

Sources : Pour les établissements d'hospitalisation publics et privés : bordereaux du Recueil de l'Offre de Soins et de l'Activité (ROSA) complétés pour les établissements territoriaux par les rapports annuels de gestion, et les rapports d'activité.

L'élaboration et l'évaluation de la politique sanitaire nécessitent de connaître les comportements de recours à l'offre de soins et les modalités de prise en charge afin de vérifier si l'organisation du système de soins répond aux besoins de santé de la population.

Au sein de cette offre de soins, le dispositif hospitalier, responsable d'une large part de la mobilisation des moyens financiers consacrés à la santé, contribue fortement à la définition des « territoires de santé », au sein desquels doivent être pris en compte deux exigences fondamentales, la qualité de l'offre de soins (et donc la sécurité) et son accessibilité.

L'appréciation de la satisfaction des besoins hospitaliers requiert de poser un diagnostic, établi à partir des données de recours aux soins d'une part, et d'une approche des besoins de santé d'autre part ; mais les données et indicateurs immédiatement accessibles en Nouvelle-Calédonie sont inadaptés pour documenter les recours, et sont insuffisants pour estimer les besoins :

A défaut de la généralisation à tous les établissements de santé du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI), les données sur les recours hospitaliers sont actuellement limitées à des indicateurs d'utilisation de l'offre de soins (nombre de séjours, de journées d'hospitalisation, durée moyenne de séjour, taux d'occupation des services), sans indication sur les pathologies ni sur la provenance géographique des malades ;

Les besoins de soins sont aisément quantifiables quand ils s'expriment par l'utilisation du système de santé, mais leur mesure précise nécessite des enquêtes spécifiques lorsque l'on s'intéresse aux besoins ressentis et aux déterminants du recours aux soins (facteurs sociaux, culturels, identitaires ; facteurs liés à l'offre de soins, notamment son accessibilité géographique et financière).

Consciente de ces insuffisances (les données de la CAFAT, reposant sur l'analyse des formulaires de tarification, ne sont disponibles que pour le secteur privé ; le PMSI n'est développé que dans le secteur public), la DASS-NC propose d'apprécier le recours aux soins hospitaliers sur la base des données recueillies par l'enquête ROSA(*), certes limitée dans ses possibilités d'analyses, mais qui présente l'avantage d'une homogénéité du recueil des données par les différents établissements.

Ce chapitre décrit successivement, et pour les différents modes de prise en charge, l'offre de soins hospitaliers et l'activité développée par chacune des structures hospitalières : les chiffres sont issus de différentes sources :

- les arrêtés d'autorisation des activités, installations de soins et des équipements lourds pour la mesure de l'offre ;
- les résultats annuels de l'enquête ROSA pour la consommation de soins ;
- le résultat du recensement de 2014, qui estime la population de la Nouvelle-Calédonie à 268 767 habitants, et les projections de population à partir des résultats des recensements de 2009 et 2014.

II.1.1.1. Offre de soins hospitaliers

Un rappel des règles actuelles d'encadrement des activités hospitalières est nécessaire à la compréhension des données relatives à l'offre et à l'activité hospitalière

■ Encadrement réglementaire des activités d'hospitalisation

La réglementation en vigueur en matière d'organisation sanitaire en Nouvelle-Calédonie soumet les activités d'hospitalisation à un encadrement :

• *La délibération n°429 du 3 novembre 1993* modifiée portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie soumet un certain nombre d'installations, d'équipements et d'activités de soins à une autorisation préalable du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, après avis de la section compétente du comité territorial de l'organisation sanitaire et sociale ; parmi les domaines listés, figurent :

- les **installations de soins**, correspondant aux lits d'hospitalisation complète et aux places en structures de soins alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de jour ou de nuit) pour chacune des grandes disciplines suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée ;

- les **activités de soins** concernant des activités nécessitant davantage qu'une capacité en lits, un environnement technique particulier et/ou une mise en réseau des professionnels ; y

sont ainsi regroupées des activités hyper spécialisées comme les transplantations d'organes, les greffes de tissus, le traitement des grands brûlés, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la médecine nucléaire et la radiothérapie, la réanimation, la néonatalogie et la réanimation néonatale, les activités de procréation médicalement assistée et de diagnostic prénatal ; y sont également classées des activités de soins plus traditionnelles, mais dont le développement impose la constitution d'une filière spécifique de soins : c'est le cas de l'accueil et du traitement des urgences, du traitement de l'insuffisance rénale chronique, de la réadaptation fonctionnelle ;

- les **équipements matériels lourds**, correspondant à des équipements mobiliers qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux : y sont classés les appareils d'imagerie médicale (scanners, IRM, appareil de scintigraphie), mais également des équipements permettant des traitements spécialisés (caisson hyperbare, appareils d'hémodialyse, de radiothérapie, appareil de destruction des calculs).

• *La délibération n°171 du 25 janvier 2001 modifiée* relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie fixe à l'offre de soins précisée par la délibération précédente, des indices de besoins ; ceux-ci se déclinent sous la forme :

- d'un **nombre de lits et de places pour 1 000** habitants pour les installations de soins ;

* : Recueil de l'Offre de Soins et de l'Activité

Capacité et activité hospitalière

- d'un **nombre global d'appareils** pour les équipements matériels lourds ;

- les activités de soins ne sont pas encadrées par des indices ; leur organisation relève de **schémas d'organisation sanitaire**, dont la délibération précise les modalités de mise en œuvre.

Le tableau suivant détaille les indices de besoins fixés par la délibération de 2001 aux différentes activités de soins hospitaliers : à noter que les indices d'équipement ont été modifiés en 2012, dans le cadre d'un nouvel encadrement réglementaire des activités de soins de suite et de réadaptation, puis en 2015, dans le cadre de la DMOS (ajustement de l'indice d'anesthésie et chirurgie ambulatoire, création d'un indice de places d'obstétrique) :

| Disciplines | Médecine | Chirurgie | Réanimation Soins intensifs Post-Opérés | Obstétrique | Soins de suite | Rééducation fonctionnelle |
|------------------------------------|-------------|-------------|---|-------------|-------------------|------------------------------|
| hospitalisation complète | 1,60 | 1,05 | 0,18 dont 0,06 de Réa | 0,57 | 0,60 | 0,34 |
| Alternative à l'hospitalisation | 0,20 | 0,20 | NP | 0,02 | 0 | 0,06 |
| TOTAL | 1,80 | 1,25 | 0,18 dont 0,06 de réanimation | 0,59 | 0,60 | 0,40 |

NP : Non Précisé par la délibération

Indices de besoins hospitaliers pour 1 000 habitants

Une traduction de ces indices en nombre de lits et places autorisables actuellement et dans l'avenir peut être effectuée à partir de projections démographiques fournies par l'ISEE-NC (Tableau ci-dessous : référence -recensement 2014).

On constate que la modification de l'encadrement réglementaire des activités de soins de suite et de réadaptation (rééducation fonctionnelle et soins de suite) permet un renforcement important de cette offre de soins.

■ Organisation des soins en Nouvelle-Calédonie

Schématiquement, le dispositif sanitaire de la Nouvelle-Calédonie repose sur une répartition des missions entre les structures de soins :

- Les soins de santé primaire et les programmes en matière de protection maternelle et infantile, de surveillance des grossesses, de suivi et vaccination des enfants, sont assurés par les centres médico-sociaux (CMS) et le secteur libéral ; la même organisation existe sur les trois provinces, avec des spécificités : le secteur libéral est très développé sur les communes du Grand Nouméa, alors qu'en provinces Nord et Iles Loyauté, ces soins sont essentiellement assurés par les centres médico-sociaux.

- Certains centres médico-sociaux disposent de lits d'observation, étiquetés lits de médecine et d'obstétrique ; les particularités géographiques de la Nouvelle Calédonie ont en effet contraint les collectivités provinciales à équiper leurs structures de soins de lits physiques à vocation multiple.

Ces lits n'ont jamais fait l'objet d'une demande d'autorisation au sens des délibérations modifiées n° 429 du 3 novembre 1993 *portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie* et n° 171 du 25 janvier 2001 *relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie*. Le nombre de lits installés au sein des CMS a évolué, seuls 72 lits (57 de médecine et 15 d'obstétrique) étant actuellement physiquement présents ; le tableau suivant (en haut, page de droite) en détaille la localisation.

| Disciplines | Modalités | Indices | | Projections démographiques | | | | | | | |
|-----------------|-----------------|---------|------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--|
| | | | | 2 014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | |
| | | < 2 012 | 2012 | 268 767 | 272 632 | 274 579 | 278 495 | 282 200 | 285 700 | 290 902 | |
| Médecine | HC | 1,6 | 1,6 | 430 | 436 | 439 | 446 | 452 | 457 | 465 | |
| | HJ | 0,2 | 0,2 | 54 | 55 | 55 | 56 | 56 | 57 | 58 | |
| Chirurgie | HC | 1,05 | 1,05 | 282 | 286 | 288 | 292 | 296 | 300 | 305 | |
| | HJ | 0,15 | 0,20 | 54 | 55 | 55 | 56 | 56 | 57 | 58 | |
| Soins critiques | Réanimation | 0,06 | 0,06 | 16 | 16 | 16 | 17 | 17 | 17 | 17 | |
| | Soins intensifs | 0,12 | 0,12 | 32 | 33 | 33 | 33 | 34 | 34 | 35 | |
| Obstétrique | HC | 0,57 | 0,57 | 153 | 155 | 157 | 159 | 161 | 163 | 166 | |
| | HJ | 0 | 0,02 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | |
| Rééducation | HC | 0,22 | 0,34 | 91 | 93 | 93 | 95 | 96 | 97 | 99 | |
| | HJ | 0 | 0,06 | 16 | 16 | 16 | 17 | 17 | 17 | 17 | |
| Soins de suite | HC | 0,2 | 0,60 | 161 | 164 | 165 | 167 | 169 | 171 | 175 | |
| | HJ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

HC : Hospitalisation complète - HJ : Hospitalisation de jour

Estimation des besoins hospitaliers sur la base des indices actuels

| | | Lits installés | |
|---------------------------------|----------------------------|----------------|-------------|
| | | Médecine | Obstétrique |
| Province Sud | CMS de Bourail | 6 | 4 |
| | CMS de l'île des Pins | 4 | 2 |
| | Total province Sud | 10 | 6 |
| Province Nord | CMS de Canala | 1 | 1 |
| | Total province Nord | 1 | 1 |
| Province des Iles Loyauté | CMS de Wé | 7 | 2 |
| | CMS de Chépénéhé | 7 | 0 |
| | CMS de Tadiné | 10 | 4 |
| | CMS de La Roche | 10 | 0 |
| | CMS de Hulup | 12 | 2 |
| | Total province Iles | 46 | 6 |
| TOTAL NOUVELLE-CALÉDONIE | | 57 | 15 |

Capacités en lits des centres médico-sociaux provinciaux

A noter que 6 lits implantés au sein du centre médico-social de Bourail ont fait l'objet en 2015 à titre expérimental d'une reconnaissance en qualité de lits de soins de suite polyvalent, inscrits à la carte sanitaire. L'activité de soins de suite qui y a été autorisée pour deux ans n'a finalement pas été prolongée.

L'année 2018 a été marquée par la finalisation d'un important programme de restructuration de l'offre hospitalière, par la mise en œuvre de projets structurants :

- le regroupement sur un site unique localisé au centre de Nouméa (presqu'île de Nouville), des établissements hospitaliers privés, et le développement en son sein d'une activité de prise en charge des urgences ; l'ouverture au public des nouveaux locaux situés à Nouville s'est déroulée le 25 septembre 2018 ;

- le projet de réorganisation de l'offre hospitalière de la province Nord, qui repose sur la création d'un nouvel hôpital MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) dans la région de Koné, doté d'un SMUR et d'un scanner, et du redéploiement des sites hospitaliers existants de Koumac et Poindimié vers des activités de soins de suite et de réadaptation ; les nouveaux locaux de Koné ont été livrés le 21 novembre 2018 en fin 2018.

La mise en œuvre de ces deux projets complète le programme de modernisation de l'offre hospitalière, initié en 2016 par le regroupement sur le Médipôle de Koutio, de l'ensemble des activités du centre hospitalier territorial jusqu'ici éclatées sur 4 sites, de l'Institut Pasteur, d'un centre de radiothérapie et d'un établissement de soins de suite et de réadaptation ; pour mémoire, l'ouverture du centre de soins de suite et de réadaptation (CSSR) a été réalisée en mai 2015, celle du centre de radiothérapie a été opérée en octobre 2016, le transfert des activités du CHT en décembre 2016.

- Le centre hospitalier du Nord assure une activité d'hospitalisation de proximité pour les disciplines de médecine, de chirurgie et d'obstétrique sur Koumac jusqu'au 21 novembre 2018, sur Koné depuis cette date, et de médecine et de soins de suite et de réadaptation sur Poindimié, (soins de suite polyvalents et réadaptation fonctionnelle polyvalente) adossée à une antenne d'urgence. Le site de Koumac développe depuis novembre 2018 une activité de médecine et une antenne d'urgence, dans l'attente de la mise en œuvre des projets de soins de suite et de réadaptation.

- La clinique Ile Nou-Magnin, éclatée sur les sites historiques de l'Anse Vata, de la Baie des citrons et de Magnin jusqu'au 24 septembre 2018, regroupée depuis cette date à Nouville

(clinique Kuindo-Magnin) répond également aux besoins de proximité pour l'hospitalisation de court séjour de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, en hospitalisation complète et en structure alternative, mais certaines activités, peu ou pas présentes dans le secteur de l'hospitalisation publique, ont un recrutement sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie. L'accès au plateau technique de la clinique et à ses médecins spécialistes est néanmoins limité pour les bénéficiaires des aides médicales des provinces, sauf exception (urgences, urologie absente du secteur public).

- Les soins hospitaliers de court séjour nécessitant un plateau technique spécialisé sont dispensés par le Centre hospitalier territorial (CHT) Gaston Bourret, transféré en décembre 2016 sur le Médipôle de Koutio, qui constitue la structure sanitaire de référence. Seul, le CHT, également siège du SAMU, est autorisé pour une activité de soins intensifs et de réanimation néonatale et des adultes, ce qui occasionne des transferts de patients originaires des provinces Nord, Iles et Sud, par voie terrestre ou aérienne, en fonction de l'état des malades et du degré d'urgence à les prendre en charge. L'année 2018 a été marquée par le développement au sein du CHT d'une activité de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle structurelle, dans le cadre de missions réalisées sur place par une équipe de l'Institut Mutualiste Montsouris.

- Le Centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet est le seul établissement d'accueil et de traitement des personnes atteintes de troubles psychiques ; il dispose à cette fin de lits d'hospitalisation complète sur son site historique de Nouville, et d'un dispositif d'antennes médico-psychologiques réparties sur le territoire (Koumac, Poindimié, Lifou) ; il est également l'établissement spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées.

- Les soins de suite et de réadaptation ont connu un développement récent suite à l'encadrement réglementaire de cette activité, avec la création des structures de statut public (CHN, province Sud) et privé (C.S.S.R. de Koutio) ; l'offre de soins dans cette discipline sera étoffée en 2019 par la mise en œuvre des projets de la clinique Ile Nou-Magnin (soins de suite et rééducation locomotrice et respiratoire) et à plus long terme du site de Koumac du Centre hospitalier du Nord (soins de suite et postcure psychiatrique).

- Outre les activités développées par le territorial Gaston Bourret, le Médipôle de Koutio dispose d'un centre de radiothérapie ouvert en octobre 2016, permettant depuis cette date le traitement de la plupart des affections cancéreuses sans besoin de recourir à une évacuation sanitaire.

- Le traitement de suppléance de l'insuffisance rénale chronique fait l'objet d'une organisation spécifique compte tenu de l'importance de la prévalence de cette pathologie en Nouvelle-Calédonie ; l'offre de soins spécialisée repose sur la complémentarité de trois opérateurs : le Centre hospitalier territorial (CHT), l'association pour la prévention et le traitement de l'insuffisance en Nouvelle-Calédonie (ATIR-NC) et l'unité néphrologie-hémodialyse (U2NC), dans le cadre d'un dispositif gradué fixé par le schéma d'organisation de l'insuffisance rénale chronique : 3 niveaux de soins y sont définis, déclinés en unités d'hémodialyse de proximité (développées sur Lifou, Maré, Ouvéa, Koumac, Poindimié, Bourail, La Foa, Thio, Païta,

Capacité et activité hospitalière

Dumbéa, Nouméa), en unités de dialyse médicalisée (Bourail, Dumbéa, Nouméa), et en centres d'hémodialyse (CHT et Nouméa). L'ATIR-NC exploite en outre des autorisations de dialyse péritonéale et d'hémodialyse quotidienne à domicile.

▪ En cas de besoin, les malades sont évacués en Australie ou en métropole pour des soins ne pouvant être assurés sur place.

■ Capacités autorisées et installées

• Activités MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

En prévision de la mise en œuvre des projets de modernisation de l'offre hospitalière (déménagement du CHT sur le Médipôle de Koutio, regroupement des activités de la clinique sur Nouville, réorganisation de l'offre hospitalière en province Nord avec construction d'un nouvel hôpital à Koné), les arrêtés d'autorisations de chacune des structures hospitalières ont été révisés en 2015 et 2016, afin de les adapter aux programmes capacitaires développés avant et après leur réalisation.

L'année 2018 a connu l'ouverture de la clinique Kuindo-Magnin et du pôle sanitaire de Koné, mais le déploiement des capacités autorisées n'y est pas encore complet, de sorte qu'il convient de rappeler les capacités effectivement installées en 2018.

Le tableau suivant présente un récapitulatif des capacités (HC : hospitalisation complète ; HJ : hospitalisation de jour) autorisées (conformément aux arrêtés d'autorisation) et effectivement installées (les programmes capacitaires autorisés n'ont pas tous été mis en œuvre) au 31 décembre 2018, intégrant la mise en service de la clinique sur Nouville et l'ouverture du site de Koné .

Remarque :

- les capacités autorisées du CHT sont celles issues de l'arrêté n° 2016-2539/GNC du 15 novembre 2016 *relatif à la demande de transfert des installations de soins, des équipements matériels lourds et des activités de soins du CHT sur le site du médipôle de Koutio* ;

- les capacités installées d'hospitalisation complète du CHT se déclinent en hospitalisation complète (HC) et hospitalisation de semaine (lits ouverts 5 jours par semaine) ;

- les lits d'hospitalisation de courte durée (UHCD ou lits porte installés aux urgences) sont intégrés aux capacités de médecine ;

- les lits de surveillance continue sont comptabilisés en lits de médecine ;

- la chirurgie gynécologique est intégrée aux capacités de chirurgie ;

- Les capacités autorisées en secteur privé sont celles issues de l'arrêté n° 2013-1761/GNC du 9 juillet 2013, *portant autorisations des capacités d'hospitalisation du futur établissement exploité par la S.A.S. Clinique de l'Île Nou Magnin* ;

- Les capacités autorisées du CHN sont celles issues de l'arrêté n° 2015-53/GNC du 20 janvier 2015, *portant autorisations relatives aux capacités d'hospitalisation, aux activités de soins et à l'exploitation d'équipements lourds par le centre hospitalier du nord à compter de l'ouverture du complexe hospitalier de Koné*.

- les capacités installées sont celles déclarées par les établissements dans l'enquête ROSA 2018.

Rapportées à la population de la Nouvelle-Calédonie estimée à 285 700 habitants au 31/12/2018 (projection de population à partir des résultats des recensements de 2009 et 2014), ces capacités autorisées et installées permettent de calculer des indices d'équipement, autorisé et installé, pour 1 000 habitants ; le

| | | 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 Koné | HC | 16 | 26 | 20 | 20 | | | 12 | 12 | 48 | 58 |
| | HJ | | 2 | 3 | 3 | | | | | 3 | 5 |
| CHN Koumac | HC | 14 | 14 | | | 0 | | | 2 | 14 | 16 |
| | HJ | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CHN Poindimié | HC | 14 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14 | 16 |
| | HJ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Publics | HC | 292 | 317 | 117 | 131 | 43 | 43 | 60 | 64 | 464 | 497 |
| | HS | 21 | | 14 | | 0 | | 0 | | 35 | |
| | HJ | 27 | 35 | 13 | 13 | 0 | 0 | 4 | 4 | 44 | 47 |
| Clinique Île Nou-Magnin | HC | 65 | 65 | 74 | 74 | 0 | 0 | 30 | 30 | 169 | 169 |
| | HJ | 17 | 17 | 33 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 50 |
| Total Privé | HC | 65 | 65 | 74 | 74 | 0 | 0 | 30 | 30 | 169 | 169 |
| | HJ | 17 | 17 | 33 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 50 |
| TOTAL NC | HC | 357 | 382 | 191 | 205 | 43 | 43 | 90 | 94 | 681 | 724 |
| | HS | 21 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 | 0 |
| | HJ | 44 | 52 | 46 | 46 | 0 | 0 | 4 | 4 | 94 | 102 |

Capacités en lits et places installés et autorisées, disciplines MCO, au 31/12/2018

tableau suivant en résumé les résultats :

| Indices 2018 | Médecine | | Chirurgie | | Réa - Soins intensifs | | Obstétrique | | Total MCO | |
|--------------|----------|----------|-----------|----------|-----------------------|----------|-------------|----------|-----------|----------|
| | Installé | Autorisé | Installé | Autorisé | Installé | Autorisé | Installé | Autorisé | Installé | Autorisé |
| HC | 1,32 | 1,34 | 0,72 | 0,72 | 0,15 | 0,15 | 0,32 | 0,33 | 2,51 | 2,53 |
| HJ | 0,15 | 0,18 | 0,16 | 0,16 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,01 | 0,33 | 0,36 |

Indices d'équipement pour 1 000 habitants, disciplines MCO, année 2018

Les différences entre capacités théoriques (issues de l'application des indices de besoin), capacités autorisées et capacités installées sont résumées dans le tableau suivant :

| Disciplines | | Capacités | | |
|----------------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| | | Théorique | Autorisée | Installée |
| Médecine + surveillance continue | HC et HS | 452 | 382 | 378 |
| | HJ | 56 | 52 | 44 |
| Chirurgie | HC et HS | 296 | 205 | 205 |
| | HJ | 56 | 46 | 46 |
| Soins critiques | HC Réanimation | 17 | 20 | 20 |
| | HC Soins intensifs | 34 | 23 | 23 |
| Obstétrique | HC | 161 | 94 | 90 |
| | HJ | 6 | 4 | 4 |
| TOTAL MCO | HC | 960 | 724 | 716 |
| | HJ | 118 | 102 | 94 |

Capacités théoriques, autorisées et installées dans les disciplines MCO (2018)

On constate une capacité en lits et places installés très inférieure aux capacités théoriques, **les indices de besoin permettant une création de 244 lits et 24 places supplémentaires**, toutes disciplines MCO confondues.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la santé recueille chaque année les données de l'offre hospitalière et médico-sociale dans le cadre de l'enquête SAE. Couplés avec les indicateurs démographiques (INSEE), ces données permettent d'alimenter la banque de données STATISS, qui publie chaque année des statistiques sanitaires et sociales.

Les résultats les plus récents présentent les capacités hospitalières installées en 2016 en France métropolitaine ; une comparaison des capacités hospitalières installées en Nouvelle-Calédonie et en France dans chaque discipline MCO peut être présentée sous forme d'indice d'équipement pour 1 000 habitants.

| | Capacité | Médecine | | Chirurgie | | Obstétrique* | | Places |
|------------------------------|-----------|-------------------|------|-----------|------|--------------|-------------|--------|
| | | + Soins critiques | | HC | HJ | HC | HJ | |
| | | HC | HJ | | | | | |
| Nouvelle-Calédonie (2018) | installée | 1,47 | 0,15 | 0,72 | 0,16 | 0,32 (1,12) | 0,01 (0,05) | 0 |
| France métropolitaine (2017) | installée | 1,84 | 0,19 | 0,97 | 0,27 | 0,27 (1,23) | 0,02 (0,09) | 0,22 |

(*) : entre parenthèses figurent les indices de lits et places d'obstétrique, pour 1 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)

Comparaison des indices d'équipement hospitalier installé (pour 1 000 habitants), disciplines MCO

On constate :

- des indices d'équipement installé en Nouvelle-Calédonie très inférieurs aux indices métropolitains pour les spécialités de médecine et de chirurgie, et légèrement inférieurs même pour la spécialité d'obstétrique quand on tient compte de la structure démographique des populations (indices rapportés au nombre de femmes en âge de procréer) ;
- un retard au développement de l'hospitalisation partielle en Nouvelle-Calédonie, particulièrement dans les disciplines médicales et chirurgicales ;
- l'absence de structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD) en Nouvelle-Calédonie.

• Activités de psychiatrie, de moyen et de long séjour

Les arrêtés portant autorisation des capacités d'hospitalisation des établissements hospitaliers dans les disciplines de psychiatrie, de moyen séjour et long séjour (ou soins de longue durée « SLD »), ainsi que les données de l'enquête ROSA répertoriant les lits installés, permettent de dresser un bilan des capacités.

A noter que les activités de moyen séjour dorénavant regroupées sous l'appellation de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) depuis l'actualisation de leur encadrement réglementaire intervenue en 2013, sont développées au sein d'unités Soins de Suite (SS) d'une part, et de Rééducation Fonctionnelle (RF) d'autre part. Le tableau suivant présente un récapitulatif des capacités (HC : hospitalisation complète ; HJ : hospitalisation de jour) pour ces disciplines :

Capacité et activité hospitalière

| | | MOYEN SEJOUR (SSR) | | | | | | PSYCHIATRIE | | | | LONG SEJOUR | |
|---------------------------------------|----|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|------------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| | | SS | | RF | | Total SSR | | Adulte | | Infanto-juvénile | | Gériatrie et SLD ⁶ | |
| | | Installée | Autorisée | Installée | Autorisée | Installée | Autorisée | Installée | Autorisée | Installée | Autorisée | Installée | Autorisée |
| CHT ¹ | HC | | | | | | | | | | | | |
| | HJ | | | | | | | | | | | | |
| CHN Koumac | HC | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 28 | | | | | | |
| | HJ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| CHN Poindimié ² | HC | 14 | 14 | 14 | 14 | 28 | 28 | | | | | | |
| | HJ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| CHS ³ | HC | 20 | 20 | 0 | 0 | 20 | 20 | 111 | 114 | 0 | 6 | 54 | 57 |
| | HJ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 58 | 58 | 25 | 25 | 0 | 0 |
| CMS Bourail ⁴ prov. Sud | HC | 34 | 62 | 14 | 14 | 48 | 76 | 111 | 114 | 0 | 6 | 54 | 57 |
| | HJ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 58 | 58 | 25 | 25 | 0 | 0 |
| Total Publics | HC | 35 | 35 | 50 | 50 | 85 | 85 | | | | | | |
| | HJ | 0 | 0 | 15 | 15 | 15 | 15 | | | | | | |
| CSSR-SAS Calédonie Santé ⁵ | HC | 10 | 20 | 10 | 20 | 20 | 40 | | | | | | |
| | HJ | 0 | 0 | 5 | 10 | 5 | 10 | | | | | | |
| Clinique Ile Nou-Magnin ⁶ | HC | 45 | 55 | 60 | 70 | 105 | 125 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | HJ | 0 | 0 | 20 | 25 | 20 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Privés | HC | 79 | 117 | 74 | 84 | 153 | 201 | 111 | 114 | 0 | 6 | 54 | 57 |
| | HJ | 0 | 0 | 20 | 25 | 20 | 25 | 58 | 58 | 25 | 25 | 0 | 0 |
| TOTAL NC | HC | 75 | 95 | 64 | 84 | 139 | 179 | 111 | 114 | 0 | 6 | 54 | 57 |
| | HJ | 0 | 0 | 15 | 25 | 10 | 20 | 58 | 58 | 25 | 25 | 0 | 0 |

Capacités en lits et places installés et autorisés, disciplines autres que MCO, 2018

- (1) : Les lits de SSR exploités par le CHT sur les sites du Col de la Pirogue (34 lits de soins de suite), et du CHS Albert Bousquet (15 lits de rééducation) ont été désactivés lors de l'ouverture du CSSR en mai 2015.
 (2) : Capacités de SSR du CHN de Poindimié tenant compte de l'ouverture en 2015 de 14 lits de rééducation, s'ajoutant aux 14 lits de SS déjà installés ;
 (3) : Capacité de moyen séjour du CHS tenant compte des 20 lits de SSR gériatrique ; l'autorisation de 15 places d'hospitalisation de jour dédiées aux personnes atteintes de maladie de Alzheimer, non activées, est caduque ;
 (4) : Reconnaissance en 2015 de 6 lits de soins de suite polyvalents au sein du centre médico-social de Bourail, géré par la province Sud.
 (5) : Capacités de la SAS Calédonie Santé, correspondant aux autorisations du CSSR de Kouitio, ouvert le 26 mai 2015 ; l'arrêté n° 2017-291/GNC du 17 janvier 2017 a réduit à 10 lits la capacité en places d'hospitalisation de jour de rééducation, dans l'attente d'un bilan de l'activité ambulatoire développée par l'établissement ;
 (6) : Capacité autorisée au sein des futurs locaux (Nouvelle) de la clinique Ile Nou-Magnin, non encore installée (ouverture progressive prévue à compter de janvier 2019) ;
 (7) : Capacité de long séjour intégrant les 57 lits de gériatrie autorisés et installés au sein du CHS ; une conversion d'une partie de ces lits en lits de soins de suite spécialisés en gériatrie est en projet.

De la même manière que pour les disciplines MCO, une comparaison des capacités hospitalières installées en Nouvelle-Calédonie (données 2018) et en France (métropole et DROM, données 2017) concernant les activités de Soins de Suite et de Réadaptation, de psychiatrie et de long séjour, peut être présentée sous forme d'indice d'équipement pour 1 000 habitants.

| | Soins de Suite | | Réadaptation Fonctionnelle | | Psychiatrie adulte ¹ | | Psy infanto-juvénile ² | | Soins de Longue Durée ³ | | S SIAD ³ |
|---------------------------------|----------------|------|----------------------------|------|---------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|------------------------------------|----|---------------------|
| | HC | HJ | HC | HJ | HC | HJ | HC | HJ | HC | HJ | Places |
| Nouvelle-Calédonie 2018 | 0,26 | 0 | 0,23 | 0,05 | 0,39 (0,44) | 0,20 (0,23) | 0 | 0,09 (0,70) | 0,19 5,89 | 0 | 0 |
| France (métropole et DROM) 2017 | 1,06 | 0,06 | 0,51 | 0,14 | 0,80 (0,99) | 0,29 (0,37) | 0,03 (0,17) | 0,14 (0,74) | 0,48 (5,18) | 0 | 1,90 (20,70) |

- (1) : taux pour 1 000 personnes de 16 ans et plus figurant entre parenthèses ;
 (2) : taux pour 1 000 personnes de moins de 16 ans figurant entre parenthèses ;
 (3) : taux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus entre parenthèses.

Comparaison des indices d'équipement hospitalier installé (pour 1 000 habitants), discipline non MCO

On constate :

- un équipement hospitalier actuellement installé en Nouvelle-Calédonie, rapporté à la population, très inférieur à celui de métropole, dans les disciplines de moyen séjour et de psychiatrie ;
- le constat d'un différentiel persistant en prenant des indices spécifiques à certaines catégories de population pour la psychiatrie et la gériatrie ;
- l'absence de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Nouvelle-Calédonie.

En Nouvelle-Calédonie, l'indice d'équipement en soins de suite est en réalité plus élevé, au détriment de celui des soins de longue durée. En effet, la durée moyenne de séjour des patients accueillis au sein de 39 des 54 lits de soins de longue durée (SLD) du Centre de gérontologie clinique, s'apparente de fait à une activité de soins de suite gériatrique, et une demande de modification des autorisations capacitaires du CHS devrait être instruite prochainement.

La carence en lits de soins de site et de réadaptation qui se faisait cruellement ressentir dans un contexte de saturation des lits de MCO, particulièrement au CHT, tend à se résorber, depuis l'ouverture en mai 2015 du CSSR de Kouitio, et l'ouverture à pleine capacité des lits autorisés sur Poindimié.

La réalisation en 2019 du projet déjà autorisé (clinique Ile Nou-Magnin) permettra d'améliorer encore la situation afin de fluidifier le parcours des patients en sortie d'hospitalisation.

La reconversion d'une partie des capacités installées sur le site de Koumac en lits de soins de suite et de réadaptation (14 lits de postcure psychiatrique et 14 lits de soins de suite polyvalents) contribuera à étoffer l'offre d'aval de l'hospitalisation de court séjour.

Néanmoins, l'absence de structure d'hospitalisation à domicile, comme de service de soins infirmiers à domicile, limite le développement de prises en charge ambulatoire des personnes en situation de handicap et de dépendance, et maintient une pression artificielle sur les capacités d'hospitalisation, les patients relevant de structures alternatives occupant indûment un lit d'hospitalisation.

II.1.1.2. L'activité hospitalière

L'enquête annuelle ROSA (Recueil de l'Offre de Soins et de l'Activité) permet une appréciation de l'activité des établissements hospitaliers à partir de l'analyse des indicateurs courants : nombre d'entrées, nombre de journées d'hospitalisation, durée de séjour et taux d'occupation.

■ Les entrées

L'analyse des admissions en hospitalisation permet de suivre l'évolution dans le temps de l'activité hospitalière, par secteur (privé ou public), par discipline, par établissement.

A noter que l'activité du Centre hospitalier du Nord et de la clinique Ile Nou-Magnin a été perturbée en 2018 par les contraintes des déménagements de tout ou partie de leurs installations.

• Par secteur (Tableau 1)

L'évolution du nombre d'entrées constatées entre 2014 et 2018 dans les établissements hospitaliers privés et publics est représentée dans le tableau suivant ; les données d'activité fournies pour 2018 par la clinique Ile Nou-Magnin sont issues de la facturation des séjours, et ne permettent pas une totale comparaison avec celles des années antérieures (non prises en compte des mutations), expliquant les différences constatées.

Rapporté à la population estimée au cours de chaque année (estimations données par l'ISEE-NC), le nombre d'entrées permet de calculer le taux de recours à l'hospitalisation pour 1 000 habitants.

On constate :

- une augmentation (+12,9%) du nombre d'entrées totales dans un service hospitalier public de court séjour entre 2014 et 2018 ;
- une nette diminution de l'activité d'hospitalisation en secteur privé ;
- au total, on constate une diminution du taux de recours à l'hospitalisation (-14,7%) sur la période, plus marquée sur l'hospitalisation de jour (-27,8%) que sur l'hospitalisation complète (-8,8%).

Ces résultats sont très impactés par la mise en œuvre des projets de modernisation de l'offre hospitalière : l'année 2018 correspond en effet à la période de déménagement de la maternité et des activités opératoires du CHN sur le site de Koné, et de transfert des activités de la clinique sur le site de Nouville, ayant nécessité un fonctionnement dégradé durant plusieurs semaines (diminution progressive des activités programmées, interruption totale pendant quelques jours, avant une reprise progressive).

• Par discipline (Tableau 2)

Les mêmes données peuvent être présentées par grandes spécialités ; la discipline « soins critiques » regroupe les unités de réanimation adulte, de soins intensifs polyvalents, de réanimation néonatale, de soins intensifs de cardiologie du CHT, ainsi que les unités de surveillance post-opératoire des différents établissements.

On constate une évolution différente de l'activité hospitalière selon les disciplines :

- une stabilité de l'activité dans les spécialités médicales (-0,8% sur la période), la diminution de l'hospitalisation complète (-8,2%) étant compensée par une augmentation importante de l'activité ambulatoire (+36,8%) ;
- une diminution de l'activité chirurgicale (-10,9%), en raison d'une diminution du recours à l'activité ambulatoire (-24,5%), le recours à l'hospitalisation complète augmentant légèrement (+2,4%) ;
- une baisse importante de l'activité de gynéco-obstétrique (-34,1%), et une baisse modérée du recours aux soins critiques (-6,8%).
- d'importantes variations des données d'activité annuelle, laissant craindre une inhomogénéité des modalités de recueil.

Une fois encore, il convient de relativiser les données d'activité de l'année 2018, influencées par les contraintes liées au déménagement des structures (clinique et CHN) dans leurs nouveaux locaux.

| Tableau 1 par secteur | Nombre d'entrées totales | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | |
| | HC | HJ | Total | HC | HJ | Total | HC | HJ | Total | HC | HJ | Total | HC | HJ | Total |
| Public | 32 406 | 7 404 | 39 810 | 31 394 | 9 501 | 40 895 | 33 140 | 6 872 | 40 012 | 35 746 | 8 737 | 44 483 | 36 529 | 8 410 | 44 939 |
| Privé | 16 303 | 14 458 | 30 761 | 15 932 | 12 307 | 28 239 | 9 469 | 13 355 | 22 824 | 18 605 | 8 432 | 27 037 | 10 093 | 8 163 | 18 256 |
| Ensemble | 48 709 | 21 862 | 70 571 | 47 326 | 21 808 | 69 134 | 42 609 | 20 227 | 62 836 | 54 351 | 17 169 | 71 520 | 46 622 | 16 573 | 63 195 |
| Population | 268 767 | | | 272 632 | | | 274 579 | | | 278 495 | | | 282 200 | | |
| Taux de recours/1 000 | 181,2 | 81,3 | 262,6 | 173,6 | 80,0 | 253,6 | 155,2 | 73,7 | 228,8 | 195,2 | 61,6 | 256,8 | 165,2 | 58,7 | 223,9 |

Remarques : HC : Hospitalisation complète, HJ : Hospitalisation de jour
 - Nombre d'entrées totales = entrées directes + mutations au sein du même établissement ;
 - Activité d'hospitalisation de jour exprimée sans les séances d'hémodialyse

Evolution du nombre d'entrées totales en court séjour par secteur (2014-2018)

| Tableau 2 par discipline | Nombre d'entrées totales par disciplines | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | |
| | HC | HJ | Total | HC | HJ | Total | HC | HJ | Total | HC | HJ | Total | HC | HJ | Total |
| Médecine | 22 486 | 4 423 | 26 909 | 21 812 | 6 074 | 27 886 | 17 753 | 7 229 | 26 398 | 23 012 | 7 886 | 30 898 | 20 642 | 6 050 | 26 692 |
| Chirurgie | 14 150 | 13 773 | 27 923 | 13 880 | 12 722 | 26 602 | 13 321 | 9 346 | 22 401 | 17 284 | 6 832 | 24 116 | 14 486 | 10 400 | 24 886 |
| Gynéco-Obstétrique | 7 508 | 3 666 | 11 174 | 7 358 | 3 012 | 10 370 | 8 313 | 3 652 | 9 415 | 9 208 | 2 451 | 11 659 | 7 243 | 123 | 7 366 |
| Soins critiques | 4 561 | 0 | 4 561 | 4 276 | 0 | 4 276 | 3 222 | 0 | 3 222 | 4 847 | 0 | 4 847 | 4 251 | 0 | 4 251 |
| Total MCO | 48 705 | 21 862 | 70 567 | 47 326 | 21 808 | 69 134 | 42 609 | 20 227 | 61 436 | 54 351 | 17 169 | 71 520 | 46 622 | 16 573 | 63 195 |

Evolution du nombre d'entrées totales en court séjour par grandes disciplines (2014-2018)

Capacité et activité hospitalière

Le croisement des données précédentes et leur comparaison avec les résultats de l'enquête « STATISS » menée annuellement par le Ministère de la Santé métropolitain permettent d'apprécier l'importance du recours aux structures hospitalières. Le tableau suivant en résume les principaux résultats (l'activité enregistrée dans les unités de soins critiques est regroupée avec les données des spécialités de médecine):

| Sources : DASS-NC, ROSA 2018 | | Nouvelle-Calédonie | | | France métropolitaine | | |
|------------------------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|
| DRESS, STATISS 2017 | | Public | Privé | Total | Public | Privé | Total |
| Hospitalisation complète | Médecine+ SC | 78,3 | 8,8 | 87,1 | 75,1 | 22,8 | 97,9 |
| | Chirurgie | 32,0 | 18,7 | 50,7 | 19,6 | 21,8 | 41,4 |
| | Gynéco-obstétrique | 17,5 | 7,8 | 25,4 | 10,0 | 4,0 | 14,0 |
| Hospitalisation de jour | Médecine | 16,9 | 4,3 | 21,2 | 32,0 | 34,4 | 66,4 |
| | Chirurgie | 12,2 | 24,2 | 36,4 | 12,2 | 32,0 | 44,2 |
| | Gynéco-obstétrique | 0,4 | 0,0 | 0,4 | 3,2 | 0,8 | 3,9 |
| Total | Médecine + SC | 95,2 | 13,1 | 108,3 | 107,1 | 57,2 | 164,3 |
| | Chirurgie | 44,2 | 42,9 | 87,1 | 31,9 | 53,7 | 85,6 |
| | Gynéco-obstétrique | 17,9 | 7,9 | 25,8 | 13,2 | 4,8 | 17,9 |
| Total MCO | | 157,3 | 63,9 | 221,2 | 152,2 | 115,7 | 267,9 |

Comparaison des taux bruts de recours (pour 1 000 habitants) à l'hospitalisation MCO France métropolitaine (année 2017) et Nouvelle-Calédonie (année 2018), par modalité de prise en charge

On constate un recours global aux structures hospitalières inférieur en Nouvelle-Calédonie par rapport à la France (données regroupant la métropole et les DROM), avec des variations du secteur (public ou privé), de la discipline, et des modalités de prise en charge (hospitalisation complète ou hospitalisation de jour) ; on note ainsi :

- un recours moindre à l'hospitalisation dans les disciplines médicales en Nouvelle-Calédonie, surtout constaté sur l'hospitalisation de jour ;
- un recours global à l'hospitalisation légèrement supérieur en Nouvelle-Calédonie dans les spécialités chirurgicales, malgré un recours local légèrement inférieur à la chirurgie ambulatoire ;
- un recours global à l'hospitalisation en gynéco-obstétrique supérieur en Nouvelle-Calédonie, malgré un moindre recours local à l'ambulatoire dans ces disciplines ;
- un moindre recours à l'hospitalisation de jour en Nouvelle-Calédonie dans toutes les disciplines MCO ;
- une utilisation globalement plus faible de l'hospitalisation privée en Nouvelle-Calédonie par rapport à la France métropolitaine, liée à la répartition différente des capacités par secteur.

Ces résultats sont à analyser avec prudence, puisque le recours hospitalier est directement lié à l'âge, et que les chiffres disponibles concernent des taux bruts ; c'est ainsi que la situation anachronique de la gynéco-obstétrique s'explique par le profil démographique différent des deux populations, la Nouvelle-Calédonie comprenant proportionnellement plus de femmes en âge de procréer, présentant des caractéristiques différentes (indice de fécondité supérieur en Nouvelle-Calédonie).

L'impression d'un moindre développement en Nouvelle-Calédonie des prises en charge ambulatoires est néanmoins confortée lorsque l'on compare les pourcentages de recours aux différentes modalités d'hospitalisation ; le tableau ci-dessous compare la situation en France (métropole et DROM, année 2017) et en Nouvelle-Calédonie (année 2018)

On constate un recours en Nouvelle-Calédonie aux prises en charge ambulatoires inférieur à celui constaté en métropole dans toutes (26,2% des séjours sont effectués en hospitalisation de jour en Nouvelle-Calédonie, alors que ce chiffre atteint 42,8% en France métropolitaine), cette différence étant particulièrement importante en médecine et gynéco-obstétrique.

A noter de plus que les actes comptabilisés depuis 2007 en métropole au titre des « forfaits sécurité environnement » sont toujours considérés comme des hospitalisations de jour en Nouvelle-Calédonie : cette différence d'enregistrement a tendance à surestimer l'activité d'hospitalisation de jour en Nouvelle-Calédonie, d'environ 5% (notamment, les séjours d'endoscopies sont ainsi enregistrés en métropole en consultations externes, alors qu'ils le sont en hospitalisation de jour en Nouvelle-Calédonie).

On constate également que comme en métropole, le secteur privé a davantage développé les prises en charge ambulatoires (44,7% des séjours MCO sont effectués en hospitalisation de jour en secteur privé calédonien, alors que ce chiffre n'est que de 18,7% en secteur public) ; ce constat est particulièrement vérifié en chirurgie (56,5% des séjours de chirurgie sont effectués en hospitalisation de jour en secteur privé calédonien, alors que ce chiffre est de 27,5% en secteur public).

| Sources : DASS-NC, ROSA 2018, DRESS, STATISS 2017 | | Nouvelle-Calédonie | | | France métropolitaine | | |
|---|--------------------|--------------------|---------------|---------------|-----------------------|---------------|---------------|
| DRESS, STATISS 2017 | | Public | Privé | Total | Public | Privé | Total |
| Hospitalisation complète | Médecine | 82,25% | 67,34% | 80,45% | 70,09% | 39,92% | 59,59% |
| | Chirurgie | 72,49% | 43,50% | 58,21% | 61,62% | 40,51% | 48,37% |
| | Gynéco-obstétrique | 97,87% | 99,38% | 98,33% | 75,82% | 84,11% | 78,03% |
| | Total MCO | 81,29% | 55,29% | 73,77% | 68,81% | 42,02% | 57,24% |
| Hospitalisation de jour | Médecine | 17,75% | 32,66% | 19,55% | 29,91% | 60,08% | 40,41% |
| | Chirurgie | 27,51% | 56,50% | 41,79% | 38,38% | 59,49% | 51,63% |
| | Gynéco-obstétrique | 2,13% | 0,62% | 1,67% | 24,18% | 15,89% | 21,97% |
| | Total MCO | 18,71% | 44,71% | 26,23% | 31,19% | 57,98% | 42,76% |

Comparaison des taux bruts de recours (pour 1000 habitants) à l'hospitalisation MCO France (métropole et DROM, année 2017) et Nouvelle-Calédonie (année 2018), par modalité de prise en charge

■ Les indicateurs d'activité : DMS et TOM

En dehors du recours aux structures de soins, l'activité hospitalière s'analyse au travers de deux indicateurs classiques, s'attachant davantage à apprécier l'adéquation de l'offre et de l'organisation hospitalières aux pathologies prises en charge ; ce sont :

- la durée moyenne de séjour (DMS) ;
- le taux d'occupation (TO).

Compte tenu des insuffisances du recueil de données (inhomogénéité des données recueillies par les différents établissements, notamment non individualisation de l'activité de jour, et non identification des entrées directes), ces indicateurs seront présentés à partir des données suivantes :

- entrées totales, regroupant les entrées directes, les mutations inter-établissements et les patients présents au 1^{er} janvier de l'année considérée ;
- jours effectifs d'ouverture des lits de chaque discipline.

• DMS et TOM par secteur dans le court séjour (hospitalisation complète)

| Secteur | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | DMS | TO |
| Privé | 3,4 | 65,7 | 2,7 | 74,0 | 2,9 | 77,1 | 3,9 | 63,2 | 2,1 | 65,7 | 4,0 | 67,1 |
| Public | 4,7 | 82,8 | 4,7 | 86,4 | 4,4 | 77,6 | 4,6 | 79,5 | 4,3 | 81,4 | 4,3 | 79,9 |
| Total | 4,3 | 78,7 | 4,0 | 83,3 | 3,9 | 77,4 | 4,5 | 75,6 | 3,5 | 77,7 | 4,2 | 76,9 |

Évolution de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation dans le court séjour, selon le secteur

On constate une convergence entre secteurs public et privé de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète sur la période 2013-2018.

On assiste à une stabilisation du taux d'occupation après une période d'augmentation constante jusqu'en 2014, liée à l'augmentation des capacités ayant accompagné les projets de modernisation de l'offre hospitalière.

| Disciplines | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|--------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | DMS | TO |
| Médecine | 4,7 | 78,0 | 4,1 | 86,8 | 4,3 | 86,6 | 5,0 | 73,2 | 4,1 | 76,6 | 4,5 | 73,5 |
| Chirurgie | 4,6 | 81,4 | 4,3 | 82,8 | 3,6 | 69,3 | 4,2 | 85,0 | 3,2 | 81,0 | 4,1 | 84,7 |
| Gynéco-Obstétrique | 3,5 | 72,4 | 3,6 | 73,4 | 3,3 | 65,9 | 3,3 | 75,4 | 2,6 | 73,3 | 3,4 | 74,8 |
| Soins critiques | 3,4 | 81,1 | 3,6 | 84,1 | 3,5 | 79,6 | 5,1 | 71,0 | 4,0 | 79,5 | 4,6 | 75,1 |
| Total | 4,6 | 78,7 | 4,0 | 83,3 | 3,9 | 77,4 | 4,4 | 76,5 | 3,5 | 77,7 | 4,2 | 76,9 |

Évolution de la DMS et du TO pour les disciplines de court séjour (secteurs public et privé)

• DMS et TOM par discipline (hospitalisation complète)

On constate :

- une stabilisation du taux d'occupation global, les tendances au dépassement des indices considérés comme maximaux en métropole (80% dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique ; 75% dans les services de soins critiques) s'étant infléchies à partir de 2015, à l'exception des capacités en chirurgie, qui enregistrent toujours une occupation à 84,7% ;
- une stabilisation de la durée moyenne de séjour, intéressant toutes les disciplines.

Ces valeurs sont comparables à celles que l'on constate en métropole, où les DMS sont également différentes entre les établissements publics (5,9 jours en moyenne) et les établissements privés (4,8 jours au sein des établissements privés métropolitains hors dotation globale).

Les différences constatées dans les DMS des différentes unités fonctionnelles laissent présager le rôle déterminant du déficit de structures d'aval à l'hospitalisation complète ; à défaut de solution d'aval pour des malades hospitalisés (moyen séjour, soins à domicile), le séjour hospitalier est en effet prolongé.

Ces données plaident pour le développement de structures de moyen séjour, et pour la création de services de soins à domicile et d'hospitalisation à domicile.

Elles révèlent également les limites du système d'informations sanitaires, qui ne permet pas de disposer de données médicalisées relatifs aux séjours hospitaliers : pathologies présentées, origine géographique des malades, trajectoire de soins au sein du dispositif de soins.

Le CHT a mis en œuvre le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI) ; sans l'appliquer à la tarification des prestations hospitalières comme en métropole, la généralisation en cours de ce programme à l'ensemble des établissements sanitaires permettra une meilleure appréciation de l'activité hospitalière et une mesure des besoins plus proche de la réalité.

Capacité et activité hospitalière

• Etude détaillée et comparaison avec la métropole

Hospitalisation complète

Les taux d'occupation varient selon les établissements et les disciplines comme le montre le tableau ci-dessous, avec des taux en général plus élevés au CHT :

| Source : DASS-NC, enquête ROSA 2018 | Médecine | Chirurgie | Gynéco-Obst. | Soins critiques | Total |
|-------------------------------------|----------|-----------|--------------|-----------------|-------|
| Clinique Ile Nou-Magnin | 48,8 | 75,3 | 77,3 | 74,7 | 67,1 |
| CHT | 78,9 | 93,7 | 82,4 | 80,4 | 82,8 |
| CHN | 70,1 | 63,0 | 35,6 | 14,9 | 57,6 |
| TOTAL | 73,5 | 84,7 | 74,8 | 75,1 | 76,9 |

Taux d'occupation par établissement et par discipline MCO, année 2018

On constate :

- un taux d'occupation très élevé au CHT, dépassant les valeurs seuils reconnues au niveau national, dans toutes les disciplines ; cette situation de saturation, malgré l'implantation dans de nouveaux locaux, pose le problème du manque de lits d'aval, et devra faire réfléchir à une évolution du programme capacitaire de l'établissement ;

- des taux d'occupation plus faibles au sein des établissements privés, au niveau des indices cibles pour la plupart de disciplines, à l'exception des spécialités médicales, pour lesquelles le taux d'occupation reste faible (48,8%) ; à noter que les taux d'occupation faibles enregistrés par le secteur privé contrastent avec la situation de saturation des lits fréquemment rapportée par les cliniques ; cette situation semble s'expliquer par l'organisation du travail au sein des établissements privés, qui privilégient les activités programmées, sous forme de prises en charge ambulatoires et d'hospitalisations de semaine (très peu d'activité de week-end). Une régularisation de l'activité devrait intervenir en 2019, lors du fonctionnement en routine des activités sur le site de Nouville.

Une comparaison avec les taux d'occupation constatés en 2017 dans les établissements sanitaires de métropole est donnée dans le tableau suivant :

| Source ROSA 2018 | Taux d'occupation | | | | Durée moyenne de séjour | | | |
|----------------------------|-------------------|-------------|---------|-------------|-------------------------|-------------|---------|-------------|
| | Public | | Privé | | Public | | Privé | |
| Enquête DREES 2017 | NC 2018 | France 2017 | NC 2018 | France 2017 | NC 2018 | France 2017 | NC 2018 | France 2017 |
| Services | | | | | | | | |
| Médecine + soins critiques | 77,5 | 84,1 | 52,9 | 84,9 | 4,5 | 5,6 | 4,8 | 5,5 |
| Chirurgie | 90,2 | 68,1 | 75,3 | 52,1 | 4,4 | 6,3 | 3,7 | 3,5 |
| Gynéco-obstétrique | 73,5 | 74,4 | 59,1 | 66,1 | 3,2 | 4,3 | 3,8 | 4 |
| Court séjour | 79,9 | 79,4 | 64,3 | 64,5 | 4,3 | 6,0 | 4,0 | 4,7 |

Hospitalisation complète : Comparaison France (métropole et DROM, 2017) / Nouvelle-Calédonie (2018)

Taux d'occupation et durée moyenne de séjour par secteur et discipline MCO

On constate :

- des taux d'occupation dépassant les valeurs métropolitaines pour ce qui concerne la chirurgie dans les deux secteurs (public et privé), mais inférieurs à la métropole pour les disciplines de médecine et de gynéco-obstétrique, surtout en secteur privé ;

- des durées de séjour plus basses qu'en métropole dans toutes les disciplines, avec, comme en métropole des séjours globalement plus courts en secteur privé.

Hospitalisation de jour

Sur la base d'une activité maximale de 365 entrées par place d'hospitalisation de jour, il est de même possible de comparer les taux d'occupation des places d'hospitalisation de jour installées en Nouvelle-Calédonie avec ceux constatés en métropole ; le tableau suivant en résume les données :

| Sources: ROSA 2018, Enquête DREES 2017 | Nouvelle-Calédonie 2018 | | | | | | France 2017 | |
|--|-------------------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|
| | Public | | Privé | | Total | | Total | |
| Services | Places instal. | TOM | Places instal. | TOM | Places instal. | TOM | Places Instal. | TOM |
| Médecine* | 27 | 77,0% | 17 | 71,6% | 44 | 74,9% | 13 099 | 93,3% |
| Chirurgie | 13 | 73,2% | 33 | 57,5% | 46 | 61,9% | 18 353 | 44,3% |
| Gynéco-obstétrique | 4 | 8,4% | 1 | 3,8% | 5 | 7,5% | 1 282 | 56,6% |
| Total MCO | 44 | 69,7% | 51 | 61,1% | 95 | 65,1% | 32 021 | 64,4% |

(*) : Les données métropolitaines de l'hospitalisation de jour de médecine excluent les séances de chimiothérapie, dorénavant comptabilisées à part : 2 704 706 séances de chimiothérapie ont ainsi été réalisées en 2017 en France métropolitaine.

Hospitalisation de jour : Comparaison France métro. / Nouvelle-Calédonie
Taux d'occupation par secteur et discipline MCO

On constate une que l'activité d'hospitalisation de jour enregistrée au sein des établissements de santé de la Nouvelle-Calédonie engendre des taux d'occupation plus importants qu'en métropole pour les disciplines de chirurgie, mais inférieurs pour les disciplines médicales et en gynéco-obstétrique.

II.1.1.3. Activités particulières

Certaines activités hospitalières revêtent un caractère particulier, de sorte qu'elles sont mal représentées par les indicateurs traditionnels d'activité.

■ Soins critiques

Les lits de « soins critiques » regroupent l'unité fonctionnelle de réanimation polyvalente adulte du CHT, l'unité de réanimation néonatale du CHT Magenta, les unités de soins intensifs de cardiologie et de neurologie (ouverte à Koutio) du CHT et les lits de surveillance continue, polyvalente au CHT, et post-opératoire installés au sein des établissements privés et sur les sites du CHN : des modifications capacitaires sont intervenues au cours des dernières années, notamment par une révision à la baisse des capacités de surveillance continue installées au CHN et de la clinique, et par une augmentation capacitaire intervenue au CHT lors du transfert de ses activités sur le site du Médipôle ; 67 lits rentrent au total dans cette catégorie au 31 décembre 2018.

Le tableau A (page 12) rend compte de l'évolution de l'activité liée à ces lits au cours des 6 dernières années.

On constate :

- une forte activité des unités de soins intensifs (cardiologique, néonatale, post-opératoire) du CHT, dépassant les indices cibles de taux d'occupation fixés comme maximaux en métropole (75%) ;
- des indicateurs 2018 plus conformes aux standards pour ce qui concerne les unités de réanimation polyvalente et l'unité de soins intensifs neurovasculaire, qui ont bénéficié de leur réorganisation sur le site du Médipôle ;
- une diminution de la pression constatée jusqu'en 2017 sur les lits de surveillance post-opératoire installés sur le site de la Baie des Citrons de la clinique Ile Nou-Magnin, en lien avec le développement de la chirurgie viscérale lourde ; il conviendra d'analyser le fonctionnement de routine de l'unité de 12 lits implantée sur le site de Nouville.
- une activité modeste enregistrée au sein des lits de surveillance continue du CHN, justifiant la diminution capacitaire opérée en 2015 : il conviendra également d'analyser en 2019 l'activité de la nouvelle unité de surveillance continue implantée sur le site de Koné.

■ Activités d'accueil et de traitement des urgences

L'activité d'accueil et du traitement des urgences est très particulière, parce qu'elle nécessite plus que toute autre une collaboration de différents acteurs, hospitaliers et extrahospitaliers. La multiplicité des situations médicales ou sociales urgentes nécessite en effet une organisation spécifique qui prenne en compte la complémentarité entre les structures et les acteurs afin d'atteindre la sécurité maximale pour les patients.

Les structures hospitalières interviennent à différents niveaux dans la filière de prise en charge des urgences :

- le CHT est le siège du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), doté de l'unique centre de réception et de régulation des appels (centre 15) ;
- le CHT dispose également d'un Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR), permettant le transport médicalisé des malades souffrant de pathologies mettant en jeu leur pronostic vital ; un deuxième SMUR est autorisé sur le site de Koné du CHN, mais ne sera mis en service qu'en 2019
- le CHT, mais également les deux sites du CHN et la clinique (site Magnin jusqu'au 24 septembre, site de Nouville depuis cette date), participent en outre à l'accueil des urgences.

A défaut d'un recueil d'informations sanitaires, harmonisé entre les différents partenaires, l'évaluation de l'efficacité du dispositif actuel est difficile, et repose sur le croisement des quelques données disponibles.

■ Recours aux structures hospitalières d'urgence

Le tableau B page suivante résume l'évolution des recours aux services d'urgences des établissements sanitaires sur la période 2011-2018.

On constate :

- une augmentation régulière du recours aux structures hospitalières d'urgence (+27,3% entre 2011 et 2018), intéressant davantage les consultations (+32,0%) que les hospitalisations (+14,3%) ;
- une activité enregistrée par l'unité d'urgence de la clinique

Ile Nou-Magnin en croissance régulière, intéressant surtout l'activité de consultations ;

- une reprise à la hausse de l'activité globale d'accueil des urgences enregistrée en 2018 au CHT après une année 2017 en légère baisse (année de transition après son déménagement sur le Médipôle), avec la persistance d'une croissance des hospitalisations ; le positionnement du Médipôle a sans doute modifié les habitudes de recours de la population, les consultations non programmées simples d'étant davantage orientées vers la clinique, les urgences lourdes, en nombre croissant, continuant d'être accueillies au CHT ; cette tendance mérite d'être confirmée à l'horizon 2019, année de fonctionnement de routine de l'unité d'accueil et de traitement des urgences sur le nouveau site de Nouville de la clinique ;

- une augmentation croissante de l'activité d'accueil et de traitement des urgences réalisée par le CHN (+16,2% de croissance sur la période 2011-2018), avec une diminution en 2018 de l'activité enregistrée sur Koumac, au profit du site de Koné, mis en service en novembre 2008 : il sera intéressant d'analyser la répartition de l'activité d'accueil des urgences réalisée par le CHN en 2019, afin de comprendre l'impact de l'ouverture de Koné sur les habitudes de soins de la population de la province Nord ;

- un taux d'hospitalisation après passage aux urgences de 24,0% en moyenne, taux quasiment identique sur toutes les structures d'accueil et de traitement des urgences.

■ Activité de régulation du SAMU centre 15

A noter qu'en raison d'un changement intervenu en 2015 dans l'organisation du service d'accueil et de traitement des urgences du CHT, sous la responsabilité duquel sont développées les activités de SAMU et de SMUR, les données d'activité disponibles sont limitées au nombre d'appels reçus au centre 15 et ayant donné lieu à une réponse, et aux déclenchements de SMUR (tableau C page 12).

On constate :

- une augmentation importante du nombre d'appels régulés par le centre 15, après une baisse constatée en 2014 ; à noter toutefois que ce chiffre ne rend compte qu'imparfaitement du recours au centre 15, le nombre d'affaires traitées étant plus important, certaines d'entre elles débouchant sur un simple conseil, sans régulation ;

- une augmentation importante du nombre de déclenchements de SMUR (+41,8% entre 2010 et 2017), intéressant équivalente les SMUR primaires (+41,6%), et les SMUR secondaires (+42,2%) ; à noter que le regroupement sur le Médipôle de toutes les activités du CHT a réduit en 2017 le recours aux SMUR secondaires, en partie liés auparavant aux transports entre les sites de Magenta et de Gaston Bourret.

Il conviendra de porter une attention particulière à ces données en 2019, année de mise en service d'un autre SMUR implanté au CHN de Koné.

Ces données hospitalières devront être confrontées à celles des autres partenaires de l'urgence (sapeurs-pompiers, transporteurs ambulanciers, médecins généralistes et centres médico-sociaux) afin d'élaborer conjointement un dispositif conciliant les impératifs de sécurité et de rapidité de la réponse.

Capacité et activité hospitalière

| Année | Définition | Clinique | C.H.T. | | | | | Total C.H.T. | C.H.N. | TOTAL |
|-------|-----------------|----------|-----------|------------|--------|-------|---------|--------------|--------|--------|
| | | | S.I.-P.O. | Réa. Poly. | USIC | UNV | Néonate | | | |
| 2013 | lits | 9 | 12 | 11 | 8 | | 8 | 39 | 5 | 53 |
| | entrées totales | 1 755 | 900 | 669 | 731 | | 281 | 2 581 | 231 | 4 567 |
| | jours | 2 611 | 3 984 | 3 560 | 2 949 | | 2 231 | 12 724 | 351 | 15 686 |
| | D.M.S. | 1,5 | 4,4 | 5,3 | 4,0 | | 7,9 | 4,9 | 1,2 | 3,4 |
| | T.O. | 79,48% | 91,00% | 88,70% | 76,40% | | 101,00% | 89,40% | 68,90% | 81,10% |
| 2014 | lits | 9 | 12 | 11 | 8 | | 8 | 39 | 5 | 65 |
| | entrées totales | 1 502 | 1014 | 723 | 718 | | 262 | 2 717 | 249 | 5 482 |
| | jours | 2 560 | 4 166 | 3 650 | 2 844 | | 2 533 | 13 193 | 363 | 20 282 |
| | D.M.S. | 1,7 | 4,1 | 5 | 4 | | 9,7 | 4,9 | 1,5 | 3,7 |
| | T.O. | 77,93% | 95,10% | 90,90% | 97,40% | | 86,70% | 92,70% | 19,90% | 85,50% |
| 2015 | lits | 9 | 12 | 23 | 8 | | 8 | 39 | 3 | 51 |
| | entrées totales | 1 571 | 674 | 1 097 | 788 | 296 | 182 | 2 517 | 188 | 4 276 |
| | jours | 2 826 | 3 190 | 6 029 | 3 210 | 1 326 | 2 566 | 11 668 | 324 | 14 818 |
| | D.M.S. | 1,8 | 4,7 | 4,0 | 4,1 | 4,5 | 14,1 | 4,6 | 1,7 | 3,5 |
| | T.O. | 86,03% | 72,8% | 82,6% | 87,9% | 90,8% | 78,1% | 82,00% | 29,60% | 79,60% |
| 2016 | lits | 9 | 12 | 24 | 8 | | 8 | 40 | 3 | 52 |
| | entrées totales | 366 | 674 | 1 673 | 747 | | 265 | 2 685 | 171 | 3 222 |
| | jours | 2 961 | 3 190 | 7 656 | 2 714 | | 2 695 | 13 065 | 295 | 16 321 |
| | D.M.S. | 8,1 | 4,7 | 4,6 | 3,6 | | 10,2 | 4,9 | 1,7 | 5,1 |
| | T.O. | 90,1% | 72,8% | 87,40% | 92,90% | | 92,30% | 89,50% | 26,90% | 86,00% |
| 2017 | lits | 9 | 12 | 20 | 8 | 4 | 9 | 55 | 5 | 69 |
| | entrées totales | 1 626 | 674 | 1 097 | 788 | 296 | 182 | 3 037 | 184 | 4 847 |
| | jours | 2 844 | 3 190 | 6 029 | 3 210 | 1 326 | 2 566 | 16 321 | 286 | 19 451 |
| | D.M.S. | 1,7 | 4,7 | 4,0 | 4,1 | 4,5 | 14,1 | 5,4 | 1,6 | 4,0 |
| | T.O. | 86,6% | 72,8% | 82,6% | 87,9% | 90,8% | 78,1% | 81,3% | 15,7% | 77,2% |
| 2018 | lits | 9,81 | 12 | 20,85 | 10 | 4 | 9 | 55,85 | 4,9 | 70,56 |
| | entrées totales | 729 | 793 | 1 201 | 770 | 346 | 230 | 3 340 | 182,0 | 4 251 |
| | jours | 2 675 | 3 512 | 5 728 | 2 900 | 1 010 | 3 250 | 16 400 | 266,0 | 19 341 |
| | D.M.S. | 3,7 | 4,4 | 4,8 | 3,8 | 2,9 | 14,1 | 4,9 | 1,5 | 4,5 |
| | T.O. | 74,7% | 80,2% | 75,3% | 79,5% | 69,2% | 98,9% | 80,5% | 14,9% | 75,1% |

Tableau A : Soins critiques : évolution par établissement et par service de 2013 à 2018

| Année | Service | CHT | CHN Koumac | CHN Poindimié | CHN Koné | Clinique Magnin | Total NC |
|------------------------------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | 2011 | Consultations | 33 317 | 4 094 | 3 796 | |
| | Hospitalisations | 10 231 | 2 180 | 1 341 | | 1 484 | 15 236 |
| | Total | 43 548 | 6 274 | 5 137 | | 1 967 | 56 926 |
| 2012 | Consultations | 32 690 | 5 252 | 2 878 | | 562 | 41 382 |
| | Hospitalisations | 10 100 | 2 825 | 832 | | 1 545 | 15 302 |
| | Total | 42 790 | 8 077 | 3 710 | | 2 107 | 56 684 |
| 2013 | Consultations | 33 200 | 5 561 | 2 896 | | 2 025 | 43 682 |
| | Hospitalisations | 10 450 | 3 003 | 846 | | 487 | 14 786 |
| | Total | 43 650 | 8 564 | 3 742 | | 2 512 | 58 468 |
| 2014 | Consultations | 35 572 | 5 621 | 2 567 | | 7 525 | 51 285 |
| | Hospitalisations | 10 750 | 2 658 | 609 | | 1 275 | 15 292 |
| | Total | 46 322 | 8 279 | 3 176 | | 8 800 | 66 577 |
| 2015 | Consultations | 36 332 | 5 595 | 3 082 | | 7 599 | 52 608 |
| | Hospitalisations | 10 525 | 2 282 | 841 | | 1 274 | 14 922 |
| | Total | 46 857 | 7 877 | 3 923 | | 8 873 | 67 530 |
| 2016 | Consultations | 37 983 | 6 027 | 3 039 | | 7 113 | 54 162 |
| | Hospitalisations | 11 195 | 2 378 | 1 012 | | 1 861 | 16 446 |
| | Total | 49 178 | 8 405 | 4 051 | | 8 974 | 70 608 |
| 2017 | Consultations | 34 414 | 6 747 | 3 248 | | 8 483 | 52 892 |
| | Hospitalisations | 11 635 | 2 315 | 905 | | 1 464 | 16 319 |
| | Total | 46 049 | 9 062 | 4 153 | | 9 947 | 69 211 |
| 2018 | Consultations | 35 198 | 5 881 | 4 328 | 869 | 8 770 | 55 046 |
| | Hospitalisations | 11 831 | 2 027 | 1 021 | 247 | 2 288 | 17 414 |
| | Total | 47 029 | 7 908 | 5 349 | 1 116 | 11 058 | 72 460 |
| Taux d'hospitalisation 2018 | | 25,16% | 25,63% | 19,09% | 22,13% | 20,69% | 24,03% |

Tableau B : Evolution du recours aux structures hospitalières d'urgence de 2011 à 2018

| Tableau C : Evolution de l'activité du SAMU et du SMUR | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution 2011-2018 |
|--|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| SAMU | Nombre d'appels régulés | 40 451 | 41 448 | 39 799 | 32 739 | 34 637 | 38 740 | 44 153 | 45 764 | 13,1% |
| SMUR | Primaire | 1 024 | 1 043 | 1 060 | 1 054 | 1 136 | 1 454 | 1 570 | 2 249 | 119,6% |
| | Secondaire | 965 | 909 | 896 | 833 | 890 | 1 298 | 1 129 | 397 | -58,9% |
| | Total SMUR | 1 989 | 1 952 | 1 956 | 1 887 | 2 026 | 2 752 | 2 699 | 2 646 | 33,0% |
| | dont SMUR aérien | 670 | 705 | 705 | 596 | 515 | 711 | 719 | 716 | 6,9% |

II.1.1.4. Évolutions futures du dispositif hospitalier

Le dispositif hospitalier va connaître au cours des prochaines années des évolutions considérables, notamment :

■ Des évolutions réglementaires

Des évolutions d'ordre réglementaire ont modifié l'organisation de certaines activités hospitalières, par l'intermédiaire de schémas d'organisation sanitaire, dont l'objectif est de déterminer le rôle de chacun des acteurs au sein d'une filière de soins gradués, et de formaliser les relations de collaboration entre les différents niveaux de soins ainsi définis.

■ **Le schéma d'organisation des soins en périnatalité** a fait l'objet de la publication de deux textes :

- la délibération n° 71/CP du 12 février 2009 portant modification de la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 *relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* ; la nouvelle délibération intègre une annexe fixant le nouveau schéma d'organisation des soins en périnatalité : elle traite de l'organisation de la filière en 4 niveaux de soins gradués des plus simples aux plus spécialisés, et propose une coordination de cette filière par l'intermédiaire du réseau; elle recommande en outre des mesures d'accompagnement de la mise en œuvre du schéma (meilleure prise en charge financière des prestations de soins entourant la grossesse, élaboration d'un carnet de maternité, offre d'hébergement à proximité des maternités) ;
- l'arrêté n° 2009-2321/GNC du 5 mai 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures sanitaires pour être autorisées à pratiquer les activités de centre périnatal de proximité, d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation médicale (les 4 niveaux de la filière).

Les établissements souhaitant exercer une activité entrant dans le champ de la périnatalité ont été soumis en 2010 à une procédure de demande d'autorisation ; ils ont été autorisés à développer les missions d'un ou de plusieurs niveaux de la filière, sous réserve qu'ils en respectant les conditions de fonctionnement.

■ **Le schéma d'organisation de l'accueil et du traitement des urgences** est en cours d'actualisation ; les travaux devraient déboucher sur une redéfinition des niveaux de réponse à l'urgence, depuis le médecin généraliste jusqu'aux services spécialisés dans la prise en charge de l'urgence vitale, et sur organisation des transports sanitaires adaptée à cette nouvelle graduation.

■ **Un schéma d'organisation du traitement de l'insuffisance rénale chronique** a été élaboré en 2010, et a fait l'objet en 2011 d'une annexe spécifique de la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 *relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* : le schéma vise à formaliser une organisation des soins des malades souffrant de cette pathologie, particulièrement nombreux en Nouvelle-Calédonie, qui concile

les impératifs de sécurité et de proximité. Des arrêtés adoptés en 2013 ont fixé d'une part les conditions de fonctionnement imposées à chacun des 4 niveaux gradués de soins de la filière, d'autre part la part respective de chaque modalité de traitement, afin de garantir aux patients souffrant d'insuffisance rénale chronique une prise en charge adaptée à leurs besoins.

■ Parallèlement au schéma d'organisation du traitement de l'insuffisance rénale chronique, **l'extension à la Nouvelle-Calédonie de certaines dispositions des lois de bioéthique métropolitaines** a permis d'actualiser la délibération relative au prélèvement et à la greffe d'organes en Nouvelle-Calédonie, et de développer une activité, placée sous la responsabilité du Centre hospitalier territorial, de prélèvement de rein sur personne décédée.

Ce projet, qui s'ajoute au recours aux greffes en métropole sans s'y substituer, a déjà permis l'accès à la greffe rénale de 42 personnes en attente de greffe à partir de donneurs calédoniens décédés entre 2013 et 2018, auxquels s'ajoutent au cours de la même période, 36 greffes réalisés en métropole (30 à partir de donneurs décédés, 6 à partir de donneurs vivants) et 27 greffes effectuées en Australie à partir de donneurs vivants.

■ Un **schéma d'organisation de la santé mentale** a été adopté en 2013 ; il fixe une programmation des actions qui seront menées au cours des prochaines années, afin d'intégrer toutes les dimensions, sanitaire mais également sociale, éducative, culturelle, de la santé mentale.

■ Parallèlement à l'élaboration de ces schémas, un **encadrement des activités de Soins de Suite et de Réadaptation** a permis le renforcement de l'offre hospitalière dans ces disciplines, afin de répondre aux besoins qui sont régulièrement exprimés ; les indices de besoins ont été élargis, et des conditions de fonctionnement propres à chaque type de prises en charge en relevant ont été fixées par voie d'arrêté. Une programmation de ce renforcement a fait l'objet d'une planification, qui d'échelonna sur les 5 prochaines années ; sur la base de cette programmation, l'offre hospitalière a été renforcée en 2015, par l'ouverture en mai 2015 du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation de Koutio (85 lits et 15 places) ; le dispositif sera complété par la mise en service en 2019 des lits et places autorisés au sein de la clinique Ile Nou-Magnin.

■ Un travail est en cours de finalisation dans l'objectif d'encadrer les activités des **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** d'une part, **d'hospitalisation à domicile (HAD)** d'autre part ; il débouchera sur un arrêté fixant les conditions de fonctionnement de chacune de ces activités, et sur la publication d'un appel à projets sollicitant la création de structures respectant cet encadrement. L'objectif est de promouvoir les prises en charge à domicile, et de limiter le recours à l'hospitalisation aux patients nécessitant un plateau technique.

■ Une modernisation de l'outil hospitalier

Les dernières années ont connu un bouleversement du paysage hospitalier de la Nouvelle-Calédonie, par la mise en œuvre de plusieurs projets structurants :

- le projet de regroupement sur un Médipôle, dans le quartier de Koutio (Dumbéa), de l'ensemble des activités du centre hospitalier territorial jusqu'ici éclatées sur 4 sites, de l'Institut Pasteur, d'un centre de radiothérapie et d'un établissement de soins de suite et de réadaptation s'est concrétisé au cours de l'année 2016 par l'ouverture du centre de radiothérapie (octobre 2016) et par le transfert des activités du CHT (décembre 2016) ;

- le projet de réorganisation de l'offre hospitalière de la province Nord, qui repose sur la création d'un nouvel hôpital MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) dans la région de Koné, doté d'un SMUR et d'un scanner, et du redéploiement des sites hospitaliers existants de Koumac et Poindimié vers des activités de soins de suite et de réadaptation ; les nouveaux locaux de Koné mis en service le 21 novembre 2018 ;

- le regroupement sur un site unique localisé au centre de Nouméa (presqu'île de Nouville), des établissements hospitaliers privés, et le développement en son sein d'une activité de prise en charge des urgences ; l'ouverture au public des nouveaux locaux situés à Nouville a été effectué le 24 septembre 2018.

La situation antérieure de vétusté et de saturation des locaux d'hospitalisation des établissements hospitaliers devrait être considérablement améliorée par ces différentes réalisations, qui modifieront également l'organisation des soins (parcours de soins, prise en charge des urgences notamment). Les structures hospitalières rénovées peuvent s'engager dans le développement de projets afin de mieux répondre aux besoins de la population. Compte tenu des contraintes économiques, ces nouveaux projets devront rechercher l'efficacité des prises en charge : citons notamment le développement de missions de chirurgie spécialisée, initié en 2018 par l'organisation de missions de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle structurée effectuées au CHT par les équipes de l'Institut Mutualiste Montsouris, permettant à qualité de soins équivalente, de réduire le recours aux évacuation sanitaires, dans l'intérêt des patients comme de la collectivité. D'autres projets de missions sont à l'étude (chirurgie plastique et reconstructrice, greffe rénale).

Par ailleurs, l'évolution du dispositif médico-social issue notamment d'une réglementation parue en 2010 devrait faciliter la gestion des « urgences sociales » et permettre aux structures hospitalières de mieux assumer leur vocation sanitaire.

Parallèlement à ces évolutions, il conviendra d'harmoniser le recueil des données entre les différents prestataires de soins, notamment entre les établissements hospitaliers, afin de suivre la mise en œuvre de ces projets et d'apprécier si leur impact sur la réponse aux besoins de la population. Le projet porté par le gouvernement, de création d'un GIP e-santé chargé d'harmoniser le recueil et la transmission des

données de santé de l'ensemble des acteurs, devrait permettre à moyen terme de mieux observer le système de santé, tant sur les aspects médicaux qu'économiques.