

Santé périnatale en Martinique

EDITO

J'ai le plaisir de vous présenter le deuxième numéro de la fiche thématique sur la santé périnatale en Martinique portant sur les données 2016-2017.

Ce travail est le fruit de la collaboration entre le Réseau Santé Périnat Matnik et l'Observatoire de la santé de la Martinique.

Je remercie tous ceux et celles qui participent à la Commission « traitement des données » du Réseau et qui ont permis la rédaction de cette fiche thématique.

Avec cette deuxième parution, notre objectif est d'améliorer les connaissances sur les indicateurs de la périnatalité en Martinique et de suivre leur évolution en renouvelant cet exercice chaque année.

En 2019, nous publierons le troisième numéro de cette fiche thématique ainsi que le rapport complet de l'extension Martinique de l'enquête nationale périnatale.

Bonne lecture.

Dr Sylvie MERLE

Responsable de la Commission « traitement des données »
du Réseau Santé Périnat Matnik

1 / Répartition des naissances p.2

2 / Grossesses et IVG p.3

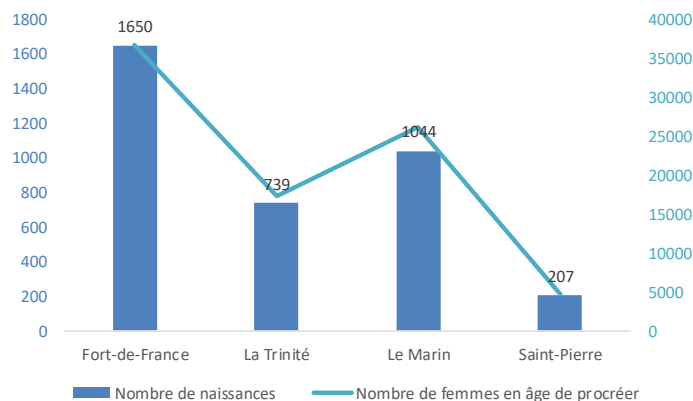
3 / Accouchement p.4

4 / Enfants p.6

1. Répartition des naissances par commune

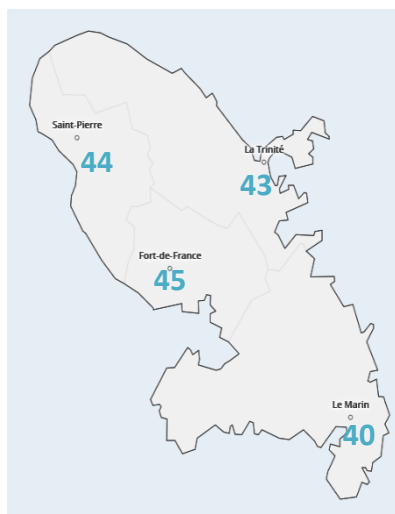
En 2017, la répartition des naissances est proportionnelle à la population des femmes en âge de procréer (15-49 ans) au sein des territoires de proximité de Martinique. Le territoire du Centre est au premier rang de naissances proportionnellement au nombre de femmes en âge de procréer. Le Nord Atlantique et le Nord Caraïbe sont respectivement au 3^e (20 % des naissances) et 4^e rang (6 % des naissances).

Figure 1. Nombre de naissances en Martinique selon le domicile de la mère en 2017



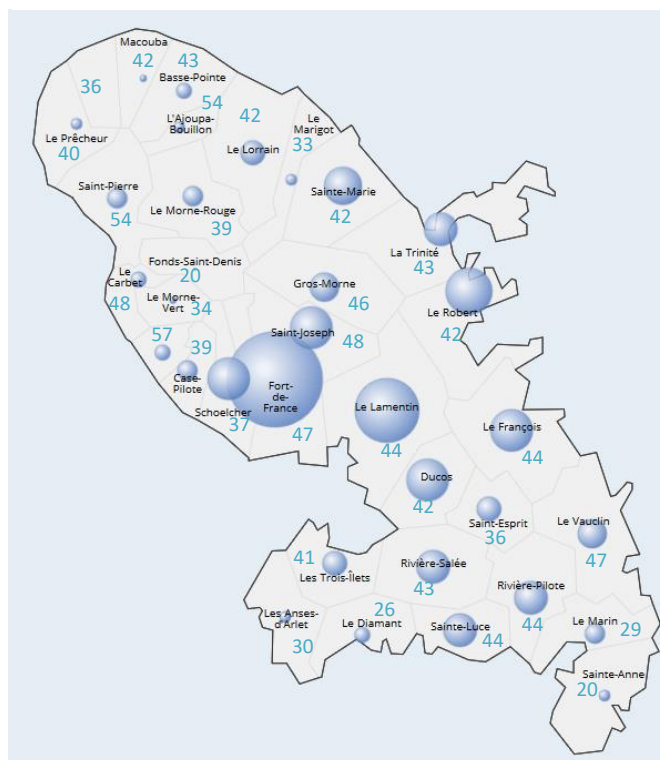
Source : Insee, État civil

Figure 3. Taux de natalité pour 1 000 femmes en âge de procréer selon le territoire de proximité en 2017



Source : Insee (RP 2015, Insee), État civil

Figure 2. Nombre de naissances et taux de natalité pour 1 000 femmes en âge de procréer selon le domicile de la mère en 2017



Taux de natalité : 20 à 57 pour 1 000

Nombre de naissances domiciliées :

878
3

Martinique : 3 640

Source : Insee (RP 2015, Insee), État civil

Définitions

- Naissances domiciliées (Insee) : naissances ayant lieu sur le territoire de domicile de la mère
- Naissances (PMSI) : toutes les naissances ayant eu lieu dans un établissement hospitalier



2. La grossesse et les interruptions de grossesse

Age maternel

Tableau 1. Age maternel

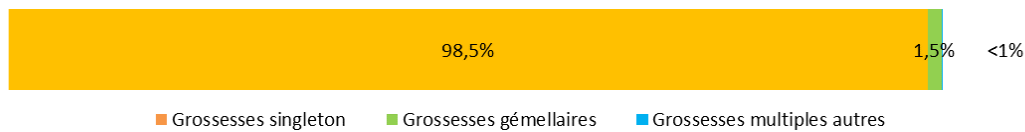
Etat civil	2013	2014	2015	2016	Moyenne 2013-2016
Nombre de naissances vivantes	4 128	4 367	3 972	3 782	4062
Age moyen de la mère au moment de l'accouchement	29,3	29,3	29,6	29,4	29,4
Taux de mères < 20 ans	7,2%	6,7%	4,9%	6,0%	6,2%
Taux de mères ≥ 35 ans	24,4%	22,6%	23,3%	22,0%	23,1%

Source : Insee

Secteur hospitalier	2013	2014	2015	2016	Moyenne 2013-2016
Nombre de naissances totales	4 151	4 418	4 035	3 823	4107
Nombre de naissances vivantes	4 065	4 348	3 966	3 751	3702
Age moyen de la mère au moment de l'accouchement	29,3	29,3	29,6	29,4	29,4
Taux de mères < 20 ans	7,3%	6,6%	4,8%	6,1%	6,2%
Taux de mères ≥ 35 ans	24,5%	22,6%	23,2%	22,5%	23,2%

Source : PMSI

Répartition du type de grossesse (2013-2017)



Interruptions médicales de grossesse (IMG)

18

IMG en moyenne ont été dénombrées chaque année d'après les données du PMSI sur la période 2013-2017, soit 0,4 % de la moyenne des naissances totales de cette période.

Transferts in utéro (TIU)

<1%

des accouchements ont été concernés par un transfert in-utero sur la période 2013-2017, d'après les données du PMSI (7 en moyenne chaque année).

Ce taux, très petit, ne paraît pas en adéquation avec la réalité du terrain.

En 2016, 57 TIU ont été dénombrés, parmi lesquels deux transferts interrégionaux (Guyane et Saint-Martin). Le motif de transfert principal est la menace d'accouchement précoce (24 accouchements sur 57), suivi par l'obésité sévère ou morbide.

En 2017, 28 TIU ont été dénombrés auprès des maternités dont 21 pour cause de MAP.

Source : Réseau Périnat Matrik

Focus Interruption volontaire de grossesse (IVG)

En 2017, 1 873 IVG ont été dénombrées en secteur hospitalier.

(CHUM, source : ATIH/scansanté/consommation production en MCO/gr de planification)

Selon les données du service orthogénie du CHUM, le total d'IVG dénombré en 2016 est de 2 183 IVG, soit une diminution de - 6,9 % par rapport à 2015 et -10,3 % par rapport à 2014. Une diminution plus marquée est observée chez les mineures. Ainsi, le nombre d'IVG chez les mineures est passé de 188 en 2012 à 113 en 2016, soit une diminution de - 39,9 %. Toutefois, rapporté au nombre de naissances annuelles le nombre d'IVG annuelles en Martinique est relativement stable oscillant entre des périodes de hausses et des périodes de baisse.

(Source : Service orthogénie CHUM, D BONNIER)

- PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
- AG : âge gestationnel
- SA : semaine d'aménorrhée
- In born : naissance dans le niveau d'établissement approprié
- PN : poids de naissance
- Transfert in utero : transfert d'une femme enceinte d'une maternité vers une autre, le motif du transfert étant une pathologie maternelle et/ou fœtale nécessitant une prise en charge rapide dans un établissement adapté.
- MAP : menace d'accouchement prématuré



3. L'accouchement

Naissances

En secteur hospitalier, ce sont 4 006 naissances totales annuelles qui ont eu lieu en moyenne sur la période 2013-2017. Sur l'ensemble de ces naissances, en moyenne 3 937 naissances vivantes ont été enregistrées (soit 98 % de l'ensemble des naissances en secteur hospitalier) ; dont près de 3 % concernent des grossesses multiples (toutes vivantes).

Tableau 2. Accouchements et naissances entre 2013 et 2017 (effectifs)

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'accouchements totaux	4 115	4 353	3 927	3 792	3 564
Nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés)	4 151	4 418	4 035	3 823	3 602
Dont singletons	3 971	4 227	3 848	3 637	3 450
Dont jumeaux et plus	106	121	120	115	105
Données manquantes	74	70	67	71	47
Accouchement par voies basses instrumentales	267	365	364	381	360
Autres voies basses	3 115	3 245	2 891	2 757	2 545
Césarienne programmée	198	235	199	192	155
Césarienne en urgence ou pendant le travail	535	507	473	462	504
Nombre de naissances vivantes	4 065	4 348	3 966	3 751	3 555

Source : PMSI

Terme à l'accouchement

En moyenne, sur la période 2013-2017, près de 90 % des naissances en secteur hospitalier ont eu lieu à 37 SA ou plus. Ainsi, le taux de prématurité est de 10,2 % pour cette même période.

Parmi les naissances prématurées, 1,6 % ont eu lieu à un stade de très grande prématurité (AG<28 SA), 1,3 % à un stade de grande prématurité (28 SA ≤AG<32 SA) et 7,3 % à un stade de prématurité modérée (32 SA ≤AG<37 SA). Parmi ces naissances prématurées, 85,7 % sont des naissances vivantes.

En termes de prématurité des naissances multiples, 11,1 % des naissances vivantes multiples ont eu lieu à un stade de grande à très grande prématurité et 34,4 % à un stade de prématurité moyenne. Chez les singletons, ces taux sont respectivement de 1,4 % et 6,4 %.

Présentation à l'accouchement

En secteur hospitalier (données PMSI) sur la période 2013-2017, les accouchements avec présentation céphalique représentent en moyenne 96,0 % des accouchements. Les accouchements avec présentation par le siège représentent en moyenne 4,0 % des accouchements.

Mode d'accouchement

Sur la période 2013-2017 selon les données du PMSI, près de quatre accouchements sur cinq se sont déroulés par voie basse non instrumentale (73,6 %) et près d'un sur six par césarienne programmée ou non (17,5 %). Les césariennes en urgence ou pendant le travail représentent près d'un accouchement sur huit (12,6 %).

Lieu de naissance des nouveau-nés (naissance «In born»)

En Martinique en 2017, quatre maternités couvrent le territoire, réparties en un établissement de niveau III (le Centre Hospitalier de Martinique [CHUM] : Maison de la mère et de l'enfant [MFME] à Fort de France) et trois de niveau I (CHUM : Centre Hospitalier Louis Domergue à Trinité, Clinique Sainte Marie à Schœlcher et Clinique Saint Paul à Fort de France).

Selon les données 2013-2017 du PMSI, 100 % en moyenne des nouveau-nés vivants d'âge gestationnel inférieur à 32 SA et la totalité des enfants nés vivants dont le poids était inférieur à 1 500 g sont nés dans une maternité bénéficiant d'un niveau d'autorisation approprié (niveau III).

Complications

Hémorragie du post-partum (HPP) : acte marqueur

D'après les données 2013-2017 du PMSI, une hémorragie du post-partum (HPP) a été notifiée (de manière directe par le codage d'un diagnostic d'hémorragie, ou de manière indirecte par le codage des actes hystérectomie d'hémostase, embolisation, ligature des artères utérines ou des pédicules vasculaires utérins, tamponnement intra-utérin) dans environ 3 % des séjours pour accouchement.

Tableau 3. Taux d'hémorragies du post-partum

	Global	HPP codage direct	HPP avec transfusion > 1/2 masse sanguine	Ligatures vasculaires pour HPP	Hystérectomie pour HPP	Embolisation pour HPP
Accouchements totaux	2,9 %	2,8 %	0,0 %	<0,1 %	0,1 %	0,0 %
Accouchements par voie basse	2,8 %	2,8 %	0,0 %	<0,1 %	<0,1 %	0,0 %
Accouchement par césarienne	3,1 %	2,7 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %

Source : PMSI – ARS de Martinique, exploitation OSM

Episiotomies et déchirures

Selon le PMSI, les déchirures périnéales du 3^e et du 4^e degré représentent en moyenne 0,8 % des accouchements par voie basse sur la période 2013-2017.

Transferts après l'accouchement

Transferts maternels

Selon les données du PMSI, sur la période 2013-2017, le nombre de transferts maternels après accouchement est de 28 en moyenne chaque année, soit moins de 1 % de l'ensemble des accouchements en secteur hospitalier. En 2017, 39 transferts ont été dénombrés représentant 1,1 % des accouchements.

Transferts néonataux

Rapporté au nombre de naissances vivantes, le nombre de transferts néonataux (avant 28 jours) est bas, en moyenne 47 chaque année sur la période 2013-2017, soit 1,2 % de l'ensemble des naissances en secteur hospitalier.

En 2017, 22 transferts néonataux vers un établissement de niveau III ont été enregistrés dont 15 en provenance du centre hospitalier de Trinité. Parmi les motifs de transferts, on note la prématurité, l'hypotrophie, le contexte infectieux, la détresse respiratoire et l'ictère.

Source : Réseau Périnat Matnik

Mortalité autour de la naissance

Selon l'Inserm, sur la période 2013-2015, en moyenne moins de deux décès maternels ont été enregistrés chaque année en Martinique.

Au cours de la période 2013-2017, ce sont en moyenne 31 décès infantiles au cours de la première année de vie (dont 17 néonataux précoces et 7 néonataux tardifs) qui ont été enregistrés chaque année. Le taux de mortalité infantile observé aux Antilles-Guyane est supérieur à la moyenne hexagonale. Selon les données de l'Inserm, la moyenne des années 2013-2017 est de 7,8 décès de moins de 1 an pour 1 000 naissances en Martinique comparée à 3,4 au niveau national.

Tableau 4. Taux de mortalité infantile pour 1 000 enfants de 0 à 1 an au cours de la période 2013-2015 en Martinique

Principales causes de décès infantiles (moins de 1 an)	Moyennes 2013-2015
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	3,5
Autres malformations congénitales, et anomalies chromosomiques	1,0
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	0,6
Autres maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	0,3

Source : Inserm CépiDc

Mortinatalité

La mortinatalité correspond au nombre d'enfants mort-nés rapporté à l'ensemble des naissances d'une année (naissances totales).

En secteur hospitalier sur la période 2013-2017, on dénombre, en moyenne, 69 enfants mort-nés chaque année, soit 1,7 % de l'ensemble des naissances. Parmi l'ensemble de ces mort-nés, 74,1 % sont issus de mort fœtale in-utero et 25,9 % d'interruptions médicales de grossesse.

La majorité de ces morts surviennent entre 22 et 24 SA (à ce stade de développement, les décès touchent 80,8 % de l'ensemble des naissances) et entre 25-27 SA (42,5 %). Les mort-nés sont rares au-delà de 36 SA (moins de 1 % des naissances).

Mortalité néonatale précoce

La mortalité néonatale correspond au nombre de décès entre 0 et 28 jours du nouveau-né rapporté à l'ensemble des naissances vivantes d'une année. Sont désignés décès néonataux précoces les décès s'étant produits avant 7 jours de vie et décès néonataux tardifs les décès s'étant produits entre 7 et 28 jours de vie.

En secteur hospitalier, en moyenne 14 décès néonataux précoces ont été enregistrés sur la période 2013-2017.

Mortalité périnatale

La mortalité périnatale regroupe la mortinatalité et la mortalité au cours de la première semaine de vie du nouveau-né (mortalité néonatale précoce) rapporté à l'ensemble des naissances d'une année.

Mortalité maternelle

Au cours de la période 2016-2017 aucun décès n'a été enregistré par le réseau périnat Matnik.

Focus ZIKA

La Martinique a connu une épidémie du virus Zika de janvier à septembre 2016. Plus de 36000 cas cliniquement évocateurs ont été recensés et 800 femmes enceintes biologiquement confirmées ont été concernées par une prise en charge et un suivi rapproché.

En collaboration avec la CTM, le CHUM et l'ARS, le Réseau Santé Périnat Matnik a été missionné pour assurer le suivi des nourrissons conformément à l'avis du 21 mars 2016 du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) relatif à la prise en charge médicale et au suivi des nouveau nés et nourrissons ayant présenté ou ayant pu présenter une infection par le virus Zika in utero ou présentant une infection congénitale à virus Zika.

A ce jour :

230 enfants suivis par le Réseau Santé Périnat Matnik (RSPM)

323 enfants suivis dans le cadre de l'étude ZIKA-DFA-BB menée par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)

69 enfants suivis dans le cadre de l'étude URML (Union Régionale des Médecins Libéraux)

Perspectives : Poursuite du suivi à long terme pour les enfants jusqu'à l'âge de 7 ans conformément à l'avis du 21/12/2017 relatif à la prise en charge médicale et au suivi des nouveau nés et nourrissons ayant été exposés au virus Zika in utero ou présentant une infection congénitale à virus Zika (complément à l'avis du 21 mars 2016)

4. L'enfant

Allaitement maternel

Selon les données du PMSI, sur la période 2013-2017, la proportion d'allaitement débuté à l'accouchement est en moyenne de 62,2 % des mères et tend à augmenter (41,3 % en 2013 contre 73,2 % en 2017).



Faible poids à la naissance

En moyenne chaque année, sur la période 2013-2017 d'après les données du PMSI, les enfants nés à moins de 1 500 grammes représentent 2,9 % de l'ensemble des naissances vivantes et les enfants nés entre 1 500 et 2499 grammes représentent 8,5 % des naissances vivantes.

Focus REMALAN

En 2016, 3 821 naissances ont eu lieu en Martinique, dont 67 enfants mort-nés. Selon les données du registre des malformations des Antilles (REMALAN), la Martinique ne compte pas plus de malformations, toutes anomalies confondues que les autres régions comparativement aux prévalences des autres registres français. On note toutefois, que les prévalences sont légèrement plus élevées pour les malformations touchant la paroi abdominale (10,7 % versus 7,7 % en moyenne), probablement en lien avec la prévalence de l'omphalocèle. De même pour les atteintes du groupe « œil, face, cou » (4,8 % versus 2,4 % en moyenne), probablement en lien avec la prévalence des fistules préauriculaires. Concernant les malformations cardiaques, dont la prévalence est équivalente aux autres régions, ce sont les cardiopathies sévères, les troncs artériels communs (TAC) et les canaux atrio-ventriculaires (CAV) qui sont les plus fréquentes.

(Source : REMALAN)

Focus CAMSP

Le centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), est une structure pluridisciplinaire destinée à prendre en charge les enfants à risque ou porteurs de handicap dans les 6 premières années de vie. Le dépistage et l'intervention précoce sont primordiaux. L'établissement intervient sur trois sites :

- le centre hospitalier du Nord-Caraïbe : 12 places
- l'hôpital Mangot-Vulcin : 170 places
- le centre hospitalier de Trinité : 68 places

La file active est de 350 à 400 enfants dont le tiers est renouvelé chaque année. Le suivi des prématurés concerne un tiers de cette file active et représente une part significative des interventions préventives. Environ 80 enfants nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée sont à prendre en charge chaque année.

Les troubles neurodéveloppementaux avec retard psychomoteur, troubles de la communication, troubles du spectre autistique constituent une autre part importante de l'activité. Dans ce contexte, le renforcement des actions pour le diagnostic et l'intervention précoce sont un enjeu majeur. Actuellement deux tiers des enfants avec troubles du spectre de l'autisme qui viennent au CAMSP sont âgés de plus de 30 mois.

L'atteinte de l'appareil locomoteur de gravité variable affecte entre 60 et 70 enfants et représente une charge significative en matière de handicap sévère de l'enfant d'autant qu'il n'est jamais isolé.

Parmi les enfants en suivi thérapeutique, 18 % présentent une pathologie génétique et chromosomique, dont une trisomie 21 pour 7 % et dont micro-délétion et anomalies détectées par la technique de CGH Array pour 4 %.

La prévalence de la trisomie 21 au cours de la période 2011-2015 est de 1,4/1 000 naissances aux Antilles, soit sur une base de 3 600 naissances annuelles à la Martinique, 5 enfants attendus chaque année.

(Source : CAMPS, Dr BATAILLE)

Focus MMPH

Selon la Maison Martiniquaise des personnes en situation de handicap, 250 enfants âgés de 0 à 6 ans ont un droit ouvert pour ou plusieurs pathologies. Parmi les principales causes on note les troubles du développement (troubles envahissants, troubles spécifiques du développement de la parole et du langage, troubles mixtes), l'épilepsie, le syndrome de Down, le retard du développement physiologique, les troubles hyperkinétiques, les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires et la paralysie cérébrale.

(Source : Maison Martiniquaise des Personnes en situation de Handicap -MMPH)

Focus Enquête périnatale 2016

Les enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier et permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs relatifs à la santé périnatale, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque. Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances survenues au cours d'une période, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée et / ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes. En 2016, l'enquête a permis un recueil sur 735 naissances et 716 femmes en Martinique.

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (ensemble des femmes)



- 6,7 % de femmes ont déclaré consommer du tabac au 3^e trimestre
- 4,3 % de femmes ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la grossesse
- 9,6 % de femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la grossesse

FACTEURS DE VULNERABILITE (ensemble des femmes)

- 5,9 % des femmes avaient moins de 20 ans au moment de l'accouchement
- 54,1 % des femmes avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat au moment de l'accouchement
- 77,9 % des femmes ont déclaré être célibataire au moment de l'enquête et 35,6 % ont déclaré ne pas vivre en couple
- 44,5 % des femmes ont déclaré ne pas avoir exercé d'activité professionnelle au cours de la grossesse et 54,4 % ont déclaré ne pas être en emploi en fin de grossesse
- 32,5 % des femmes ont déclaré bénéficier de ressources inférieures à 1 000 € par mois.
- 5,4 % des femmes ont déclaré n'avoir aucune couverture sociale en début de grossesse et 17,3 % aucune couverture maladie complémentaire
- 33,4 % des femmes ont eu une réaction négative à la découverte de la grossesse
- 44,0 % des femmes ont déclaré avoir vécu au moins deux semaines consécutives au cours desquelles elles se sentaient tristes, déprimées, sans espoir
- 35,6 % des femmes ont déclaré avoir vécu au moins deux semaines au cours desquelles elles ont perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui leurs donnent habituellement du plaisir
- 6,0 % ont déclaré avoir été frappé, giflé, battu, poussé ou bousculé intentionnellement ou avoir subi d'autres brutalités physiques

Coordination : Le Réseau Santé Périnat Matnik

Auteurs et collaborateurs : La commission Traitement des Données (TdD) du Réseau Santé Périnat Matnik

- **Dr Henri BATAILLE**,
Chef de pôle, Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant (MFME)
- **Madame Marie-Alice DIVRON**,
Sage-Femme Cadre supérieur, pôle MFME
- **Madame Marie-Claude DOMI**,
Coordinatrice, Réseau Santé Périnat Matnik
- **Madame Nadine DEFREL**, Agence Régionale de Santé (ARS) de la Martinique
- **Madame Régine FORTUNE**,
Sage-Femme cadre, MFME
- **Dr Sylvie MERLE**,
Directrice, Observatoire de la Santé de Martinique
- **Madame Corinne PLAVONIL**,
Sage-Femme territoriale, Collectivité Territoriale de Martinique (CTM)
- **Monsieur Eddie SAINTE-ROSE**,
Responsable pôle pilotage et résultat, Caisse Générale de Sécurité Sociale
- **Dr Catherine BONNIER**,
Médecin responsable, service orthogénie CHUM
- **Dr Maryse MARCELIN**,
Médecin chef, Directrice de la prévention médico-sociale, PMI, CTM
- **Monsieur Hermann HENRY**,
Statisticien interrégional, ARS de la Martinique
- **Dr Jean-Luc VOLUMENIE**
Chef du service obstétrique, CHUM site MFME

Traitement des données :
Natacha NELLER (OSM)

Rédaction : OSM et membres de la commission TdD

Mise en page : Natacha NELLER (OSM)

Contacts :

Réseau Santé Périnat Matnik
0696 50 21 55
reseauperinat972@gmail.com

Imm. Objectif 3000 Acajou sud 97232 Le Lamentin

Observatoire de la santé de la Martinique
0596 61 84 02
ors.martinique@wanadoo.fr

ISSN : 1140-0830