

Sources : ISEE ; programmes de dépistage bilan d'activité 2018 de l'Agence Sanitaire et Sociale NC (ASS NC) ; laboratoires anatomo-cytopathologiques Alma et Médipôle. Rappel rapport d'activité du Centre de Conseil Familial (CCF) et tableau synthétique de la Protection Maternelle Infantile (PMI) du centre de santé de la famille « Docteur Lucie Lods » ; synthèse du bilan d'activité du réseau périnatal (Sandrine Camuzeaux) de l'année 2017. Les données 2018 ne sont pas disponibles au 10 décembre 2019.

I.4.1.1. La démographie féminine

La population féminine calédonienne, estimée au 1^{er} janvier 2018, est de **140 470 femmes**, soit 49,8% de la population avec une **espérance de vie** toujours supérieure à celle des hommes (80,1 ans versus 75,1 ans).

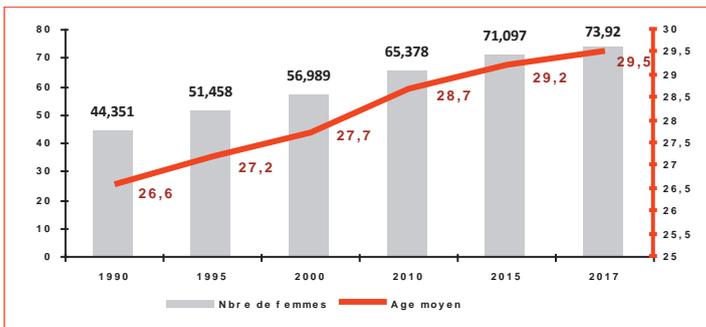
Tranche d'âge	Nombre de femmes
0 - 14 ans	30 944
15 - 49 ans	73 928
50 ans et plus	35 598

La population de femmes âgées de 15 à 49 ans, qui représentent 52,6% de la population féminine, est celle qui est prise en référence pour l'établissement des indicateurs spécifiques de la vie reproductive de la femme (grossesse, contraception, IVG). Il s'agit donc de la population féminine qui est en âge théorique de procréer.

I.4.1.2. L'âge de la mère

En 2017, la plus jeune mère lors de la naissance de son enfant né vivant avait moins de 15 ans et la mère la plus âgée avait plus de 49 ans (source : réseau périnatal).

Le graphique qui suit illustre l'évolution depuis 1990 de l'âge moyen des mères et du nombre de femmes (en milliers) en âge de procréer de 15 à 49 ans.



Âge moyen des mères à la maternité sur le nombre de femmes en âge de procréer

Avec une augmentation de 65% sur 27 ans de la population de femmes en âge de procréer on observe parallèlement une augmentation de l'âge moyen des mères depuis 1990 passant de 26,6 à 29,5 en 2017 (soit une croissance de 10,9%).

Age maternel et grossesses sur patientes mineures (source réseau périnatal)

Précoces ou tardives, certaines des grossesses peuvent être associées à une augmentation du taux de prématurité, de retard de croissance et de mortalité périnatale. L'âge maternel doit donc être pris en considération lorsqu'on effectue des comparaisons avec d'autres pays, notamment européens.

L'écart noté entre le nombre de naissances 2017 et le total du tableau ci-après est dû aux grossesses multiples.

Classe d'âge	Lieu d'accouchement			Total
	CHT Poly. Anse Vata	CHN Clin. Magnin	CHN Clin. Magnin	
<15 ans	1 0	0	0	1
15-17 ans	44 12	7 4	7 4	67
18-19 ans	113 16	12 22	12 22	163
20-24 ans	502 117	61 151	61 151	831
25-29 ans	515 262	89 278	89 278	1 144
30-34 ans	467 300	61 274	61 274	1 102
35-39 ans	288 157	27 137	27 137	609
40-44 ans	92 33	7 39	7 39	717
45-49 ans	5 4	0 2	0 2	11
>49 ans	0 0	1 0	1 0	1
Total	2 928	1 172	1 172	4 100

Répartition de l'âge maternel par maternité

Les grossesses sur adolescentes et jeunes filles mineures présentent un risque social, psychologique, éducatif et familial important. C'est pourquoi ces jeunes femmes sont systématiquement intégrées au réseau afin de répondre au mieux à leurs besoins et s'assurer d'un environnement le plus favorable possible au déroulement de leur grossesse.

En Nouvelle-Calédonie, parmi 68 patientes mineures, 57 ont accouché à un terme supérieur à 37 SA soit 84% (VS 87% en 2016) ; 9 mineures ont accouché prématurément soit 13% (Vs 11% en 2016) au Médipôle de Koutio ; 2 accouchements ont eu lieu prématurément hors CHT : 1 à Magnin et 1 au CHN de Koumac.

I.4.1.3. La contraception

■ L'activité liée à la contraception

A la PMI, depuis 2009, devant l'augmentation des demandes de rendez-vous pour des suivis de grossesse et des échographies obstétricales, une réorganisation de l'activité du service avait été mise en place avec abandon de l'activité gynécologique de prévention et de dépistage (contraception, réalisation de frottis cervico-vaginaux...) ce qui explique les chiffres détaillés dans le tableau ci-dessous. Cette activité est effectuée par le CCF.

Soins délivrés par la PMI		Méthodes délivrées par le CCF	
Nombre de consultations pour contraception	107	Nombre de contraceptifs oraux (boîte de 3)	684
Nombre de D.I.U posés	19	Nombre de D.I.U	113
Retrait/contrôle de DIU et d'Implant	7 + 35		
Nombre de pose d'Implant	69	Nombre d'Implant	465
Pilule du lendemain	10	Contraceptif d'urgence	146

La population féminine

En 2017, la PMI enregistre 107 consultations pour contraception. On note un 1^{er} pic en mars avec 16 consultations et un 2^{ème} pic plus important en juillet avec 22 consultations. Les consultations pour contraception ne représentent que 4,5% des autres consultations.

Pour le CCF, en 2017, 684 consultations pour prescription de contraception orale sont enregistrées, soit une baisse de 0,7% par rapport à 2016. Toutes les méthodes contraceptives sont fournies par la pharmacie de la DPASS et délivrées gratuitement aux patientes.

■ L'activité du Centre de Conseil Familial de Nouméa.

Le CCF poursuit sa mission de prévention des grossesses non désirées par une activité de planning familial : contraception, accompagnement dans les procédures d'IVG, entretiens pré-IVG. Cette activité se prolonge par d'autres actions de prévention : séances d'informations collectives adressées à un public scolaire principalement.

Dans la mission complémentaire de soutien au système familial sont proposées des consultations psychologiques et juridiques (droit de la famille).

La priorité est donnée aux scolaires et étudiantes ainsi qu'aux bénéficiaires de l'Aide Médicale Sud (carte A) ou sans couverture sociale pour les consultations médicales.

Les consultations et la délivrance des traitements (contraception/IST) sont gratuites.

Au cours de l'année 2017, le CCF a assuré **4 592 consultations** tous professionnels confondus (médecins, assistante sociale, psychologue et juriste), soit une augmentation de 6,3% par rapport à 2016.

L'activité gynécologique représente ¼ de l'activité du CCF avec **1 091 consultations** gynécologiques effectuées par le médecin gynécologue, le médecin généraliste et la sage-femme (sur remplacement). Les motifs des consultations concernent des suivis et plaintes gynécologiques, des frottis de dépistages (35%) et des suivis de frottis pathologiques, des consultations pour stérilité... On note 80 consultations pour les prises en charge d'IST.

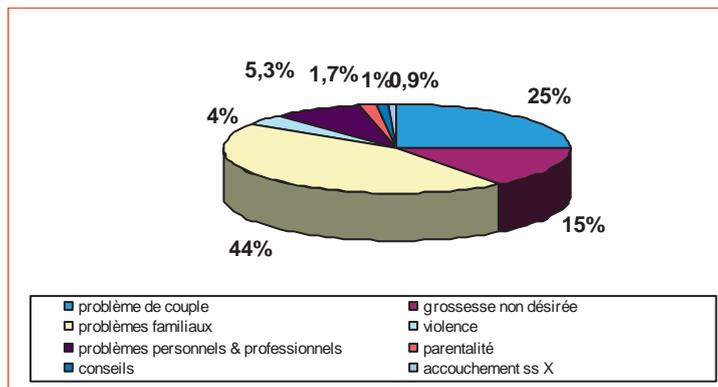
550 échographies de datation, pelviennes et obstétricales (Vs 1 219 en 2016).

623 consultations d'IVG.

Le poste de l'assistante sociale n'a été pourvu qu'à partir d'avril 2017. Les principaux motifs de consultation sont les entretiens pré-IVG.

Les motifs de consultation toujours bien adaptés aux indications de la **psychologue** sont représentés sur le graphique colonne de droite.

Les motifs de consultations par la **juriste** sont en rapport avec le droit de la famille (séparation, droit de garde et de visite, autorité parentale, pensions alimentaires, prestations compensatoires et filiation, adoption, protection des incapables majeurs, violences, problèmes familiaux et régimes matrimoniaux).



Motifs de consultation par la psychologue en 2017.

I.4.1.4. Les interruptions de grossesse

■ Les Interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Les modalités d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont définies en Nouvelle-Calédonie par la délibération du 9 janvier 2012.

Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration anonyme établie par le médecin qui la réalise et doit être adressée par l'établissement où elle est pratiquée, à la direction des affaires sanitaires et sociales. Cette déclaration est traitée dans le service de l'Inspection de la Santé de la DASS-NC.

Les données relatives aux IVG suivantes sont issues de l'analyse des déclarations et des résultats d'une enquête annuelle (ROSA: recueil de l'offre de soins et de l'activité) concernant l'activité hospitalière. Elles sont sujettes à critiques, mais constituent néanmoins la meilleure (ou du moins la moins mauvaise) source de données, puisque les opérateurs ne déclarent qu'incomplètement les IVG qu'ils réalisent et pour information, environ un moyenne de 460 fiches de déclaration d'IVG sont reçues par an, ce qui rend discutable l'analyse épidémiologique que nous pouvons en faire.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer (c'est-à-dire de 15-49 ans) est estimé à 14,74 IVG en 2018.

A noter cependant, dans le tableau suivant, qu'une partie des IVG médicamenteuses n'apparaissent pas.

	2016			2017			2018		
	Chir	Médec	Total	Chir	Médec	Total	Chir	Médec	Total
Anse Vata	480	407	887	203	0	203	180	320	500
Baie des Citrons	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Magnin	0	0	0	102	0	102	57	0	57
Kuindo-Magnin							0	134	134
Total Cliniques	480	407	887	305	0	305	237	454	691
CHN Koumac	86	2	88	72	12	84	68	12	80
CHN Poindimié	0	38	38	0	32	32	0	32	32
CHN Koné							3	32	35
CHT	217	62	279	213	115	328	230	137	367
Total hôpitaux	303	102	405	285	159	444	301	213	514
CMS province Sud	0	104	104	0	21	21	0	59	59
CMS province Nord	0	8	8	0	12	12	0	0	0
CMS province Iles	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total CMS	0	112	112	0	33	33	0	60	60
TOTAL	783	621	1 404	590	192	782	538	727	1 265
Taux d'IVG pour 1 000	17,07			9,31			14,74		

Nombre d'interruptions de grossesse réalisées au sein des établissements de santé (source DASS-NC, enquête ROSA)

En France Métropolitaine, 216 700 IVG ont été réalisées en 2017 dont 202 900 chez les femmes résidant en Métropole. Le taux de recours s'élève à **14,4 IVG pour 1 000 femmes** âgées de 15 à 49 ans en Métropole et à 26,1 dans les départements et régions d'outremer (*chiffre provisoire - source : drees solidarités*).

Les IVG au CCF de la Province Sud (rappel synthèse du bilan d'activité) :

En 2017, sur 304 demandes d'IVG, **234** ont été effectuées (Vs 261 en 2016). Ce chiffre est en baisse régulière depuis 2011. Il est cependant supérieur à celui déclaré à la DASS-NC dans le recueil de l'offre de soins et de l'activité du centre.

14 demandes ont dépassé le terme légal de 14 semaines d'aménorrhées dont 4 cas chez des mineures de plus de 16 ans. 5 mineures de moins de 15 ans ont eu une IVG.

Plus de la moitié des IVG (N=120) ont été réalisées par **technique médicamenteuse**, quel que soit l'âge des demandeuses. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2016 (46%). **83** de ces IVG ont été faites au CCF jusqu'à 7 SA, les autres IVG, ont été adressées au CHT jusqu'à 9 SA.

Contraception envisagée en post-IVG

118 consultations pour une majorité des choix portent sur des méthodes à longue durée d'action, l'implant.

■ Les interruptions médicales de grossesse (IMG)

La pratique des interruptions médicales de grossesse en Nouvelle-Calédonie est encadrée par le Code de la santé publique applicable localement qui prévoit : " *L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.* "

L'interruption médicale de grossesse est ainsi réalisée sans restriction de délai, décidée par la personne intéressée, mais pratiquée sous réserve de la validation d'une indication médicale relevant des seuls praticiens. La délibération n° 185 du 9 janvier 2012 relative à l'interruption volontaire de grossesse et au diagnostic prénatal en précise les modalités, lorsque l'interruption de grossesse est liée à la santé de l'enfant à naître, l'indication médicale est validée par le Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal autorisé au centre hospitalier territorial.

Le Service de Gynécologie-Obstétrique du Médipôle a pratiqué durant l'année 2018, 15 interruptions médicales de grossesse (10 en 2017).

Les motifs de ces 15 interruptions médicales de grossesse pratiquées étaient les suivants :

- 2 malformations cardiaques (13,3%),

- 4 malformations du système nerveux (26,6%),
- 1 anomalie croissance osseuse (6,6%),
- 2 autres malformations congénitales (13,3%),
- 3 anomalies chromosomiques (20%),
- 3 autres affections périnatales (20%).

A noter, 3 interruptions médicales de grossesse effectuées en clinique privée pour 1 malformation cardiaque et 2 anomalies chromosomiques.

Le recueil spécifique des causes médicales de décès périnatal sur 25 ans (1993-2017) - qui inclut les décès de fœtus pesant au moins 500 grammes et d'un âge gestationnel supérieur à 22 semaines - permet de relever **295 décès** liés à une interruption médicale de grossesse en Nouvelle-Calédonie. A noter, pour 2017, 5 IMG, dont les critères ne sont pas applicables, n'ont pas été analysés malgré la déclaration à l'Etat Civil (cf. tableau de la répartition des causes médicales détaillées d'IMG dans le chapitre concernant la mortalité périnatale : chapitre 1.1.3).

I.4.1.5. Les frottis de dépistage du cancer du col

Le dépistage du cancer du col de l'utérus fait partie des 9 thèmes prioritaires du plan de prévention voté par les élus du Congrès du Territoire en 1994 (délibération n° 490 du 11 août 1994, portant plan de promotion de la santé). Programme géré par l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie depuis novembre 2011.

Une manière directe d'évaluer l'effet de ce dépistage consiste à suivre régulièrement l'évolution du nombre de frottis réalisés en Nouvelle-Calédonie au travers de l'activité des laboratoires.

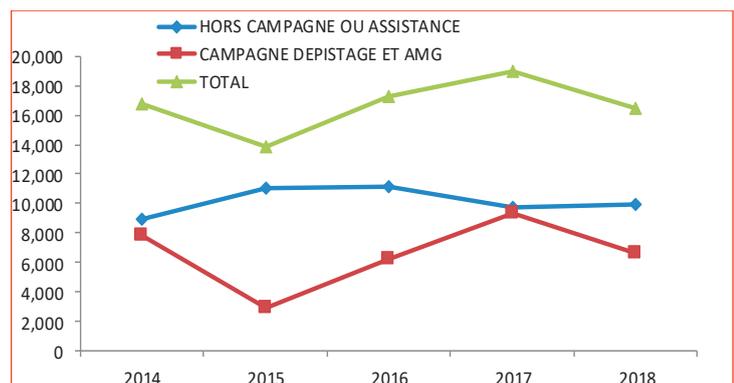
■ Activité des laboratoires

En Nouvelle-Calédonie, les frottis sont réalisés par les deux laboratoires d'anatomo-cytopathologie : le laboratoire du Médipôle et le laboratoire privé de l'Alma.

- Le **laboratoire privé** d'anatomie et de cytologie pathologiques des docteurs DAMIENS et BARON :

16 512 frottis ont été analysés en 2018, soit une diminution de -13,1% par rapport à 2017.

36,6% de ces frottis (n=6 038) ont été effectués dans le cadre de la **campagne de dépistage**.



La population féminine

1 245 frottis se sont révélés pathologiques soit **7,5%** de l'ensemble des frottis (7,1% en 2017) et **62** d'entre eux sont ininterprétables soit 0,37% contre 0,19% en 2017.

Lésions dépistées	2017	%	2018	%
Suspect de lésion virale ASCUS	318	1,8	502	3,0
ASCH	143	0,8	125	0,7
AGUS	54	0,3	78	0,5
Lésion intra-épithéliale de bas grade	470	2,7	414	2,5
Lésion intra-épithéliale de haut grade	117	0,7	111	0,7
Dystrophies	235	1,3	-	-
Carcinome indifférencié			10	0,06
ADK et carc.épi.	7	0,04	5	0,03
Total frottis pathologiques	1 344	7,7	1 245	7,5
Total frottis analysés	17 306		16 512	

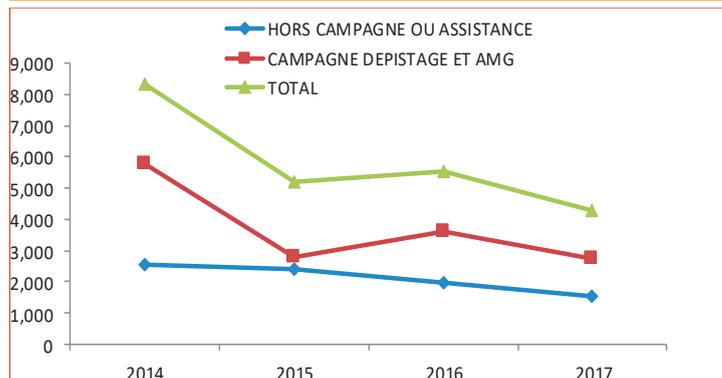
Répartition détaillée des différentes lésions diagnostiquées sur la totalité des frottis

• **Le laboratoire d'anatomo-cytopathologie du Médipôle** de Nouvelle-Calédonie, fait état de **4 278 frottis** en 2017, soit une diminution de -22,9% par rapport à 2016.

Les chiffres de 2018 ne sont pas disponibles au 10 décembre 2019.

Comme le montre le tableau suivant, on assistait à une hausse importante du nombre annuel de frottis et ceci grâce à la campagne de dépistage de cancer du col de l'utérus mise en place par l'Agence Sanitaire et Sociale lancée en Novembre 2011 avec un pic important en 2014. Depuis, on note une tendance à la baisse avec une diminution quasiment de moitié en 2017. 64% de ces frottis ont été réalisés dans le cadre de la campagne de dépistage.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évol*16-17
Nb de frottis	8 766	6 636	7 855	8 330	5 208	5 551	4 278	-22,9%
Dont campagne	nd	2 711	5 087	5 774	2 804	3 586	2 739	-23,6%



Les pathologies rencontrées et leurs fréquences respectives se répartissent selon le tableau qui suit :

	2014	2015	2016	2017
Lésions	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Dysplasie légère ou NIE I ou LIE de bas grade	171	83	66	40
ASCUS-DOUTE avec lésion de bas grade	66	76	52	87
Dysplasie marquée ou NIE III ou LIE de haut grade		1	0	37
Carcinome épidermoïde		1	0	1
Matériel évocateur d'un adénocarcinome (SAI)	9	7	19	1
Atypies glandulaires (AGC) endocervicale et endométriale	70	88	66	24
Matériel malpighien atypique non précisé (ASCUS)	16	12	27	
Matériel malpighien atypique suspect de ht grade (ASCH)				47
Total des lésions intra-épithéliales	332	268	230	237
% de lésions intra épithéliales	3,9	5,1	4,1	5,5
Nombre de frottis *	8 330	5 208	5 551	4 278

*certains frottis peuvent avoir plusieurs lésions associées

Répartition annuelle des frottis cervicaux réalisés au Médipôle.

237 frottis se sont révélés pathologiques soit 5,5% de l'ensemble des frottis (4,1% en 2016).

Le ratio secteur public/secteur privé est relativement stable lui aussi, avec une proportion toujours plus élevée de frottis réalisés dans le secteur privé. Ainsi, en 2017, 75,7% des frottis ont été traités dans le secteur privé.

■ Programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - ASS-NC)

Le dépistage du cancer du col de l'utérus a été initié grâce à la volonté des élus du congrès de lutter contre cette maladie évitable.

En 2011, l'organisation de ce dépistage a été repris par l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie, afin d'assurer une équité d'accès au dépistage pour toutes les calédoniennes de 17 à 65 ans.

Une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dure 3 ans.

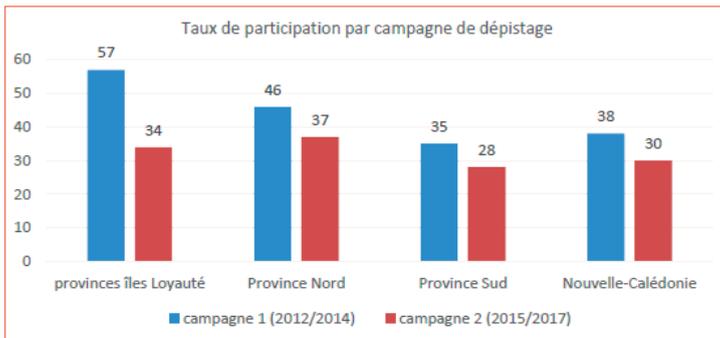
La 1^{ère} campagne a débuté en novembre 2011 et s'est terminée en novembre 2014. Durant cette période, 38% des femmes de 17 à 65 ans recensées en 2009 ont réalisé un frottis dans le cadre du dépistage.

Depuis le début de la 2^e campagne, les invitations ne sont envoyées aux femmes qu'à partir de 20 ans.

Ce programme consiste à inviter, tous les trois ans, les 86 000 femmes de 20 à 65 ans.

25 628 femmes, soit 30% de la cible, ont bénéficié d'un frottis de dépistage dans le cadre de la 2e campagne (2015/2017). On note une participation plus faible en province Sud. Il est important de rappeler qu'un nombre conséquent de frottis sont encore réalisés en dehors de la campagne de dépistage et qu'ils ne sont pas pris en compte dans ce taux de participation.

La prochaine campagne se terminera en 2020 lorsque l'ensemble des femmes de 20 à 65 ans auront été invitées à réaliser un frottis de dépistage.



En 2018, 6 907 frottis ont été réalisés, ce qui représente une diminution significative (39,6%) par rapport à l'année 2017. Cela s'explique notamment par le fait que le lancement de la première campagne s'est fait progressivement et que le principe des campagnes de dépistage est de fonctionner en cycle (réinviter les femmes tous les trois ans).



Evolution du nombre de frottis de dépistage en Nouvelle-Calédonie de 2011 à 2018

En moyenne, 9 304 frottis sont réalisés chaque année, depuis 2012, dans le cadre de ce programme de dépistage organisé

I.4.1.6. Dépistage du cancer du sein (ASS-NC)

■ Le dépistage organisé du cancer du sein

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein consiste à inviter l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans à réaliser gratuitement une mammographie tous les 2 ans.

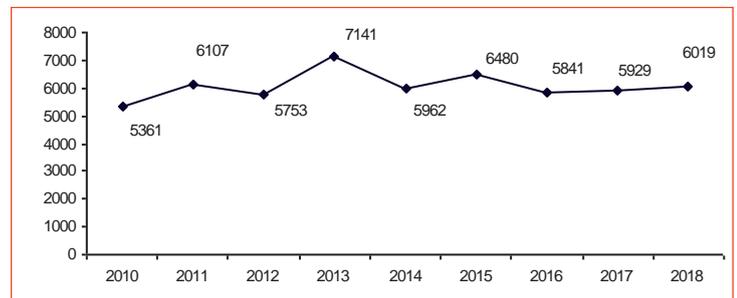
Grâce au vote par le Congrès de la délibération n°425 du 26 novembre 2008 relative au dépistage du cancer du sein et au vote par le gouvernement de l'arrêté n°2009-1045 du 3 mars 2009 fixant le modèle d'invitation, la campagne a pu débuter à la fin du mois de mars 2009 pour une période test et le lancement officiel sur l'ensemble de la NC a eu lieu au mois d'août 2009.

Les objectifs spécifiques : réduire la mortalité par cancer de sein chez la femme et favoriser l'administration du traitement conservateur et moins lourd grâce au dépistage précoce.

En 2018, la cellule de dépistage a envoyé 17 518 invitations aux femmes pour la réalisation d'une mammographie de dépistage. 2 995 (17%) d'entre-elles ont été envoyées à la demande d'un bénéficiaire ou d'un professionnel de santé.

La cellule de dépistage a également envoyé 12 116 courriers de résultat ou de suivi de mammographie, que ce soit auprès des femmes bénéficiaires du programme ou de leur médecin.

En moyenne, 3 séances de deuxième interprétation des mammographies de dépistage ont été organisées chaque semaine.



6 065 mammographies de dépistage sont réalisées chaque année dans le cadre du programme.

En 2018, 6019 mammographies ont été réalisées ce qui représente une augmentation relativement faible (1,5%) par rapport à l'année 2017.

Les taux de participation ont été recalculés en prenant en compte l'évolution de la population cible. Les taux des campagnes 3 et 4 seront revus en fonction des données du prochain recensement. On note un ralentissement du taux de participation depuis la 3e campagne.

665 mammographies sont classées positives pendant une campagne de dépistage (soit une période de deux ans). Les femmes ayant une mammographie positive sont soit orientées vers un suivi rapproché (renouveler la mammographie à court terme afin de mesurer l'évolution de l'image suspecte), soit bénéficiées d'examens complémentaires afin de déterminer si la lésion visible sur la mammographie est un cancer.

La participation globale à la dernière (4^{ème}) campagne de dépistage reste insuffisante.

I.4.1.7. Grossesses et accouchements

■ Le suivi de grossesse : activité de la PMI du Centre de Santé de la Famille « Docteur Lucie Lods » (rappel 2017)

La PMI a pour objectif d'assurer le suivi des femmes enceintes, des enfants de la naissance à 6 ans inclus et la promotion de la contraception. Ce suivi est essentiellement préventif afin d'éviter la survenue de pathologies ou de dépister celles-ci à un stade précoce permettant une prise en charge adaptée et d'éviter des complications (prévention secondaire).

Activité du médecin échographiste : 1 156 échographies ont été effectuées en 2017 contre 863 en 2015 (chiffre non disponible en 2016) soit une augmentation de 33%.

L'activité du médecin de PMI est orientée principalement vers les suivis de grossesse.

En 2017, 395 nouveaux dossiers de grossesse ont été ouverts (221 en 2015). **381 consultations post-natales.**

L'entretien prénatal, effectué par la **sage-femme ou le professionnel** qui suit la grossesse, est un rendez-vous individuel ou en couple. Il a pour but d'aborder les souhaits et les appréhensions à l'approche de l'accouchement. Il permet notamment d'échanger autour du cadre de vie et du projet d'accueil du bébé. Ce rendez-vous est généralement proposé dès le 4^{ème} mois de grossesse et il est pris en charge à 100% par la CAFAT. **145 heures** ont été ainsi effectuées en 2017.

Les futures mamans peuvent bénéficier aussi de sept séances de préparation, prises en charge intégralement par la CAFAT. La PMI a totalisé en 2017, **85 heures de préparation à la naissance.**

Les données quantitatives de l'activité de la Protection Infantile sont disponibles dans le chapitre « les enfants ».

■ Les modes d'accouchement :

■ Le taux de césariennes

Les naissances ont été répertoriées à partir de 22 SA (semaines d'aménorrhée) et/ou 500 grammes, la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité ne prenant en compte que les naissances à partir de ce terme malgré les modifications de réglementation sur les nouveaux nés morts nés. Pour le décompte, les accouchements inopinés sont pris en compte, 1 naissance équivaut à 1 accouchement (donc gémellaire = 2 accouchements et 1 MFIU = 1 naissance). Le nombre de naissance a légèrement diminué en Nouvelle-Calédonie.

La Nouvelle-Calédonie se situe dans la moyenne nationale avec un taux de 21,0%. On note en 2017, une hausse du taux de césariennes dans le secteur public et un taux qui a tendance à se stabiliser dans le secteur privé.

Année	Désignation	Public	Privé	Total
2014	Nombre d'accouchements	2 694	1 731	4 425
	Nombre de césariennes	492	397	889
	%	18,3	23,0	20,1
2015	Nombre d'accouchements	2 508	1 715	4 223
	Nombre de césariennes	429	427	856
	%	17,1	24,9	20,2
2016	Nombre d'accouchements	2 548	1 752	4 300
	Nombre de césariennes	468	400	868
	%	18,4	22,8	20,2
2017	Nombre d'accouchements	2 336	1 813	4 149
	Nombre de césariennes	462	409	859
	%	19,8	22,7	21,0

Source : le réseau périnatal

Évolution du taux de césariennes.

Établissement	2016			2017		
	césariennes	accouch.	%	césariennes	accouch.	%
Hôpital Thavoavianon	36	245	14,6	35	265	13,05
CHT	432	2 303	18,8	427	2 071	20,6
Polyclinique Anse-Vata	186	863	21,6	178	901	19,7
Clinique Magnin	214	889	24,1	231	912	25,3
TOTAL	868	4 300	20,2	871	4 149	21,0

Taux de césariennes par établissement

Le taux de césariennes dans le secteur public reste inférieur à celui du secteur privé.

En France Métropolitaine : le taux moyen de césarienne a augmenté de manière continue jusqu'en 2007 pour atteindre un taux de 20,4% des accouchements en 2016, chiffre stable depuis 2010 (rapport enquête périnatale 2016). A noter que la France se trouve dans les pays les plus bas en Europe car il varie de 15 à 52% dans les pays de l'Union Européenne (rapport Européen 27 mai 2013).

■ Le taux de péridurales

En 2017, le taux de péridurales ou de rachianesthésies sur les accouchements par voie basse varie entre 52 et 91% (Vs 60 et 96% en 2016) en fonction de la maternité.

■ Le taux d'épisiotomies

Longtemps pratiquée de manière généralisée en prévention du risque de déchirure du périnée, l'épisiotomie est maintenant largement remise en question compte tenu des bénéfices non démontrés et de ses effets indésirables. Selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques publiées en 2005 par le Collège National des Gynéco-obstétriciens : «...la réalisation d'une épisiotomie ne doit plus être envisagée de manière systématique mais en cas de situation obstétricale à risque de traumatisme périnéal...».

En Nouvelle-Calédonie, la pratique de l'épisiotomie est nettement à la baisse, répondant ainsi aux recommandations nationales.

En 2017, dans les maternités du secteur public : au CHN de Koumac, le taux moyen est de 9,5% (8,7% en 2016). Au Médipôle, il est de 13% en 2017 contre 12,2% en 2016.

Dans les maternités du secteur privé : on enregistre un taux de 9,9 à la clinique de l'Anse-Vata (13,3% en 2016) et un taux de 18,5% à la Clinique Magnin (21,8% en 2016).

En France métropolitaine, le taux moyen d'épisiotomie est de 20% en 2016 (source réseau sécurité naissances).

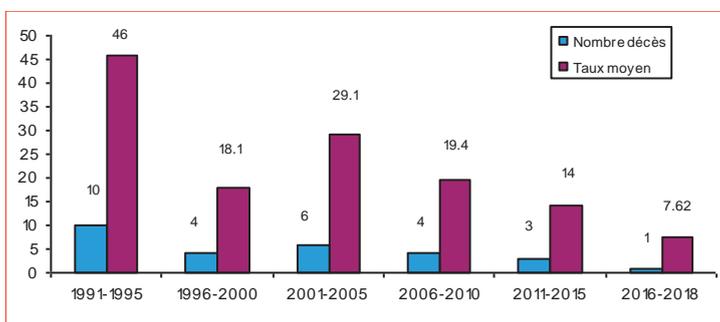
■ Les décès maternels

La mort maternelle entendue à l'origine comme le décès d'une femme donnant naissance à un enfant, a été étendue depuis quelques années à tout décès de cause obstétricale survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les suites de couches jusqu'à 42 jours (définition A de l'OMS). Cette définition reprend celle élaborée par la Fédération internationale de gynécologie obstétrique, ce qui amène à inclure les décès liés aux avortements et aux grossesses extra-utérines et à exclure tout décès dont l'origine est accidentelle ou fortuite même s'il survient au cours de la grossesse (accident de la route, suicide ou homicide, tumeurs et pathologies diverses), s'il est sans rapport avec l'état gravide.

En 2018 un décès maternel est enregistré et s'ajoute aux 27 autres décès sur la période 1991 à 2018. A noter que depuis 2013 et ce, jusqu'en 2017, aucune décès maternel n'avait été enregistré.

Le taux moyen annuel brut (1991-2018) s'établit donc à **22,8 pour 100 000 naissances vivantes**.

Comme présenté sur la figure suivante, ce taux a tendance à baisser au fil des années.



Taux moyen de décès sur 5 ans pour 100 000 naissances vivantes

A noter, toutefois, même si ces décès ne sont pas inclus dans les morts maternelles, on a enregistré sur cette période 4 décès de femmes en cours de grossesse dans le groupe XVII des lésions traumatiques et empoisonnements (dont 3 accidents de la voie publique enregistrés en 1995, 1999 et 2005, et 1 homicide en 2000).

L'âge moyen des femmes décédées est de 34 ans pour la période étudiée 1991-2018.

En raison du faible nombre de cas enregistrés chaque année, ce taux est soumis aux aléas des petits nombres, il faut donc être prudent dans son interprétation, ce qui ne dispense pas d'une attention particulière à porter dans l'analyse de ces causes de décès afin d'en diminuer la fréquence.

En France, pour la période 2010-2012, 256 décès maternels ont été identifiés, ce qui représente 85 femmes décédées par an en France d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites. Ce chiffre correspond à un ratio de mortalité maternelle (RMM) de **10,3 pour 100 000 naissances vivantes**, stable par rapport à la période précédente 2007-2009, et dans la moyenne des pays européens (source : *epopé-Inserm sept. 2017*)

