u>CAUSE DU DECES</u></p>	
<p>cause foetale ou néonatale déterminante de la mort (indiquer une seule cause)</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>autre(s) cause(s) foetale(s) ou néonatale(s) associées</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>cause obstétricale ou maternelle déterminante de la mort (indiquer une seule cause)</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>autre(s) cause(s) obstétricale(s) ou maternelle(s) associées</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>renseignements complémentaires facultatifs</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><u>DATE ET CACHET DU MEDECIN</u></p>	

Fiche médicale de décès périnatal (verso)