

Source : Réseau périnatal Naître en NC de S. Camuzeaux, relevé épidémiologique des activités périnatales rappel 2017. Au 10 décembre 2019, les données 2018 du réseau n'étant pas disponibles, la mise à jour se fera sur le site dès réception de ces dernières.

En 2017, **4 149 naissances** (Vs 4 300 en 2016) sont enregistrées dans les maternités dont 51 enfants nés sans vie (Vs 55 en 2016).

Les enfants nés prématurément (< 37 semaines d'aménorrhée) ou hypotrophes, autrefois traités sous le terme d'enfants de petits poids de naissance (< 2 500 grammes) représentent un des domaines médicaux d'intérêt en matière de santé publique, en raison :

- des taux d'incidence élevés,
- de la gravité des complications de la prématurité, en particulier en termes de mortalité et de morbidité infantile,
- de la lourdeur de leur prise en charge, tant au plan humain qu'économique,
- des perspectives de prévention à plusieurs niveaux et impliquant une réorganisation des activités d'obstétrique et de néonatalogie, et la mise en place d'outils nouveaux d'évaluation.

I.4.2.1. Enfants nés prématurément avec un âge gestationnel inférieur à 37 semaines

La définition de la prématurité est simple : il s'agit d'une anomalie de la maturité, et selon une recommandation de l'OMS, mondialement acceptée. Il est indispensable pour définir la prématurité de disposer de l'âge gestationnel. Elle est définie de la manière suivante : toute naissance avant le terme de 37 semaines révolues.

Cette notion recouvre trois sous-catégories :

- la prématurité extrême (<28 semaines);
- la grande prématurité (entre la 28e et la 32e semaine);
- la prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32e et la 37e semaine).

On distingue aussi la prématurité spontanée de la prématurité provoquée, notamment par césarienne, justifiée par l'espoir que le risque pour l'enfant né avant terme soit moins grand dans ce cas que s'il restait in utero, ou en cas de nécessité de sauvetage maternel.

Les complications de la prématurité sont pour l'essentiel liées à l'immaturation de certains organes de l'enfant né prématurément, quelle que soit la cause de la naissance prématurée. Les complications respiratoires (essentiellement la maladie des membranes hyalines) et vasculaires/neurologiques (hémorragie sous épendymaire/intra-ventriculaire, leucomalacie périventriculaire, ..) sont les plus fréquentes.

En 2017, **403** (Vs 379 en 2016) **enfants sont nés prématurément**, soit 9,8% des naissances vivantes sur le territoire (Vs 8,9% en 2016).

	2016		2017									
Semaines d'aménorrhées (SA)	Total	%	CHT	%	CHN	%	Polycl A.Vata	%	Magnin	%	Total	%
< 28 SA+6 j	20	0,5	55	2,7	5	1,9	3	0,3	1	0,1	64	1,5
Entre 29 SA et 34 SA+6 j	106	2,5	115	5,6	4	1,5	2	0,2	1	0,1	122	2,9
Entre 35 SA et 36 SA+6j	253	5,9	158	7,6	13	4,9	17	1,9	29	3,2	217	5,2
>=37 SA	3 866	91,1	1 743	84,2	243	91,7	879	97,6	881	96,6	3 746	90,3
Total naissances	4 245	100	2 071	100	265	100	901	100	912	100	4 149	100

Terme des nouveau-nés en 2017

La néonatalogie du Médipôle disposant d'un plateau technique performant, c'est au CHT que sont nés les plus grands prématurés. On enregistre en 2017 3 fois plus de bébés nés avant 29 SA qu'en 2016 pour un nombre inférieur de -2,3% de naissances totales.

I.4.2.2. Enfants nés avec un poids inférieur à 2 500 grammes

Le petit poids de naissance est défini par un poids inférieur à 2 500 grammes, et le très petit poids de naissance par un poids inférieur à 1 500 grammes. Il caractérise le retard de croissance in utero. Les petits poids de naissance constituent un risque important pour la mortalité infantile. Cet indicateur simple à recueillir tend à être remplacé par l'hypotrophie à la naissance (anomalie de trophicité) mais dont la définition est plus complexe puisqu'elle suppose de connaître simultanément 3 informations : l'âge gestationnel, le poids et éventuellement la taille et le périmètre crânien, et les valeurs normales de ces paramètres de référence. En pratique, le diagnostic de retard de croissance intra-utérin (RCIU) est fait le plus souvent en anténatal, sur la base des mensurations échographiques du fœtus.

A la différence de celles de la prématurité, les complications de l'hypotrophie sont d'abord dépendantes de l'étiologie et le risque évolutif est différent selon qu'il s'agisse d'un hypotrophe malformé par embryopathie ou malnutri par souffrance fœtale chronique.

En 2017, on totalise 342 enfants nés vivants (Vs 352 en 2016) soit, comme en 2016, 8,3% des naissances vivantes dont le poids **de naissance est inférieur à 2 500 grammes**.

Structure	2016			2017		
	Total naissances hors IMG et MFIU	Nouveaux nés ≤ 2500g et >1000g Terme ≥ 22 SA et/ou 500g	Nx nés ≤ 1000g	Total naissances hors IMG et MFIU	Nouveaux nés ≤ 2500g et >1000g Terme ≥ 22 SA et/ou 500g	Nx nés ≤ 1000g
CHN Koumac	243	10 (4,1%)	1 (0,4%)	261	11 (4,2%)	1 (0,4%)
Clinique A Vata	857	20 (2,3%)	0	895	12 (1,3%)	0
Clinique Magnin	885	21 (2,3%)	0	908	26 (2,9%)	0
Médipôle	2 260	283 (12,5%)	17 (0,7%)	2 034	272 (13,4%)	20 (1%)
Total	4 245	334 (7,8%)	18 (0,4%)	4 098	321 (7,8%)	21 (0,5%)

Nombre d'enfants nés avec un poids inférieur à 2 500 grammes

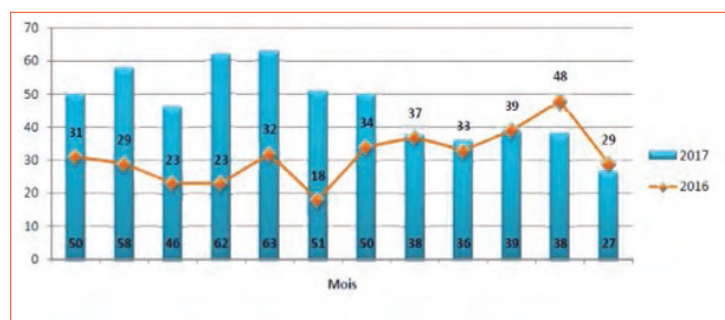
50 (Vs 52 en 2016) nouveaux nés de poids ≤ 2 500 g soit 1,2% des naissances vivantes sont nés dans une structure non appropriée à leur prise en charge. Ce chiffre est stable depuis trois ans. La plupart des nouveaux nés vivants de poids inférieur à 1 000 g sont nés au CHT, 1 seul enfant vivant dont le poids est <1 000 g est né hors du CHT.

I.4.2.3. Les transferts de nouveau-nés

678 (Vs 475 en 2016) transferts ont été répertoriés en 2017 : dont 558 transferts in utéro (TIU) et 120 transferts néonataux (TNN). L'augmentation de ces transferts est probablement liée à l'enregistrement direct par une sage-femme du réseau sur les sites d'accouchements.

Les transferts in utéro vers le CHT

Au cours de l'année 2017, le nombre moyen de transferts mensuels est de 46 (Vs 31 en 2016) avec une variation de 27 à 63 transferts/mois.



Fluctuation des transferts in utéro au cours des années 2016 et 2017

Les TIU sont effectués dans 47% des cas sur des termes compris entre 24 SA et 36 + 6j.

Les femmes proviennent pour 28% d'entre elles, de leur domicile régulées par le centre 15 qui assure leur transfert vers le CHT en ambulance simple ou médicalisée suivant la situation.

23% des parturientes bénéficient d'une consultation dans les CMS avant d'être transférées vers le CHT (28% en 2016).

Le diagnostic principal retenu pour les TIU reste l'accouchement à terme, néanmoins, il convient de souligner le nombre de rapprochement mère/enfant (n=79 Vs N=26 en 2016) ce qui n'était pas le cas les années précédentes. La rupture prématurée des membranes représente le deuxième diagnostic le plus fréquent, ces TIU ne sont, en principe, pas des urgences et justifient une simple prise en charge par ambulance simple non médicalisée

Les transferts néonataux (TNN) vers le CHT

217 TNN (120 outborn* et 97 inborn**) ont eu lieu en 2017, ce chiffre est en augmentation par rapport à 2016 (n=187). L'ensemble de ces transferts est enregistré dans le registre des transferts du CHT et proviennent également des données du service de néonatalogie qui collecte le motif d'entrée de chaque nouveau-né.

*Le prématuré outborn est un nouveau-né dont le terme est <37 SA qui est né dans une structure non appropriée à ses soins et qui est transféré secondairement à sa naissance vers une unité de soins adaptée à sa pathologie.

**Le prématuré inborn est un nouveau-né dont le terme est <37 SA qui est né dans un établissement comprenant une unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

Le TNN secondaire (outborn) est le transfert du nouveau-né de son lieu de naissance vers le service de néonatalogie ou de réanimation néonatale dans les 48 premières heures de vie quel que soit son terme. On compte 120 TNN secondaires.

Le TNN intra-CHT(inborn) : 97 nouveau-nés dont la mère a bénéficié d'un TIU vers le CHT ont été transférés vers le service de néonatalogie ou de réanimation néonatale après sa naissance.

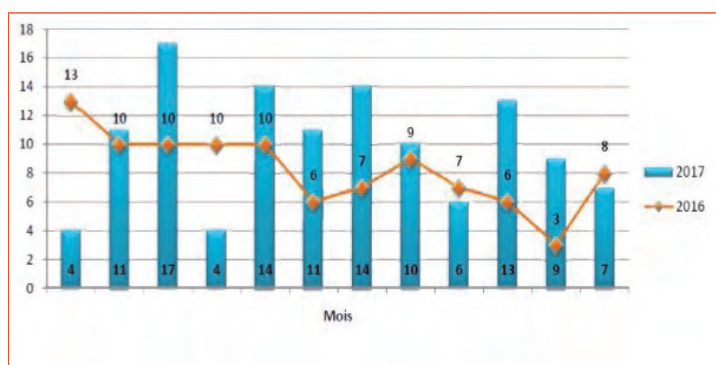


Tableau de l'évolution des TNN secondaires du CHT au cours des années 2016 et 2017

On note en moyenne 10 TNN enregistrés par mois dans le registre de naissances du médipôle.

Les TNN (outborn) proviennent des cliniques dans 49% des cas : n= 70 Vs n=49 en 2016, ce chiffre est donc en augmentation depuis deux ans (n=39 en 2015). Le chiffre des TNN provenant du CHN de Koumac poursuit également son augmentation depuis 2015 n=42 en 2017 Vs 33 en 2016 et 29 en 2015. Quant aux TNN envoyés directement par les CMS vers le Médipôle ils deviennent rares car ils ne représentent plus que 2,5% des cas (8,08% en 2016). Ces TNN ne s'effectuent pas directement par le dispensaire, ces derniers sont pris en charge le plus souvent vers le CHN pour être redirigés vers le Médipôle.

Le motif principal des TNN reste La suspicion d'infection materno-fœtale dans 68% des cas. Les transferts se font également pour des pathologies légères telles que : ictère précoce, infections, hypotrophie.

I.4.2.4. Conclusion

En Nouvelle-Calédonie, le réseau utilise des indicateurs identiques à ceux préconisés depuis 2013 par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité afin de pouvoir effectuer des comparatifs de quantité et de qualité de nos soins. Pour autant, le recueil exhaustif des données reste une difficulté majeure pour l'établissement d'un bilan

statistique complet. En effet, le recueil et l'analyse approfondis des statistiques ne permettent pas toujours une analyse exhaustive de la situation périnatale mais nous permet néanmoins de nous situer par rapport aux autres réseaux de santé périnatale.

La modification de l'offre de soins périnatale sur le Territoire avec l'ouverture du médipôle de Koutio en 2017 n'a pas eu d'impact majeur sur les données de santé périnatale hormis une baisse importante du nombre d'accouchements -10% (n=232) dans cette structure.

Le nombre d'accouchements inopinés extrahospitaliers reste nettement plus important qu'en métropole (1,51% Vs 0,50%).

