Mémento 2017

SITUATION SANITAIRE EN NOUVELLE-CALÉDONIE

2017

DASS
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

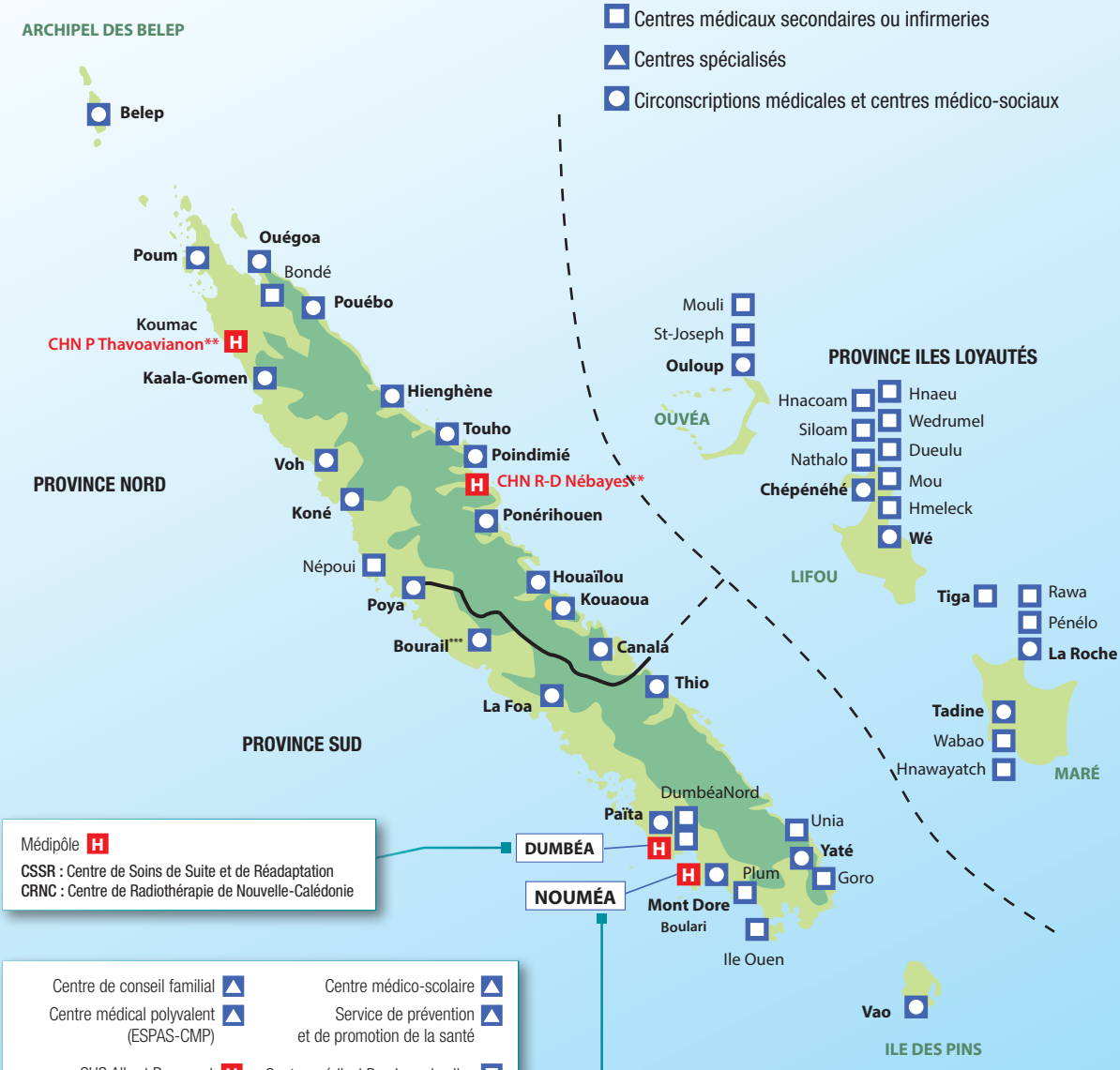
Principales structures de santé de la Nouvelle-Calédonie*

H Centres hospitaliers publics

C Cliniques privées

Structures de santé de compétence provinciale

- Centres médicaux secondaires ou infirmeries
- Centres spécialisés
- Circonscriptions médicales et centres médico-sociaux



Médipôle H
CSSR : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
CRNC : Centre de Radiothérapie de Nouvelle-Calédonie

Centre de conseil familial	Centre médico-scolaire
Centre médical polyvalent (ESPAS-CMP)	Service de prévention et de promotion de la santé
CHS Albert Bousquet H	Centre médical Province des Iles

Centres de Protection Maternelle et Infantile et Centres Médico-Scolaire	Clinique Ile Nou-Magnin
Montravel (PMI)	Site Baie des Citrons C
Kaméré (CMS)	Site Anse Vata C
Saint-Quentin (CMS)	Site Magnin C

2017

** 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

sommaire

Description de la population 04

- Caractéristiques démographiques ..... P. 04
- Causes médicales de décès périnataux .. P. 04
- Causes médicales de décès ..... P. 05

État de santé 06

- Maladies infectieuses ..... P. 06
- Maladies surveillées ..... P. 12
- Maladies chroniques ..... P. 12
- Pathologies mentales ..... P. 15
- Questions de société ..... P. 17
- Approche par population ..... P. 21
- Organisation des soins ..... P. 24

Facteurs non-médicaux 28

- La santé environnementale ..... P. 28
- Le Centre Santé et Voyages ..... P. 33

Comptes de la santé 34

- Présentation ..... P. 34
- Coût de la santé ..... P. 34

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

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Depuis 1989, la proportion des jeunes ne cesse de décliner au profit des classes d'âge élevé. Ainsi, la part des moins de 20 ans a diminué et représente 32% de la population au recensement 2014 ; celle des 60 ans ou plus a quasiment doublé (12%). Ce vieillissement s'explique à la fois par la baisse de fécondité mais aussi par l'augmentation de l'espérance de vie.

Les caractéristiques démographiques de la Nouvelle-Calédonie et de ses trois provinces sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Population	Taux d'accroissement (1)	Naissances vivantes	Taux de natalité (2)	Indice de fécondité (3)	Taux de Mortalité infantile (4)	Nombre de décès	Taux brut de mortalité (5)	Espérance de vie à la naissance (6) Homme / Femme
Nouvelle-Calédonie	282 200	9,0	4 059*	14,5	1,9	4,9	1 529	5,7	75,1/80,1
Provinces des Iles Loyautés	19 211	10,0	278	14,7	2,4	7,2	48	7,2	70,1/78,3
Province Nord	53 252	9,3	823	15,5	2,2	6,0	226	6,3	71,9/80.0
Province Sud	209 737	10,5	2 944	14,1	2,0	4,1	1 255	5,2	75,3/80,6
France métropolitaine	67 200	-	767 000	11,2	1,9	3,9	603 000	9,0	79,5/85,4
Polyn.-Française	272 800	10,1	4 161	15,3	1,4	6,7	1 424	5,2	76,3 ensemble
Australie	24 598	1,4	311 104	12,7	1,8	3	158 504	6,6	79,8 / 84,8
Nouvelle-Zélande	4 793	1,9	61 038	13,3	1,9	4,7	31 608	6,7	81,3 ensemble

Sources : ISEE (population au 1er janv 2018) – INSEE 2017 – Perspective monde et bureau des statistiques Australie et Nouvelle-Zélande (population 2017, taux démographiques 2015)- Polynésie Française ISPF.pf (2014).

1 Taux d'accroissement naturel : différence entre taux brut de natalité et de mortalité, exprimé pour 1 000 habitants.
2 Taux de natalité : rapport entre le nombre annuel de naissances vivantes et l'effectif de la population au milieu de l'année considérée, exprimé pour 1 000 habitants.
3 Indice de fécondité : cet indicateur donne le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés actuellement à chaque âge demeuraient inchangés.
4 Taux de mortalité infantile : rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours de l'année considérée.
5 Taux brut de mortalité : rapport entre le nombre annuel de décès et l'effectif de la population au milieu de l'année considérée, exprimé pour 1 000 habitants.
6 L'espérance de vie à la naissance exprime le nombre moyen d'années de vie à vivre pour un nouveau-né si la structure de la mortalité, telle qu'elle est au moment de la naissance, ne se modifie pas.

*Naissances vivantes par province de domicile de la mère. 14 enfants sont nés de mères domiciliées hors territoire.

CAUSES MÉDICALES DÉCÈS PÉRINATAUX

61 décès selon les critères retenus (≥ 22 SA et/ou ≥ 500g) ont été enregistrés en 2017 (soit 38 décès dans la période fœtale tardive, 10 décès dans la période périnatale et 13 interruptions médicales de grossesse).

Parmi les décès néonataux (hors IMG) en 2017 :

- la 1ère cause de décès liée à l'enfant est représentée dans 24,6% des cas par des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale,
- la 2ème cause, dans 19,6% des cas, est représentée par les anomalies congénitales.

Pour 2 décès en 2017, la cause est liée directement à la mère (une pathologie infectieuse maternelle et une agression par la force physique).

Parmi les **interruptions médicales de grossesse** (IMG) les motifs les plus fréquents sont en rapport avec les anomalies congénitales (autres anomalies congénitales : 38,4%, système nerveux : 23,1% et aberrations chromosomiques : 15,4%).

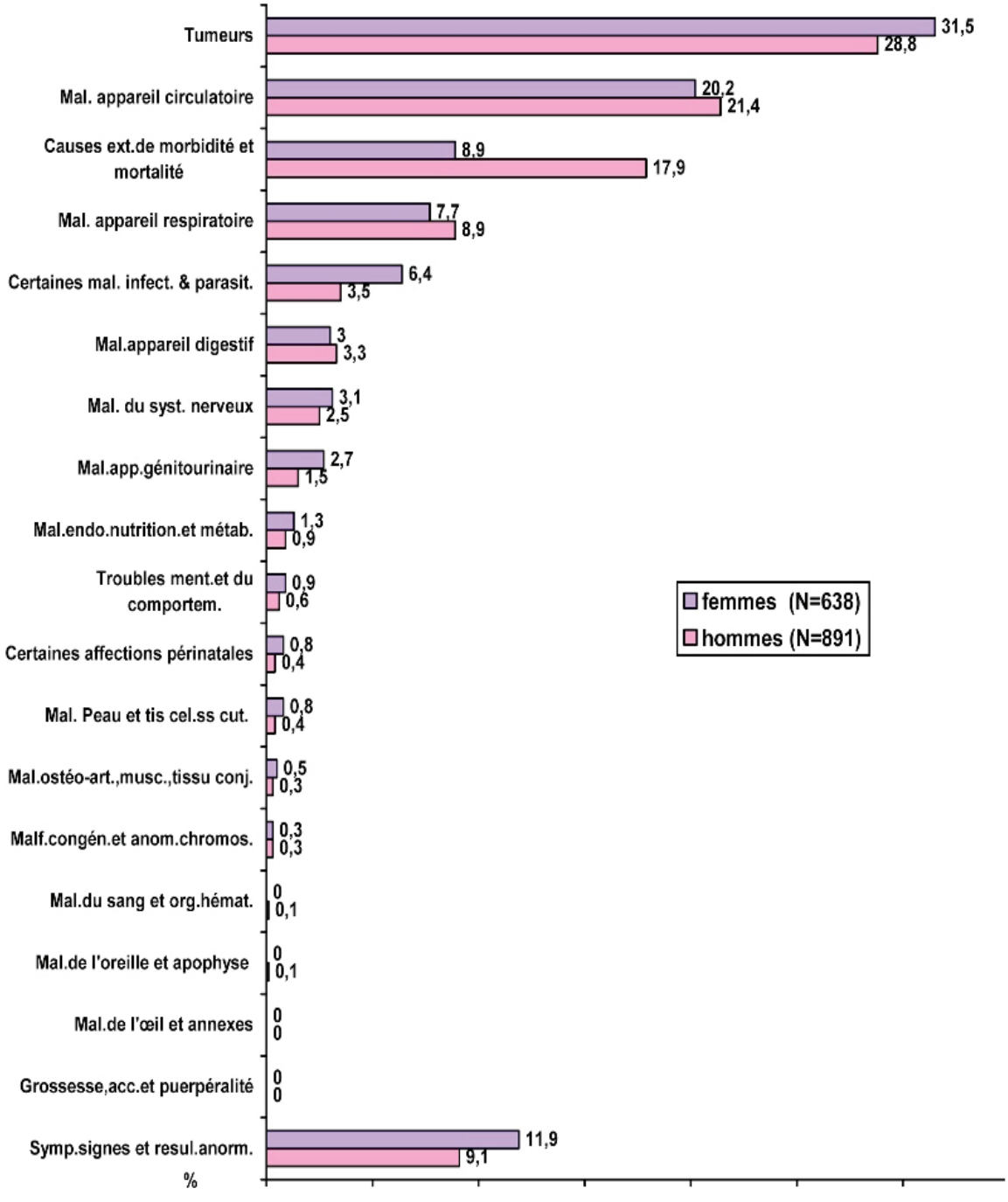
CAUSES MÉDICALES DÉCÈS

Au cours de l'année 2017, **1 529 décès** ont été enregistrés en Nouvelle-Calédonie (891 hommes, 638 femmes).

Les deux principales causes de décès, tous sexes et âges confondus, sont les tumeurs (30%) et les maladies de l'appareil circulatoire (20,9%).

Les causes externes de morbidité et mortalité (dont les accidents de transport, les lésions traumatiques accidentelles, les lésions auto-infligées...etc) arrivent en 3ème position (14,1%). Les accidents de la circulation routière représentent la 1ère cause de décès de ce groupe (29,2%) et les lésions auto-infligées (19,4%) avec 4 fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes.

Répartition en % des causes de décès par sexe, selon les 19 groupes de la CIM10



MALADIES INFECTIEUSES

Maladies à déclaration obligatoire (hors cancers cf. chapitre particulier)

En 2017, 4 938 déclarations ont été recensées. Le tableau suivant présente la répartition de ces déclarations par maladie :

Maladies à déclaration obligatoire	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cancers (hors peau sauf mélanomes)	891	864	853	884	917	ND	ND
Chikungunya	33	0	31	41	24	3	0
Coqueluche	2	6	3	9	0	1	23
Condylome acuminé	1	6	0	13	1	0	0
Dengue	15	718	10 522	310	26	693	4 379
Diphtérie	0	6	0	0	0	4	3
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	2	1	0	0	0	0	0
Hépatite virale A	1	0	1	0	3	5	1
Hépatite virale B	6	5	16	8	11	3	13
Hépatite virale C	1	0	0	1	6	1	12
Legionellose	2	0	0	0	5	5	22
Lèpre	10	5	8	1	8	4	7
Leptospirose	138	75	70	20	56	69	89
Listériose							1
Méningite à méningocoque	10	5	8	9	1	2	1
Paludisme	5	2	2	0	0	2	1
Rhumatisme Articulaire Aigu	86	ND	ND	ND	150	124	95
Rougeole	0	0	0	0	1	1	1
Sporotrichose	1	12	21	20	16	5	16
Syndromes dus au VIH	18	26	15	20	18	16	16
Syphilis	49	66	145	100	133	164	189
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infect. alim. (foyers)	28	13	17	27	15	20	17
Tuberculose (hors PITL)	77	49	46	30	56	39	31
Vibrio vulnificus	1	2	0	1	1	0	3
Zika			18	1 395	137	23	38

En 2017, on relève principalement 4 379 cas de dengue, 95 nouveaux cas de RAA, 189 cas de syphilis, 31 cas de tuberculose et 89 cas de leptospirose.

Infections sexuellement transmissibles

Surveillance syndromique (rappel 2016)

En 2016, 759 symptômes ont été déclarés, dont 248 chez les hommes et 511 chez les femmes. Comme l'année dernière, les symptômes les plus fréquents sont l'écoulement urétral chez les hommes (55 % des syndromes) et l'écoulement vaginal chez les femmes (65 %), laissant transparaitre la forte prévalence des infections à gonocoque chlamydiae ou trichomonas.

Déclarations obligatoires

Elles concernent : l'hépatite C, l'hépatite B, la syphilis, les condylomes acumines (HPV) et le VIH (cf. tableau ci-dessus).

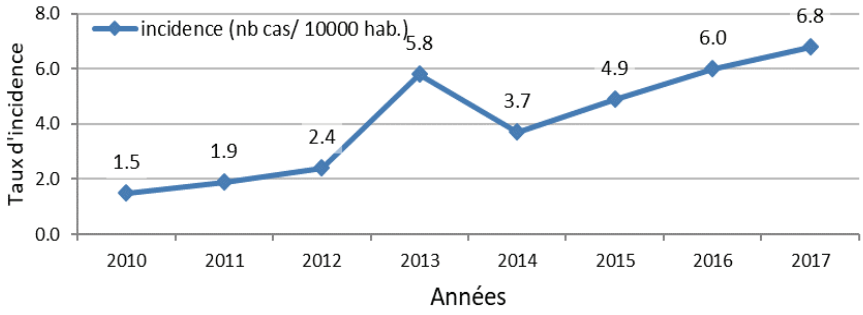
Les déclarations faites par les médecins concernent principalement la syphilis et le VIH.

Syphilis

En 2017, 189 nouveaux cas (74 hommes, 106 femmes et 9 non renseignés).

A noter que ces chiffres comprennent les cas de syphilis active et de syphilis cicatricielle.

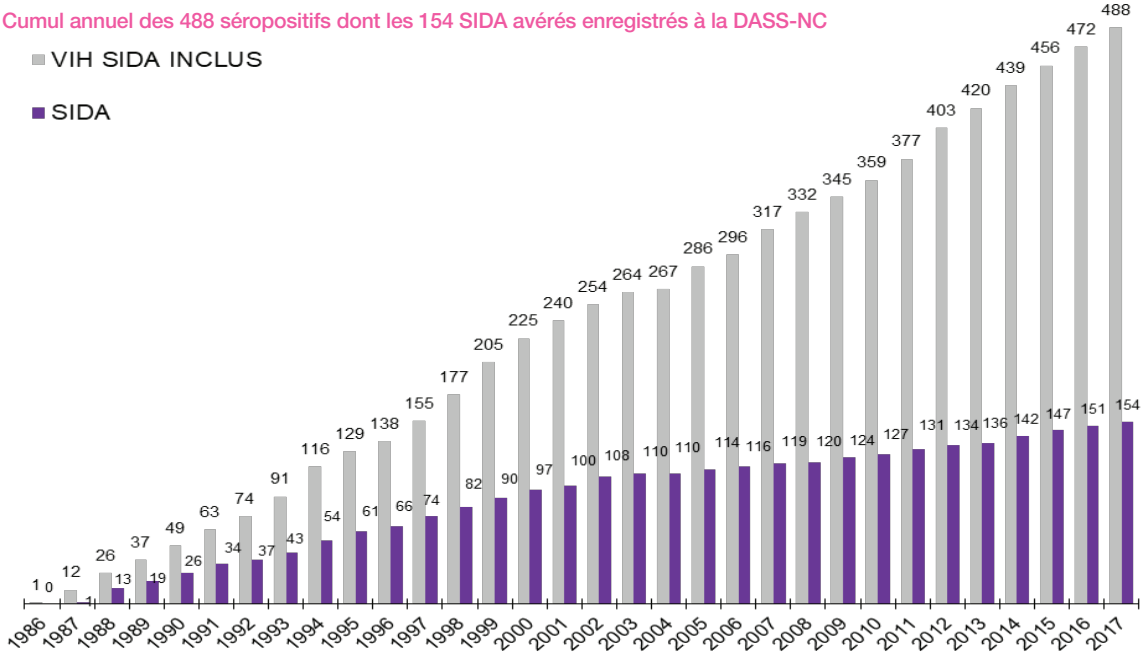
Évolution annuelle du taux d'incidence (pour 10 000 personnes) des déclarations obligatoires de syphilis (toutes formes cliniques) en Nouvelle-Calédonie de 2010 à 2017



VIH-SIDA

16 nouveaux cas de séropositivité ont été enregistrés en 2017 (16 en 2016). Ce qui porte à 488 le nombre de cas cumulés depuis 1986. Il s'agit de 362 hommes (74,2%), 122 femmes (25%) et 4 de sexe non précisé (0,8%). Sur ces 488 cas enregistrés, 168 (34%) l'ont été au stade asymptomatique, et 154 (32%) au stade de sida avéré.

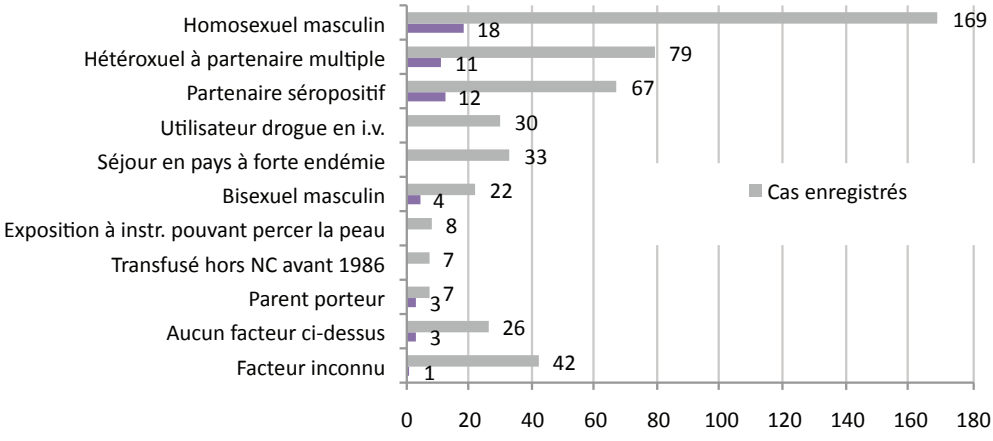
Cumul annuel des 488 séropositifs dont les 154 SIDA avérés enregistrés à la DASS-NC



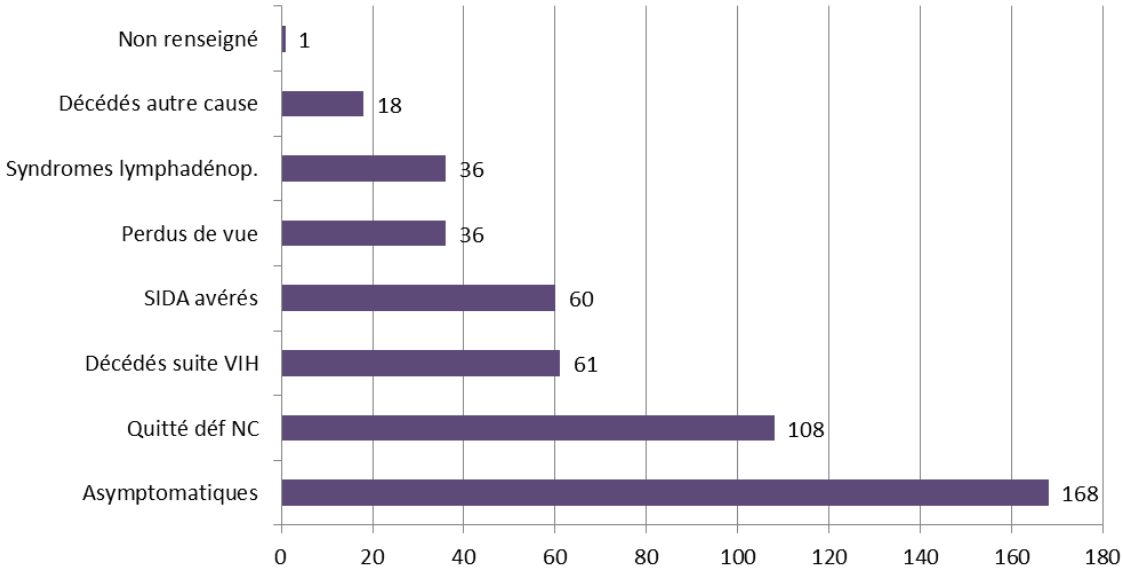
Facteurs de risque de séropositivité

Parmi les cas dont les facteurs de risque sont connus, on remarque que 76% sont liés à un mode de transmission sexuelle du VIH (337/446).

Répartition des 488 personnes séropositives par facteur de risque



Répartition des patients séropositifs selon le dernier état connu source : fiches MDO DASS



Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Le nombre de professionnels de santé agréés pour les CDAG a fortement diminué depuis 2005, en passant de 117 (80 médecins et 37 sages-femmes) à 38 en 2014 (19 médecins et 19 sages-femmes). Après 4 années de baisse d'activité, celle-ci augmente de nouveau en 2016 pour atteindre 1 776 consultations et se stabilise en 2017 à 1 682.

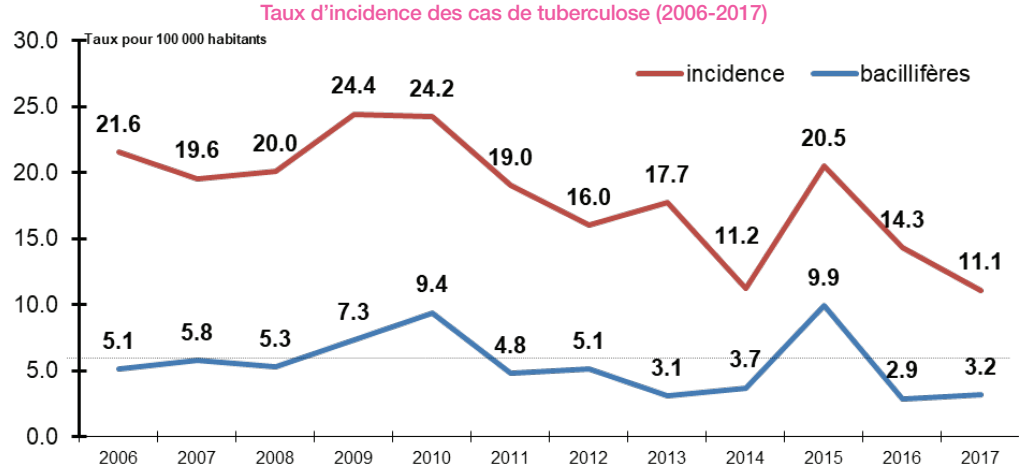
Cependant, seuls 831 formulaires CDAG ont été reçus à la DASS NC. Les résultats suivants ne portent donc que sur 49,4% des CDAG :

- En 2017, l'âge moyen des patients ayant consulté en CDAG en 2017 est de 28 ans.
- Aucun cas n'a été dépisté ni confirmé positif pour le VIH après un CDAG.
- Le taux d'absentéisme au résultat du test est globalement de 8,6.

Tuberculose

En 2017, 31 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés (39 en 2016), dont 26 tuberculoses pulmonaires (27 en 2016), forme qui permet à l'infection tuberculeuse de se pérenniser. On compte 9 cas de tuberculose pulmonaire à examen direct positif (8 en 2016). A noter qu'en métropole, l'incidence des déclarations de tuberculose est égale à 7,1 pour 100 000 habitants en 2015 (11,1 pour 100 000 habitants en NC).

Taux d'incidence des cas de tuberculose (2006-2017)



Caractéristiques des patients :

L'étude des 653 cas de tuberculose déclarés depuis 2004 montre que 72% des cas sont des formes pulmonaires. Toutes les communes sont touchées par cette maladie, cependant plus fréquente dans les communes de Belep, Ponerihouen, Hienghène, Houaïlou et Kaala-Gomen où les taux d'incidence sont plus élevés que dans les autres communes.

Le diagnostic est fait dans 71% des cas à partir des signes cliniques (données 2004-2017). 1 cas incident de 2017 était une récidive d'une tuberculose déjà traitée en 1982.

Traitement :
L'OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison (négativité des crachats 2 et 5 mois après le début du traitement) est supérieur à 85%. Pour les patients bacillifères dépistés en 2017, on a observé un taux de guérison de 66,7%.

Rhumatisme Articulaire Aigu

Le RAA est une conséquence possible de mécanisme probablement auto-immun d'une angine bactérienne due au streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SBHA). Il est fréquent chez l'enfant mais en Nouvelle-Calédonie des poussées peuvent être observées très tardivement (35 ans).

Selon la WHF, le Pacifique est l'une des régions du monde la plus touchée par le RAA, avec la plus grande incidence et la 2ème plus grande prévalence.

Elle estime qu'un pays est dit " à risque " lorsqu'il présente :
- une incidence au-delà de 30 pour 100 000 chez les 5-14 ans,
- une prévalence au-delà de 2 pour 1 000.

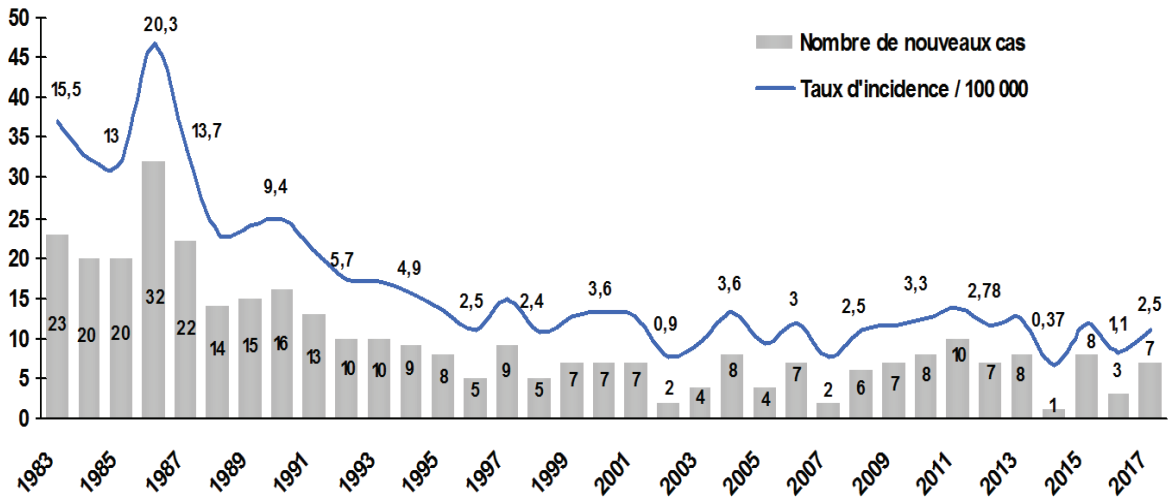
Dans ce cadre, un registre de suivi a été mis en place dès 1999 qui contient 1 573 cas enregistrés dont 135 cas diagnostiqués en 2017 (RAA avec ou sans CRC et CRC).
Les 5-14 ans représentent 69% de ces notifications. Comme les années précédentes, ce sont majoritairement des filles (53%) qui sont les plus touchées. La plus jeune avait 3 ans et demi et la plus âgée 54 ans.

Lèpre

La lèpre (ou maladie de Hansen) est une maladie infectieuse chronique due à un bacille acido-résistant (Mycobacterium leprae, anciennement bacille de Hansen), transmise par contact direct, prolongé et intime.

Avec 7 nouveaux cas en 2017, l'incidence est égale à 2,5 pour 100 000 habitants. Cinq des cas étaient multibacillaires. 14 patients étaient sous PCT (polychimiothérapie antilépreuse), ce qui représente une prévalence égale à 0,36 pour 10 000 habitants.

Évolution du taux d'incidence et du nombre de nouveaux cas

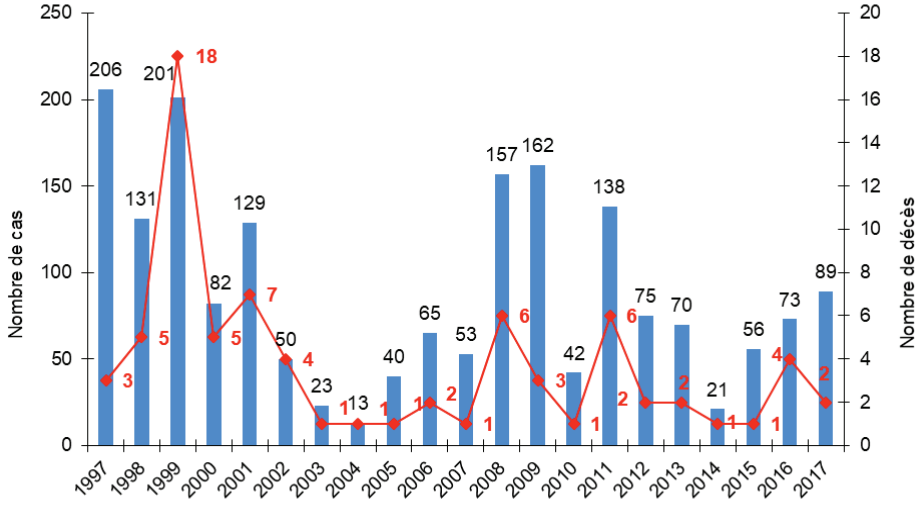


Le registre de la lèpre couvre 35 années, de 1983 à 2017, et contient 342 enregistrements, à partir desquels on a pu observer :
- une prédominance masculine avec 225 hommes, 115 femmes et 2 cas non renseignés ;
- une disparité ethnique avec une représentation plus importante de la communauté mélanésienne (289 cas) que des autres communautés (européenne : 31 cas ; autres : 20 cas ; non renseignés : 2 cas).

Leptospirose

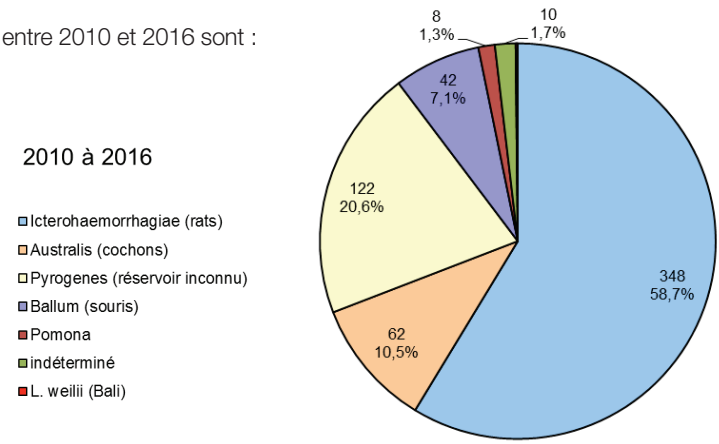
En Nouvelle-Calédonie, la leptospirose est une maladie endémique pouvant présenter des pics épidémiques selon le contexte climatique.
En 2017, 89 cas ont été déclarés dont 2 décès. Il s'agissait de 60 hommes (67,4%) et 28 femmes (31,5%), avec un âge moyen d'environ 28 ans.
La majeure partie des cas positifs de leptospirose est survenue durant les six premiers mois de l'année.

Nombre de cas de leptospirose et de décès liés à cette maladie par an en Nouvelle-Calédonie de 1997 à 2017



L'étude des cas sur les 5 dernières années montre des disparités géographiques, avec une incidence moyenne plus élevée au Nord-Est (de Canala à Ouégoa).

Les principaux sérogroupes identifiés entre 2010 et 2016 sont :
- *Icterohaemorrhagiae ;*
- *Pyrogenes* ;
- *Ballum*.

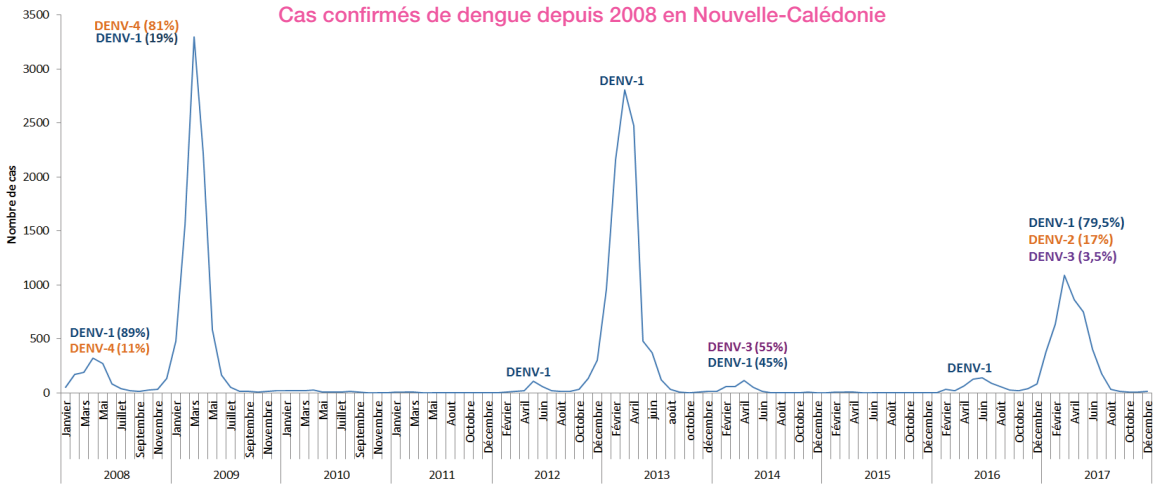


Arboviroses

Les arboviroses sont des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Ce sont des maladies virales transmises par des vecteurs arthropodes hématophages (arthropod-borne viruses). En Nouvelle-Calédonie, il existe trois principales arboviroses qui sont : la dengue, le chikungunya et le Zika, dont la transmission à l'homme est assurée uniquement par l'intermédiaire du moustique appelé *Aedes aegypti*.

La dengue

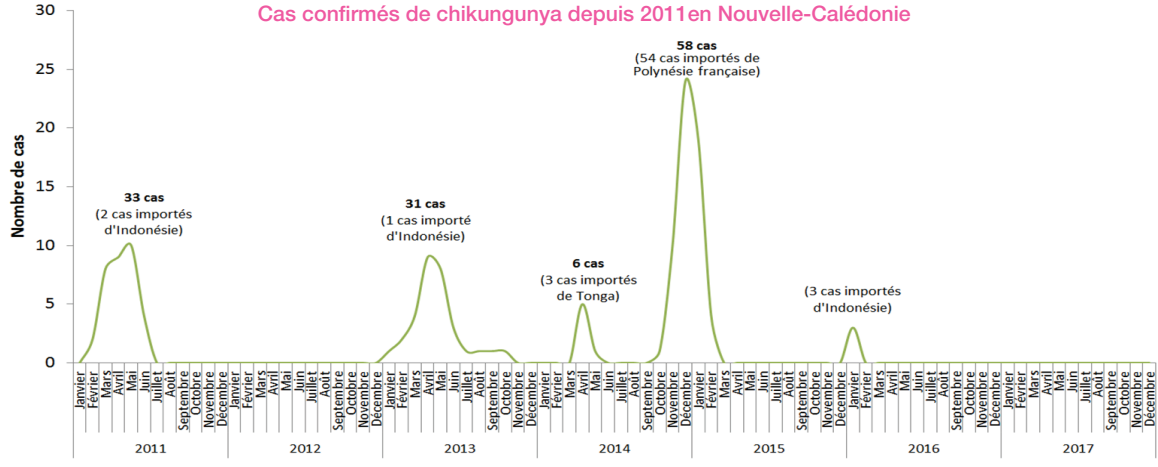
La dengue présente quatre stéréotypes différents (de DENV-1 à DENV-4). Il n'existe pas d'immunité croisée. Une personne peut donc contracter 4 fois la dengue.
En 2017, 4 379 cas de dengue ont été identifiés dont 2 374 cas positifs confirmés en RT-PCR, 1 831 cas cliniques et 174 cas probables.
L'année a été marquée par une épidémie de DENV-1, DENV-2 et DENV-3, avec 1 899 cas sérotypés de DENV-1, 410 cas de DENV-2 et 84 cas de DENV-3. La circulation du sérotype 1 a été majoritaire tout au long de l'année. 11 décès et 595 hospitalisations ont été enregistrés. Le pourcentage d'hospitalisation a été de 50 à 75% plus élevé par rapport à celui qui avait pu être observé lors des précédentes épidémies. L'épidémie 2017 s'est distinguée par un nombre important de cas sévères (134) et des décès de personnes ne faisant pas partie de la population à risque (personnes fragiles ou avec des antécédents médicaux).



Le chikungunya

En 2017, malgré une surveillance biologique du virus chikungunya active, aucun cas n'a été identifié. L'année précédente, 3 cas importés de chikungunya ont été enregistrés.

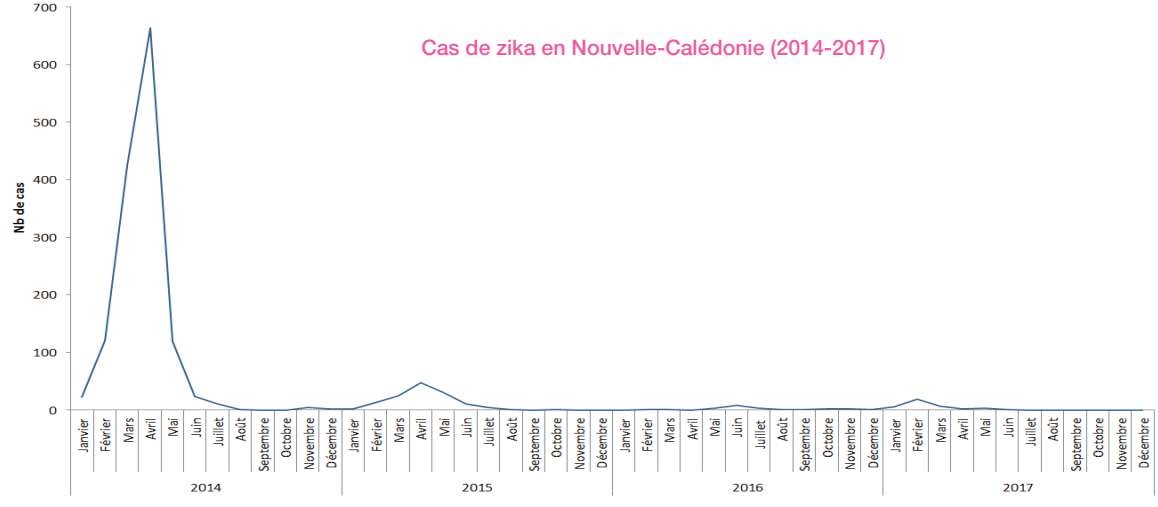
La Nouvelle-Calédonie reste à risque épidémique de chikungunya dans les années à venir au vu de la présence du vecteur (*Aedes aegypti*) dans le pays et de la naïveté immunitaire de la population calédonienne par rapport à cette infection.



Le Zika

En 2015, une importante épidémie de Zika a été enregistrée notamment au Brésil avec des problèmes de microcéphalies observés chez les bébés de mères contaminées pendant la grossesse.

En 2017, 38 cas ont été enregistrés par la DASS, les trois quarts des cas ont été identifiés au cours du premier trimestre de l'année et le dernier cas de zika a été enregistré au mois de juin.

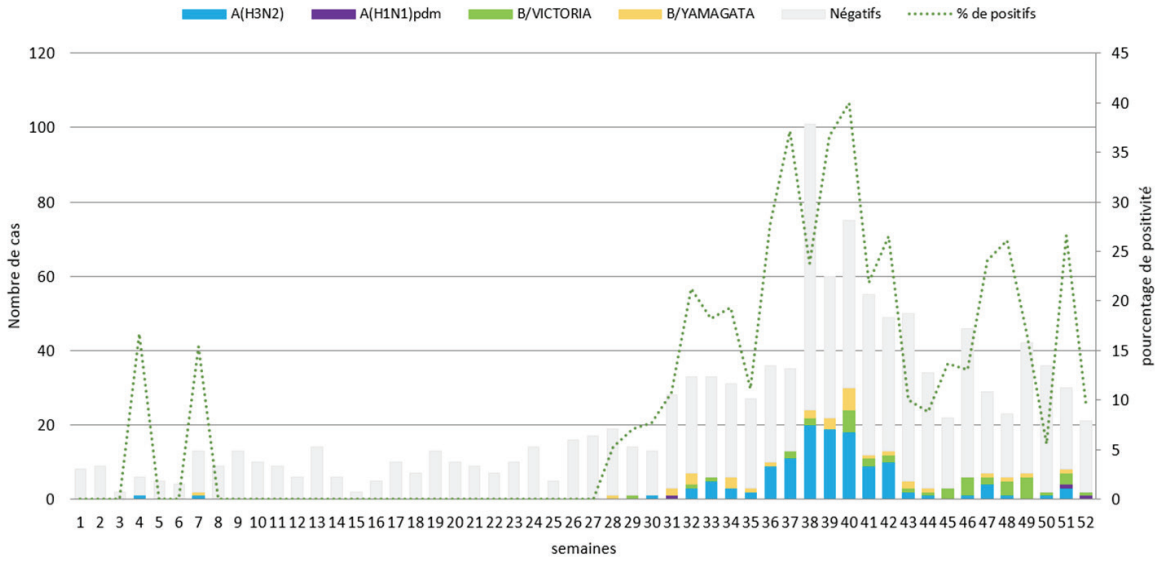


MALADIES SURVEILLÉES (RAPPEL 2016)

En 2017, sur les 1 181 prélèvements reçus par le laboratoire de microbiologie du CHT Gaston Bourret pour un dépistage grippe, 13% (159) étaient issus du Réseau sentinelle et, la grande majorité, 85% provenaient du CHT.

L'activité diagnostique en 2017 est diminuée par rapport à celle de 2016 avec une baisse de 19% du nombre total de PCR réalisées. Le nombre de cas positifs a diminué de 33% par rapport à l'année 2016. L'année 2017 a été marquée par un pic de circulation du virus de la grippe en septembre avec une circulation identifiée jusqu'en fin d'année.

Nombre hebdomadaire de prélèvements nasopharyngés, pourcentage de positivité, types et sous types de virus grippaux en 2017.



On a noté la circulation de 4 souches virales différentes en 2017 :

- Les virus A(H3N2) étaient apparentés faiblement à la souche **A/Hong Kong/4801/2014**
- Les virus A(H1N1)pdm09 apparentés à la souche vaccinale **A/Michigan/45/2015**
- Les virus B/Victoria apparentés à la souche **B/Brisbane/60/2008**
- Les virus B/Yamagata apparentés à la souche **B/Phuket/3073/2013 (non présente dans le vaccin HS 2017)**

} Inclus dans le vaccin hémisphère Sud 2017

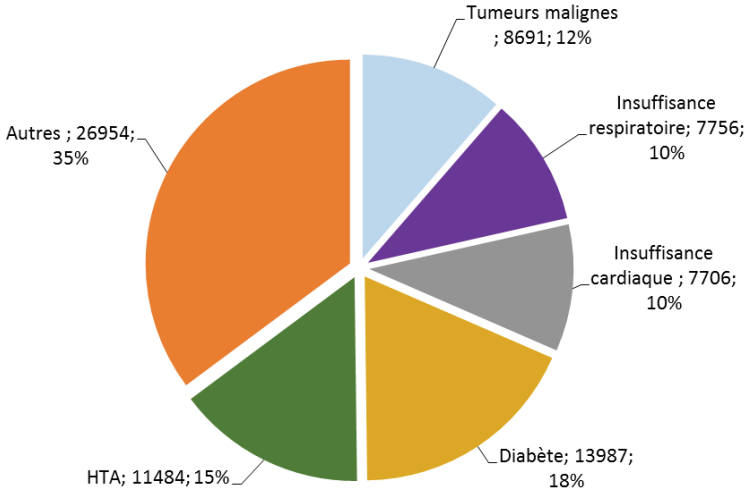
MALADIES CHRONIQUES

La plupart des affections chroniques sont prises en charge dans le cadre des longues maladies du régime de couverture sociale de la CAFAT, qui concerne les assurés et ayants droit de ce régime.

En 2017, 49 257 patients étaient pris en charge au titre de la longue maladie pour 76 578 affections (un patient peut avoir plusieurs affections).

On obtient ainsi une approche de la répartition des principales maladies chroniques prises en charge en Nouvelle-Calédonie :

Répartition des 76 578 pathologies Longue Maladie



Cancers

Les résultats présentés ci-dessous concernent les cancers diagnostiqués en 2015 (fichier arrêté au 17 octobre 2017). L'incidence comprend les tumeurs solides invasives, hors peau sauf mélanomes, et les hémopathies malignes.

Au total, 917 tumeurs invasives ont été enregistrées pour l'année d'incidence 2015 (472 chez les hommes et 445 chez les femmes) dont :

- 820 tumeurs solides invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes (89%),
- 97 hémopathies malignes (11%).

L'âge moyen au diagnostic est de 62 ans chez les hommes (médiane 65 ans), et de 59 ans (médiane 60 ans) chez les femmes.

Répartition par topographie selon le sexe

Tous sexes confondus, les topographies les plus fréquentes en 2015 sont (figure 1) :

- bronches-poumon : 151 cas (16,4%),
- sein : 117 cas (12,7%),
- prostate : 116 cas (12,6%).

Comparé à 2014, on observe une augmentation du nombre de cancer des bronches-poumon (n=114 en 2014, +32%) et une diminution du nombre de cancers du sein (n=143 en 2014, -17%). Le nombre de cancer de la prostate reste stable (n=113 en 2014).

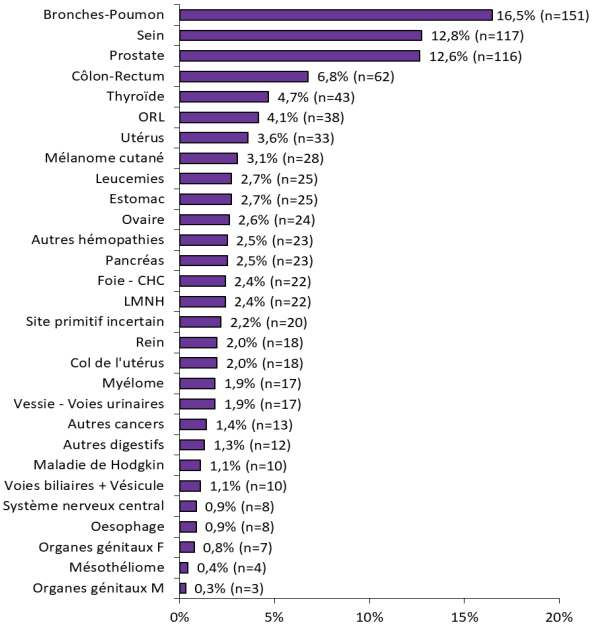


Figure 1 : Répartition des nouveaux cas par topographie

Chez les **hommes (n=472)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- Prostate : 116 cas (24,6%), soit près de 1 cancer sur 4.
- Bronches-poumon : 99 cas (21%), soit plus de 1 cancer sur 5.
- Côlon-rectum : 28 cas (5,9%).

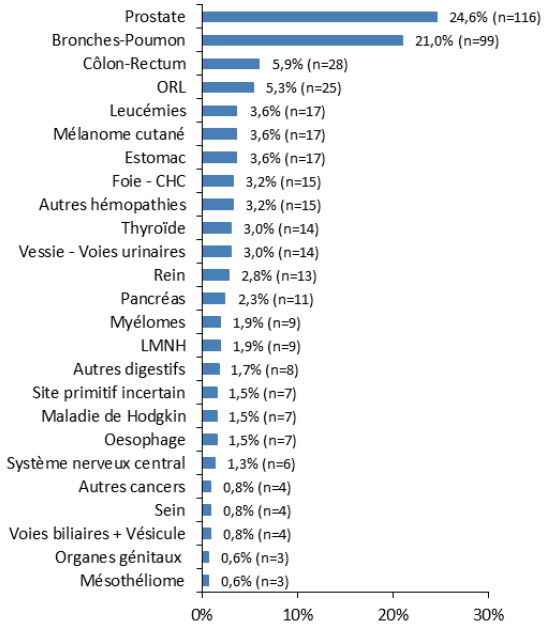


Figure 2 : Répartition par topographies chez les hommes

Chez les **femmes (n=445)**, les topographies les plus fréquentes sont :

- Sein : 113 cas (25,3%), soit plus de 1 cancer sur 4.
- Bronches-poumon : 52 cas (11,7%).
- Côlon-rectum : 34 cas (7,6%).

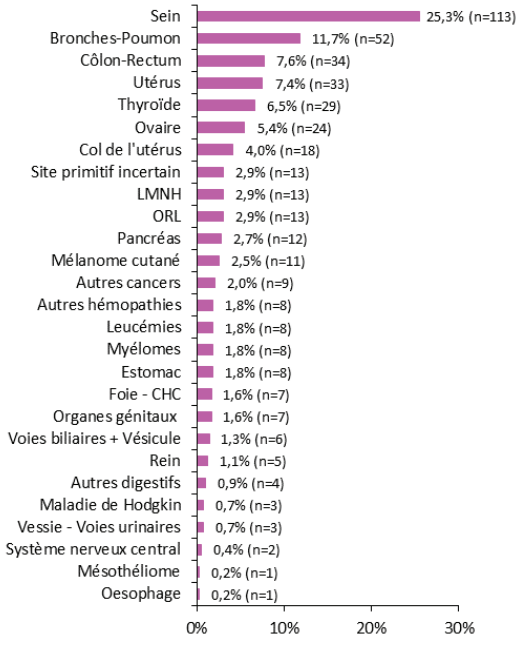


Figure 3 : Répartition par topographies chez les femmes

Comparaisons internationales (Globocan 2012-IARC)

Chez les hommes, le taux d'incidence standardisé tous cancers est égal à **298,7 (325,7 – 271,6)** pour 100 000 personnes années en 2015. Il est inférieur à ceux de l'Australie, de la Martinique et de la France métropolitaine. Il est comparable à ceux de la Nouvelle-Zélande et de la Polynésie (figure 4).

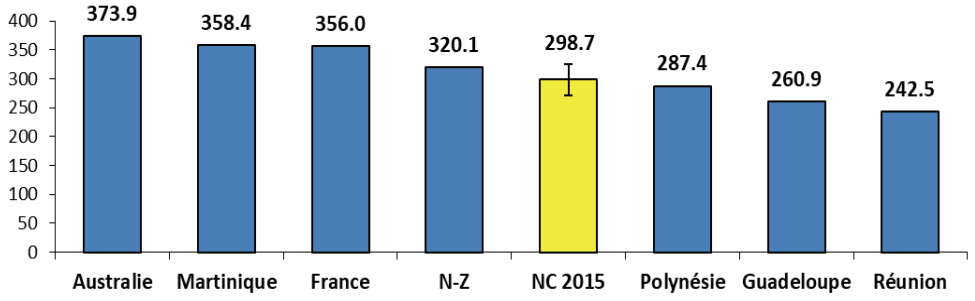


Figure 4 : Comparaison des taux d'incidence standardisés tous cancers, hommes

Chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers est égal à **270,4 (296,5 – 245,4)** pour 100 000 personnes années en 2015. Il est comparable à ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la France métropolitaine (figure 5). Il est supérieur à ceux de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion.

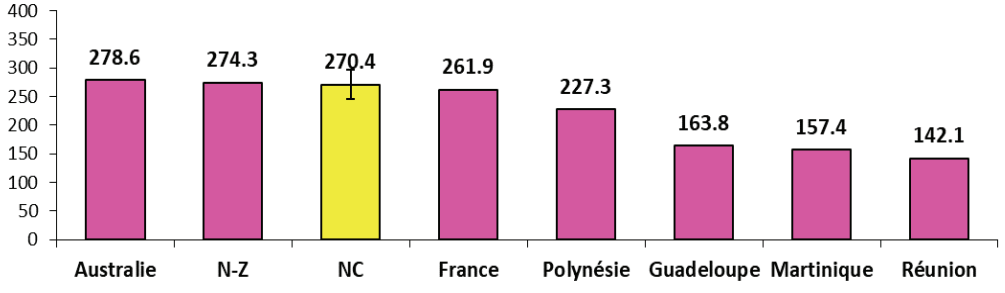


Figure 5 : Comparaison des taux d'incidence standardisés tous cancers chez les femmes

Evolution

En 30 ans, en Nouvelle-Calédonie, le nombre de cancers diagnostiqués par an est passé de 230 cas à 893, soit plus du triple. Cette croissance a été plus marquée à partir de 2002. L'évolution des plateaux techniques, l'installation de médecins spécialistes et l'amélioration de l'accès aux soins, peuvent en partie expliquer cette croissance, outre le vieillissement de la population et pour certains cancers, les modes de vie.

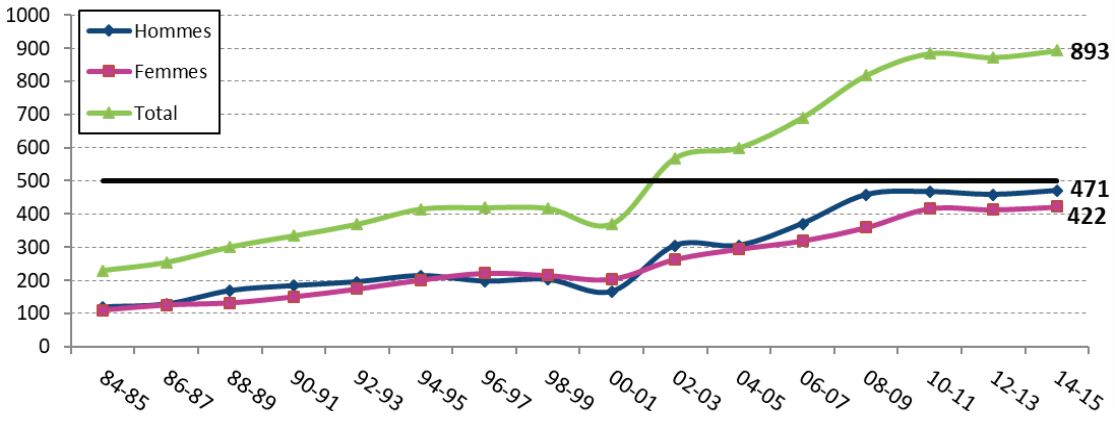


Figure 6 : Evolution du nombre moyen de cas annuel par période de 2 ans

Insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique (IRC) se définit comme une altération progressive des fonctions de filtration, d'excrétion et de sécrétion endocrine du parenchyme rénal, conséquence de lésions anatomiques irréversibles.

En 2017, le taux brut d'incidence de l'IRCTT en Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna était de 343 par million d'habitants (pmh) (figure 1) avec un bilan entrées-sorties de 31 patients. 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.

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).

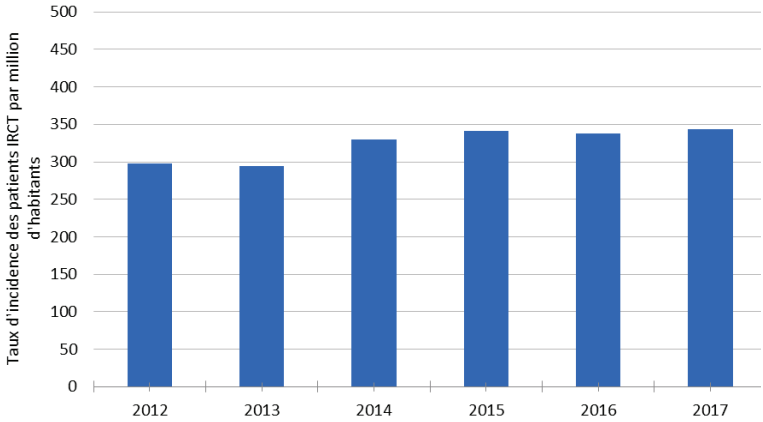


Figure 1 : Evolution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée (dialyse-greffe), Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna, 2012-2017

Le taux de prévalence globale de l'IRCTT s'établissait à 2 509 pmh (141 patients greffés et 590 patients dialysés) (figure 2).

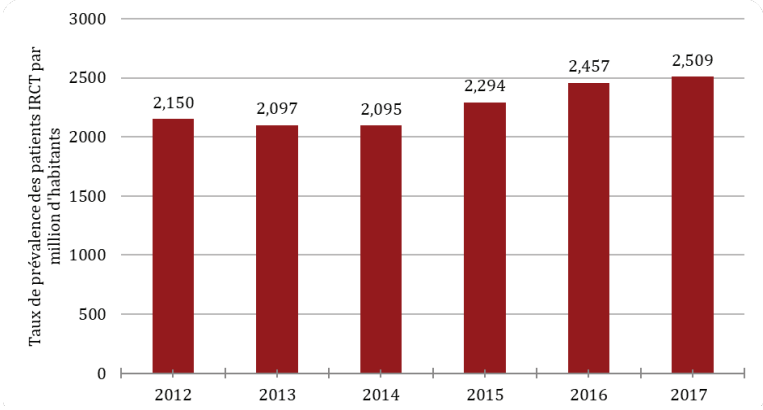


Figure 2 : Evolution du taux de prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée (dialyse-greffe), Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna, 2012-2017

Le diabète de type 2 et les glomérulonéphrites chroniques restent les deux principales causes de l'insuffisance rénale chronique en Nouvelle-Calédonie.

PATHOLOGIES MENTALES

Modalités de prise en charge

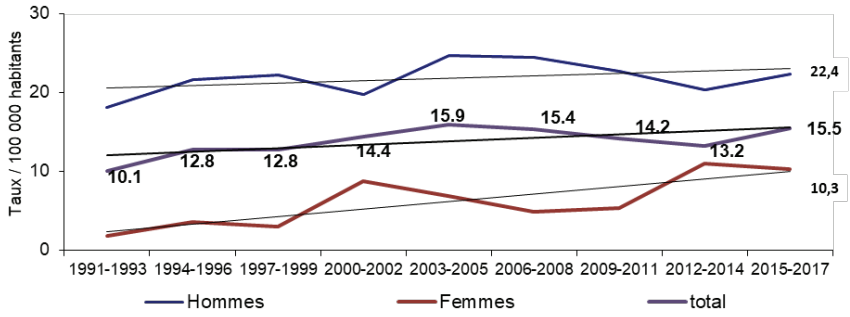
Les patients peuvent être pris en charge soit dans le secteur privé, où des spécialistes libéraux exercent (médecins psychiatres, psychologues), soit dans le secteur public.

Pour le secteur public, le milieu hospitalier est organisé de la manière suivante :

- Le service de psychiatrie générale
- Le service de psychiatrie infanto-juvénile
- Le centre de gérontologie clinique

Un aspect de la pathologie mentale : le suicide

En 2017, on a observé 42 décès par suicide, soit 2,7% de l'ensemble des décès et 19,4% des décès par mort violente, ce qui représente un taux brut de mortalité égal à 21,8 pour 100 000 chez les hommes et 7,8 pour 100 000 chez les femmes et un taux standardisé égal à 23,3 pour 100 000 chez les hommes et 7,4 pour 100 000 chez les femmes.



Evolution du taux moyen brut annuel de mortalité selon le sexe

Le taux moyen annuel brut a tendance à diminuer chez les hommes ; à noter un pic en 2003-2005. On note également 2 pics chez les femmes ; le 1er de 2000-2002 et le suivant de 2012-2014.

En 2017, il y a presque 3 fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes.

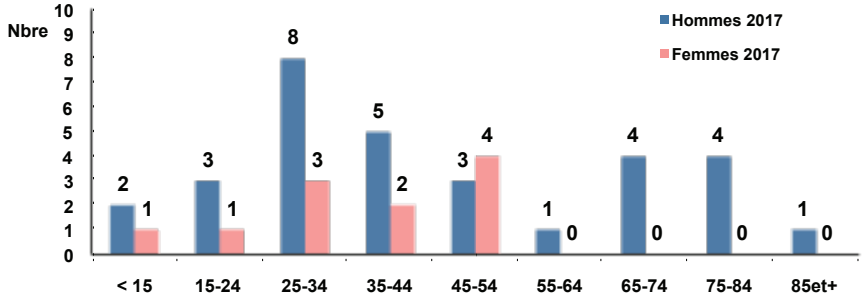
L'âge varie entre 12 ans pour le plus jeune et 85 ans pour la personne la plus âgée.

On remarque que les personnes se suicident de plus en plus jeunes. En effet, si l'âge de la plus jeune victime était de 15 ans dans la période de 1991 à 2011, elle est de 14 ans en 2012 comme en 2013 et de 12 ans en 2014. Mais c'est la première année, en 2017, que l'on enregistre autant de suicides chez les moins de 15 ans, soit 3 mineurs dont le plus jeune est âgé de 12 ans et les 2 autres mineures de 13 ans.

Si l'on considère le nombre de suicides par tranche d'âge, la classe d'âge la plus touchée en 2017 est celle des 25-54 ans avec 59,5% du total des suicides.

A noter que 29% des hommes se suicident après 55 ans, mais aucun décès volontaire n'est enregistré chez les femmes pour ces tranches d'âges.

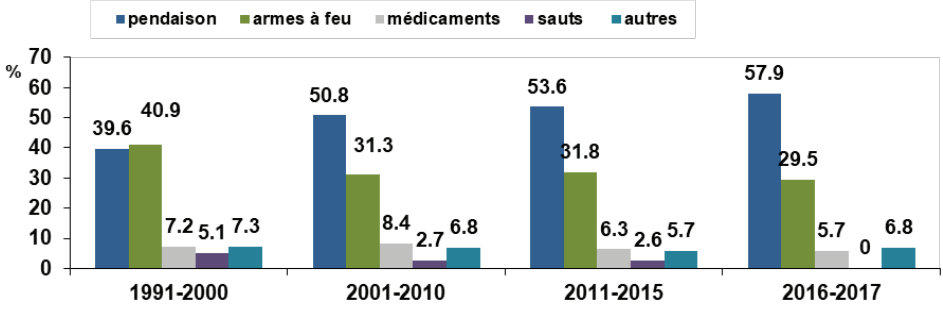
Répartition du nombre de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge



Le principal mode de suicide, en 2017, tous sexes confondus, reste la pendaison et concerne 54,8% des suicides.

Comme sur la période 1991-2016 on observe une progression nette de la proportion des suicides par pendaison au dépend des suicides par armes à feu et autres modes de suicide.

Evolution des principaux modes de suicide, tous sexes confondus

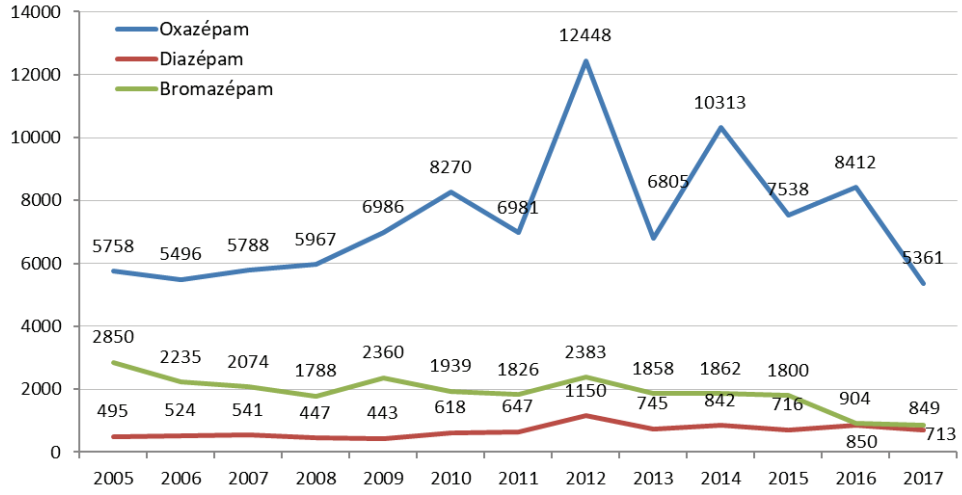


En Nouvelle-Calédonie, le suicide semble une cause de décès moins préoccupante que dans les pays européens, et en tout cas moins importante que les décès par accident de la circulation ; cependant, il représente une cause importante de mortalité notamment chez les jeunes hommes qui pourrait être évitable.

Consommation de psychotropes

Toutes les importations de psychotropes à usage humain en provenance de métropole, sont comptabilisées par la DASS-NC.

Évolution de la consommation des principaux psychotropes



QUESTIONS DE SOCIÉTÉ

Accidents de la circulation

En 2017, ont été constatés 268 accidents avec dommages corporels sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie qui ont induit 384 blessés.

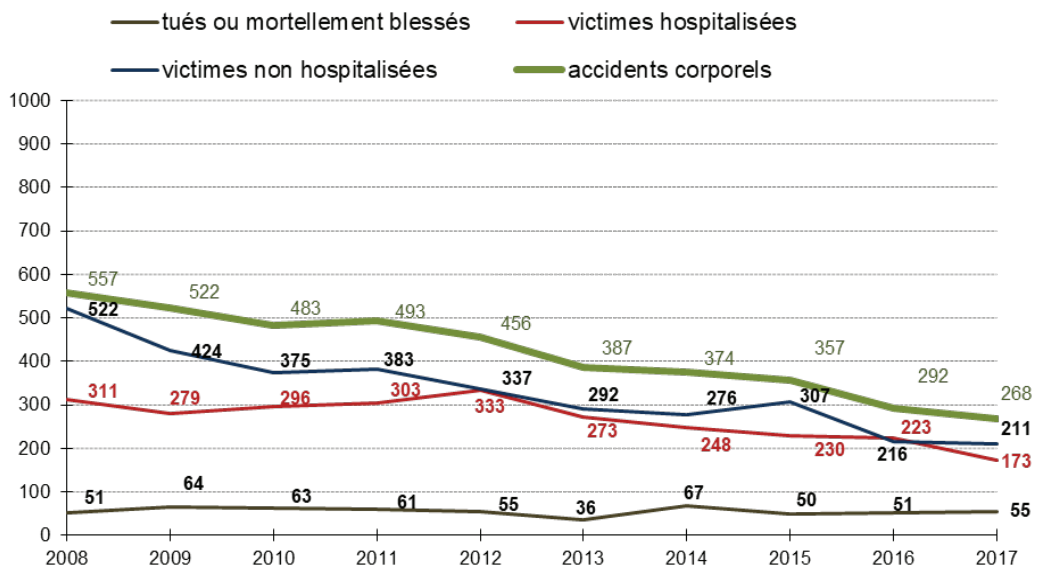
55 personnes tuées (soit 4 personnes de plus qu'en 2016). Hormis l'année 2013 avec un nombre particulièrement faible, la courbe des victimes mortellement blessées reste constante même si le nombre d'accidents corporels continue de chuter.

Les deux principaux facteurs présents dans les accidents mortels sont :

- la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique et/ou sous l'emprise de stupéfiants (80% des cas).
- la vitesse inadaptée ou excessive dans 70,3% des cas.

A titre comparatif, la Nouvelle-Calédonie atteint un taux brut de **197 tués** pour 1 million d'habitants (pop. au 1er janvier 2017) soit **3,7 fois plus** qu'en France métropolitaine où le taux est de **53 tués** pour 1 million d'habitants (ONISR 2017).

Evolution annuelle des accidents corporels, tués, victimes hospitalisées et victimes non hospitalisées



Pathologies et accidents du travail

Médecine du travail

Trois services assurent les visites de médecine du travail en Nouvelle-Calédonie :

1 - Le Service Médical Interentreprises du Travail (SMIT 2016)

En 2016, le SMIT a réalisé 19 959 visites (25 603 en 2015) alors qu'il avait en charge 84 907 salariés à surveiller pour 11 759 entreprises.
Le nombre de visites périodiques est de 7 185 et celui des visites non périodiques de 12 774.

2 – Le Département médical de la Société Le Nickel (SLN)

Au total, 2 761 visites ont été effectuées dont 1 473 visites périodiques et 677 pour les examens médicaux non périodiques (les accidents de travail et les visites de reprise,…). Ce département médical a suivi 2 549 salariés sur 6 sites.

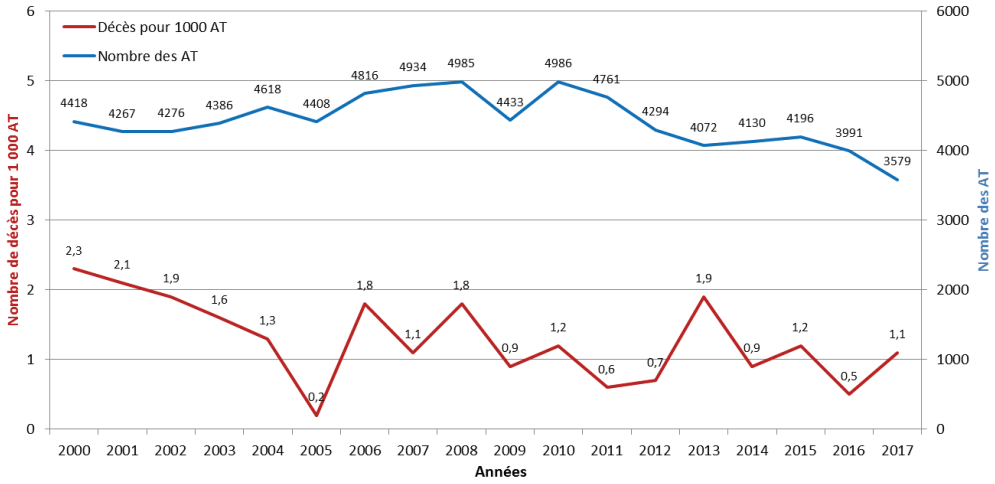
3 – Le Service de médecine du travail du CHT

Il surveille environ 2 552 personnes pour le CHT (fonctionnaires et contractuels), le CHS et le personnel civil des forces armées de la Nouvelle-Calédonie et a effectué 2 075 visites médicales en 2017.

Les accidents du travail

A partir des données de la CAFAT : en 2017 ont été enregistrés 3 579 accidents du travail, soit une diminution de 10,3% par rapport à 2016. 195 accidents de trajet avec arrêt de travail (-2% par rapport à 2016) et 96 maladies professionnelles (+35 % par rapport à 2015).
Depuis 2004, le nombre de décès est relativement faible et oscille entre 1 et 10 décès par an. Comme le montre le graphique, ci-après, le taux de décès est compris entre 0,2 et 2,3 décès pour 1 000 AT.

Évolution du nombre d'AT et du nombre de décès suite à un AT depuis 2000

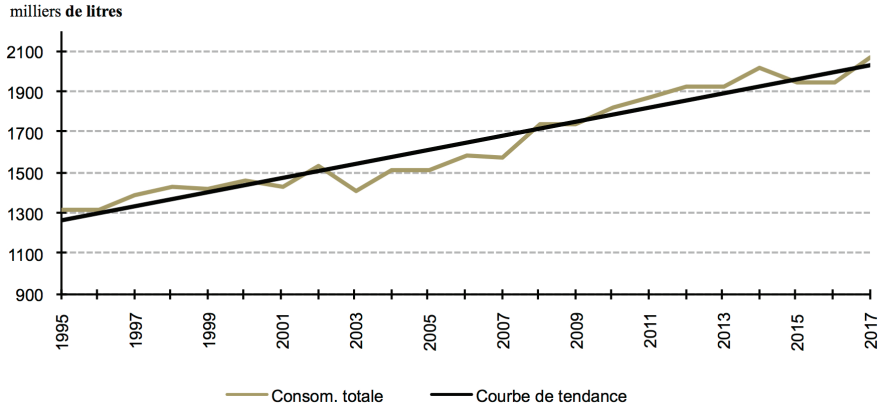


Addictions : alcool, tabac, stupéfiants

Alcool

En 2017, **2 070 804** LAP (litres d'alcool pur), ont été consommés en Nouvelle-Calédonie, soit une augmentation de 6,5% par rapport à 2016.

Evolution de la consommation annuelle totale d'alcool pur



Les produits alcoolisés sont classés en 3 catégories selon leur teneur en alcool pur : les bières, les vins et les alcools forts.

La proportion de bière consommée en 2017 représente 41,6% de la consommation totale. La consommation augmente par rapport à 2016.

On note une augmentation (7,5%) de la consommation de vin par rapport à 2016. En 2017, elle représente 34,8% de la consommation totale.

La proportion d'alcool fort représente 23,6% de la consommation totale, on observe une augmentation de la consommation de 14,7% par rapport à 2016.

Conséquences de l'alcoolisme :
En Nouvelle-Calédonie, les conséquences de la consommation d'alcool et en particulier de la consommation excessive sont plus fréquemment sociales ou, dans le domaine sanitaire, associées à des pathologies traumatiques ou chroniques.

Mortalité :
Estimation restreinte : les trois causes directement liées à l'alcool sont :
- Les cancers des VADS,
- La cirrhose alcoolique et
- Les psychoses alcooliques.

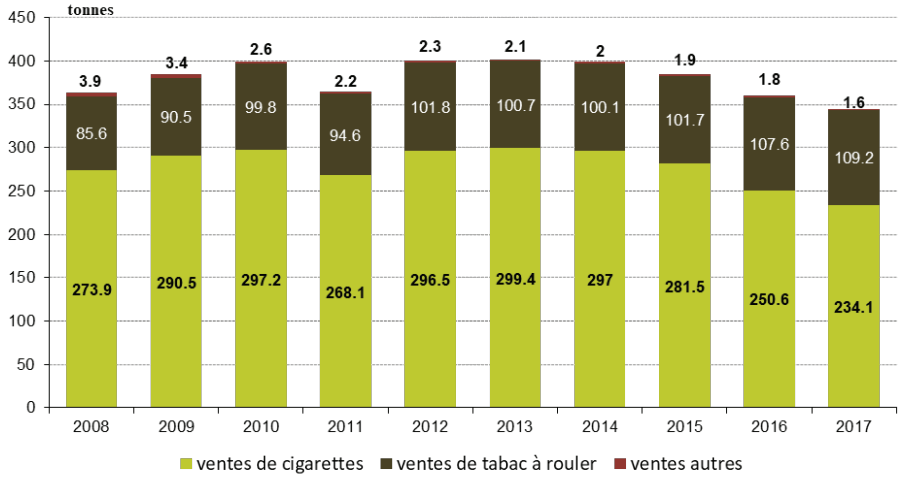
En Nouvelle-Calédonie, on recense à partir des certificats médicaux de décès, de 1991 à 2017, 759 décès qui seraient imputables totalement ou en grande partie à l'alcool, ce qui représente 2,4% du nombre total de décès, soit un taux brut annuel égal à 12,8 décès pour 100 000 habitants de 15 ans et plus au 01/01/2018.
Estimation élargie : ce calcul repose, comme pour la morbidité, sur la détermination de la fraction des décès attribuables à l'alcool pour un certain nombre de causes initiales de décès. Ces fractions ont été présentées dans l'étude publiée en 1985 (Pignon JP, Hill C).

Ainsi entre 1991 et 2017, 3 290 décès seraient attribuables à l'alcool, soit 10,4% des décès totaux pour cette période. Cette estimation est donc 4,3 fois plus élevée par rapport à l'estimation restreinte.

Tabac

Pour l'année 2017, la vente totale de tabac est établie à 345,1 tonnes et représente une baisse de -4,2% par rapport à 2016.
L'estimation de la consommation quotidienne de tabac, tous produits confondus, par adulte de 15 ans et plus, est évaluée à 4,32 grammes/adulte/jour (1 cigarette = 1 cigare = 1 gramme (convention Seita)).

Évolution de la consommation des produits contenant du tabac



Conséquences du tabagisme :
Morbidité : les principales pathologies liées au tabagisme sont les cancers respiratoires (poumon et bronches, larynx,...) ainsi que, partiellement, les pathologies respiratoires prises en charge dans le cadre de la ventilation ou de l'oxygénothérapie à domicile.
Ainsi, les données issues du registre du cancer de Nouvelle-Calédonie montrent qu'en 2015 on enregistrait 151 nouveaux cas de cancers du poumon et 38 cancers ORL. Ces 2 types de cancers touchent en majorité les hommes.

Mortalité : Le nombre de décès attribuables au tabac est obtenu en multipliant le nombre total de décès dus à une cause donnée par les risques attribuables au tabac, lesquels ont été estimés à partir d'une enquête de cohorte réalisée par l'American Cancer Society.

Lorsque l'on applique le coefficient de risque à chacune de ces pathologies liées au tabac, on obtient alors 3 492 décès chez les hommes et 449 décès chez les femmes (pour un total de 3 941 décès), qui seraient attribuables au tabac, soit 12,4% des décès au cours de la période 1991-2017, ce qui représenterait un taux moyen brut de décès attribuables au tabac égal à 53,7 pour 100 000.
Si l'on inclut les causes complémentaires de décès, le nombre de décès attribuables au tabac s'élèverait ainsi à 4 979 (soit 4 399 décès chez les hommes et 580 décès chez les femmes), ce qui représente 15,7% des décès au cours de la période 1991-2017.
En métropole, une estimation du nombre annuel de décès attribués au tabac prenant en compte les principaux cancers liés au tabac (poumon, VADS, etc.), les maladies respiratoires (dont les bronchites chroniques obstructives) et les maladies cardio-vasculaires a été conduite pour 2004. Environ 73 000 décès seraient imputables au tabac, dont 59 000 chez les hommes.

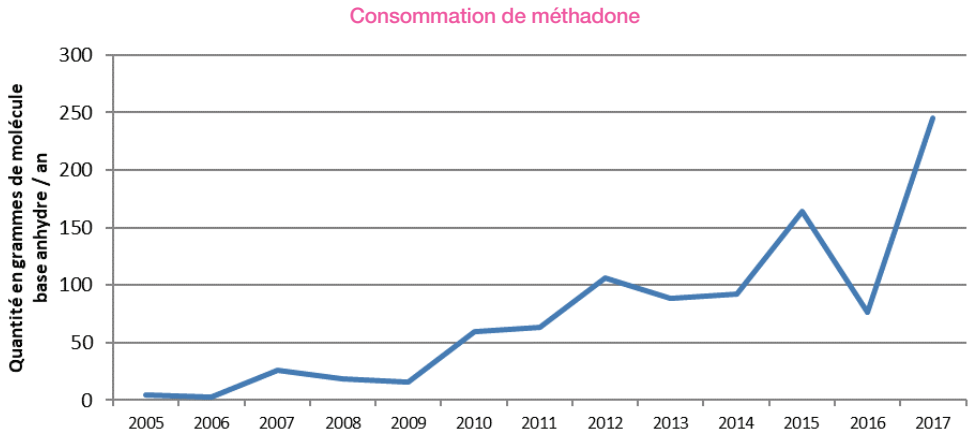
Stupéfiants

Les informations proviennent des saisies de stupéfiants opérées par les services de police, de gendarmerie et des douanes, informations déclarées annuellement à l'inspection de la pharmacie par ces services. Le principal produit en cause en Nouvelle-Calédonie demeure, de très loin, le cannabis.
Les saisies concernent principalement des plants. Un plant est comptabilisé comme équivalant à 200g de cannabis.
Ramenées à l'effectif de la population de Nouvelle-Calédonie, ces saisies indiquent qu'il existe une économie réelle liée au trafic de cannabis.

Saisies (en g)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis	5 389 723	217 707	437 883	315 864	231 318	92 131	599 000	299 913
Résine de cannabis	71	1 300	234	137	139	93	40	14
Cocaïne	1	3	1981	34	21	103	100	578 714
Héroïne	0	0	0	0	0	0	0	40
LSD	0,04	0	0	15	475	69		5mL
"Ecstasy" - MDMA	0	1	12	0	36	2		98
Methamphétamine	0	1	0	534	0	0		0
Cannabinoïdes de synthèse		2 980	34	0	0	0		0
NPS	0	0	0	534 (4MEC)	30	0	33	0

À noter :

- depuis 2013, le biak (ou kratom ou *Mitragyna speciosa*) est classé comme stupéfiant en Nouvelle-Calédonie. Les composants psychoactifs contenus dans les feuilles sont des opiacés : la mitragynine et la 7-hydroxymitragynine, beaucoup plus puissantes que la morphine ;
- la consommation (ou plus exactement la distribution pharmaceutique pour usage médical) de méthadone (utilisée dans le sevrage aux opiacés) est en constante augmentation, ceci est lié à une amélioration de la prise en charge des patients grâce à l'ouverture du centre de soins en addictologie.



Femmes

Au 1er janvier 2018, la population féminine est estimée à 140 470 femmes, 49,8% d'entre elles ont entre 15 et 49 ans et peuvent être considérées comme en âge de procréer.

Dépistage du col de l'utérus

En Nouvelle-Calédonie, le taux d'incidence du cancer du col est deux à trois fois supérieur à celui de la France et de l'Australie, faisant ainsi des calédoniennes, une population à risque.
En 2015, le cancer du col représente le 7ème cancer chez la femme avec 18 tumeurs invasives. Entre 2008 et 2015, 163 cancers du col de l'utérus ont été diagnostiqués. Parmi ces 163 femmes, 71 (44%) étaient décédées des suites de ce cancer du col au 17/10/2017.
En 2017, 21 584 frottis ont été analysés par les laboratoires privés et publics d'anatomie et de cytopathologie dont 40% dans le cadre de la campagne de dépistage. Au total, 8,3% de l'ensemble de ces frottis se sont révélés pathologiques.

Dépistage du cancer du sein

En 2015, le cancer du sein est le 2ème cancer tous sexes confondus, avec 117 tumeurs invasives. Il se situe au 21ème rang chez les hommes avec 4 tumeurs, et au 1er rang chez les femmes avec 113 tumeurs.
Durant l'année 2017, la cellule de dépistage (ASS-NC) a envoyé 29 260 invitations dont 2 670 suite à la demande d'un bénéficiaire ou d'un professionnel de santé aux femmes de 50 à 74 ans. Cinq vacations ont été organisées. Au total, 301 mammographies ont été réalisées contre 455 en 2016.

Contraception

La dernière estimation datant de 2015, on peut estimer à au moins 36 850 femmes/année sous contraception en prenant en compte uniquement la contraception orale (CO), les dispositifs intra-utérins (DIU), et la contraception intramusculaire(IM), ce qui représenterait une couverture de 52% de la population féminine concernée.

Grossesses et accouchements

La Nouvelle-Calédonie se situe dans la moyenne nationale puisqu'en France, le taux moyen de césarienne a augmenté de manière continue jusqu'en 2007 pour atteindre un taux de 21% des accouchements.

	2016			2017		
	Secteur public	Secteur privé	Total	Secteur public	Secteur privé	Total
Nombre d'accouchements	2 548	1 752	4 300	2 366	1 813	4 149
Nombre de césariennes	468	400	868	462	409	859
% de césariennes/accouchements	18,4%	22,8%	20,2%	19,8%	22,7%	21,0%

Source : Réseau Périnatal de Nouvelle-Calédonie (S. Camuzeaux)

Décès maternels

Pas de décès maternel enregistré en 2017, c'est-à-dire de mort maternelle survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou pendant les suites de couches jusqu'à 42 jours (définition A de l'OMS). Il n'y a pas eu de décès depuis 2013, soit un total de 27 décès en 27 ans. Pour la période 1991-2017, le taux moyen s'établit donc à 24,6 pour 100 000 naissances vivantes.

Nouveau-né

(source : réseau périnatal – Sandrine Camuzeaux)

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).
Selon la législation Française, la prématurité correspond à toute naissance avant le terme de 37 SA mais de plus de 22 SA et/ou 500 g (l'OMS ne tenant pas compte de la notion de poids). Les grands prématurés sont des enfants nés entre 22 semaines et 31-32 semaines d'aménorrhée, quel que soit leur poids de naissance.

403 nouveau-nés sont nés avec un terme inférieur à 37 semaines (soit 9,8% des naissances vivantes)

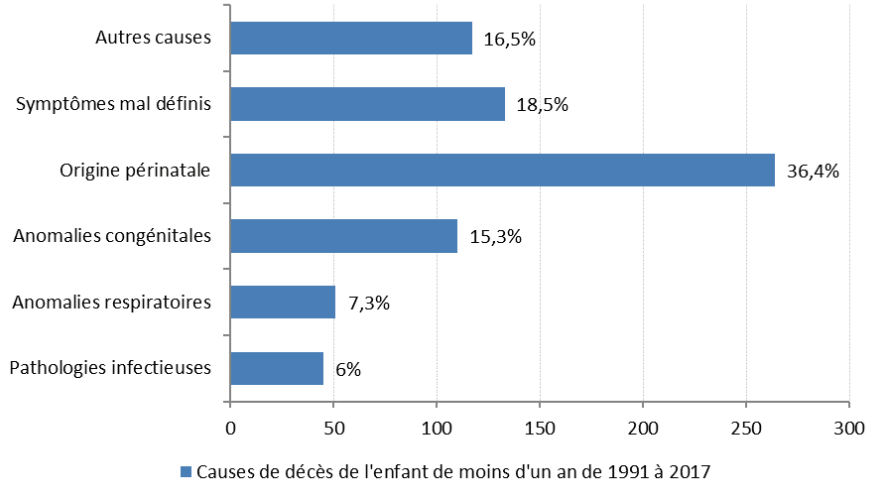
Terme des nouveau-nés

	2016		2017									
S.A*	Total	%	CHT	%	CHN	%	Polycl A.Vata	%	Ma-gnin	%	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

Causes de mortalité infantile

La mortalité infantile est la mortalité dans la première année de vie. La mortalité infantile se décompose en : mortalité néonatale précoce (entre 0 et 6 jours), mortalité néonatale tardive (entre 7 et 27 jours) et mortalité post-néonatale (entre 28 jours et un an).

720 décès d'enfants de moins d'un an, nés vivants, ont été enregistrés entre 1991 et 2017, ce qui représente en moyenne 28 décès par an. Les causes rencontrées de décès de l'enfant de moins d'un an, de 1991 à 2017, sont :



Dans le groupe « symptômes mal définis » on note 79 cas de "mort subite inopinée du nourrisson" ce qui représente 10,9% de l'ensemble des décès chez l'enfant de moins d'un an.

Jeunes enfants

L'activité préventive liée au suivi des enfants dans les structures provinciales

La vaccination

L'une des missions des consultations de médecine préventive est de s'assurer que les vaccinations des enfants soient à jour et le cas échéant, de vacciner les enfants.

Dans le service de la protection infantile de Nouméa, 3 401 vaccins ont été réalisés en 2017 et fournis par la DPASS-Sud, grâce à une convention établie entre la pharmacie de la DPASS-Sud et les organismes sociaux (aide médicale et CAFAT).

Les visites scolaires systématiques

Les visites médicales sont obligatoires dans certaines classes des différents cycles de la scolarité.
A la rentrée 2017, on dénombre en province Sud, 20 614 élèves du 1er degré dans l'enseignement public et 4 210 élèves dans l'enseignement privé sous contrat.
9 985 enfants ont bénéficiés d'une visite médicale, chiffre en forte diminution (-20%) par rapport à 2016.

Les actions d'information et/ou sensibilisation en santé sexuelle (ASS-NC)

Les interventions en milieu scolaire des 3 directions provinciales des affaires sanitaires et sociales des Iles, Nord et Sud en collaboration avec le Vice-Rectorat ont lieu chaque année, chacune sur leur zone géographique. Ces interventions sont réalisées par les agents des provinces et les membres des associations.

Les dépistages (ASS-NC)

- La santé bucco-dentaire : le premier programme territorial de promotion de la santé orale pour la Nouvelle-Calédonie : le programme « mes dents ma santé »

- Le RAA : Un dépistage annuel est réalisé à l'école **chez les enfants de CM1**, classes d'intégration scolaire (CLIS) incluses, ainsi que des élèves de CM2 uniquement avec une autorisation parentale pour déceler les valvulopathies consécutives à des poussées de RAA. 4 500 enfants sont concernés chaque année.

Démographie des professionnels de santé

Démographie des professionnels de santé

Médecins

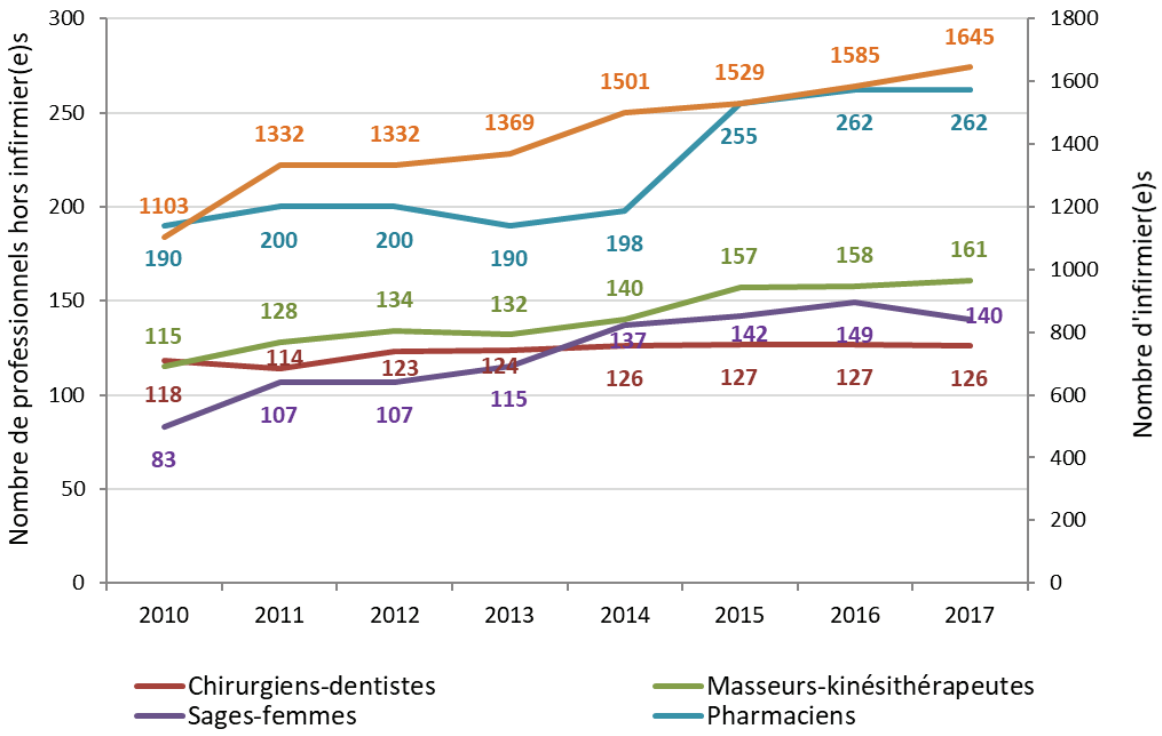
652 médecins étaient en activité en 2017 (280 exerçaient dans le secteur libéral et 372 étaient salariés).

Densité des médecins (pour 100 000 habitants) par type d'exercice

	Libéraux	Autre mode d'exercice			
	Conventionnés	Salariés	Libéral non conventionné	Total autre mode d'exercice	Total
Médecins généralistes	49,61	62,37	4,96	67,33	116,94
Médecins spécialistes	43,59	69,45	1,06	70,52	114,10
Total	93,20	131,82	6,02	137,85	231,04

Autres professionnels de santé

Evolution du nombre des autres professionnels de santé



Lits et places d'hospitalisation en 2017

		CAPACITES MCO au 31/12/2017									
		Médecine		Chirurgie		Réa/SI/		Obstétrique		Total MCO	
		Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée
CHT	HC	248	263	97	111	43	43	48	48	436	465
	HS	21		14		0		0		35	
	HJ	27	33	10	10	0	0	4	4	41	47
CHN Koumac	HC	17	17	13	13	0	0	9	9	39	39
	HJ	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
CHN Poindimié	HC	14	16	0	0	0	0	0	2	14	18
	HJ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total Publics	HC	279	296	110	124	43	43	57	59	489	522
	HS	21		14		0		0		35	
	HJ	27	35	10	12	0	0	4	4	41	51
Clinique île Nou-Magnin	HC	50	65	67	65	0	0	33	30	150	160
	HJ	8	8	32	27	0	0	3	3	43	38
Total Privés	HC	50	65	67	65	0	0	33	30	150	160
	HJ	8	8	32	27	0	0	3	3	43	38
TOTAL NC	HC	329	361	177	189	43	43	90	89	639	682
	HS	21	0	14	0	0	0	0	0	35	0
	HJ	35	43	42	39	0	0	7	7	84	89

Répartition des lits et places d'hospitalisation par site en Nouvelle-Calédonie
(HC : hospitalisation complète – HJ : hospitalisation de jour).

Structures parapubliques

La Mutuelle du Nickel

Elle est composée :

- du centre médical de Doniambo, à Nouméa, où exercent 2 ophtalmologistes, 3 chirurgiens-dentistes (2 à temps plein et 1 à temps partiel) et 1 médecin généraliste ;
- de deux centres d'optique, l'un au Quartier-Latin et l'autre à Doniambo, où exercent 3 opticiens lunetiers ;
- de deux cabinets dentaires, situes à Thio et à Kouaoua. Un seul dentiste exerce sur les deux centres.

En moyenne : 12 500 consultations d'ophtalmologie et 12 000 consultations dentaires sont effectuées chaque année.

La Mutuelle des fonctionnaires

Elle met à disposition :

- à Nouméa : 1 médecin, 6 dentistes, 2 masseurs-kinésithérapeutes, 2 pharmaciens ;
- à Boulari (Mont-Dore) : 1 médecin, 2 dentistes ;
- à Bourail : 1 dentiste ;
- à Pouembout : 1 dentiste, 1 pharmacien.

Il faut compter plus de 3 000 consultations dentaires reparties dans les 4 centres, et 8 000 consultations médicales pratiquées sur Nouméa et Boulari.

La CAFAT

A Nouméa, deux centres médico-sociaux, l'un au Receiving et l'autre à Rivière-Salée, où exercent :

- 17 médecins dont 10 généralistes ;
- 4 chirurgiens-dentistes ;
- 2 médecins radiologues (à temps partiel) ;
- 2 médecins spécialistes effectuant des vacations ;
- 1 pharmacien biologiste ;
- 3 infirmières.

NB : En raison de travaux de rénovation, le personnel du CMS de Rivière Salée a été transféré temporairement au CMS du Receiving.

Les urgences

Les deux unités d'urgence du CHT ont enregistré durant l'année 2017 :
46 029 passages (49 178 en 2016), soit une diminution de 6,4%. L'unité des urgences adultes et mère-enfant sont réunies au sein du Médipôle depuis le 1er novembre 2016. 32% de ces passages ont entrainé une hospitalisation.

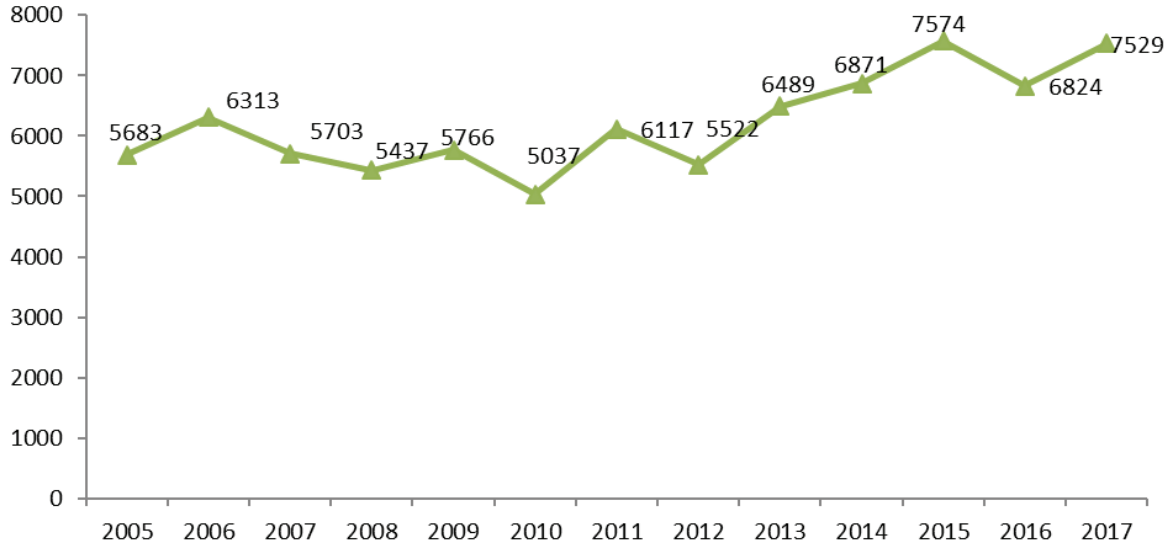
En 2017, 2 699 transports SMUR ont été déclenchés : 1 570 transports primaires et 1 129 secondaires.

Secteurs médico-techniques

La transfusion sanguine

On constate que le nombre de dons de sang a augmenté de 10,3%, passant de 6 824 en 2016 à 7 529 en 2017. Ce nombre reste satisfaisant par rapport aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Évolution du nombre de dons du sang depuis 2005



Biologie médicale

Dans le secteur public, il existe un laboratoire de biochimie et d'hémostase au centre hospitalier territorial (Médipôle) et un laboratoire au centre hospitalier Paula-Thavoavianon à Koumac.

Le laboratoire d'analyses médicales du centre médico-social de la CAFAT est installé au Receiving. Y sont réalisés les examens de chimie, d'hématologie et de microbiologie.

Quatorze laboratoires d'analyses médicales sont agréés dans le secteur privé, huit à Nouméa, un à Dumbéa, deux au Mont-Dore, un à Koné, un à Paita et un à Bourail.

Imagerie médicale

Au Centre Hospitalier Territorial de Nouméa, (radiologie conventionnelle, échographie, scanner et Imagerie par Résonance Magnétique) et de Magenta (radiologie conventionnelle et échographie). Ces deux centres sont regroupés au Médipôle depuis le 1er novembre 2016.
Les centres hospitaliers provinciaux P. Thavoavianon et D.-Nebayes possèdent une unité de radiologie, de même que le centre médico-social de la CAFAT.
Dans le secteur privé, il existe sept cabinets de radiologie.

Pharmacies

69 officines de pharmacie sont autorisées et ouvertes au public. 66 en secteur libéral et 3 mutualistes.

Ces 69 pharmacies sont reparties comme suit :

- à Nouméa : 24 officines dont 2 pharmacies mutualistes ;
- les autres communes du Grand Nouméa comptent 19 officines ;
- hors Grand Nouméa, 22 officines dont 1 pharmacie mutualiste ;
- aux iles Loyauté, 4 officines.

Les études épidémiologiques

4 études ont été effectuées en 2017 :

- **Une étude sur la séroprévalence de l'hépatite A** dont l'objectif était d'évaluer l'immunité de la population calédonienne face à l'hépatite A et ceci en fonction de l'âge et du lieu de résidence afin d'avoir des éléments de réflexion quant à une éventuelle campagne de vaccination ciblant les personnes les plus à risque. Globalement, les résultats de cette étude semblent indiquer que la Nouvelle-Calédonie a un niveau faible d'endémicité vis-à-vis de l'hépatite A. La vaccination ne pouvant pas être utilisée à grande échelle sur l'ensemble de la population non immunisée, une vaccination ciblée est proposée dans le cadre du centre santé et voyages (CSV) de la DASS-NC lors de séjours programmés dans des zones de forte endémicité d'hépatite A.

- **Une étude sur la couverture vaccinale des enfants de moyenne section de maternelle en 2017**. Globalement, la couverture vaccinale des enfants de moyenne section de maternelle en Nouvelle-Calédonie est très satisfaisante (≥ 95% pour la 1ère injection sauf pour le BCG à 94,8%). Les couvertures vaccinales restent homogènes pour les 3 provinces.

- **Une étude sur l'épidémie de dengue 2017 en Nouvelle-Calédonie**. Cette étude a permis de décrire les patients atteints de dengue tant au niveau de la sévérité qu'au niveau des signes d'alerte. Il a été constaté que parmi les personnes qui ont eu un diagnostic de dengue avéré, les cas ayant eu une forme sévère ont été hospitalisés dans la grande majorité. Le logigramme utilisé pour l'hospitalisation des cas de dengue semble donc performant.
  Cette étude a mis également en évidence l'importance des signes d'alerte et le fait qu'il soit nécessaire d'adapter et de modifier la fiche de déclaration obligatoire afin que ces signes d'alerte y apparaissent. Il faudrait rajouter la communauté d'appartenance, le tabagisme, les facteurs de comorbidité (obésité, hypertension artérielle, diabète, insuffisance rénale, cardiopathie, dyslipidémie) et la notion d'antécédent de dengue.
  Cette étude a également permis d'élaborer un outil prédictif de sévérité qui peut être utilisé dès la première consultation au moment de la déclaration obligatoire, avant d'avoir le résultat biologique.

- **Une étude sur la séroprévalence de la toxoplasmose** dont l'objectif était d'évaluer l'intérêt d'un dépistage systématique à l'examen prénatal. Près de 42,5% [36,23 ; 48,80] des femmes en âge de procréer (15 ans à 45 ans) n'étaient pas immunisées. Il semble donc important de maintenir un dépistage systématique de la toxoplasmose pendant la grossesse des femmes calédoniennes.

Les rapports complets de ces études sont disponibles sur le site internet de la DASS-NC ainsi qu'un résumé dans la situation sanitaire 2017.

LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Le bureau santé environnement du service de santé publique de la DASS-NC a pour mission de concevoir et mettre en œuvre les mesures préventives et curatives ayant pour objet la protection de la santé des populations contre les risques liés aux milieux et aux modes de vie. Ainsi, plusieurs thématiques sont développées en Nouvelle-Calédonie.

Eaux de consommation humaine

Selon l'article L131-2 du Code des communes de la Nouvelle-Calédonie, les municipalités doivent veiller à la salubrité au sein de leur commune et doivent prendre les mesures nécessaires afin de prévenir toute épidémie. En conséquence, la compétence en matière de distribution d'eau potable leur incombe. Cette compétence est parfois déléguée contractuellement à une société de distribution d'eau (un fermier).

Aucun suivi réglementaire n'est effectué sur l'eau de distribution. En effet, un arrêté calédonien, datant de 1979, défini les normes de potabilité des eaux de boisson mais est considéré comme étant obsolète, car incomplet. C'est ainsi l'arrêté français du 11 janvier 2007 qui est pris comme référence, sans être applicable juridiquement.

Dans l'objectif de proposer une assistance aux communes dans le domaine de l'eau potable, le bureau santé-environnement de la DASS-NC propose depuis 2008, l'élaboration de plans de sécurité sanitaire des eaux de consommation (PSSE). Ce dernier est une adaptation du Water Safety Plan (WSP), outil de gestion préventive des risques sanitaires liés à l'eau potable, préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Toutes les communes de Nouvelle-Calédonie sont désormais pourvues d'un PSSE. La mise en œuvre des PSSE est à la charge de chaque commune.

Cet outil est composé principalement des éléments suivants :

- Un programme d'amélioration : liste d'actions hiérarchisées pour viser l'amélioration de la gestion sanitaire de l'eau de distribution de la commune ;
- Un programme de suivi de la qualité de l'eau : liste de suivi sur mesure de la qualité de l'eau distribuée de la commune ;
- Un plan d'urgence eau : outil opérationnel de gestion des alertes « eau potable » de la commune.

Eaux de loisirs

Les actions menées par la DASS-NC visent à prévenir l'exposition des baigneurs lors d'une pollution avérée ou d'un risque de pollution.

En 2017, il y a eu :

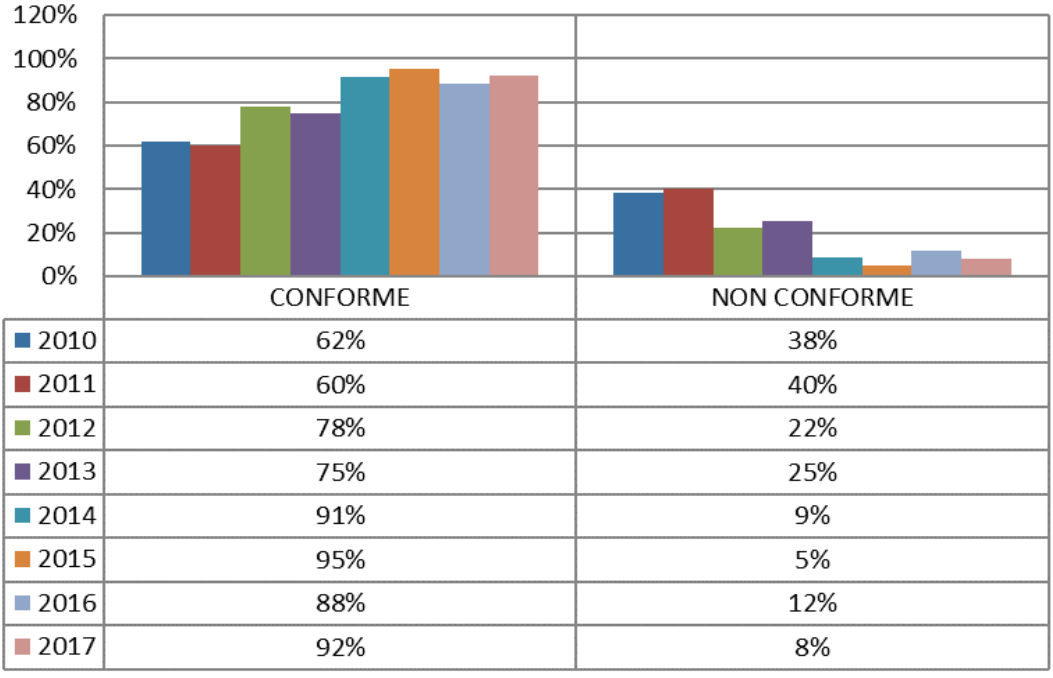
- 65 points de prélèvement pour le contrôle des eaux de baignade en mer : 44 points hors Nouméa (situés sur 23 communes) et 21 points à Nouméa, contrôlés par la DASS mensuellement durant la saison balnéaire qui s'étend du 1er décembre au 30 avril.

Les contrôles effectués permettent d'établir un classement de la qualité des eaux sur ces points de baignades. Ce dernier est présenté ci-contre :

Province	Commune	Nom du site	Nom du point	Classement 2017
ILES	LIFOU	Plage de Chateaubriand	Chateaubriand face Drehu	Excellente qualité
		Plage de Easo	Easo	Excellente qualité
		Plage de Luengôni	Luengôni	Excellente qualité
	MARE	Plage de Mebuet	Mebuet	Qualité insuffisante
		Plage de Wabao	Wabao	Qualité suffisante
	OUVEA	Plage Chefferie Weneguei	Chefferie de Weneguei	Excellente qualité
		Pont de Lékine	Pont de Lékine	Excellente qualité
NORD	HIENGHENE	Plage de Païc Kaléone	Païc Kaléone	Qualité insuffisante
		Plage de Tjé Kaléone	Tjé Kaléone	Qualité insuffisante
	HOUAILOU	Plage de Kaoura	Kaoura	Excellente qualité
		Plage de Waraï	Waraï	Bonne qualité
	KONE	Plage de Foué	Foué base nautique	Bonne qualité
			Foué creek	Qualité insuffisante
	KOUMAC	Plage de Pandop	Pandop	Bonne qualité
		Plage de Tangadiou	Tangadiou	Excellente qualité
	POINDIMIE	Plage de Tiéti	Tiéti	Excellente qualité
			Tiéti embouchure	Qualité insuffisante
	PONERIHOUEN	Plage de Tiakan	Tiakan	Excellente qualité
		Plage de l'embouchure de Ponérihouen	Embouchure de la Ponérihouen	Bonne qualité
	POUEBO	Plage de Saint Mathieu	Saint Mathieu	Qualité insuffisante
	POUEMBOUT	Plage de Franco	Franco	Bonne qualité
		Plage de Pindaï	Pindaï	Excellente qualité
	POUM	Plage de Nénon	Nénon	Excellente qualité
		Plage du village de Poum	Poum village	Qualité suffisante
	TOUHO	Plage de la baie de Touho	Touho village	Qualité suffisante
	VOH	Plage de Gatope	Gatope	Excellente qualité
SUD	BOULOUPARIS	Plage de Bouraké	Bouraké	Excellente qualité
	BOURAIL	Plage de Déva	Déva	Excellente qualité
		Plage de Poé camping	Poé camping	Excellente qualité
		Plage de Poé mutuelle	Poé mutuelle	Excellente qualité
		Plage de la Roche Percée	Roche percée	Bonne qualité
	DUMBEA	Plage de Nouré	Nouré	Qualité suffisante
	ILE DES PINS	Baie de Kanuméra	Kanuméra	Excellente qualité
		Baie de Kuto	Kuto	Excellente qualité
		Piscine naturelle	Piscine naturelle	Excellente qualité
	LA FOA	Plage de Ouano - Surf Camp	Ouano camping	Excellente qualité
			Ouano wharf	Bonne qualité
		Plage publique de Ouano	Ouano publique	Bonne qualité
	MOINDOU	Plage de Tanghy	Tanghy	Bonne qualité
	MONT-DORE	Plage de Carcassonne	Carcassonne	Excellente qualité
		Plage de Plum	Plum Nuku Hiva	Bonne qualité
		Plage de la Promenade du Vallon-Dore	Vallon-Dore	Qualité insuffisante
		Plage les Piroguiers	Piroguiers	Qualité insuffisante
	NOUMEA	Ilôt Canard	Ilot Canard	Excellente qualité
		Ilôt Maître face Nord Ouest	Ilôt Maître NO face pédalos	Bonne qualité
		Pierre Vernier anse de l'école de voile	Ecole de voile	Excellente qualité
		Pierre Vernier anse de la pointe	Pointe	Excellente qualité
		Plage 1000	Plage 1000	Excellente qualité
		Plage de Kaméré	Kaméré	Qualité insuffisante
		Plage de Magenta (bout de piste)	Magenta bout de piste 1	Qualité suffisante
			Magenta bout de piste 2	Bonne qualité
		Plage de Magenta (hélices)	Magenta Les Hélices	Qualité insuffisante
		Plage de l'Anse Vata (CPS)	AVata CPS	Qualité suffisante
			AVata Commodore	Qualité insuffisante
			AVata Park Royal	Bonne qualité
		Plage de l'Anse Vata (Surf)	AVata Novotel	Excellente qualité
		Plage de la Baie des Citrons	BD Citrons Fiesta	Qualité insuffisante
			BD Citrons Malecon	Qualité insuffisante
			BD Citrons Palace	Qualité insuffisante
		Plage de la Pointe Magnin	Pointe Magnin	Bonne qualité
			Pointe Magnin Club Med	Excellente qualité
		Plage du Kuendu Beach	Kuendu Beach	Excellente qualité
	PAITA	Plage de la baie de Toro	Toro milieu	Qualité suffisante

- Environ 100 bassins (piscines et spas) sont contrôlés régulièrement tout au long de l'année tant sur les installations que sur la qualité bactériologique et physico-chimique de l'eau.

Le pourcentage de conformités bactériologiques pour les 2 paramètres bactériologiques indicateurs du risque sanitaire (*Escherichia coli* et streptocoques pathogènes) sur les 8 dernières années de contrôle a considérablement augmenté (graphique ci-dessous).



L'air

Le 11 janvier 2017, une délibération relative à l'amélioration de la qualité de l'air ambiant a été votée. Cette délibération est venu compléter les réglementations provinciales des Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE), qui concernent les industries, qui jusqu'ici étaient les seules à fixer des prescriptions applicables à la surveillance de la qualité de l'air autour de certains sites industriels.

Cette délibération propose un cadre réglementaire pour améliorer ou maintenir une bonne qualité de l'air sur l'ensemble du territoire en :

- Clarifiant le droit et la répartition des compétences ;
- Fixant des normes propres à limiter le risque sanitaire, en identifiant notamment les substances polluantes et les paramètres de santé ;
- Sécurisant juridiquement et financièrement la surveillance de la qualité de l'air en Nouvelle-Calédonie ;
- Améliorant et pérennisant la surveillance de la qualité de l'air ainsi que l'information du public ;
- Inscrivant la Nouvelle-Calédonie dans une dynamique d'amélioration, au travers de l'élaboration d'un plan quinquennal visant à réduire la pollution atmosphérique ;
- Définissant les mesures d'urgences en cas de pollution atmosphérique ;
- Disposant d'un cadre coercitif lié à la qualité de l'air.

Cette délibération entrera en vigueur lors de l'adoption des arrêtés d'application détaillant les modalités de mise en œuvre de cette délibération. Ces arrêtés sont en cours de rédaction et seront adoptés par le gouvernement d'ici fin 2018.

En Nouvelle-Calédonie, c'est l'association de surveillance calédonienne de qualité de l'air (Scal-Air : http://www.scalair.nc/) qui a pour mission de surveiller la qualité de l'air en Nouvelle-Calédonie, d'informer et de sensibiliser la population à ce sujet.

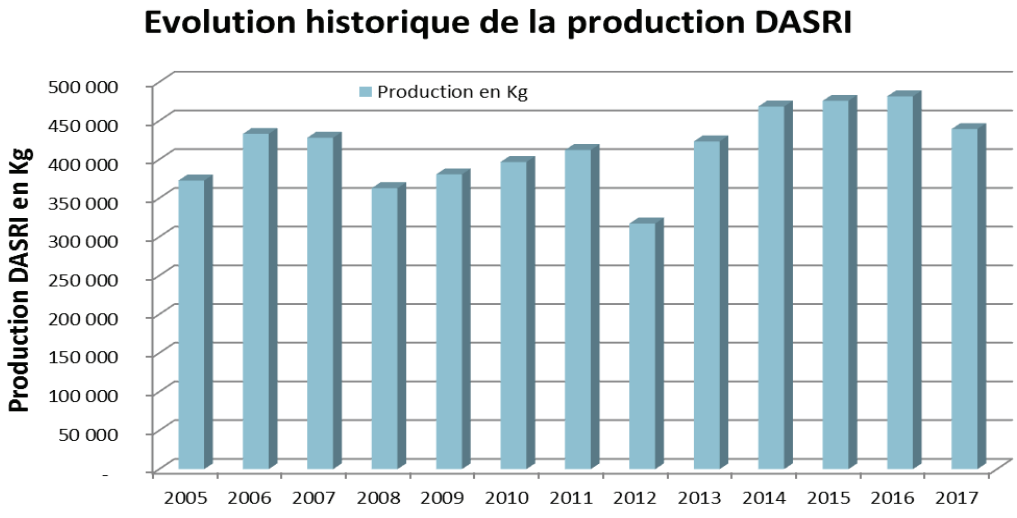
Sur le réseau de surveillance de Nouméa, les seuils réglementaires courts termes (moyennes horaires et journalières) et long termes (moyenne annuelles) sont respectés sur l'ensemble des stations de mesures pour les poussières fines inférieures à 2,5 micromètres, l'ozone et le dioxyde d'azote. Polluants pour lesquels aucun dépassement de seuil n'a jamais été relevé sur le réseau de mesures et dont les concentrations en 2017 sont du même ordre de grandeur que celles relevées en 2016.

La pollution à Nouméa est une pollution majoritairement de pointe et concerne principalement les sites de la Vallée du Tir et de Montravel, situés tous deux à proximité du site industriel de Doniambo. Plusieurs dépassements de seuils réglementaires ont été relevés sur ces sites au cours de l'année 2017.

Les DASRI (déchets à risques infectieux)

Il existe trois types de DASRI : les déchets d'activités de soins à risque infectieux (piquants, coupants, tranchants…), les pièces anatomiques et les déchets à risques toxique et chimique.
Tous les producteurs sont responsables de l'élimination de leurs déchets. Les dix plus gros producteurs représentent plus de 94% de la production.
En 2017 :

- 440 tonnes de DASRI collectées / traités par la filière,
- 59% sont produits par les hôpitaux et les cliniques.



L'amiante environnemental

La présence d'amiante environnemental en Nouvelle-Calédonie et les impacts sanitaires associés sont aujourd'hui avérés et connus.

Un programme du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a été ouvert pour le lancement de travaux de remédiation de sites présentant les niveaux de risque les plus importants.

En 2017, les travaux de remédiation sur Ouégoa, Kaala-Gomen, Poindimié, Pouébo ont été effectués et clôturent ce programme.

La lutte anti-vectorielle

Principe

La lutte anti-vectorielle (LAV) constitue le seul moyen efficace pour prévenir et limiter la propagation des épidémies d'arboviroses. Elle consiste à éliminer le moustique vecteur d'arboviroses, l'*Aedes aegypti* (œufs, larves, nymphes, adultes), et à se protéger contre ses piqûres (utilisation de répulsifs, etc.).

Mise en œuvre

Lorsqu'un cas d'arbovirose est confirmé, les agents municipaux en charge de la LAV réalisent une diffusion d'informations, une recherche et une destruction des gîtes larvaires avec l'habitant ainsi qu'une opération d'épandage d'insecticides dans un rayon minimum de 100 mètres autour de l'habitation du malade. Dans les communes de Nouvelle-Calédonie, les épandages sont réalisés au moyen d'appareils manuels ou montés sur véhicule. Le produit utilisé est la deltaméthrine.
En 2017, une nouvelle technique a été ajoutée à l'arsenal de lutte de la ville de Nouméa. Il s'agit de pulvérisations de larvicide Bti par un pulvérisateur monté sur véhicule. L'efficacité de cette méthode a été étudiée par la DASS-NC et la ville de Nouméa en 2016/2017. Les résultats prometteurs ont permis d'intégrer cette nouvelle méthode aux protocoles de LAV de la ville de Nouméa.

Surveillance

La surveillance entomologique aux frontières réalisée par l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC) s'inscrit dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI). Le but de cette surveillance est de renseigner les autorités de santé sur la présence de vecteurs aux points d'entrée internationaux, et de surveiller l'introduction d'espèces vectrices exogènes (*e.g. Anopheles sp., Ae. albopictus, Ae. polynesiensis*…).

L'année 2017 a été marquée par :

- La détection d'une femelle moustique appartenant à l'espèce *Anopheles bancroftii* sur l'aéroport international de la Tontouta en bord de piste dans le cadre de la surveillance aux frontières, le 12 juillet 2017. La détection de ce moustique vecteur de Plasmodium responsable du paludisme a entrainé la mise en place d'un plan d'éradication ;
- La détection du moustique *Aedes scutellaris* qui est vecteur de dengue dans le secteur de la Tontouta (une première détection, puis la disparition de ce moustique avait été constatée en 2016).

Plan d'éradication contre deux nouvelles espèces de moustiques (*Aedes scutellaris et Anopheles bancroftii*)
Compte tenu du risque sanitaire majeur lié à l'introduction de ces deux espèces de moustiques en Nouvelle-Calédonie, et des enjeux vis-à-vis du règlement sanitaire international (RSI), un plan de lutte et de surveillance d'envergure a été mis en place à partir d'octobre 2017 par la DASS-NC dans la zone de détection.

Afin d'élaborer ce plan d'éradication, l'OMS a permis à la Nouvelle-Calédonie de bénéficier de l'expertise d'un entomologiste australien très expérimenté, Monsieur Peter WHELAN, qui a été associé à plusieurs expériences réussies d'éradication de moustiques vecteurs en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Le plan d'éradication comprend des épandages de produit larvicide par hélicoptère (S-Méthoprène), des épandages de produit adulticide par moyens terrestres (Lambda-Cyhalothrine), un renforcement conséquent de la surveillance entomologique, un suivi environnemental de la zone ainsi qu'un suivi de la qualité des eaux dans le secteur impacté par les traitements.

Les épandages de larvicide S-Méthoprène par hélicoptère ont débuté le 11 octobre 2017 et ceux à la Lambda-Cyhalothrine le 23 novembre 2017.

Ce plan, déployé en 2017, se poursuivra en 2018.

Recherche

- **Etude de l'efficacité de pulvérisation de larvicide (Bti) par véhicule**

Dans le cadre du développement de moyens de lutte alternatifs contre le moustique *Aedes aegypti*, une étude a été initiée en 2015 par la DASS-NC en partenariat avec la ville de Nouméa permettant d'évaluer l'efficacité d'épandages de larvicides dont le principe actif est le Bti (*Bacillus thuringiensis israelensis*). Ce produit a montré son innocuité pour la faune non-cible, il est donc un très bon candidat pour être utilisé en lutte anti-vectorielle. Dans des conditions idéales de pulvérisation (conditions contrôlées, terrain sans obstacle), les résultats ont montré une mortalité de plus de 80% des larves jusqu'à 30 mètres du point de pulvérisation.

Afin de déterminer l'efficacité de cette méthode en condition opérationnelle (type quartier résidentiel), une seconde phase expérimentale dans un quartier de Nouméa (Vallée des Colons) a été réalisée en 2017. Les résultats obtenus lors de cette seconde phase montrent que la position du gîte par rapport au point de pulvérisation conditionne l'efficacité du traitement, en particulier la végétation dense et la présence de bâtiments. Ce type de traitement est donc efficace pour les zones urbaines dégagées et peu végétalisées. La ville de Nouméa utilise depuis 2017 ce type de pulvérisation lors de la déclaration de cas d'arboviroses.

- **Blocage de la transmission des arbovirus à l'homme par Wolbachia : Projet « World Mosquito Program »**

Une équipe de Monash University en Australie a développé une stratégie prometteuse de lutte contre les arboviroses (dengue, chikungunya, zika) qui vise à réduire la transmission des arbovirus par les moustiques. Cette stratégie repose sur l'introduction dans les moustiques Aedes aegypti d'une bactérie symbiotique appelée Wolbachia qui présente la particularité de bloquer la réplication des virus de la dengue, du chikungunya et du zika dans le corps de l'insecte. Cette bactérie est présente naturellement dans environ 60% des espèces d'insectes et ne présente pas de danger connu pour l'homme et autres mammifères.

Afin d'introduire la bactérie Wolbachia dans les populations naturelles de moustiques, il est nécessaire de lâcher des moustiques *Aedes aegypti* porteurs de cette bactérie. Les moustiques qui ont la bactérie remplacent progressivement les moustiques locaux sauvages. Les moustiques deviennent par conséquent incapables d'assurer une transmission efficace des virus de la dengue, du chikungunya et du zika à l'homme.

La méthode est appliquée à grande échelle dans différents pays avec des résultats prometteurs.

A la fin de l'année 2016, la ville de Nouméa, l'IPNC et la DASS-NC se sont réunis avec les chercheurs du programme mondial de recherche scientifique « World Mosquito Program » anciennement dénommé « Eliminate Dengue » afin de discuter de la mise en œuvre de cette méthode autonome et pérenne utilisant Wolbachia à Nouméa. Les quatre partenaires ont travaillé en 2017 à la rédaction d'un accord de collaboration pour pouvoir développer cette nouvelle méthode de lutte à Nouméa.

LE CENTRE SANTÉ ET VOYAGES (CSV)

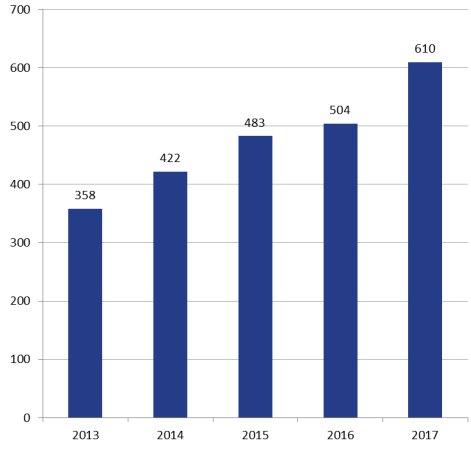
Le Centre Sante et Voyages (CSV) de la DASS-NC a ouvert ses portes en février 2013, suite à la décision de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC) d'arrêter son activité de vaccination contre la fièvre jaune.

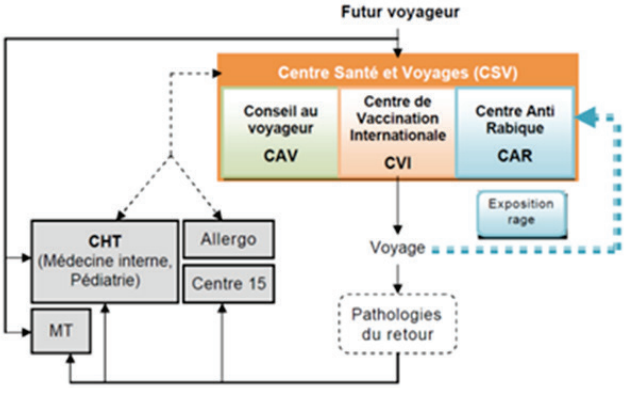
Les missions du CSV :

- Les vaccinations internationales ;
- Le conseil aux voyageurs ;
- La vaccination antirabique ;
- La promotion du conseil aux voyageurs auprès des partenaires (professionnels de la santé et du voyage).

En 2017, 3 836 consultations ont été réalisées.
Concernant la rage, 7 prophylaxies postexposition ont été réalisées.

CSV : nombre de consultations par an





PRÉSENTATION

Définition

Le coût de la santé est, de façon standardisée, appréhendé au travers de deux agrégats :

- La consommation médicale totale : correspond à l'ensemble des soins hospitaliers et ambulatoires délivrés par les hôpitaux, les professionnels libéraux, les structures de circonscriptions médicales et les centres de soins des provinces et des organismes de protection sociale. Aux soins s'ajoute la consommation des médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèse, petits matériels et pansements) ;
- La dépense courante de santé : les indemnités journalières, la recherche, la formation des professionnels de santé, les frais de gestion du système de santé et les dépenses de prévention collective (campagnes d'information et d'éducation à la santé).

COÛT DE LA SANTÉ EN NOUVELLE-CALÉDONIE

Évolution de 2011 à 2016

Entre 2011 et 2016, la consommation médicale totale a augmenté de 12% et la dépense courante de santé de 8,5%.

Comparaison (Données non disponibles pour 2017)

L'utilisation d'agrégats standardises autorise les comparaisons notamment avec la métropole en ramenant :

- La consommation médicale totale ou la dépense courante de santé par habitant (en F CFP) ;

Année	2012	2013	2014	2015	2016 (estimation)	2017
CSBM par habitant en NC	305 524 FCFP	307 151 FCFP	315 279 FCFP	323 948 FCFP	327 709 FCFP	Données non disponibles
En France	334 200 FCFP	339 000 FCFP	345 100 FCFP	348 700 FCFP	355 200 FCFP	357 240 FCFP
Consommation médicale totale par habitant en NC	318 540 FCFP	317 931 FCFP	325 168 F CFP	331 877 FCFP	335 404 FCFP	Données non disponibles
En France	444 600 FCFP	349 600 FCFP	355 600 FCFP	359 000 FCFP	365 500 FCFP	Données non disponibles
Dépense courante de santé par habitant en NC	354 452 FCFP	355 500 FCFP	363 411 FCFP	371 668 FCFP	375 389 FCFP	Données non disponibles
En France	451 400 FCFP	458 900 FCFP	465 900 FCFP	469 600 FCFP	476 900 FCFP	484 148 FCFP

- La dépense courante de santé par rapport au PIB (en%).

Année	2012	2013	2014	2015	2016 (estimation)	2017
Dépense courante de santé rapportée au PIB en Nouvelle-Calédonie	10,71%	10,72%	10,80%	10,81%	10,90%	Données non disponibles
En France métropolitaine	12%	11,7%	12%	12%	12%	12%

Avec une dépense courante de santé de 10,9% du PIB pour l'année 2016, la Nouvelle-Calédonie se place dans la moyenne des pays développés.

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

DASS
Direction des Affaires
Sanitaires et Sociales