Mémento 2012

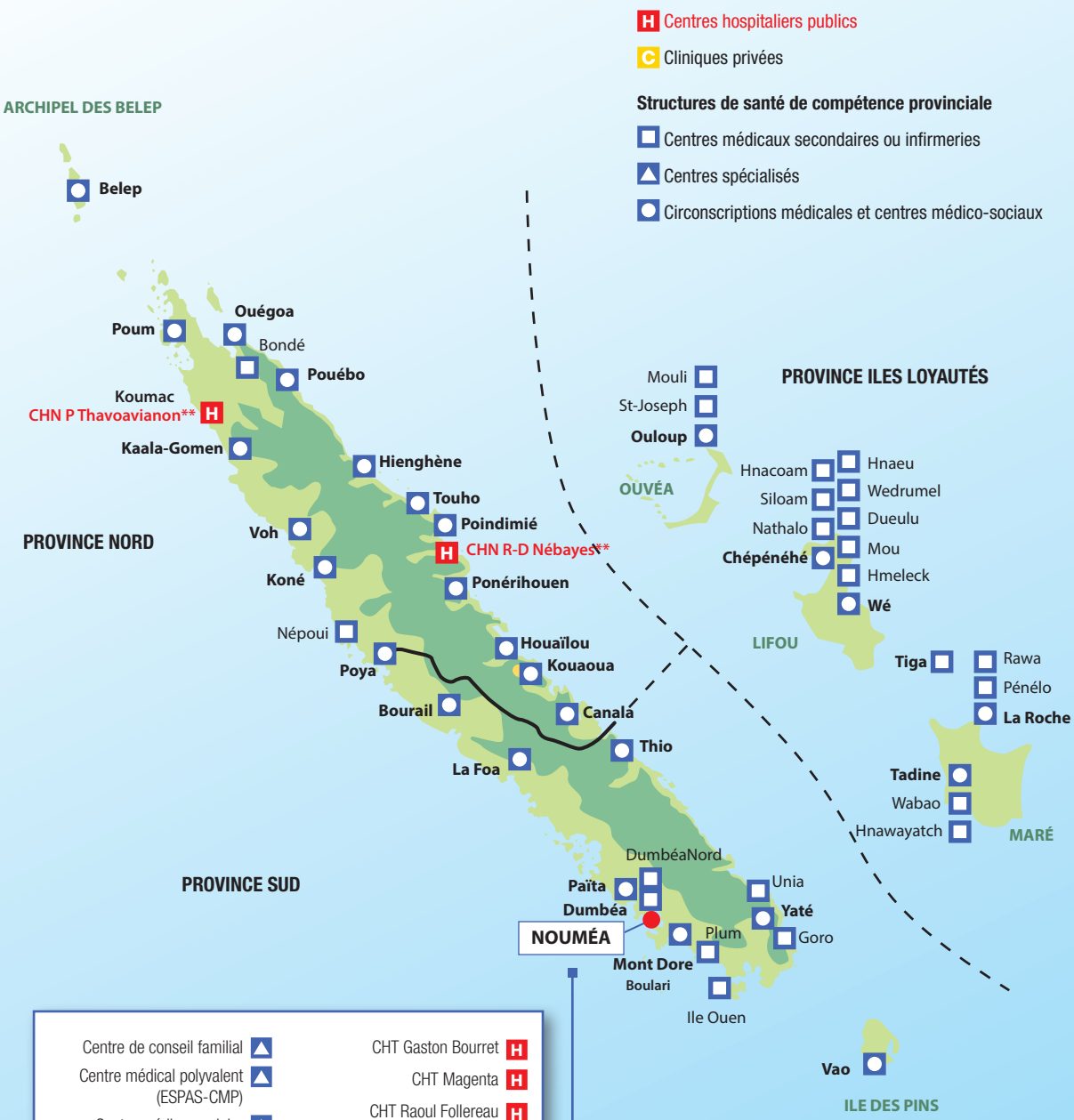
Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie

2012

www.dass.gouv.nc

DASS
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

Principales structures de santé de la Nouvelle-Calédonie*



* *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.*

- Centre mère et enfant à Poindimié et à Koumac

2012

sommaire

Description de la population 04

Caractéristiques démographiques ..... P. 04
Causes médicales de décès ..... P. 05
Causes médicales de décès périnataux .. P. 06

État de santé 07

Maladies infectieuses ..... P. 07
Maladies chroniques ..... P. 16
Pathologies mentales ..... P. 21
Questions de société ..... P. 24
Approche par population ..... P. 29
Organisation des soins ..... P. 32

Comptes de la santé 38

Présentation ..... P. 38
Coûts de la santé ..... P. 39

Facteurs non-médicaux en relation avec la santé 41

Environnement ..... P. 40
Données économiques et sociales ..... P. 42

Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie

Service des actions sanitaires
Tél : 24 37 00 / Fax : 24 37 14
Email : dass@gouv.nc
Site web : www.dass.gouv.nc

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

On observe une croissance de la population calédonienne de 5,9% entre le recensement de l'année 2009 et l'estimation de la population au 31 décembre 2012.

	Population au 31/12/2012	Taux d'accroissement[1]	Naissances vivantes	Taux de natalité[2]	Indice de fécondité[3]	Mortalité infantile[6]	Nombre de décès	Taux brut de mortalité[4]	Taux brut de mortalité périnatale[7]	Espérance de vie à la naissance[5]
Nlle-Calédonie	260 000	11,9	4 389	17	2,17 (2010)	4,6 (2010)	1 322	5,1	13,5 (2010)	74,4/80,7 (2010)
prov. Iles* (2011)	17 500	10,6	314	18	2,8	19,1	129	7,4		74,2
prov. Nord* (2011)	46 000	12,8	820	18	2,3	4,9	238	5,2		75,9
prov. Sud* (2011)	188 500	11,9	3 028	16,2	2,2	3	803	4,3		78,2
France métropolitaine en millier INSEE	65,585 857		792 000	12,5	2,01	3,3	560 000	8,8		81
Polyn.-Française (2012) ISPF	268 270	12,3 (2010)		16,6	2,01 (2012)	5,5 (2010)		4,6		76,2
Australie (mi 2011)	22,7 million	1,2		14	1,9	4		6		79/84
Nouvelle Zélande	4,400 000		62 543	15	2,2	5	28 964	7		79/83

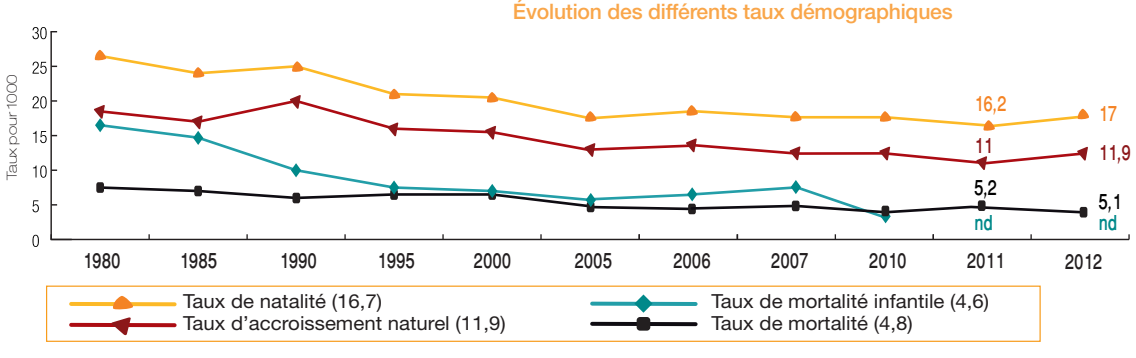
INSEE - ISEE - INED

Les données 2012 concernant les personnes domiciliées dans les provinces ne sont pas disponibles.

Le taux d'accroissement naturel[1] Représentant la différence entre les taux bruts de natalité et de mortalité pour l'année étudiée, il est actuellement de 11,9‰ en 2012.

Le taux de natalité[2] : Il ne cesse de chuter depuis les années 60, passant ainsi de 34,5 en 1965, à 23,4 en 1985, pour atteindre 17‰ en 2012. .En 2012, on observe une nette reprise de natalité suite à une augmentation de 6,5% des naissances.

Évolution des différents taux démographiques



Indice de fécondité[3] : 2,17 pour 1 000 femmes en âge de procréer.
On observe une réduction de l'amplitude du taux de fécondité selon l'âge entre 1981 et 2005 avec un âge moyen des mères à la naissance en augmentation (de 26,4 en 1980 à 28,7 en 2010).

Taux brut de mortalité[4] : 4,8 pour 1 000. Après une nette diminution dans les années 70 et 80, le taux brut de mortalité décroît plus lentement jusqu'en 1998.
Depuis, il varie peu et reste légèrement en-dessous de 5 décès pour 1 000 habitants depuis 2005.
On observe une surmortalité masculine avec un pic entre 20 et 25 ans.

En 2010, le taux brut de mortalité est remonté progressivement dans la province des Iles (7,4) et la province Nord (6,1). En province Sud, ce taux est resté relativement stable (4,3).

Espérance de vie à la naissance[5] : 77,4 ans en 2010 (hommes : 74,4 ; femmes : 80,7).
Elle est caractérisée par une augmentation régulière, avec un gain plus élevé chez les hommes que chez les femmes au cours des 20 dernières années et le maintien d'un écart entre hommes et femmes.

Mortalité infantile[6] : 4,6‰. Ce taux, indicateur du développement socio-économique et sanitaire d'un pays, après une forte décroissance des années 70, a baissé de manière moins importante jusqu'au début des années 90, où il est passé sous la barre des 10‰. Depuis 2001, on observe une poursuite de cette baisse avec une pente de plus en plus faible, ce taux se rapprochant de plus en plus de celui de la France métropolitaine et des pays européens.

La Nouvelle-Calédonie a une population encore jeune (41,2% de moins de 25 ans).
L'amélioration des conditions socio-économiques et sanitaires a permis une augmentation de l'espérance de vie, une baisse de la mortalité, en particulier de la mortalité infantile qui se rapproche de celle des pays développés. Toutefois, la baisse du taux de fécondité, encore supérieur à celui nécessaire au remplacement des générations, laisse présager les difficultés futures induites par les populations vieillissantes.

CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

1 322 certificats médicaux de décès ont été enregistrés en 2012 (hommes : 774 ; femmes : 548).
Le classement suivant, par groupe de pathologies, varie peu d'une année à l'autre.

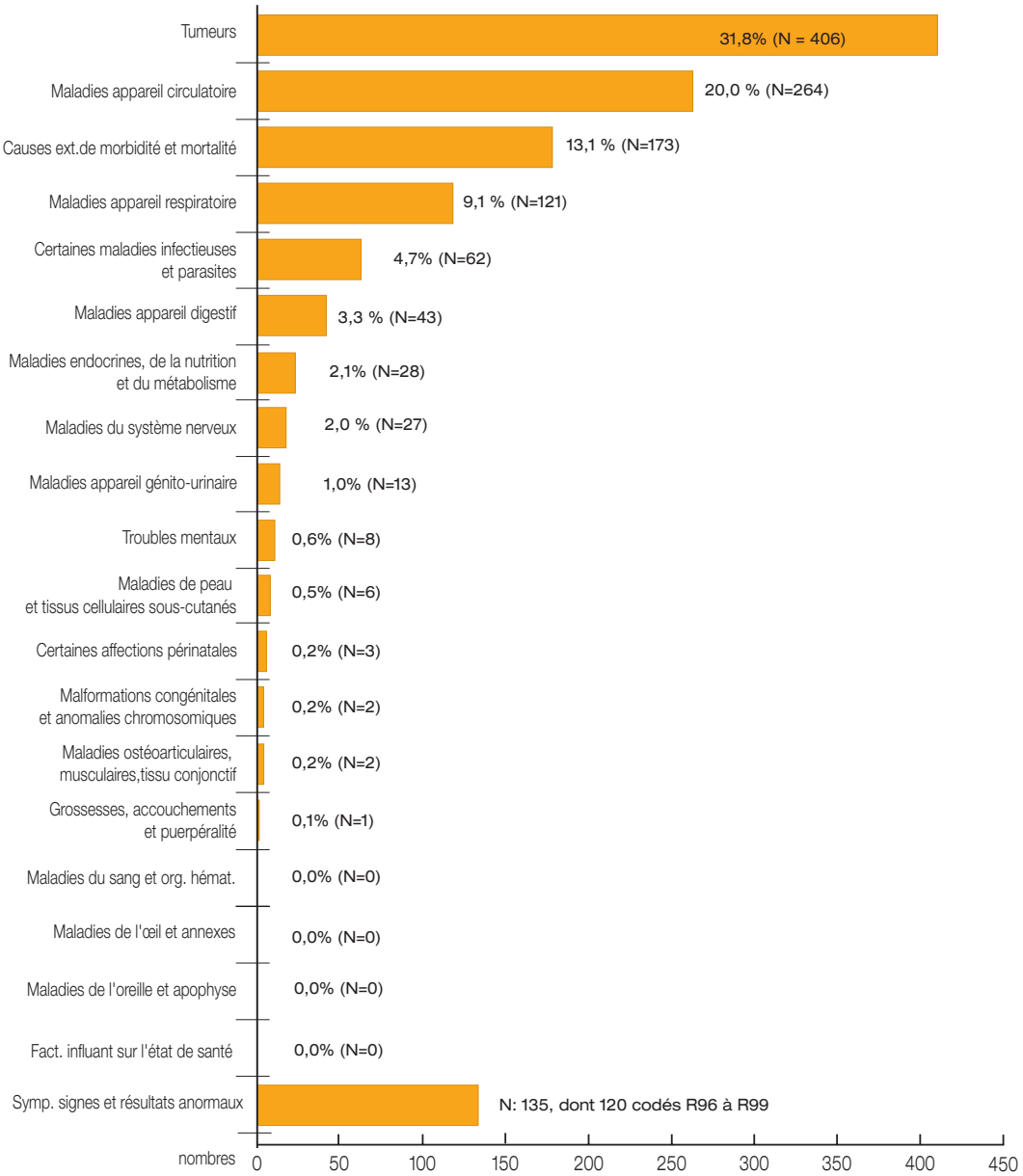
En 2012, les 5 principales causes de décès selon le sexe sont les suivantes :

	Hommes	Femmes
Tumeurs	**31,5%**	**32,4%**
Appareil circulatoire	**21,9%**	**23,6%**
Causes externes de morbidité	**15,4%**	**7,7%**
Appareil respiratoire	**8,9%**	**7,7%**
Symp. signes et résultats anormaux	**9,6%**	**10%**

À noter que le groupe des **causes externes de morbidité** reste la principale cause de décès chez les jeunes avec, en 2012, 75,5% des décès des 1-24 ans et 8,2% des décès des 25-44 ans. Ce groupe représente la première cause de mortalité prématurée, dans les deux sexes en Nouvelle-Calédonie, avec 4 090 années potentielles de vie perdues (APVP) en 2012 (APVP 5,8 fois plus élevée chez les hommes).

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 ou indicateur conjoncturel de fécondité : somme de l'ensemble des taux de fécondité par âge pour l'année considérée.
4 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.
5 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.
6 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.
7 Taux brut de mortalité périnatale : nombre de mort-nés et décés entre 0 et 6 jours inclus pour 1 000 naissances totales.

Répartition des décès en 2011



CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS PÉRINATAUX

En 2012, 6,4 décès d'enfants ont fait l'objet d'une déclaration au travers du certificat spécifique de décès périnatal, ce qui porte à 1 346 le nombre de décès pour la période 1993-2012.
73,1% des enfants décédés étaient des grands prématurés (< 32 semaines).

Pour la période 1993-2012, 210 certificats concernent des **interruptions médicales de grossesse (IMG)**, dont les motifs les plus fréquents sont les anomalies congénitales (système nerveux : 26,6%, aberrations chromosomiques : 18,1%, autres anomalies congénitales : 26,6%).

Parmi les 1 136 décès néonatals hors IMG, 31,1% d'entre eux n'ont aucune **cause fœtale ou néonatale** déterminante de la mort. Sur les 783 certificats restants : la cause est liée à l'enfant pour 90,5% et la cause est liée à la mère (pathologie maternelle ou complication de la grossesse) pour 9,5%. Parmi les causes liées à l'enfant, 34% concernent une **hypoxie intra-utérine** et/ou une asphyxie à la naissance, 15,6% une **anomalie congénitale**.

MALADIES INFECTIEUSES :

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

En 2012, 1 644 cas ont été recensés hors cancers.
Suite à la mise en place du registre de suivi des patients porteurs de RAA, l'agence sanitaire n'a pu fournir les chiffres 2012 pour cette édition.

Deux modalités de déclaration existent :

Le signalement : procédure d'urgence, d'alerte et de transmission de données individuelles qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié sans support dédié.

La notification : procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou biologiste déclarant sur une fiche spécifique à chaque maladie.

Maladies à déclaration obligatoire du groupe B	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amibiase	13	20	11	6	0	1	1	1	0	0	1	0	0
Coqueluche	3	0	1	0	1	72	4	1	0	1	3	2	6
Dengue	12	34	105	5 673	792	46	48	47	1 179	8 410	122	15	718
Diphtérie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	6
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1
Hépathite virale B	40	49	31	39	29	11	9	31	102	33	5	6	5
Hépathite virale C	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0
Lèpre	7	7	2	4	8	4	7	2	6	7	8	10	5
Leptospirose	28	23	49	23	13	40	65	53	157	162	42	138	75
Méningite à méningocoque	4	9	10	11	3	5	7	13	9	8	10	10	5
Paludisme autochtone et importé	3	1	1	5	6	0	0	0	2	0	10	1	2
RAA	55	56	66	34	287	305	80	296	136	190	122	86	ND
Rougeole	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Syndromes dûs au HIV	21	15	17	8	7	13	10	21	15	13	14	18	26
Tétanos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infect. alim. collective (foyers)	3	9	1	6	0	8	10	8	6	9	11	28	13
Tuberculose (hors PITL)	171	100	112	82	84	72	90	67	80	83	59	50	37
Vibrio vulnificus									3	1	0	1	2

En 2012, on n'a relevé aucun cas de poliomyélite, botulisme, brucellose. 75 cas de leptospirose ont été signalés, 718 cas de dengue.

Infections sexuellement transmissibles :

Maladies à déclaration obligatoire du groupe C	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Condylome acuminé	26	27	28	26	17	3	12	22	28	25	30	1	6
Herpès génital	2	3	3	5	4	2	3	10	8	7	5	12	2
Infections à mycoplames	115	119	107	90	93	108	134	219	184	160	104	3	3
Infections génitales à chlamydiae	94	96	72	86	88	71	96	148	191	202	150	319	492
Infections gonococciques	52	55	49	31	33	35	58	82	90	77	68	141	152
Syphilis	24	16	11	10	20	15	21	38	36	46	38	49	66
Trichomonase uro-génitale	250	203	156	175	158	115	98	206	118	153	147	26	20
Autres maladies vénériennes	198	121	77	75	55	40	50	60	72	86	13	3	2

Les chiffres 2012 concernant les infections génitales à chlamydiae, les infections gonococciques sont issus uniquement des relevés mensuels de laboratoire, en raison d'une importante sous-déclaration.

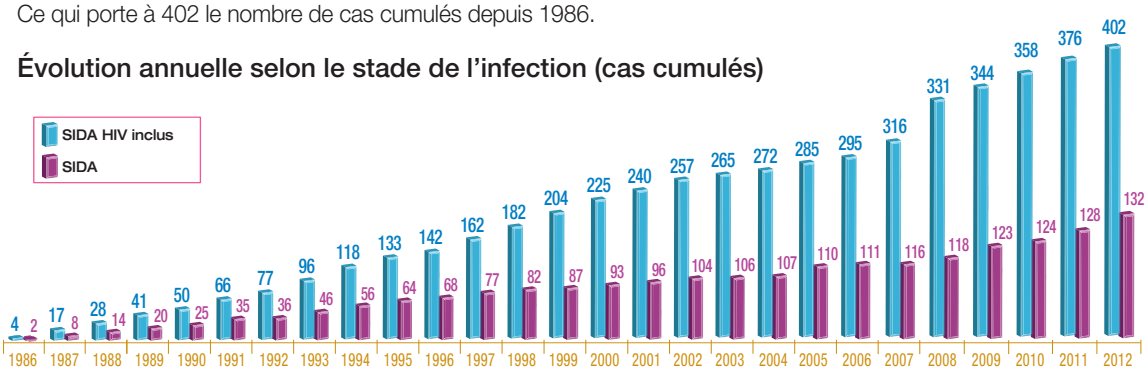
VIH - SIDA :

Les données statistiques concernant l'infection à VIH proviennent de la surveillance des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) et des imprimés spécifiques pour la déclaration initiale et les déclarations complémentaires des syndromes dus au VIH.

26 nouveaux cas de séropositivité ont été enregistrés en 2012, dont 17 cas confirmés par des laboratoires hors de la Nouvelle-Calédonie et 9 cas diagnostiqués et confirmés par l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC).

Ce qui porte à 402 le nombre de cas cumulés depuis 1986.

Évolution annuelle selon le stade de l'infection (cas cumulés)

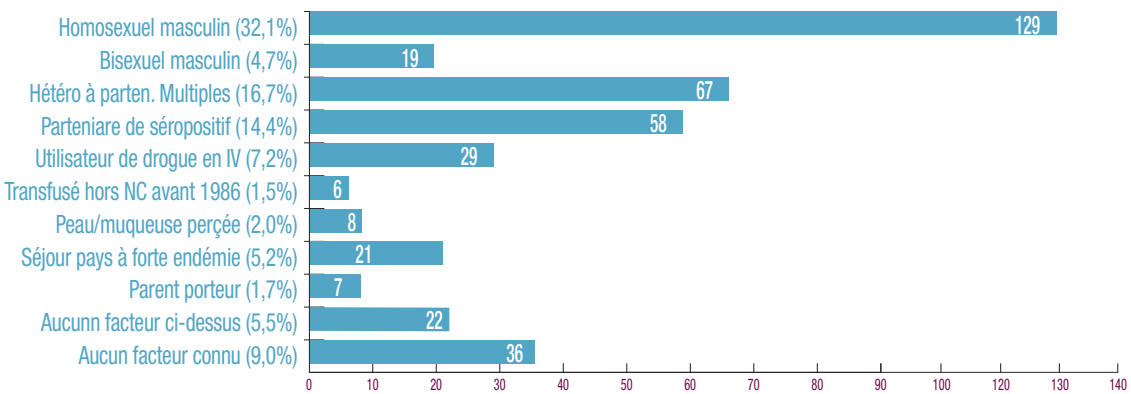


Au 31 décembre 2012, le sex-ratio des cas cumulés est de 2,9 hommes pour 1 femme.

La tranche d'âge la plus touchée reste, comme les années précédentes, celle des 20-39 ans avec un taux de 33,1 pour 10 000 habitants.

Facteurs de risque de séropositivité

Répartitions des 402 séropositifs par facteur de risque

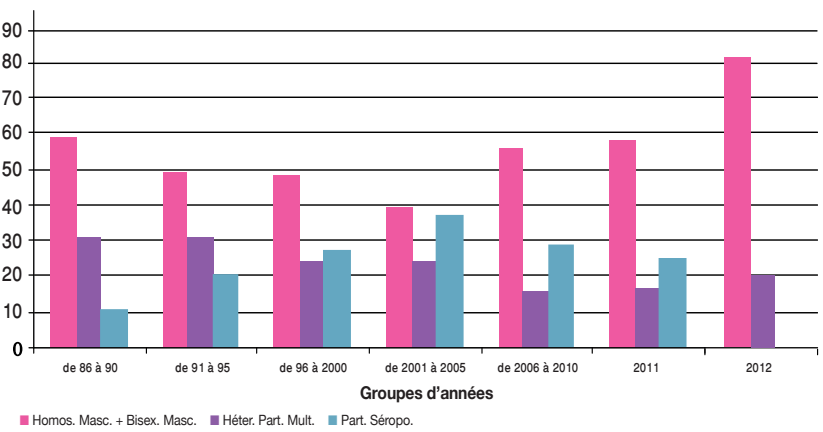


Parmi les cas dont les facteurs de risque sont connus, on remarque que 79,4% sont liés à un mode de transmission sexuelle du VIH dont 54,2% (148/273) sont des homo/bisexuels masculins.

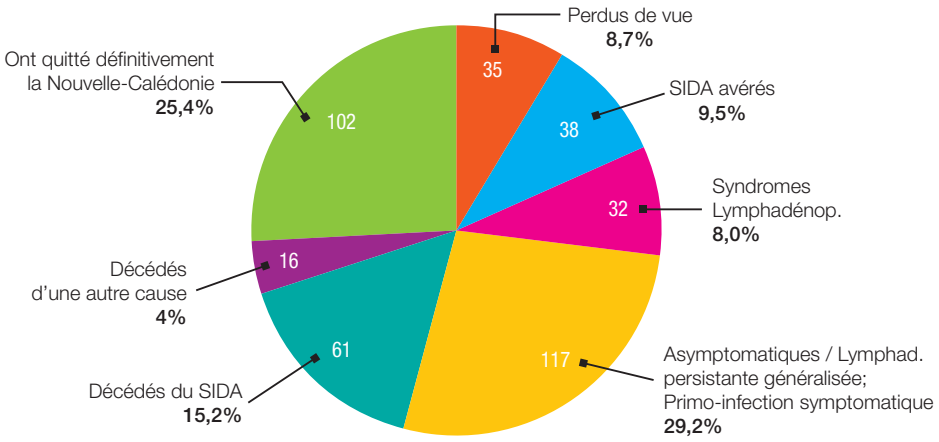
Après une baisse progressive entre 1990 et 2005 (de 58% à 40%), la proportion du risque homo/bisexuels masculins a de nouveau eu tendance à croître depuis 6 ans et a dépassé pour la seconde année celle enregistrée au début le l'épidémie.

A noter qu'au fil du temps, la part du risque « partenaire de séropositif » a augmenté sensiblement passant de 10,3% (de 1986 à 1990) à 34% (de 2001 à 2005), puis a diminué régulièrement pour représenter 22,6% des facteurs de risque sexuel en 2011. Aucun cas enregistré pour ce facteur de risque en 2012.

Evolution de la répartition des facteurs de risque sexuels par groupe d'années de 1986 à 2012



Répartition des 402 séropositifs selon le dernier état connu



Dernier état connu des séropositifs

On entend par dernier état connu, la situation indiquée dans la dernière fiche complémentaire établie par le médecin traitant. Ainsi, parmi les 402 patients séropositifs, **77 sont décédés** (dont 16 d'une autre cause que le SIDA), 137 ont définitivement quitté la Nouvelle-Calédonie ou sont perdus de vue. Parmi les cas perdus de vue, il faut noter que certains ont probablement quitté définitivement la Nouvelle-Calédonie.
En Nouvelle-Callédonie, sur 26 cas enregistrés en 2012, 21 (80,8%) l'ont été au stade asymptomatique, 2 (7,7%) au stade symptomatique non sida et 3 (11,5%) au stade de sida avéré.

Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

En 1992, la Commission Permanente du Congrès du Territoire a mis en place un dispositif de Consultation pour le Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (*Délibaration n° 211/CP du 30 octobre 1992*).
Cette délibération a été remplacée par la *délibération n°154/CP du 16 avril 2004* qui précise en outre les conditions de formation en vue d'agrément et les conditions d'exercice de ces CDAG.

La consultation est réalisée par un médecin consultant, ou une sage-femme, agréé par le Médecin Inspecteur de la Santé, après avoir suivi préalablement une formation spécifique au conseil et à l'accueil pour le dépistage des infections à VIH. Les personnes agréées assurent leurs consultations soit dans leur cabinet (pour les médecins et sages-femmes libéraux), soit au sein de centres de consultation (ces centres doivent répondre à des conditions définies par ladite délibération : le lieu doit être intégré au sein d'un centre médical polyvalent, l'accueil doit préserver la confidentialité et l'anonymat de la démarche, le personnel doit bénéficier d'une formation particulière à l'accueil).
Chaque consultation doit donner lieu à un entretien-conseil qui fait l'objet d'un questionnaire, défini par le Médecin Inspecteur de la Santé, et rempli par le médecin ou la sage-femme.
Depuis novembre 2005 et suite aux 7 sessions de formation successives, 117 professionnels de santé (80 médecins et 37 sages femmes) ont été formés. Au 31 décembre 2012, au gré des mouvements et/ou des non renouvellement de leur agrément, 74 d'entre eux (41 médecins et 33 sages femmes) étaient agréés et en activité en Nouvelle-Calédonie. A noter toutefois que pour 13 d'entre eux (7 médecins et 6 sages femmes) leur agrément n'est opérationnel que depuis le second semestre 2011.

Ce sont donc 37 professionnels (sur les 74 possibles, soit 50% d'entre eux) qui ont contribué à alimenter le fichier des CDAG en 2012. Ces chiffres sont en nette baisse par rapport à 2011 (-17,8% en nombre de professionnels contributeurs).

L'analyse des 2 239 questionnaires, strictement anonymes, établis en 2012, et parvenus au service des actions sanitaires de la DASS-NC, met en évidence une franche diminution de 7,1% du nombre de fiches reçues par rapport à 2011.

- Les moins de 35 ans représentent plus des ¾ (80,4%) des consultants (45,6% de 15 à 24 ans et 33,8% de 25 à 34 ans).
- Les consultants d'origine européenne représentent 45,7% des consultants. Ceux d'origine mélanésienne en représentent un peu plus d'un tiers (38,3%).
- Les "comportements à risque" ont été évoqués dans 37% des cas, loin devant le "début de relation" (22,4%).
- La « grossesse » a été un motif de consultation dans 14% des cas (82,2% des consultations féminines pour grossesse et 11,4% des consultations de leur conjoint ou compagnon).

Notons les 79 consultants (3,5% des consultants) venus suite à une rupture de préservatif.

Conclusions

L'analyse de 2012 confirme toujours celles des années précédentes, à savoir :

Les données exploitées en 2012 concernent majoritairement (59,4%) l'ESPAS CMP de Nouméa (le Centre Médical Polyvalent de la DPASS Sud, référencé les années précédentes sous le terme CDAG de Nouméa). L'ouverture depuis 2006 et en 7 sessions successives à 120 professionnels agréés a permis progressivement d'augmenter et diversifier la clientèle CDAG grâce notamment à une couverture territoriale de plus en plus étendue.

À ce jour, au gré des mouvements et/ou des non renouvellement de leur agrément, 73 n'entre eux (41 médecins et 32 sages femmes) sont agréés et en activité en Nouvelle-Calédonie. À noter toutefois que pour 13 d'entre eux (7 médecins et 6 sages femmes) leur agrément n'est opérationnel que depuis le second semestre 2011. Le nombre de consultations réalisées hors ESPAS CMP a évolué de 231 en 2006 à 909 en 2012. La répartition des agréés tend à compléter l'offre de service offerte à la population en matière de possibilités de dépistage et de prévention. Il est néanmoins nécessaire d'améliorer l'offre de dépistage dans certaines zones de la Nouvelle-Calédonie et notamment dans la province Iles et en province Nord afin de mieux desservir l'ensemble de leurs communes.

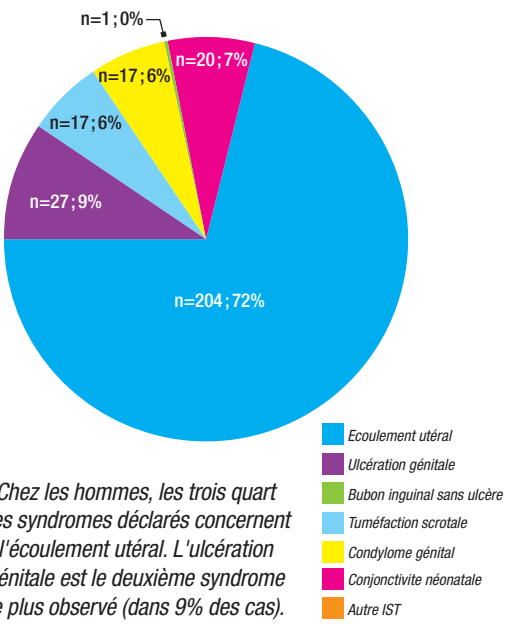
L'importance de l'ESPAS CMP (notamment le rôle pilote formateur et incitateur rendu possible du fait des missions confiées à l'équipe de ce centre) est attestée par le volume important de dépistages effectués et le nombre de personnes qui y ont reçu, en 20 ans, une consultation personnalisée suivie ou non de test de dépistage, mais qui ne concerne que la population géographiquement proche de ce centre.

L'analyse des caractéristiques des consultants permet de mettre encore en évidence des comportements à risque et des incompréhensions sur les méthodes de prévention ou les connaissances de la transmission du virus.

Infections sexuellement transmissibles

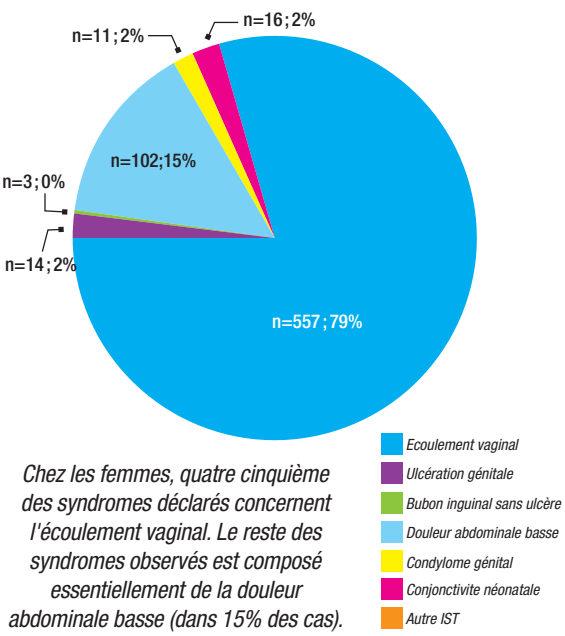
En dehors du VIH, seules certaines IST sont à déclaration obligatoire (syphilis, dont la syphilis néonatale, condylomes acuminés, hépatite B et hépatite C).
En 2012, 62 déclarations d'IST ont été reçues par la DASS-NC, dont 61 concernaient des notifications de syphilis et une seule d'hépatite B aiguë. Depuis 2003, l'incidence de la syphilis augmente, puisqu'elle est passée de 0,4/10000 hab. en 2003 à 2,4/10000 hab. en 2012.
Pour que la déclaration des IST corresponde davantage à la pratique clinique, il a été décidé en 2010 de s'orienter en dehors des causes d'IST restant à déclaration obligatoire citées plus haut - vers une surveillance syndromique des IST : désormais, les cliniciens peuvent déclarer, de façon anonyme et cumulée, les syndromes d'IST (écoulement urétral, écoulement vaginal, etc…) au lieu des germes d'IST.
Après une première phase de tests, la surveillance syndromique effective commence en août 2010 dans quelques centres.
En 2012, 989 IST ont été déclarées de façon syndromique, dont 703 syndromes chez les femmes et 286 syndromes chez les hommes. Le nombre de déclarations en 2012 est semblable au nombre de déclarations en 2011.

**Surveillance syndromique des IST en NC.
Homme : répartition des syndromes en 2012**



Chez les hommes, les trois quart des syndromes déclarés concernent l'écoulement utéral. L'ulcération génitale est le deuxième syndrome le plus observé (dans 9% des cas).

**Surveillance syndromique des IST en NC.
Femme : répartition des syndromes en 2012**



Chez les femmes, quatre cinquième des syndromes déclarés concernent l'écoulement vaginal. Le reste des syndromes observés est composé essentiellement de la douleur abdominale basse (dans 15% des cas).

Hépatites virales

En 2012, 5 nouveaux cas d'hépatite B ont été enregistrés ; tous concernent des adultes.

La proportion des enfants de moins de 15 ans atteints d'hépatite B a diminué grâce à la mise en place de la vaccination de tous les nouveau-nés depuis 1989 (38% en 1992 ; 5,8% en 1996 ; 6,4% en 1998 ; 2,5% en 2000 ; 0% depuis 2005). À noter les 3 cas de 2003 qui font remonter ce taux à 7,7%, situation confirmant la nécessité de vaccination dès la naissance.

Tuberculose

L'Organisation Mondiale de la Santé a déjà signalé que le nombre de cas de tuberculose a augmenté de façon spectaculaire en Europe et en Amérique du Nord durant ces dernières années.

Parmi les facteurs retenus pour expliquer cette résurgence, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) signale la dégradation des programmes de lutte contre la tuberculose et le lien entre tuberculose et VIH. Par ailleurs, de nouvelles souches de bactéries résistantes aux médicaments se développent dans le monde.

En Nouvelle-Calédonie, **37 nouveaux cas** de tuberculose ont été déclarés en 2012 (50 en 2011), dont 24 **tuberculoses de forme pulmonaire** (33 en 2011). Après la chute particulièrement importante de l'incidence en 2003 (17 pour 100 000 habitants), l'incidence de 2011 est égale à **14,7 pour 100 000**. Même si celle-ci a tendance à baisser depuis le début des années 90, elle reste donc toujours à un niveau élevé par rapport aux pays industrialisés, et à un niveau inférieur à l'incidence mondiale.

On compte **12 cas** de tuberculose à examen **direct positif** (12 en 2011), **tous de forme pulmonaire**. Ce sont les tuberculoses contagieuses qui permettent à l'infection tuberculeuse de se pérenniser. Leur diagnostic doit être le plus précoce possible, leur traitement suivi rigoureusement et l'enquête à la recherche de contaminés entreprise dès que le suivi de traitement est assuré. Le taux d'incidence des tuberculoses à examens directs positifs et culture positive **(bacillifères)** est de **4,8 pour 100 000 habitants** (4,8 en 2011).

Incidence pour 100 000 habitants de toutes les formes de tuberculose et des tuberculoses bacillifères

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Toutes formes	64,4	50,1	51,1	40,1	48,3	28,8	30,1	17	28,5	22,8	21,6	19,6	20,9	25,7	24,1	19,8	14,7
Bacillifères	21	17,5	18,7	13	11,4	9,8	9,6	6,3	8,8	7,3	5,1	5,8	5,3	7,3	9,4	4,8	4,8

Traitement :

Par définition, la guérison est attestée par la négativité des crachats deux et cinq mois après le début du traitement. Si ces prélèvements ne sont pas effectués, on parle seulement de traitement complété ou terminé. La stratégie de l'OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison est supérieur à 85%. Pour les patients bacillifères dépistés en 2011, on a observé un **taux de guérison de 66,7%**.

Caractéristiques des patients

L'étude détaillée des 480 cas de tuberculose qui ont été déclarés depuis 10 ans toutes formes confondues (de 2003 à 2012) montre que 67% des cas sont des **formes pulmonaires.**

Toutes les communes sont touchées par cette maladie, cependant plus fréquente dans les communes de Belep, Ponérihouen, Hienghene, Houaïlou et Kaala-Gomen où les taux d'incidence sont plus élevés que dans les autres communes.

Le diagnostic est fait dans 70% des cas à partir des signes cliniques. 9% des nouveaux cas étaient des récidives.

A noter qu'en métropole, cette maladie reste toujours d'actualité avec une incidence égale à 7,7 pour 100 000 habitants en 2011. Des disparités régionales sont observées, avec l'incidence la plus élevée dans l'Ile de France où elle atteint une valeur proche de celle de la Nouvelle-Calédonie.

Rappel (2011)
Des taux de déclaration élevés étaient observés dans certains groupes de population comme les personnes nées à l'étranger (34,4/100 000), en particulier en Afrique sub-saharienne (103,1/100 000). Les personnes sans domicile fixe, en situation de précarité, les personnes originaires de pays de forte incidence et les personnes détenues en milieu pénitentiaire sont parmi les plus atteintes ainsi que les sujets âgés de 80 ans et plus (14,3/100 000).

Rhumatisme Articulaire Aigu

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) touche majoritairement les enfants et les adolescents, et représente une pathologie dont les conséquences sont particulièrement lourdes tant au plan médical et humain que social et économique. 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).
Par délibération du 11 août 1994, le Congrès du Territoire a décidé que le rhumatisme articulaire aigu faisait partie des 9 thèmes de prévention prioritaires.
Dans ce cadre, un registre de suivi a été mis en place dès 1999.
En 2011, un travail de fond a démarré sur l'application développée spécifiquement pour le RAA. Ce travail fait suite à la mise jour du registre en 2008 qui montre aujourd'hui ses limites. Cette reconstruction complète permettra de sécuriser la saisie des données ainsi que d'extraire plus facilement des données épidémiologiques fiables. Elle devrait en outre permettre la saisie directe des données par les professionnels de santé.
En parallèle, une validation des cas du registre est effectuée. Celle-ci permet notamment de sortir de nombreux patients pour lesquels le diagnostic n'a pas été établi en respectant les critères internationaux. Il est probable que ce travail de fond amène une diminution des chiffres de la prévalence des cardiopathies rhumatismales.

Les données remises à jour seront disponibles avant la fin de l'année 2013. A ce jour, nous pouvons simplement indiquer qu'en 2011, 86 nouveaux cas ont été enregistrés, dont près de la moitié réside en province Nord.
Il est à noter également que les protocoles de traitement ont été modifiés suite aux nouvelles recommandations de l'organisation mondiale du cœur (WHF) et, dans une stratégie d'harmonisation des pratiques dans la zone Pacifique, notamment de la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Le traitement de choix pour la prévention à long terme des complications demeure la pénicilline G benzathine (EXTENCILLINE®) dont la fréquence d'injection passe à une toutes les 4 semaines avec 2 dosages différents selon le poids du patient.

Selon la WHF, le Pacifique est l'une des régions du monde les plus touchées 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 y a :
- une incidence au-delà de 30 pour 100 000 chez les 5-14 ans,
- une prévalence au-delà de 2 pour 1 000.

L'approche du taux d'incidence dans la population des 5-15 ans en Nouvelle-Calédonie (NC) est de 116 pour 100 000 enfants.
Le taux de prévalence en NC (en cours de révision) est estimé à 7,6 pour 1 000 habitants.

A ce titre, la NC peut être considérée, selon les critères de la WHF, comme un pays à risque.

Conclusion :
Le programme de prévention du RAA est rendu complexe par la durée des traitements, la jeunesse des patients et le nombre d'interlocuteurs. Il est à plusieurs titres original, mettant en place des solutions de collaboration public/privé innovantes, et des systèmes de dépistage aujourd'hui inutiles en pays développés compte tenu de la quasi-disparition de la pathologie, et trop coûteux pour des pays en développement où le RAA est encore plus présent qu'en NC.

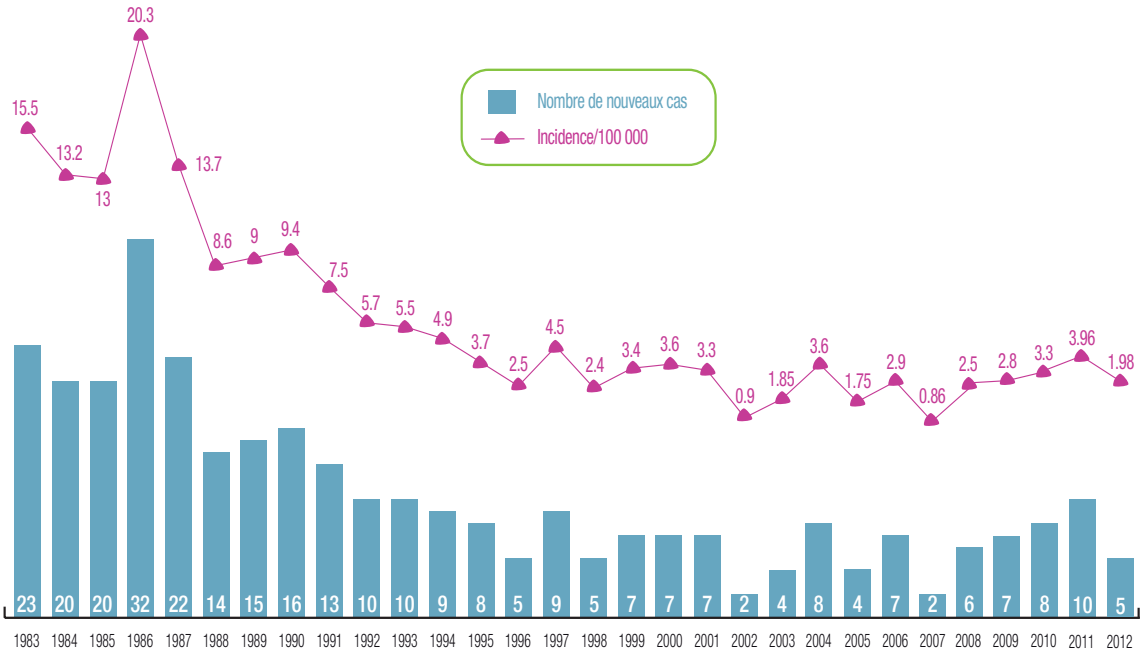
L'équipe du rhumatisme articulaire aigu (RAA) de l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) a organisé un atelier consacré au RAA et aux cardiopathies rhumatismales chroniques (CRC) du 12 au 14 décembre 2011. Lors de ces trois journées, les participants ont exprimé un souhait fort d'arriver à mettre en place un travail le plus partenarial possible entre les trois pays francophones du Pacifique. D'autre part, il a été également décidé de suivre l'évolution, et d'adapter au contexte si besoin, la stratégie australienne, actuellement la plus réactive et dont les modifications sont les plus sous-tendues par des arguments basés sur l'évidence.

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. Le registre de la lèpre couvre 30 années, de 1983 à 2012 et contient 315 enregistrements.

Le programme de lutte contre la maladie de Hansen est intégré dans l'activité du service de dermatologie du CHT de Nouméa. Le dépistage en Nouvelle-Calédonie est essentiellement passif, la grande majorité des patients étant adressée soit par leur médecin traitant, soit par le médecin du dispensaire dont ils dépendent.

Le programme de polychimiothérapie anti-lépreuse (PCT) a permis de réduire la prévalence de la lèpre en Nouvelle-Calédonie et cette pathologie n'est plus aujourd'hui un problème majeur de santé publique.
Avec 5 nouveaux cas en 2012, l'incidence est égale à 1,98 pour 100 000 habitants.
En 2012, 2 nouveaux cas sont multibacillaires.



Parmi les 315 cas enregistrés depuis 1983, on a observé :
- une prédominance masculine avec 208 hommes et 107 femmes ;
- une disparité ethnique avec une représentation plus importante de la communauté mélanésienne (266 personnes) que des autres communautés (européenne : 30 cas ; autres : 19 cas).

Prévalence :
En 201Ð, seuls 12 patients étaient sous PCT, ce qui représente une prévalence égale à 0,48 pour 10 000 habitants.

Situation internationale :

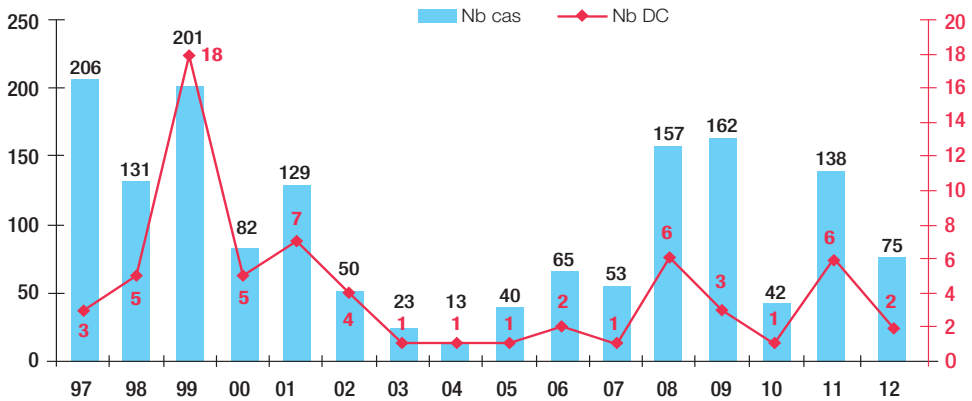
***Source :* l'OMS**

Le nombre de nouveaux cas détectés dans le monde en 2011 s'élève à 219 075 cas.
Ce nombre a diminué de 4,1% par rapport à 2010. Plus globalement, on assiste à une diminution moins importante de nombre de cas de lèpre ces dernières années.
En 2011, le nombre de cas en Inde représentait 58,1% du nombre de cas dans le monde.

Leptospirose

En Nouvelle-Calédonie, la leptospirose est une maladie endémique pouvant présenter des pics épidémiques selon le contexte climatique.
En 2012, **75 cas ont été déclarés.**

Nombre de cas de leptospirose et de décès par leptospirose par an en Nouvelle-Calédonie de 1997 à 2012



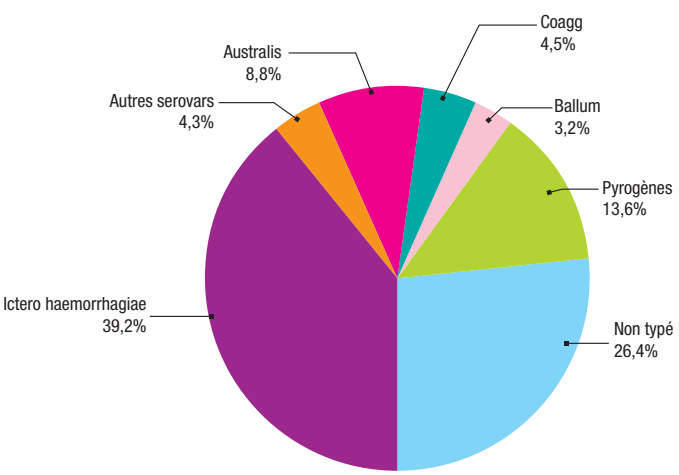
En 2012, cette maladie touche essentiellement les hommes (70,7%), et les adultes jeunes : l'âge moyen est de 35 ans. Leur contamination est probablement liée à un comportement à risque, par des contacts quotidiens ou professionnels avec des animaux infectés ou des sols contaminés.
Les infections chez les enfants et les adolescents peuvent correspondre à des expositions lors d'activités ludiques telle que la baignade en eau douce. La plupart des cas ont été déclarés entre janvier et juin (89,9%).

Répartition mensuelle des cas cumulés en 2012

	Janv.	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Jui.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Cas confirmés	8	8	11	20	10	2	2	0	0	0	2	9
Cas probables	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10

En 2012, 2 décès sont directement imputables à la leptospirose.
L'étude des cas sur les 6 dernières années montre des disparités géographiques, avec une incidence moyenne plus élevée au Nord-Est (de Houaïlou à Ouégoa) ainsi qu'à Bourail et Yaté.

Les séro-groupes les plus souvent identifiés de 2006 à 2012 ont été :
- *Ictéro-haemorrhagiae,*
- *Pyrogènes,*
- *Australis.*



Dengue

Il s'agit d'une affection virale transmise par l'intermédiaire du moustique *Aedes aegypti* qui pond ses œufs dans les eaux propres (boîtes vides, …).
Cet arbovirus possède 4 sérotypes, sans immunité croisée, mais procurant une immunité définitive pour chacun des sérotypes.
La réinfestation par un autre sérotype risque d'induire une maladie plus grave.

Après l'épidémie de 2003 pour laquelle 5 673 cas et 17 décès en rapport avec la dengue ont été enregistrés, les années 2005 à 2007 ont été plus calmes (46, 48 et 48 cas respectivement, aucun décès).
Une transmission résiduelle du virus a eu lieu durant le premier semestre 2004, puis plus aucun cas n'a été confirmé par mise en évidence du génome viral mis à part 2 cas d'importation de dengue 3 et 4 en septembre 2005. En 2009, une épidémie sans précédent a touché la Nouvelle-Calédonie. 8 410 cas ont été enregistrés. Le sérotype 4 a été dominant tout au long de l'année.

Les différents sérotypes de dengue pour la période 1972-2012

Années	1972	1976-78	1979-80	1989	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Type 1							1				12	64	563	177		3	27	199	62	14	1	134
Type 2						1	154	1390	225		1							1	2	2		3
Type 3					2212	1123	7	5							1	1	1	1			1	
Type 4						12		1							1			25	253			
Total					2212	2121	251	2612	354	12	34	105	5673	792	46	48	48	1179	8410	122	15	718

Il est à noter que le typage des cas de dengue a débuté à partir de 1996. Les cas enregistrés au cours de l'épidémie de 1995 ont été considérés du type 3. De même, pour les années antérieures où le typage a été présumé.
L'année 2012 se caractérise par une première épidémie tardive (avril/juin), une circulation du virus pendant l'hiver et un début précoce de la deuxième épidémie (novembre).

Chikungunya

Le chikungunya, maladie virale transmise par le même moustique que la dengue, est due à un arbovirus à ARN (Alphavirus de la famille des Togaviridae). Il a été isolé pour la première fois en Ouganda en 1953, lors d'une épidémie survenue en Tanzanie. L'appellation « chikungunya » signifie « l'homme qui marche courbé » en makondé.

Description clinique : après une incubation silencieuse de 4 à 7 jours en moyenne, une fièvre élevée apparaît brutalement accompagnée d'arthralgies pouvant être intenses, touchant principalement les extrémités (poignets, chevilles et phalanges). D'autres signes peuvent également survenir : des myalgies, des céphalées, des éruptions cutanées parfois accompagnées de prurit. La phase aiguë de l'infection par le chikungunya dure en moyenne 5 à 10 jours. Elle correspond à la phase virémique, phase pendant laquelle le malade peut être piqué par un autre moustique et entretenir la chaîne de transmission en « contaminant » ce moustique.
Selon l'étude de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) de 2008 sur l'épidémie de chikungunya à la Réunion en 2006, l'immunité acquise paraît durable.

Evolution clinique : les symptômes dans la phase aiguë régressent généralement entre 5 et 10 jours. Pendant la convalescence, le malade présente une importante asthénie qui peut se prolonger durant plusieurs semaines. Après une phase asymptomatique, des rechutes à type de douleurs articulaires avec ou sans fièvre peuvent survenir par intermittence. Ces malades ne sont pas contagieux. La maladie peut évoluer vers une phase chronique marquée par des arthralgies persistantes provoquant une incapacité partielle pendant plusieurs jours, semaines ou mois.

L'épidémie 2011 en Nouvelle-Calédonie
Suite à l'importation de 2 cas de chikungunya de retour de vacances d'Indonésie, la Nouvelle-Calédonie a dû faire face à un début d'épidémie avec 33 cas confirmés biologiquement entre fin février et mi juin 2011 (29 cas à Nouméa, 3 à Dumbéa et 1 à Sarraméa). C'est grâce à la réactivité totale de l'ensemble des intervenants du réseau de lutte (identique à celui de la dengue) qu'une épidémie majeure a pu être évitée.

Aucun cas de chikungunya n'a été identifié en 2012, que ce soit des cas résurgents ou importés. la surveillance chikungunya est conservée pour tout cas suspect de retour de voyage de zone à risque, ainsi qu'un dépistage aléatoire régulier sur l'ensemble du territoire parmi les demandes de sérologie dengue.

Maladies surveillées

Les relevés hebdomadaires des maladies par "données groupées" ont été mis en place dans les structures sanitaires provinciales publiques.
Ils proviennent théoriquement des 2 centres hospitaliers du Nord, des 26 circonscriptions médico-sociales des provinces Iles, Nord et Sud, des centres de protection maternelle et infantile et du centre médical polyvalent de Nouméa. Les données 2012 présentées ci-dessous sont celles transmises par la province Sud.

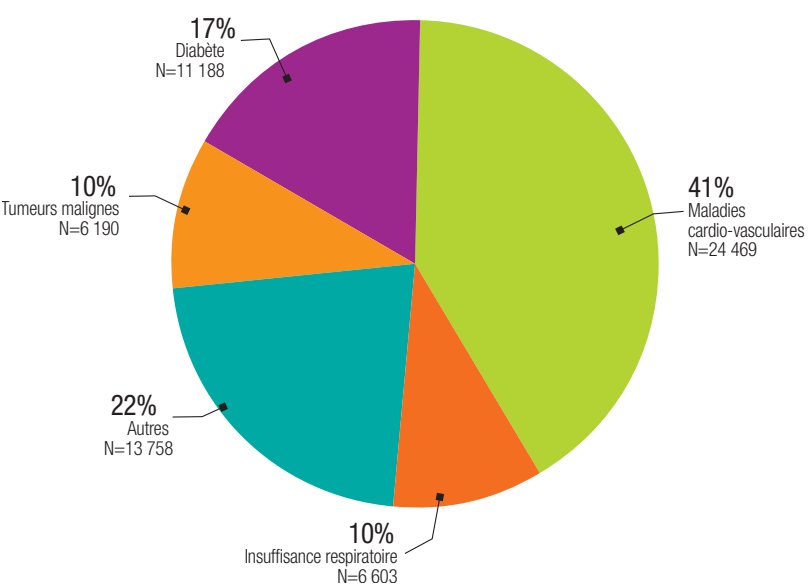
Maladie	Nb de cas 2005	Nb de cas 2006	Nb de cas 2007	Nb de cas 2008	Nb de cas 2009	Nb de cas 2010	Nb de cas 2011	Nb de cas 2012
Conjonctivite aiguë	224	438	304	109	79	103	128	64
Otite	628	1 547	949	245	145	242	236	153
Affection aiguë des voies respiratoires	3 261	7 503	3 372	1 089	183	885	757	671
Pneumonie	30	20	19	8	621	422	476	297
Grippe	254	975	571	144	1 055	316	144	148
Infection à salmonella sans typhoïde	0	21	0	40	0	16	34	52
Shigellose	0	5	0	14	19	18	38	13
Autre maladie intestinale à protozoaire	2	0	1	0	0	0	0	0
Diarrhée	276	613	375	95	137	204	250	214
Hépatite virale aiguë autre que B et C	787	68	5	1	76	3	1	0
Méninginte autre qu'à méningocoques	0	8	4	2	1	0	2	5
Ciguatera	25	67	25	5	2	2	6	14

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.

Depuis juillet 2002, avec la mise en place du Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité (RUAMM), le nombre d'assurés a particulièrement augmenté avec l'intégration des fonctionnaires et d'autres nouveaux cotisants. Il est de 250 432 bénéficiaires au 31 décembre 2012.
En 2012, 40 205 personnes étaient prises en charge au titre de la longue maladie (soit 56,3% des dépenses total du RUAMM) pour 64 208 affections (certains patients peuvent avoir plusieurs affections prises en charge).

On obtient ainsi une approche de la répartition des principales maladies chroniques prises en charge en Nouvelle-Calédonie telle que sur le graphique ci-contre.



Cancers

Les cancers doivent faire l'objet d'une notification comme le prévoit depuis 1994, la réglementation sur les maladies à déclaration obligatoire. Ils sont le plus souvent déclarés par les médecins pathologistes et les médecins spécialistes, publics ou privés qui prennent en charge ces patients. Les données transmises au registre du cancer sont complétées par un retour systématique au dossier clinique afin de s'assurer de leur complétude.

Sont enregistrées et analysées toutes les tumeurs invasives solides, les hémopathies malignes ainsi que les tumeurs bénignes du système nerveux central, mais à des fins de comparabilité, ne figurent dans les données d'incidence que les tumeurs invasives. Ne sont plus traitées les tumeurs cutanées baso-cellulaires et épidermoïdes, en raison de leur intérêt limité du fait de l'absence d'exhaustivité certaine.

Sont exclues de l'analyse, toutes les tumeurs in situ, les récidives ou les métastases de tumeurs primitives connues et déjà déclarées au registre, les autres tumeurs bénignes. Les données recueillies sont enregistrées selon les recommandations de l'ENCR et de l'INVS. La topographie et la morphologie sont codées selon la 3ème révision de la classification internationale des maladies oncologiques (CIM-O3).

Ne figureront donc dans l'incidence que les tumeurs invasives hors tumeurs cutanées sauf mélanomes.

Les résultats présentés ci-dessous concernent les cancers diagnostiqués en 2010 (fichier arrêté au 1er juillet 2013).

En 2010, 873 nouvelles tumeurs malignes invasives ont été enregistrées réparties de la manière suivante : 786 tumeurs solides, 47 hémopathies malignes et 40 tumeurs cutanées hors mélanomes. Ont été également enregistrées 13 tumeurs non malignes du système nerveux central et 114 tumeurs in situ (sein : 23, col de l'utérus : 60, colon-rectum : 9, vessie : 3, autres : 19).

Ne sont prises en compte dans les analyses suivantes que les 833 tumeurs invasives et hémopathies malignes (hors tumeurs cutanées non mélanomes).

Le diagnostic de cancer est influencé par le sexe (432 tumeurs chez les hommes et 401 chez les femmes), avec une représentation plus importante des hommes par rapport à la population générale (sex-ratio égal à 1,08 homme pour une femme, contre 1,03 dans la population générale, ISEE 2010).

L'âge moyen est égal à 61,2 ans (médiane 63 ans) avec 69,4% des patients qui sont âgés de 50 à 79 ans contre 20,2% dans la population générale.

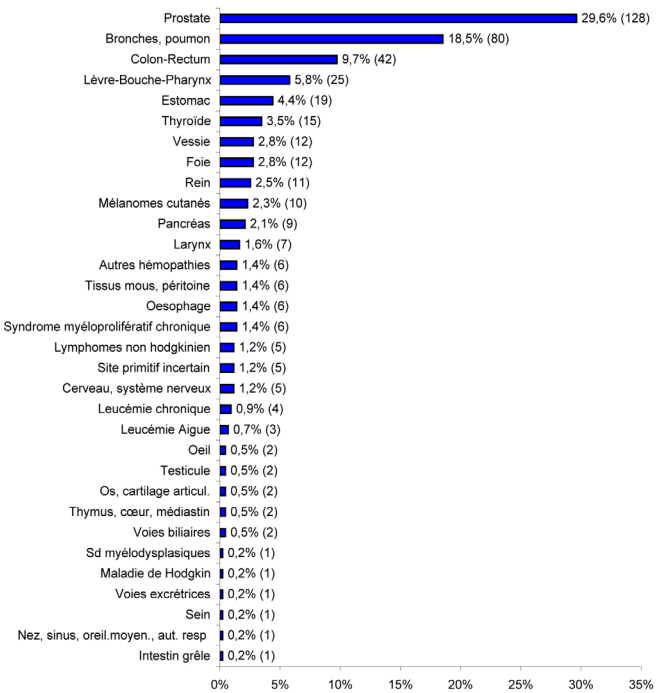
Lorsque l'on compare la répartition par province de résidence des cas enregistrés en 2010 avec la population de référence (ISEE), on observe une différence significative entre ces deux populations ($p<0,001$), avec une surreprésentation des nouveaux cas résidant dans les Iles Loyauté (10,9% : ISEE 6,9%), au dépend de ceux résidant en province Sud (70,6% : ISEE 74,8%).

Tous sexes confondus, les 5 topographies suivantes représentent à elles seules plus de la moitié des sites primitifs (60,4%) :

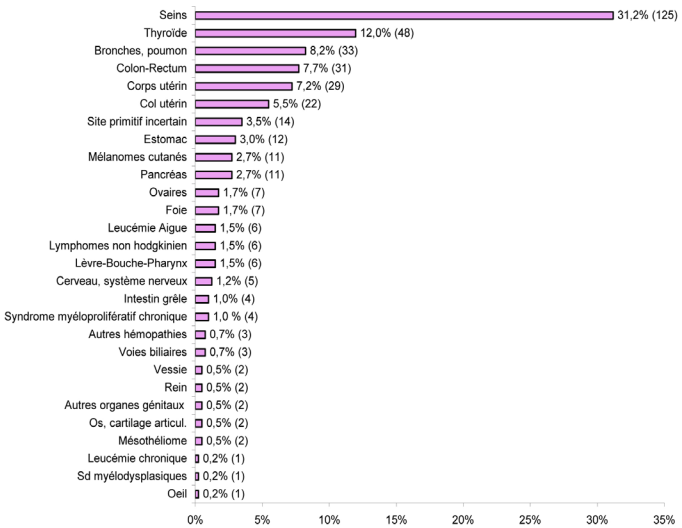
- la prostate : 128 cas (15,4%),
- les seins : 126 cas (15,1%),
- les bronches-poumon : 113 cas (13,6%),
- le colon-rectum : 73 cas (8,8%),
- la thyroïde : 63 cas (7,6%)

2010 Répartion par topographie

Hommes



Femmes



La répartition par topographie des tumeurs invasives varie également selon le sexe.

Chez les hommes (N=432), les localisations les plus fréquentes sont :
1- la prostate : 128 cas (29,6%),
2- les bronches-poumon : 80 cas (18,5%),
3- le colon-rectum : 42 cas (9,7%),
4- lèvre-bouche-pharynx : 25 cas (5,8%),
5- l'estomac : 19 cas (4,4%)

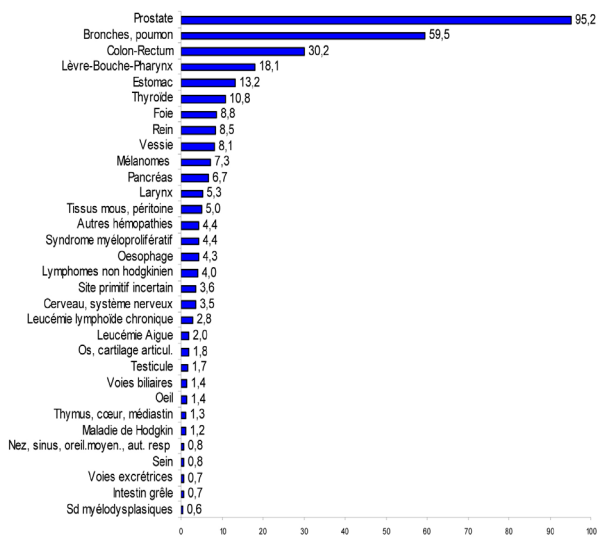
Cette répartition varie également selon les communautés, avec une fréquence nettement plus élevée de cancers de la prostate chez les européens (33,3%) et les polynésiens (22,2%), et une proportion plus importante de cancers respiratoires chez les polynésiens et mélanésiens (28,7%).

Chez les femmes (N=401), les localisations les plus fréquentes sont
1- les seins : 125 cas (31,2%)
2- la thyroïde : 48 cas (12,0%)
3- les bronches-poumon : 33 cas (8,2%)
4- le colon-rectum : 31 cas (7,7%)
5- l'utérus (endomètre) : 29 cas (7,2%)
6- l'utérus (col) : 22 cas (5,5%)

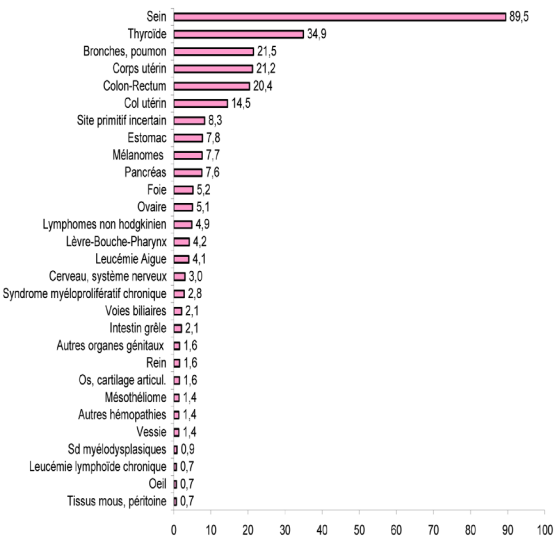
On observe une proportion nettement plus élevée de cancers du sein chez les femmes européennes (46,9%) par rapport aux autres communautés (mélanésiennes : 25,1%, polynésiennes : 29,3%), et une proportion plus importante de cancers de la thyroïde chez les femmes mélanésiennes (17,1% versus 6,3% chez les européennes et 7,3% chez les polynésiennes).

Les taux d'incidence standardisés (TSD), calculés à partir de la population mondiale de référence permettent d'effectuer des comparaisons internationales en limitant l'effet dû aux structures d'âge différentes des populations comparées.

2010 - TSD : hommes



2010 - TSD : Femmes



Lorsque l'on compare les taux d'incidence (cancers invasifs hors peau sauf mélanomes) standardisés calédoniens avec la métropole, et les pays voisins (Globocan 2008), on observe chez les hommes des taux comparables avec ceux de la métropole, l'Australie, et plus élevés que ceux de la Nouvelle-Zélande, l'Océanie, les DOM.
Chez les femmes, en 2010, l'incidence est plus élevée que celle des pays voisins et de la métropole.
La Nouvelle-Calédonie, fait également partie des pays à incidence élevée pour certains cancers comme le sein, la thyroïde, l'endomètre et le col de l'utérus chez les femmes, et la prostate et les bronches-poumon chez les hommes.
Au total, en 2010 en Nouvelle-Calédonie, les cancers les plus fréquents sont chez les hommes : les cancers de la prostate et des organes respiratoires et chez les femmes, les cancers du sein et de la thyroïde.

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.
La plupart des néphropathies évoluent, chacune à leur rythme, vers cet état dit d'urémie chronique. Lorsque l'IRC atteint un stade avancé, il devient indispensable pour la survie du patient de pallier la carence, devenue trop importante, de l'organe malade, soit par transplantation ou greffe rénale, soit par l'épuration extrarénale. Trois structures assurent l'épuration extra-rénale par l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale.

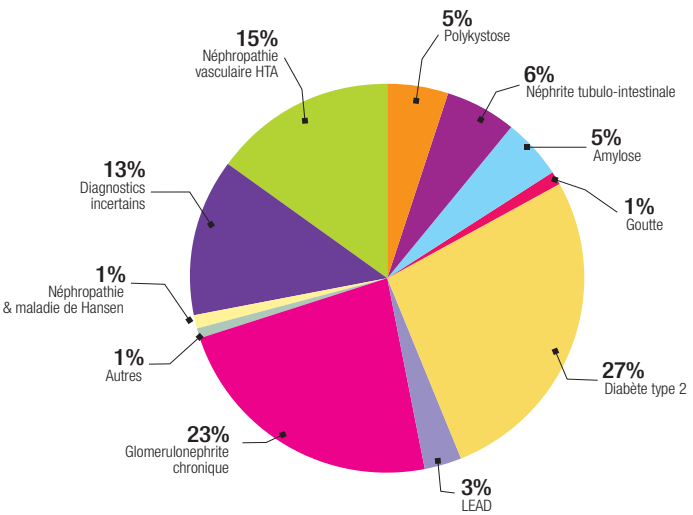
L'hémodialyse inclut l'hémodialyse en centre (HDC), l'hémodialyse en unité médicalisée (UDM) et l'hémodialyse en unité de proximité (UHP). Si une unité d'hémodialyse dispose d'un traitement d'eau en double osmose elle peut substituer à la technique de l'hémodialyse conventionnelle, l'hémodiafiltration plus performante. La dialyse péritonéale inclut la dialyse péritonéale chronique ambulatoire (DPCA) et la dialyse péritonéale automatisée (DPA). Le troisième mode de suppléance est la transplantation rénale.

Le nombre croissant des malades traités pour IRC justifie le fait que cette pathologie représente un problème de santé publique. En 2012, 503 personnes-année étaient traitées pour IRC, soit une augmentation de 3,7% par rapport à 2011 et une prévalence égale à 1 864 par million d'habitants (Pmh), taux brut 1,7 fois plus élevé qu'en métropole en 2007 (1094 Pmh).

Avec 88 nouveaux patients en 2012, le taux d'incidence est égal à 343 par million d'habitants, soit le taux de Taïwan où la prévalence était supérieure à 2 400 Pmh.
La répartition par traitement montre que l'hémodialyse reste le principal traitement et concerne 66% des patients, puis la dialyse péritonéale (9%). La transplantation rénale (25%) a débuté en 1984.

Les glomérulonéphrites chroniques et le diabète de type 2 restent les deux principales causes de l'insuffisance rénale chronique en Nouvelle-Calédonie.
Ces deux pathologies représentent la moitié des nouveaux patients traités, comme le montre la figure ci-contre.

Répartition des pathologies à l'origine de l'insuffisance rénale chronique.



Au total, les taux bruts d'incidence et de prévalence de l'insuffisance rénale traitée en Nouvelle-Calédonie sont élevés et proches de ceux des pays comme le Japon et les USA. Toutefois, en raison de la structure par âge différente de la population calédonienne, il est probable que les taux standardisés soient en réalité plus bas. Ces chiffres caractérisent l'importance de l'offre de soins en matière de suppléance de la fonction rénale qui est disponible en Nouvelle-Calédonie, mais ne permettent pas d'évaluer réellement la fréquence de l'insuffisance rénale chronique. Pour ce faire d'autres études seraient à envisager,

Insuffisance respiratoire chronique

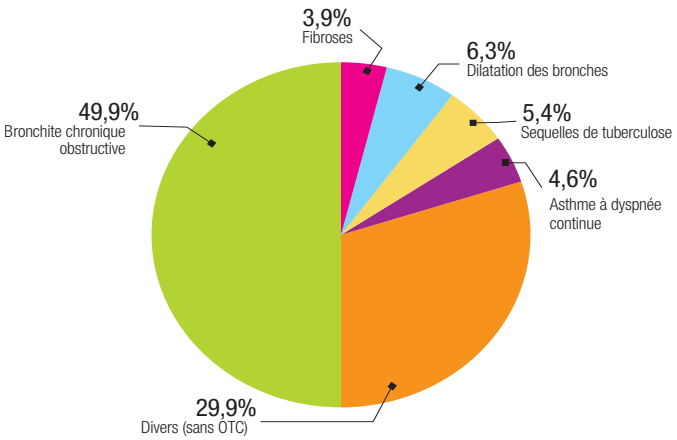
Six structures prennent en charge les traitements à domicile des insuffisants respiratoires en Nouvelle-Calédonie :

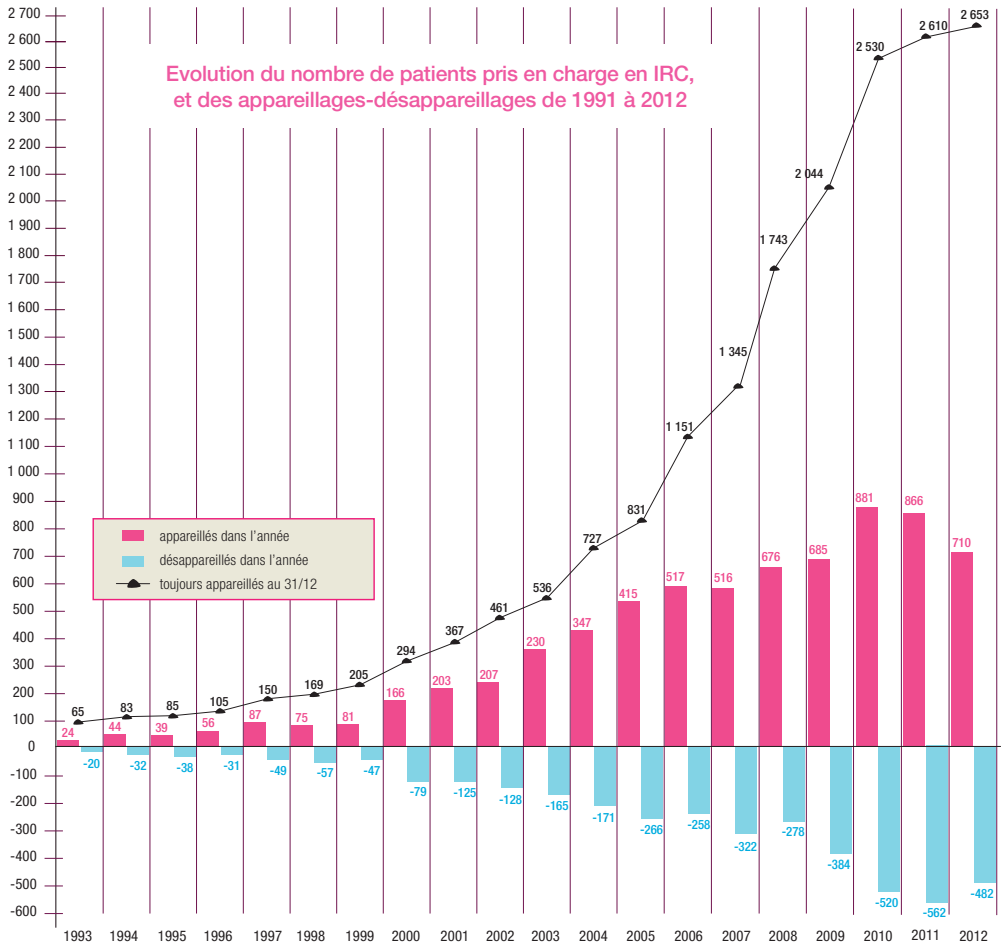
- *Service d'Assistance Respiratoire à Domicile (SARD-NC), association créée en 1990 ;*
- *Oxygène Confort, société privée créée en septembre 2004 ;*
- *Respire, société privée créée en août 2007 ;*
- *Respidom, société privée créée en novembre 2007.*
- *Assistéo, société privée créée en 2009.*
- *Pacific Air, société privée créée en mars 2011.*

On distingue dans les pathologies prises en charge, deux grands groupes : l'Insuffisance Respiratoire Chronique (IRC) et le Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), qui génèrent deux grands types de traitement :

l'Oxygénothérapie et la Pression Positive Continue. S'ajoutent à ces deux groupes, de manière conséquente depuis 1997, celui des cancers (phase terminale ou ORL) et un lot de pathologies inconnues du fait du mode de prescription de l'Oxygénothérapie de Courte Durée (OCT) qui se fait sur simple ordonnance et qui ne donne aucun renseignement quant à la pathologie responsable du traitement. La principale cause d'IRC en Nouvelle-Calédonie demeure le groupe des broncho-pneumopathies chroniques obstructives BPCO (50%).

Principales causes d'insuffisance respiratoire chronique en Nouvelle-Calédonie





Le nombre de patients appareillés a tendance à croître de manière exponentielle depuis 2000, avec la mise en route de l'OCT.

Une des causes de désappareillage est le décès du patient (en moyenne 15,6% des sorties de patients en 2012). Les décès concernent essentiellement la population d'insuffisants respiratoires et les cancers en phase terminale. La population appareillée est une population en moyenne âgée de 60 ans.
Elle est composée à 72,7% d'hommes et 27,2% de femmes.

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 :

1 - le service de psychiatrie générale

comprend plusieurs unités fonctionnelles réparties en 2 secteurs :

- **Secteur intra-hospitalier avec 6 unités :** Pavillon 2 - 3 ; Pavillon 4 ; Pavillon 5 - 5 bis ; Pavillon 6 ; Pavillon 7 ; Ergothérapie.
- **Secteur extra-hospitalier avec sept unités :** Unité d'Accueil et d'Orientation et d'Urgences en Psychiatrie (UAOUP) ; Hôpital de jour (HDJ) ; Centre Médico-Psychologique (CMP) ; Unité Médico-Psychiatrique en milieu carcéral (UMP) ; Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) ; Antennes Médico-Psychologiques de Poindimié, de Koumac et Lifou ; Ateliers Thérapeutiques.

Activité intra hospitalière 2012	Court séjour				Long séjour		Total
	Pavillon 5	Pavillon 5 bis	Pavillon 6	Pavillon 7	Pavillon 2-3	Pavillon 4	
Admissions directes	392	6	15	317	60	1	791
Journées d'hospitalisation	6 680	3 165	4 662	5 172	11 232	7 222	38 133
Durée moyenne de séjour	14,6	24,7	71	13	97,7	267	36,1
Taux d'occupation	87	96	64	84,5	77	99	80

Activité extra hospitalière 2012 :
UAOUP : 1 828 consultations ;
Hôpital de jour : 4 236 journées d'hospitalisation ;
CMP : 9 031 consultations de Psy ; 4 153 visites à domicile ;
Centre pénitenciaire : consultations psychologues et psychiatrie : 2 588 ;
Antennes Médico-psychologiques : 5 972 consultations sur Koumac et Poindimié.

2 - le service de pédopsychiatrie

comprend 5 unités fonctionnelles (UF) réparties sur 4 sites à Nouméa :

- le Centre Médico-Psychologique (CMP) ;
- le site de l'Anse Vata avec le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), et l'Hôpital de Jour (HDJ) ;
- le site rue Dezarnaud avec le Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents (CASADO),
- le site Vallée du Tir et Koutio pour le CMP Grand Nouméa.

En 2012 : la file active avec 2 347 patients, est en hausse par rapport à 2011 (+4,6%).

3 - le service de gériatrie

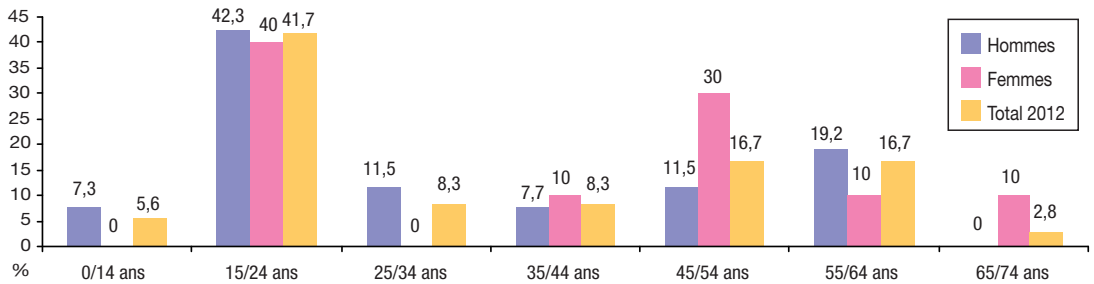
Le nombre de consultations s'élève à 1 637 (+11,7% par rapport à 2011). La durée moyenne de consultation est de 46 minutes, l'âge moyen des patients est de 78 ans.

Les motifs de consultation les plus fréquents concernent le suivi mémoire et la mémoire (70%) et les évaluations gériatriques standardisées (16%).

Suicide : un aspect de la pathologie mentale

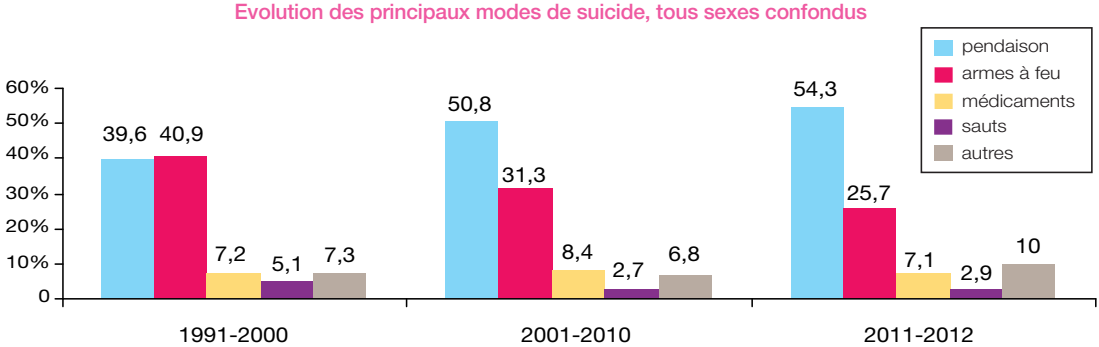
Le suicide représente un problème de santé publique majeur dans le monde, et tout particulièrement chez les adolescents. En métropole, le suicide est une cause importante de mortalité prématurée par rapport aux autres causes de décès, et touche davantage les adultes jeunes.
Ne disposant pas des données concernant les tentatives de suicide, seuls les décès par suicide sont présentés.
En 2012, on a observé 36 décès par suicide, soit 2,7% de l'ensemble des décès (N=1322) et 22,3% des décès par mort violente, ce qui représente un taux brut de mortalité égal à 14,4 pour 100 000 habitants (hommes : 20,5 pour 100 000 ; femmes : 7,8 pour 100 000) et un taux standardisé égal à 14,1 (hommes : 20,9 pour 100 000 ; femmes : 7,8 pour 100 000).
Les suicides chez les hommes représentent plus de 72% de l'ensemble des suicides, soit 2,5 fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes en 2012 (26 chez les hommes contre 10 chez les femmes).
L'âge varie entre 14 ans pour les 2 plus jeunes et 73 ans pour le plus âgé.
Si l'on considère le nombre de suicides par tranche d'âge, la classe d'âge la plus touchée chez les hommes comme chez les femmes est celle des 15-24 ans avec 42,3% des suicides chez les hommes et 40% chez les femmes.

Pourcentage du nombre de décès par suicide selon le sexe et la tranche d'âge en 2012



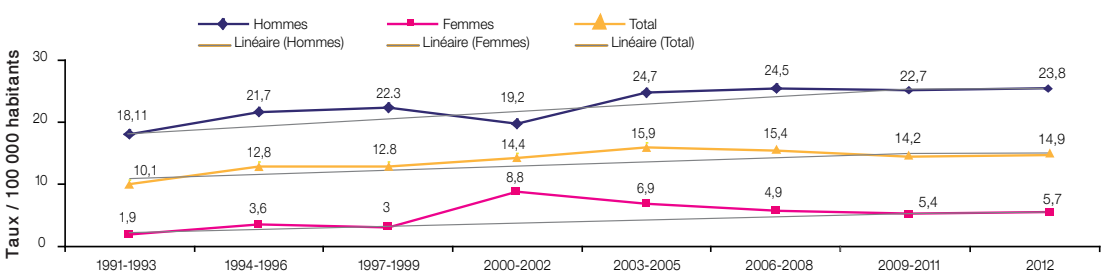
Le principal mode de suicide, en 2012, tous sexes confondus, est la pendaison et concerne 58% des suicides. On ne note aucun suicide par médicaments et par saut en 2012.
Quel que soit le sexe, on observe une progression de la proportion des suicides par pendaison au dépend des suicides par arme à feu.

Evolution des principaux modes de suicide, tous sexes confondus



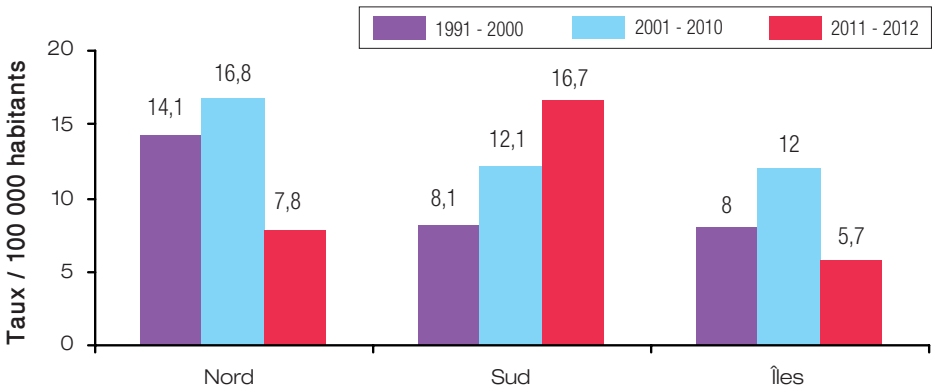
Comme nous pouvons le constater sur la figure suivante, le taux moyen annuel brut de mortalité par suicide a tendance à diminuer chez les femmes depuis 2000, et chez les hommes depuis 2003.

Evolution du taux brut moyen annuel de mortalité selon le sexe



Lorsque l'on rapporte ces décès par suicide à la population concernée, on observe une augmentation du taux moyen annuel entre les périodes 1991-2000 et 2001-2010 dans la province nord et la province Iles, et une diminution en 2011-2012. Le taux moyen annuel de la province Sud poursuit sa croissance.

Taux moyen annuel brut de mortalité par suicide selon la province de résidence



Comparaison avec la zone Europe

Le taux standardisé moyen observé en Nouvelle-Calédonie est de 23,8 pour 100 000 chez les hommes et de 5,65 pour 100 000 chez les femmes. Pour l'ensemble, il est de 14,4 pour 100 000 selon l'âge et il est inférieur au taux métropolitain (16,0 décès pour 100 000 personnes en 2006).
La France se classe au 3ème rang de l'Europe derrière la Finlande et l'Autriche (respectivement 26,3 et 24,0 pour 100 000).

Conclusion

Le suicide représente un problème de santé publique en grande partie évitable selon l'OMS et chaque décès par suicide a des conséquences dévastatrices du point de vue affectif, social et économique pour de nombreuses familles. De nombreuses causes sous-jacentes et complexes sont décrites à l'origine d'un comportement suicidaire, notamment la pauvreté, le chômage, la perte d'un être cher, des disputes, des ruptures et des ennuis professionnels ou avec la justice. Les antécédents familiaux ainsi que l'abus d'alcool, de drogues, les sévices sexuels subis pendant l'enfance, l'isolement social et certains troubles mentaux comme la dépression et la schizophrénie jouent un rôle crucial dans de nombreux cas.

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. Toutefois, même si le taux de suicide est moins élevé que le taux de décès par accident de la circulation, il représente une cause importante de mortalité, notamment chez les jeunes hommes, qui pourrait être évitable.

Une identification précoce des troubles mentaux et un traitement approprié constituent une importante stratégie préventive, en particulier chez les jeunes. Les professionnels de santé, les enseignants, les personnels du secteur social ont un rôle important à jouer dans ce domaine par la mise en place d'un réseau de prise en charge des jeunes.

Consommation de psychotropes

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

Les consommations restent stables sur la période observée.

Le tétrazépam est en augmentation significative croissante depuis plusieurs années. Ce médicament est une benzodiazépine qui n'est pas indiquée pour ses propriétés psychotropes (qui existent pourtant) mais pour ses effets myorelaxants. Ce médicament a été retiré du marché européen le 8 juillet 2013 : des réactions cutanées rares mais très graves, et parfois mortelles, sont à l'origine de cette suspension du marché européen.

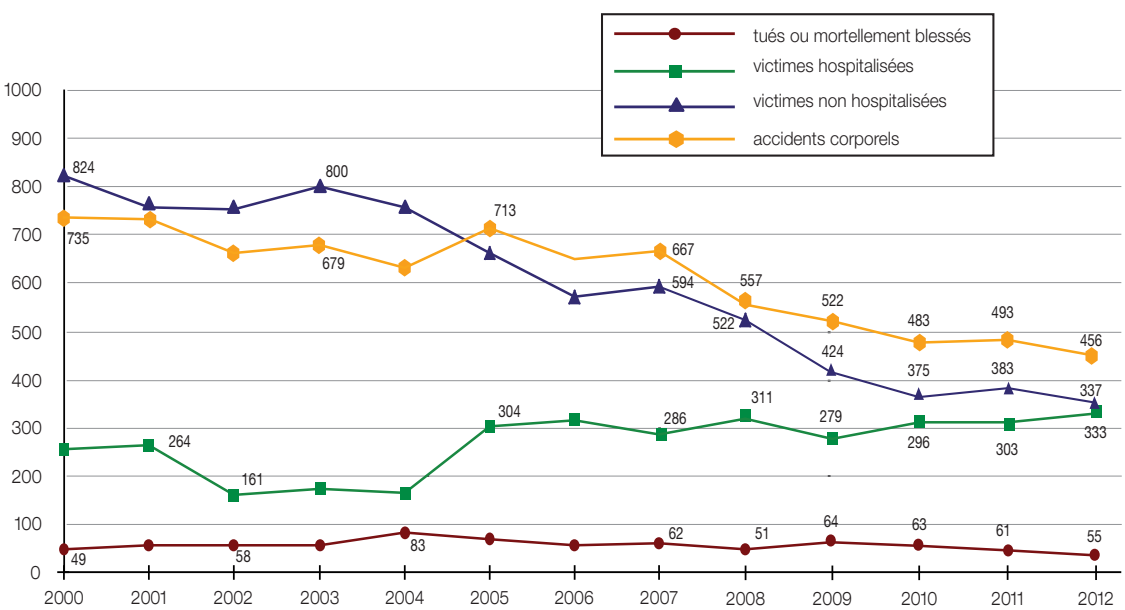
Après une augmentation significative de sa consommation jusqu'en 2010, la consommation de méprobamate chute suite à l'annonce de son retrait du marché, rendu effectif le 10 janvier 2012. Ce retrait concerne les spécialités contenant du méprobamate seul (voie orale) et de Mépronizine® (méprobamate, acéprométazine) indiquée dans le traitement des insomnies occasionnelles ou transitoires), dont le rapport bénéfice/risque est désormais considéré défavorable.

Accidents de la circulation

Parc automobile : le nombre annuel de vente de véhicules ne cesse d'augmenter depuis 2000. En 2012, **12 784 nouveaux véhicules** ont été immatriculés en Nouvelle-Calédonie.
La somme des véhicules en circulation est estimée à **150 000 véhicules** d'après le bilan 2010 de la Police Nationale soit 1 véhicule par habitant de plus de 20 ans.

Accidents corporels : en 2012, on a enregistré **456 accidents avec dommages corporels** constatés sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie qui ont occasionné **55 tués ou mortellement blessés**, soit 7,6% de l'ensemble des **725 victimes** (dont 333 blessés hospitalisés et 337 blessés non hospitalisés).
En 2012, on observe une diminution de -7,5% du nombre d'accidents corporels par rapport à 2011 et de -3% du nombre de victimes.
Le nombre de tués en 2012 est bien en dessous de la valeur moyenne sur les neuf années précédentes (2003-2011) qui est de 63 personnes tuées par an.

Evolution annuelle des accidents corporels, tués ou mortellement blessés, victimes hospitalisées, victimes non hospitalisées.



Pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, en 2012, les deux principaux facteurs présents dans les accidents mortels sont :

- pour **32%** la vitesse inadaptée ou excessive,
- pour **46,8%** la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique et/ou sous l'emprise de stupéfiants dont 6,4% des décès où il y a eu association alcool/cannabis.

En France métropolitaine, en 2012 (provisoire) le pourcentage des facteurs comportementaux qui participent à l'occurrence des accidents ou qui influent sur la gravité des accidents est moins élevé qu'en Nouvelle-Calédonie dans les 2 mêmes principales catégories :

- **26%** des accidents mortels ont pour cause identifiée la vitesse,
- **31,6%** pour cause de conduite en état alcoolique dont **14,5%** impliquant au moins un conducteur ayant fait usage de stupéfiants.

A titre comparatif, la Nouvelle-Calédonie atteint un taux brut de **224 tués** pour 1 million d'habitants (pop. au 1er janvier 2009) soit **3,8 fois plus** qu'en France métropolitaine où le taux est de 58 tués/million d'habitants.

MÉDECINE DU TRAVAIL

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

1 - Le Service Médical Interentreprises du Travail (SMIT) a pour mission d'assurer le suivi de médecine du travail des salariés du régime CAFAT pour les entreprises qui ne possèdent pas leur propre service. En 2012 le SMIT avait en charge 92 635 salariés à surveiller pour 14 416 entreprises.
En 2012, 32 859 visites ont été effectuées contre 33 217 en 2011.
Le nombre de visites périodiques est de 14 036 et celui des non périodiques est de 19 181.
Parmi les visites non périodiques il y a les visites d'embauche, les visites de reprise de travail après une maladie, les visites occasionnelles.
Au total, 31 628 décisions ont été prises au cours de l'année 2012. Parmi les personnes examinées 27 918 ont été déclarées aptes. Les autres personnes ont été déclarées aptes avec restriction ou inaptes. 5 maladies professionnelles ont été dépistées. 5 troubles musculo-squelettiques et un cas d'asthme ont été déclarés par les médecins du SMIT et acceptés par le service AT de la CAFAT.

2 - Le Département médical de la Société Le Nickel (SLN) se compose de deux services : médecine de soins et médecine de prévention. La médecine de soins réalise les consultations spontanées ainsi que les vaccinations. La médecine de prévention se charge du contrôle médical des salariés lors de la visite médicale d'embauche et de la visite médicale périodique. La visite médicale périodique s'effectue tous les ans pour la majorité du personnel. Les personnels très exposés, tels les soudeurs d'électrodes, passent la visite périodique tous les six mois. Ce département effectue la surveillance médicale spéciale, les visites médicales de reprise, les examens complémentaires.
Il surveille également les personnes handicapées et les femmes enceintes. Les salariés soumis à la surveillance médicale spéciale sont les salariés affectés aux travaux dangereux ou comportant des risques déterminés par **l'arrêté n°4775-T du 10 décembre 1993, l'article 1 134 alinéa 1, ligne 2 et ligne 3**.
Les visites médicales de reprise sont effectuées après les accidents de travail, les maladies professionnelles, les absences supérieures à un mois ou les absences répétées.
Les examens complémentaires pratiqués sont les suivants : bilans sanguins, urinaires, radiologiques, cardiologiques, neurologiques, gastro-entérologiques, ORL, ophtalmologiques, toxicologiques, dermatologiques et des surveillances particulières comme la Nickélurie, l'épreuve fonctionnelle respiratoire, la radiographie pulmonaire grand format et le travail sur écran.

Chiffres 2012 : 6 sites, employant au total 2 239 salariés, ont été suivis par le médecin du travail.
Au total, 4 681 examens médicaux ont été effectués dont 2 138 examens périodiques et 2 543 pour les visites d'embauche, les accidents de travail et les visites de reprise. 13 199 examens complémentaires ont été pratiqués.

3 - Le Service de médecine du travail du CHT créé en janvier 1998. Le service est installé sur le site de l'Hôpital Gaston Bourret. Il s'occupe de la surveillance médicale du personnel des quatre sites du CHT : Gaston Bourret, Magenta, centre antihansénien Raoul Follereau et centre antituberculeux du Col de la Pirogue. Le service s'occupe également de la surveillance des fonctionnaires du CHS Albert Bousquet et de l'institut Pasteur.

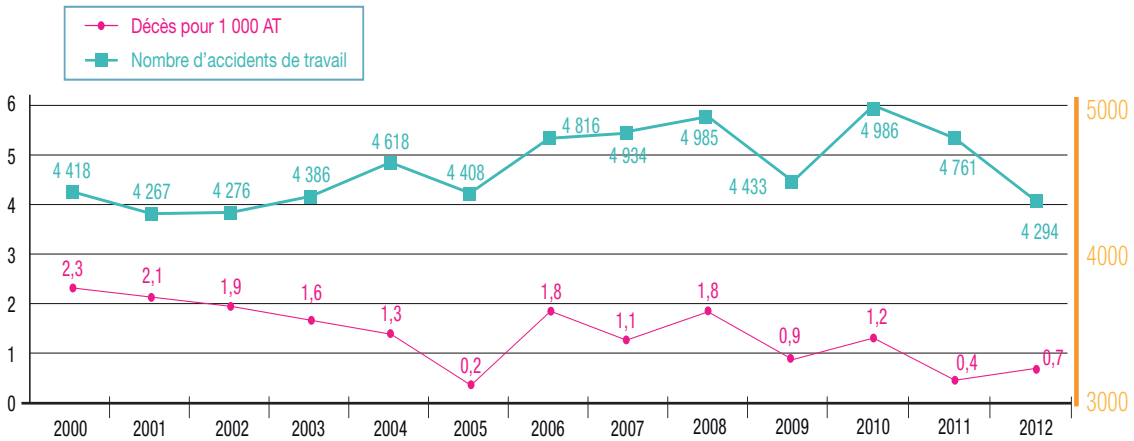
En 2012, il surveille environ 2 941 personnes pour le CHT (fonctionnaires et contractuels), le CHS et l'institut Pasteur.

ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT) :

A partir des données de la CAFAT : en 2012 ont été enregistrés 4 294 accidents du travail soit une baisse de -9,8% par rapport à 2011. 157 accidents de trajet avec arrêt de travail (+55,4% par rapport à 2011) et 103 maladies professionnelles (+9,6% par rapport à 2011). Le nombre de journées d'arrêt indemnisées (73 361) est en augmentation par rapport à 2011 (+12,1%) et la durée moyenne d'un arrêt de travail par sinistre est passée de 29,8 journées en 2011 à 28,1 journées en 2012.

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.

Evolution du nombre d'AT et du nombre de décès suite à un AT.



En 2012, on constate une diminution du nombre des accidents de travail et une augmentation des décès, des accidents de trajet et des maladies professionnelles par rapport à 2011.

Addictions : alcool, tabac, stupéfiants

ALCOOL

Consommation :

En 2012, **1 926 387 LAP** (litres d'alcool pur), ont été consommés en Nouvelle-Calédonie, soit 2,5% de plus qu'en 2011.

La proportion de bière consommée en 2012 représente **42,2%** de la consommation totale.

Cette consommation reste stable par rapport à 2011.

On note une augmentation (1,6%) de la consommation de vin par rapport à 2011. En 2012 elle représente **33,0%** de la consommation totale.

La proportion d'alcool fort représente **24,8%** de la consommation totale, soit une augmentation de la consommation de 4,1% par rapport à 2011.

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

En Nouvelle-Calédonie on recensait, à partir des certificats médicaux de décès, 32 décès liés totalement ou très majoritairement à l'alcool en 2012, soit 2,4% du nombre total de décès, soit un taux brut annuel égal à **12,7 décès** pour 100 000 habitants.

Entre 1991 et 2012, 725 décès liés à l'alcool ont été enregistrés et représentent **2,9% de l'ensemble des 24 374 décès survenus depuis 22 ans**, soit un taux moyen brut égal à **15,3 décès** par an pour 100 000 habitants.

Outre ces 725 décès, on peut y inclure les décès, pour lesquels l'alcoolisme, aigu ou chronique, a été indiqué en renseignement complémentaire soit **577 décès** supplémentaires, ce qui porte ainsi à **1 302** le nombre de décès imputables à l'alcool.

Estimation élargie : **2 659 décès**, **10,9%** (nombre de décès attribuables à l'alcool d'après l'étude de Catherine HILL et Jean Pierre PIGNON).

Les comportements chez les jeunes :

Mise en œuvre par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) depuis 2000 en partenariat avec la Direction du Service National (DSN), l'enquête déclarative ESCAPAD est effectuée à partir d'un questionnaire proposé à l'ensemble des jeunes présents lors d'une Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Elle renseigne sur les niveaux d'usage et les évolutions en termes de produits et de modalités de consommation.

Rappel : la **dernière enquête ESCAPAD** s'est déroulée en mars 2011 dans l'ensemble des centres métropolitains ainsi que ceux de la Guyane, Martinique, Guadeloupe et la Réunion.

TABAC

Le monopole des tabacs en Nouvelle-Calédonie a été institué par le décret du 17 octobre 1916.
La Régie Locale des Tabacs, section du service des contributions diverses au sein de la Direction des Services Fiscaux, est chargée d'assurer la distribution des produits du monopole des tabacs.
Dans ce chapitre, l'unité de tabac est : 1 cigarette = 1 cigare = 1 gramme (convention Seita).

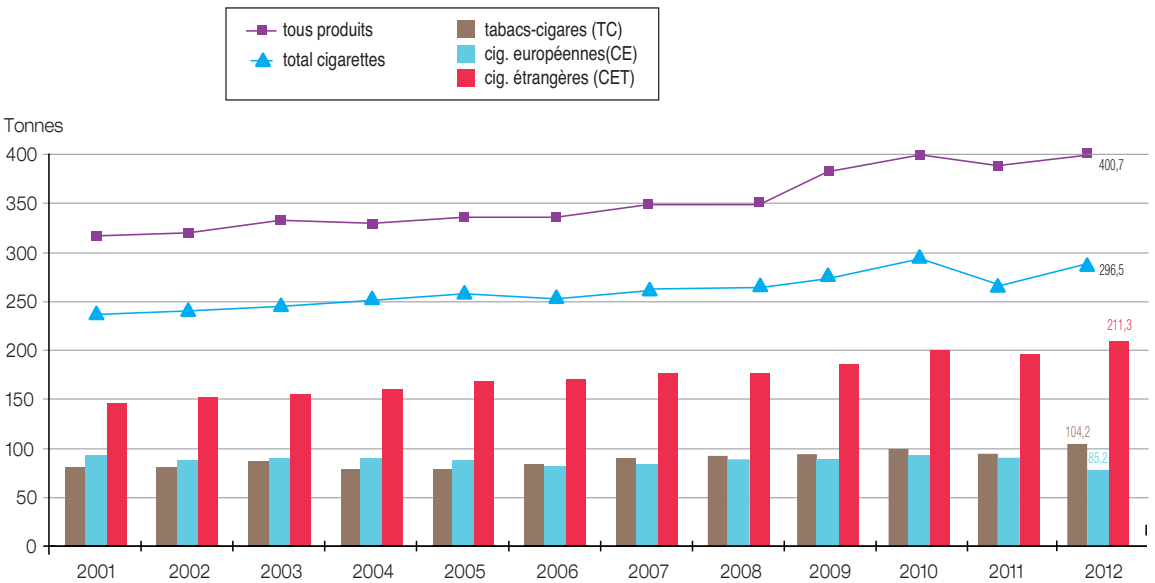
Pour l'année 2012, la vente totale de tabac est établie à : **400,7 tonnes,** soit **9,8%** de plus qu'en 2011.

Malgré une légère baisse en 2011, la consommation de tabac contunue d'augmenter.

L'estimation de la consommation quotidienne de tabac, tous produits confondus, par adulte de 15 ans et plus, est évaluée à 5,81 grammes/adulte/jour.
Les recettes encaissées par la régie locale des tabacs ont cependant augmenté de 13,1% en 2012 par rapport à 2011.

A noter que le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, dans sa séance du 24 décembre 2010, a arrêté la liste des nouveaux prix de vente de tabac en Nouvelle-Calédonie. Ces nouveaux prix sont entrés en vigueur le samedi 26 décembre 2010.

Evolution de la consommation des produits.



Conséquences du tabagisme

Morbidité : les principales pathologies liées au tabagisme et pour lesquelles il est possible de disposer de données en matière de morbidité sont les cancers respiratoires (poumons 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 dernières données annalysées du registre du cancer de Nouvelle-Calédonie montrent qu'en 2009, on enregistrait **151 nouveaux cas de cancers de l'appareil respiratoire**.

Mortalité

Parallèlement à la morbidité, il est possible de quantifier la mortalité liée au tabagisme à partir de l'analyse des certificats médicaux de décès qui sont enregistrés depuis 1991 en Nouvelle-Calédonie. 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 des pathologies liées au tabac, on obtient alors 2 701décès chez les hommes et 334 chez les femmes, qui seraient attribuables au tabac, soit 3 035 pour 24 374 décès au cours de la même période, c'est-à-dire **12,4% des décès**, ce qui représenterait un taux brut moyen de décès attribuables au tabac égal à **66,9 pour 100 000** (91-2012).

En France métropolitaine, en 2000, les décès liés au tabac représentent 20% de la mortalité masculine et 2% de la mortalité féminine.

DROGUES ILLICITES

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.
D'autres petites saisies diverses sont parfois réalisées.

Les efforts des effectifs de gendarmerie en matière de lutte contre le cannabis se traduisent de façon visible au niveau de la masse des saisies. Les saisies concernent principalement des plants. Un plant est comptabilisé comme équivalent à 200g de cannabis.

Ramenées à l'effectif de la population de Nouvelle-Calédonie, ces saisies indiquent qu'il existe une économie liée au trafic de cannabis.

La saisie exceptionnelle de 1 981 kilogrammes de cocaïne correspond à l'interception d'un bateau à destination de l'Australie.

A noter également la saisie de 20 977 pieds et plants de cannabis au cours de l'année 2012, ainsi que de 34 grammes de cannaiboïdes de synthèse et 18 grammes de champignons hallucinogènes.

Saisies (en g)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cannabis	3 833 264	2 045 060	3 458 102	3 156 117	1 843 062	4 309 063	5 389 723	217 707	437 883
Résine de cannabis	20	281	2	1	41	31	71	1 300	234
Huile de cannabis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cocaïne	0	198	0	3	0	1	1	3	1 981
Héroïne	0	0	0		0	0	0	0	0
LSD	0	0	0	8 buvards	0	17 buvards	0,04 g	0	0
MDMA	4	0	0			0	0	0	9
Méthamphétamine	20	0	0			0	0	1	0
Ecstasy					1	1	0	1	3

En 2012, une plante le Biak (ou Krotom) a été importée à plusieurs reprises sur le territoire, afin d'être consommée dans les nakamals. Le Biak (Mitragyna speciosa) de la famille des Rubiacées, est un arbre tropical indigène en Asie du Sud-Est, maintenant cultivé un peu partout dans le monde. Les principaux composants psychoactifs dans les feuilles sont des opiacées : la mitragynine et la 7-hydroxy-mitragynine, beaucoup plus puissantes que la morphine.

La toxicomanie à la codéine existe en Nouvelle-Calédonie mais n'est pas évaluée avec précision. Elle utilise essentiellement la spécialité pharmaceutique Codoliprane® (association de 20 mg de phosphate de codéine à 400 mg de paracétamol).

Les produits dérivés de la N-Benzylpipérazine ou BZP, dont les effets se rapprochent de ceux des amphétamines, ont été classés comme stupéfiants en 2009. Leur importation en Nouvelle-Calédonie est désormais interdite.

APPROCHE PAR POPULATION

Femmes

Au 01/01/2011, on estime la population féminine à **124 274 femmes** dont 53,3% entre 15 à 49 ans (et peuvent être considérées comme en âge de procréer).

CONTRACEPTION

L'activité liée à la contraception peut être estimée par l'activité liée à ces prescriptions au travers des centres médicaux provinciaux. Toutefois, en raison de la non complétude des données pour 2012, ces chiffres ne seront pas présentés en dehors de ceux du Centre de Conseil Familial de Nouméa (CCF) où l'activité liée à la contraception s'est développée de façon importante grâce sans doute aux campagnes de promotion de la contraception et à l'implication de tout le corps médical quel qu'en soit le mode d'exercice et ceux du centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

- En 2012, au CCF, on note une augmentation de consultations pour contraception (de 22,2% par rapport à 2011) avec une utilisation de plus en plus fréquente de l'Implanon fourni gratuitement depuis 2008 (sauf aux CAFAT et mutuelles).

- Malgré une réorganisation de l'activité du médecin avec abandon de l'activité gynécologique de prévention et de dépistage, la file active en PMI reste intense.

Afin d'obtenir une estimation du taux de contraception des femmes calédoniennes plus proche de la réalité, les données concernant la vente des produits contraceptifs ont été utilisées. Ainsi, si l'on rapporte le nombre total de plaquettes de contraceptifs oraux vendus au nombre annuel nécessaire pour une année de contraception, on obtient une estimation du nombre de femmes sous contraception orale pour un an.

Ce calcul est aussi fait pour la contraception par voie IM (Intra Musculaire) (4 injections par an pour les produits utilisés en Nouvelle-Calédonie), et pour les DIU (Dispositif Intra Utérin) (on considère ici qu'un DIU a une durée moyenne de 5 ans).

En 2012, on peut estimer à au moins 35 472 femmes/année sous contraception (on ne comptabilise pas les autres moyens de contraception, comme les préservatifs et autres méthodes), ce qui représenterait une couverture de 53,5% de la population féminine concernée.

IVG

Les modalités d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont été définies en Nouvelle-Calédonie par délibération du 22 septembre 2000 et sont mises en application depuis le 1er janvier 2001.
C'est à partir de l'enquête annuelle Recueil de l'Offre de Soins et de l'Activité (ROSA) que le taux d'IVG pour 1 000 femmes à été calculé (chiffres 2012 non diponibles).
En 2011, pour 1 000 femmes entre 15 à 49 ans considérées comme en âge de procréer (population moyenne), le taux d'IVG en Nouvelle-Calédonie est donc au moins égal à **25,7 pour 1 000**. Cette estimation, particulièrement élevée est à mettre en rapport avec la couverture contraceptive encore insuffisante en Nouvelle-Calédonie, outre le taux de grossesses non désirées qui aboutissent à une naissance.
En France Métropolitaine le nombre d'avortements pour 1 000 femmes est de 14,5 en 2009.

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le dépistage du cancer du col de l'utérus fait partie des 9 thèmes prioritaires du plan de prévention voté par les élus du Congrès du Territoire en 1994 (délibération n° 490 du 11 août 1994, portant plan de promotion de la santé). Une manière directe d'évaluer l'effet de ce dépistage consiste à suivre régulièrement l'évolution du nombre de frottis réalisés en Nouvelle-Calédonie au travers de l'activité des laboratoires.

En 2012, 22 688 frottis ont été réalisés en Nouvelle-Calédonie par deux laboratoires d'analyses (soit 4,7% de moins qu'en 2011). 3,3% de ces frottis présentaient des lésions pathologiques.

MATERNITÉ

L'âge de la mère à la naissance augmente de façon régulière depuis 30 ans. En 1980 pour le premier enfant, l'âge moyen de la mère était égal à 23,9 ans contre 26,9 ans en 2010 (12,6%) (chiffre ISEE).

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS

On note en 2012, un taux élevé de césariennes aussi bien dans le secteur public que privé, dépassant le taux de la Métropole (20,2% en 2009).

2012	Secteur public	Secteur privé	Total
Nombre d'accouchements	2 595	1 846	**4 441**
Nombre de césariennes	478	476	**954**
% de césariennes / accouchements	18,4	25,8	**21,4**

(Source : Réseau Périnatal de Nouvelle-Calédonie

DÉCÈS MATERNELS

La mort maternelle entendue à l'origine comme le décès d'une femme donnant naissance à un enfant, a été étendue depuis quelques années à tout décès de cause obstétricale survenant au cours de la grossesse, l'accouchement ou dans les suites de couches jusqu'à 42 jours (définition A de l'OMS). Cette définition reprend celle élaborée par la Fédération internationale de gynécologie obstétrique, ce qui amène à inclure les décès liés aux avortements et aux grossesses extra-utérines et à exclure tout décès dont l'origine est accidentelle ou fortuite même s'il survient au cours de la grossesse (accident de la route, suicide ou homicide, tumeurs et pathologies diverses), s'il est sans rapport avec l'état gravide. 2 décès maternel a été enregistré en 2012 (1 en 2011) soit un total de 27 depuis 22 ans. Pour la période 1991-2012, le taux moyen s'établit donc à **26,8 pour 100 000 naissances vivantes**.

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

ENFANTS NÉS PRÉMATURÉMENT

4 441 naissances ont été enregistrées en 2012 (source : réseau périnatal de Nouvelle-Calédonie). Elles sont réparties de la manière suivante :

LIEU	2011			2012		
	âge gestat. < 37 sem	naissances totales	% de gest < 37 sem	âge gestat. < 37 sem	naissances totales	% de gest < 37 sem
Hôpital P. Thavoavianon	15	282	5,3	18	319	5,6
CHT	288	2 162	13,3	356	2 276	15,6
Polyclinique Anse Vata	18	698	2,6	20	800	2,5
Clinique Magnin	34	982	3,4	32	1 046	3,0
Total des données disponibles	**355**	**4 124**	**8,6**	**426**	**4 441**	**9,6**

A partir de ces données, on peut estimer le taux de prématurité à au moins 9,6%. Ce taux reste moins élevé que celui de la métropole (7,4% en 2010).

CAUSES DE MORTALITÉ INFANTILE

615 décès d'enfants de moins d'un an ont été enregistrés entre 1991 et 2012.
Les pathologies d'origine périnatale (souffrances fœtales, infections néonatales, pathologies respiratoires spécifiques à la période néonatale…) représentent la principale cause de décès avec 35,1% des décès, puis les anomalies congénitales avec 17,1% des décès (essentiellement représentés par les anomalies cardiovasculaires et du système nerveux : 49,5%), les pathologies infectieuses : 40 cas.

A noter 61 cas de mort subite du nourrisson observés sur cette période, soit 9,9% de ces décès.

Ces chiffres confirment la nécessité du suivi des grossesses, afin de dépister le plus précocement possible toute pathologie congénitale, mais aussi de dispenser des informations aux mères sur la nécessité d'accoucher dans une structure médicalisée afin de mieux prendre en charge à la naissance tout enfant présentant une pathologie périnatale.

JEUNES ENFANTS

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

En effet, en Nouvelle-Calédonie, la réglementation prévoit pour les enfants des vaccinations obligatoires contre certaines maladies transmissibles comme la diphtérie, le tétanos, la polio, la tuberculose, la coqueluche, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite virale B depuis 1989, les infections à haemophilus B depuis 1994.

Depuis 2006, la vaccination contre le pneumocoque est recommandée à partir de 2 mois.
Toutes ces vaccinations sont prises en charge à 100% par les organismes de prévention sociale.

LES VISITES SCOLAIRES SYSTÉMATIQUES

La santé de l'enfant scolarisé ne se limite pas aux constats et surveillance d'une prise en charge des maladies, handicaps, maltraitances… De multiples facteurs physiques, éducatifs, sociaux et psychologiques peuvent être repérés à l'école. Ils conditionnent la santé actuelle de l'enfant, déterminent leur futur capital santé. Ce repérage est une étape importante pour la lutte contre l'échec scolaire.

Les visites médicales sont obligatoires dans certaines classes des différents cycles de la scolarité.

L'enfant bénéficie de test de dépistage de troubles de la vision, de l'audition, d'une analyse d'urine, d'une vérification du calendrier vaccinal, d'un examen clinique : aspect de l'état cutané, du cuir chevelu, état bucco-dentaire, auscultation cardio-pulmonaire, organes génitaux, rachis... et d'un tubertest, si besoin, en CP et CM2, avec accord parental.

En 2012, le centre médico-scolaire de Nouméa a effectué 13 280 visites médicales en classe maternelle, primaire et classes spécialisées. En province Nord, 3 451 enfants ont été examinés.

ORGANISATION DES SOINS

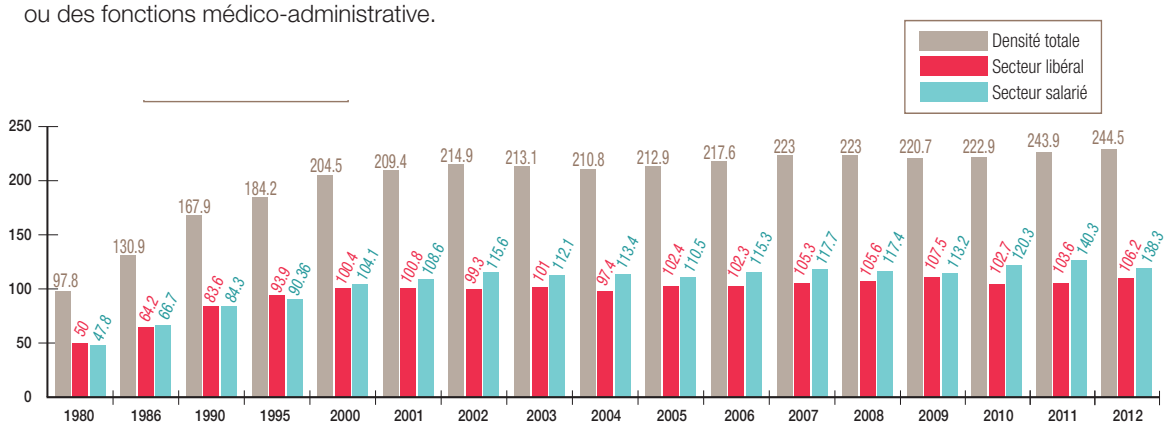
Démographie des professionnels de santé

MÉDECINS

Les résultats présentés sont issus de l'exploitation du fichier des professionnels de santé géré par l'Inspection de la Santé à la DASS-NC, croisé avec les données des fichiers de la CAFAT, et celui de l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie.
Pour 2012 les chiffres ont été arrêtés au 1er novembre.
Cet effectif inclut les médecins libéraux conventionnés ou non, les médecins du secteur public en poste ainsi que les médecins salariés du secteur privé.
Sont exclus :
- les médecins effectuant un remplacement ; le titulaire du poste ou le médecin remplacé restant comptabilisé,
- les internes,
- les médecins dont le diplôme est enregistré, mais non encore installés ou à la recherche d'un emploi.

Dans le répertoire ADELI (Automatisation DEs Listes), le médecin est considéré comme spécialiste s'il exerce sa spécialité. La nomenclature retenue est donc **une nomenclature d'exercice**.

626 médecins étaient en activité en 2012 (272 exerçaient dans le secteur libéral et 354 étaient salariés), soit une augmentation de 1,8% par rapport à 2011. En 2012, on constate une stabilité de l'effectif des médecins du secteur salarié, et une augmentation de 3,5% du secteur libéral. En 2012 la densité est de 244,5 médecins pour 100 000 habitants.
Parmi ces 626 médecins, 571 avaient une activité curative, les autres développant une activité de prévention ou des fonctions médico-administrative.



On observe des disparités de densités selon les provinces, la plus basse est retrouvée dans la Province des Iles, la plus élevée en province Sud, en particulier à Nouméa en raison de la présence des établissements hospitaliers et des cliniques où exercent la plupart des spécialistes et un grand nombre d'omnipraticiens.

En province Nord, elle est intermédiaire entre celle des Iles et celle du Sud.

Ces écarts de densité pour les médecins curatifs sont donc les suivantes :
- province Sud : 276,9 ;
- province Nord : 144,1 ;
- Iles Loyauté : 114,9.

304 (soit 54,0%) des médecins curatifs en activité, sont des omnipraticiens, soit une densité égale à **118,8 pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, densité plus faible que celle de la France métropolitaine estimée qui à 145,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants** (estimation ATLAS de la démographie médicale en France - CNOM au 1er janvier 2011). **91%** des généralistes de la province Sud exercent dans la zone de Nouméa et du Grand Nouméa, soit une densité égale à **119,4** pour cette zone contre **137,3** pour l'ensemble des autres communes de la province Sud.

267 médecins spécialistes curatifs étaient en activité en 2012, ce qui représente une densité de **104,3** spécialistes pour 100 000 habitants en Nouvelle-Calédonie (cette densité atteint **171**en France métropolitaine : source Atlas de la démographie médicale en France - CNOM au 1er janvier 2011). La densité est plus élevée en province Sud (**133,8**) et plus particulièrement à Nouméa (**237,5**), en raison de la présence des principaux établissements hospitaliers et plateaux techniques.
44% des médecins spécialistes curatifs exercent une spécialité médicale, **27,4%** une spécialité chirurgicale.

Répartition des médecins spécialistes (curatifs) par grandes disciplines

	Spécialité médicale	Spécialité chirurgicale	Psychiatrie	Biologie médicale
Effectif	116	113	25	12
Pourcentage	**43,6%**	**42,5%**	**9,4%**	**4,5%**

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'effectif de chaque profession et la répartition par secteur d'activité, sont extraits des données du fichier ADELI, des fichiers des différents employeurs et de la CAFAT pour l'année 2012.

La densité des chirurgiens-dentistes en Nouvelle-Calédonie est de 43,8 pour 100 000 habitants (N=112). La répartition entre secteur salarié et secteur libéral est respectivement de 33% et de 67%. La densité des chirurgiens-dentistes exerçant en libéral est de 29,3 pour 100 000 habitants. En France Métropolitaine, la densité moyenne est égale à 63 pour 100 000 au 01/01/2012.

La densité totale des masseurs-kinésithérapeutes en Nouvelle-Calédonie est de 50,0 pour 100 000 habitants (n=128), celle des libéraux est de 39,8 pour 100 000 habitants (n=102). En France Métropolitaine, la densité est de 116 au 01/01/2012.

La densité de l'ensemble des infirmiers (soins généraux, spécialisés et cadres) est de 520,3 pour 100 000 habitants en Nouvelle-Calédonie (n=1 332). En France Métropolitaine, la densité des infirmiers était de 881 au 01/01/2012.

La densité des sages-femmes en Nouvelle-Calédonie, est de 164,9 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2012 (n=107). En France Métropolitaine, cette densité est égale à 130 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (démographie des professionnels 2012, source DREES au 01/01/2012).
La densité de pharmaciens, toutes catégories confondues, est de 74,6 pour 100 000 habitants (N = 191) en Nouvelle-Calédonie pour 2012. En France Métropolitaine, cette densité est plus élevée et était égale à 113 au 01/01/2012.

LITS ET PLACES D'HOSPITALISATION (AU 31 DÉCEMBRE 2012)

Disciplines de court séjour :

Médecine : La Nouvelle-Calédonie dispose de 314 lits d'hospitalisation complète et 25 places en hospitalisation de jour dans les disciplines médicales.

Chirurgie : Les capacités dédiées aux spécialités chirurgicales sont constituées de 219 lits d'hospitalisation complète et de 26 places de chirurgie ambulatoire.

Obstétrique : 88 lits et 2 places sont installées pour répondre aux besoins en gynéco-obstétrique.

Soins critiques : 40 lits de réanimation / Soins intensifs sont installés au CHT Gaston Bourret ; 17 lits de surveillance continue sont en outre installés dans les autres établissements, mais comptabilisés dans les capacités de médecine.

Au total : les disciplines de court séjour représentent 661 lits installés en hospitalisation complète (HC) et 53 lits en hospitalisation de jour (HJ).

La psychiatrie

Adultes : Les capacités hospitalières de psychiatrie adulte, sous la responsabilité du Centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet, sont constituées de 111 lits installés (hospitalisation complète) et de 58 places d'hospitalisation de jour.

Infanto-juvénile : La pédopsychiatrie dispose de 25 places d'hospitalisation de jour.

Gériatrie :

- Les lits destinés à prendre en charge les personnes âgées sont installés au CHS Albert Bousquet, et sont répartis en 20 lits de soins de suite et de réadaptation à orientation gériatrique, et 57 lits de long séjour.
- 18 lits de Centre Raoul Follereau, géré par le CHT, accueillent en outre des personnes âgées sur une activité de long séjour à vocation médico-sociale.

Les Soins de Suite et de Réadaptation (moyen séjour)

La Nouvelle-Calédonie dispose de 74 lits de soins de suite, et de 14 lits de rééducation fonctionnelle, répartis comme suit :

- 40 lits de soins de suite gérés par le CHT sur deux sites (34 au Centre Médical du Col de la Pirogue et 6 au Centre Raoul Follereau) ;
- 20 lits de soins de suite à orientation gériatrique installés au CHS ;
- 14 lits de soins de suite installés sur le site de Poindimié du Centre hospitalier du Nord ;
- 14 lits de rééducation fonctionnelle gérés par le CHT, mais installés dans les locaux du CHS.

Répartition 2012 des lits et places d'hospitalisation par site en Nouvelle-Calédonie
(HC : hospitalisation complète - HJ : hospitalisation de jour)

	CHT		CHN Koumac		CHN Poindimié		Cliniques		CHS		TOTAL	
	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ
Médecine	206	20	20		16		72	5			314	25
Chirurgie	133	6	13		0		73	20			219	26
Gynéco-obstétrie	47	2	9		2		30	0			88	2
Réanimation, soins intensifs	40				0						40	0
Soins de suite	40				14				20		74	0
Rééducation fonctionnelle	14										14	0
Psychiatrie adulte									111	58	111	58
Pédopsychiatrie										25	0	25
Long séjour	18								57		75	0
TOTAL	498	28	42	0	32	0	175	25	188	83	935	136

Les lits polyvalents de proximité

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 : une capacité de 66 lits de médecine (19 en province Sud, 7 en province Nord et 40 en province des Iles) et de 25 lits d'obstétrique (6 en province Sud, 2 en province Nord et 17 en province des Iles) était ainsi comptabilisée en 2004.

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 78 lits (63 de médecine et 15 d'obstétrique) étant actuellement physiquement présents.

	Lits étiquetés « Médecine »	Lits étiquetés »Obstétrique »
Province Sud	16	6
Province Nord	1	1
Province des Iles	46	8
TOTAL	63	15

STRUCTURES PARAPUBLIQUES (2011-2012)

La Mutuelle du Nickel 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, situés à Thio et à Kouaoua. Un seul dentiste exerce sur les deux centres.

En 2012, il a été effectué 12 038 consultations d'ophtalmologie et 10 945 consultations dentaires.

La Mutuelle des Fonctionnaires :

Elle met à disposition :

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

En 2011, ont été effectuées 3 058 consultations dentaires, 7 665 consultations médicales.

La CAFAT :

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

- 10 médecins ;
- 4 chirurgiens dentistes ;
- 2 médecins radiologues (à temps partiel) ;
- des médecins spécialistes en cardiologie, pédiatrie et ORL effectuant des vacations.

Ont été effectuées en 2012, 28 558 consultations de médecine générale, 1 391 de médecine spécialisée et 2 699 consultations dentaires.

LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Moyens et activité du service de santé des armées au 31 décembre 2012.

Infirmeries	Lits	Personnel Médecins	Personnel Infirmiers	Nombre de Journées	Nombre de consultations
Centre de consultations interarmées', Nouméa	12	3	5[1]	234	5 335
Régiment d'infanterie de marine du Pacifique à Plum	7	3	4[1]	25	1 447
Base aéronavale de Tontouta	4	1	3	0	759
Régiment du service militaire adapté de Koumac	0	1	1	0	1 795
TOTAL	**23**	**8**	**13[1]**	**259**	**9 336**

Pour les consultations externes, les familles des militaires ont à leur disposition le Centre de Consultation Interarmées de Nouméa.

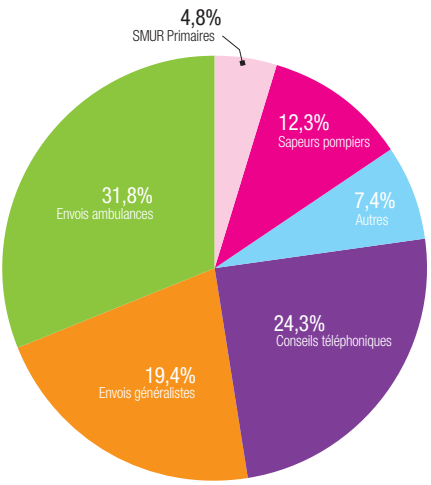
[1] dont 1 infirmier en mission de courte durée

URGENCES

Le SAMU a pour mission essentielle de fournir ou de faire assurer aux personnes malades, blessées, parturientes, où qu'elles se trouvent en Nouvelle-Calédonie et en permanence, les soins d'urgence appropriés. Le Service d'Accueil des Urgences a pour mission d'accueillir en permanence tous les patients arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'urgences lourdes ou d'urgences ressenties.

Les deux unités d'urgence, de Gaston Bourret et de Magenta, ont enregistré durant l'année 2012 :
45 850 passages contre 44 380 en 2011, soit une augmentation de 3,1% (+9,3% à Magenta et -0,6% à Gaston Bourret).
22,4% de ces passages ont entraîné une hospitalisation : 29,4% à Gaston Bourret et 12,5% à Magenta.

Résultats du SAMU - SMUR : le centre 15 a reçu 41 200 appels qui ont été médicalisés en 2012 soit +1,9% de plus qu'en 2011. Ces appels ont été traités comme suit (graphe ci-contre) :



Secteur médico-technique

Transfusion sanguine

ACTIVITÉ SYNTHETIQUE	2011	2012	Evolution 2012/2011
Personnes présentées	7 605	6 895	-9,4%
Dons du sang	6 110	5 552	-9,7%
Saignées thérapeutiques	490	415	-14,4%
DISTRIBUTION SERVICE DE TRANSFUSION SANGUINE	13 604	13 081	-4%
Produits sanguins labiles	7 134	6 380	-10,6%
Médicaments coûteux dérivés du sang	6 470	6 701	+3,6%

Activité de prélèvement

L'année 2012 est caractérisée par une diminution (-9,7%) des dons du sang et par une diminution du nombre de saignées thérapeutiques (-14,4%).

Activité de distribution

Le nombre total de produits distribués diminue (-4%) par rapport à l'année 2011.

Biologie médicale

Dans le secteur public, il existe un laboratoire de biochimie et d'hémostase au Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret et un laboratoire au Centre Hospitalier THAVOAVIANON à Koumac.
L'Institut Pasteur, essentiellement orienté vers la sérologie, l'hématologie, la microbiologie avec une activité d'anatomo-cytopathologie, est une fondation privée reconnue d'utilité publique qui a pour mission de contribuer à la prévention et au traitement des maladies par des actions de santé publique, la recherche et la formation.
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 Païta et un à Bourail.

Imagerie médicale

Au Centre Hospitalier Territorial de Nouméa, l'activité radiologique est séparée en deux départements : celui de l'établissement avenue Paul Doumer qui comprend l'Unité du Scanner et l'IRM depuis novembre 2005, et celui de l'Annexe de Magenta qui est essentiellement basé sur les examens de la femme et de l'enfant en matière de radiologie et d'échographie. A noter la convention entre le secteur public et le secteur privé, donnant accès au scanner et à l'IRM du CHT aux patients du secteur privé.

Les centres hospitaliers provinciaux P. THAVOAVIANON et D. NEBAYES possèdent une unité de radiologie, ainsi que le Centre Médico-Social de la CAFAT situé au Receiving.
Dans le secteur privé, il existe sept cabinets de radiologie.

PHARMACIES

65 officines de pharmacie sont autorisées et ouvertes au public :
62 en secteur libéral, et 3 mutualistes.
Ces 65 pharmacies sont réparties comme suit :

- A Nouméa : 24 officines dont 2 pharmacies mutualistes
- Les autres communes du grand Nouméa comptent 16 officines.
- Hors grand Nouméa, 21 officines dont 1 pharmacie mutualiste.
- Iles : 4 officines.

Deux médecins propharmaciens sont en exercice à l'Ile des Pins.

Pharmacie à usage intérieur d'établissement de santé

Quatorze 14 pharmacies à usage intérieur sont autorisées dans les établissements suivants : Azur santé, La Cordyline, ATIR NC, CHT Gaston Bourret, CHS Albert Bousquet, CH P. THAVOAVIANON, CH D. NEBAYES, Clinique Magnin, Clinique de l'Anse Vata, Clinique de la Baie des Citrons, Province Îles, Province Nord, Province Sud, et centre médical de Vavouto (KNS).

Pharmacie : distribution en gros

Il existe cinq établissements pharmaceutiques dont les deux grossistes-répartiteurs pharmaceutiques principaux : l'Office Calédonien de Distribution Pharmaceutique (OCDP), et le Groupement de Pharmaciens de Nouvelle-Calédonie (GPNC).

Dépôts de médicaments

Le nombre exact d'établissements tenus par des commerçants non pharmaciens exerçant réellement cette activité n'est pas connu avec précision et doit être réévalué.
La plupart des autorisations sont caduques.

PRÉSENTATION

La délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de Nouvelle-Calédonie a prévu, chaque année, la réalisation de « comptes de la santé ». Les comptes de la santé permettent d'évaluer le coût de la santé et d'analyser son évolution.

DÉFINITION

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

- la consommation médicale totale ;
- la dépense courante de santé.

LA CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE

Elle correspond à la valeur des biens et services médicaux utilisés en Nouvelle-Calédonie pour la satisfaction directe des besoins individuels de santé. Elle est appréhendée par des masses financières globales qui sont la contrepartie des soins médicaux curatifs et des services de médecine préventive individuelle dispensés dans l'année.

La **consommation de soins** comprend 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'ajoutent la **consommation des médicaments et autres biens médicaux** (optique, prothèse, petits matériels et pansements).

L'ensemble des soins et biens médicaux sont regroupés selon les postes suivants : hospitalisations, soins ambulatoires, évacuations sanitaires, honoraires des médecins, et coût de leurs prescriptions : auxiliaires médicaux, pharmacie, analyses, prothèses, transports sanitaires- auxquels s 'ajoutent les soins dentaires.

Les dépenses relevant de la médecine préventive individuelle correspondent aux dépenses liées aux vaccinations, dépistages et surveillance médicale, ainsi que les dépenses dans le cadre de la médecine du travail.

LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

Elle correspond à l'effort consacré au cours d'une année au titre de la santé par l'ensemble des personnes et institutions en Nouvelle-Calédonie. Elle correspond à la somme des dépenses qu'engagent les financeurs du système : la CAFAT, les provinces et la Nouvelle-Calédonie au titre de l'aide médicale, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institution de prévoyance) et les ménages eux-mêmes.
A la consommation médicale totale précédemment définie, s'ajoutent 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).

Évolution de 2009 à 2012

Entre 2009 et 2012, la consommation médicale totale a augmenté, au total, de 18,6% et la dépense courante de santé de 19,7%.

Exercice	Consommation médicale totale en millions de FCFP	% N-1	Dépense courante de santé	% N-1
2009	69 661 506	+11,7%	76 755 152	+11,5%
2010	75 362 897	+8,2%	82 186 032	+7,1%
2011	78 752 236	+4,5%	86 991 024	+5,8%
2012	82 612 943	+4,9%	91 914 063	+5,7%

Comparaison

L'utilisation d'agrégats standardisés autorise les comparaisons notamment avec la métropole en ramenant :
- la consommation médicale totale ou la dépense courante de santé par habitant ;
- la consommation médicale totale ou la dépense courante de santé par rapport au PIB.

A - Evolution de la consommation médicale totale par habitant et de la dépense courante de santé par habitant

Exercice	2009	2010	2011	2012
Population en Nouvelle-Calédonie (données ISEE)	*245 580*	*248 000**	*252 216**	*256 000**
Consommation médicale totale par habitant en Nouvelle-Calédonie	283 661 FCFP	303 882 FCFP	312 367 FCFP	322 707 FCFP
En France métropolitaine	*335 604 FCFP*	*321 956 FCFP*	*329 594 FCFP*	*341 099 FCFP*
Dépense courante de santé par habitant en Nouvelle-Calédonie	312 546 FCFP	331 395 FCFP	345 033 FCFP	345 033 FCFP
En France métropolitaine	*426 143 FCFP*	*432 117 FCFP*	*438 249 FCFP*	*444 197 FCFP*

** Population estimée*

B - Evolution de la dépense courante de santé rapportée au PIB :

En %	2009	2010	2011	2012
PIB en NC *(en milliers FCFP)*	748 165 *	823 397 *	847 947 *	863 108 *
Dépenses courante de santé rapportée au PIB en NC	10,2%	10,1%	10,3%	10,8%
En France métropolitaine	11,7%	12,1%	12%	12%

** Sources réactualisées de l'ISEE*

En 2012, la dépense totale de santé s'élève en Nouvelle-Calédonie à 91,9 milliards FCFP, dont la majeure partie (82,6 milliards FCFP) au titre de la consommation de soins et de biens médicaux.
La dépense de santé par habitant est de 359 039 FCFP.
La consommation de soins et de biens médicaux par habitant est de 322 707 FCFP.
Avec une dépense courante de santé de 10,8% du PIB, la Nouvelle-Calédonie se place dans la moyenne des pays développés.

ENVIRONNEMENT

La santé résulte d'un ensemble de déterminants, notamment : environnement physique et social, modes de vie, systèmes de soins. Une politique de protection et de promotion de la santé doit viser à englober l'ensemble de ces déterminants.

CLIMATOLOGIE

Bilan climatologique de l'année

Au début de l'année 2012, le climat du Pacifique Sud-Ouest a été influencé par un épisode La Niña faible à modéré qui à réchauffé les températures à la surface de l'océan aux abords de la Nouvelle-Calédonie. La Niña n'a pas eu d'effet marqué sur les pluies au cours du premier trimestre. La Zone de Convergence du Pacifique Sud, principal vecteur des pluies à l'échelle du Pacifique Sud-Ouest, est restée à distance du Caillou la plupart du temps, nous mettant à l'écart des fortes précipitations. Si les caprices du ciel ne sont pas venus aggraver la saison des pluies, ils ont en revanche apporté des pluies salvatrices à la Nouvelle-Calédonie durant la saison sèche.

Les températures minimales et maximales sont dans l'ensemble légèrement supérieures aux normales en 2012.

Les quantités de rayonnement solaire global ont été légèrement inférieures aux moyennes annuelles.

Les vitesses moyennes des vents se sont montrées constantes, mais plus faibles qu'a l' accoutumée. De part et d'autre de la Grande Terre, l'évapotranspiration potentielle (EVP) a été, en 2012 moins prononcée qu'en moyenne. Néanmoins, en mai l'EVP a été notablement critique pour la flore calédonienne, surtout dans la zone VKP (Voh-Koné-Pouembout).

EAU

Les compétences de l a Nouvelle-Calédonie dans le domaine de l'eau s'exercent essentiellement à travers de la réglementation en matière d'hygiène et de santé. Les provinces ont compétence en matière d'environnement notamment sur la réglementation des installations classées (stations d'épuration par exemple).

Selon le code des communes, ces dernières sont compétentes en matière d'hygiène et doivent prévenir toute survenue d'épidémie. Dans ce contexte, elles doivent mettre en œuvre des systèmes de contrôle de la qualité de l'eau délivrée par leur réseau d'adduction mais aussi s'assurer de la qualité des eaux de baignade ou de loisirs ainsi que de la qualité de leur assainissement.

En Nouvelle-Calédonie, le volume moyen facturé par an et par abonné est de 460 m^3.

A Nouméa, le Service Public de l'eau a été confié à la Calédonienne des Eaux.

L'eau alimentant Nouméa provient de la retenue formée en amont du barrage sur la Dumbéa, des installations de pompage de « l'Aqueduc » situées à Tontouta et par plusieurs stations de pompage réparties le long de la rivière Dumbéa.

EAUX DE BAIGNADE

Seule la ville de Nouméa assure un contrôle de la qualité de ses eaux de baignade. Le laboratoire de surveillance des eaux du SIPRES (Service d'Inspection et de Prévention des Risques Environnementaux et Sanitaire) effectue les prélèvements et les analyses régulièrement.

L'ASSAINISSEMENT

Le mauvais entretien des systèmes d'assainissement, voire leur absence (majorité des cas), entraîne une dégradation sensible de la qualité bactériologique des eaux naturelles.

Les eaux calédoniennes sont donc d'une qualité bactériologique globalement insuffisante.

Elles sont caractérisées par une présence excessive de germes d'origine fécale, provenant du bétail et de l'homme. Cette présence altère l'usage sans traitement de l'eau pour la boisson, mais aussi pour des usages de contact : baignade, lavage corporel...

La situation la plus alarmante reste la contamination de la lentille d'eau des îles Loyauté, unique source d'eau d'alimentation de la population.

L'AIR

L'Association de Surveillance Calédonienne de Qualité de l'Air (**Scal-Air** : *http://www.scalair.nc*) s'est donnée pour mission de surveiller la qualité de l'air en Nouvelle-Calédonie, d'informer et de sensibiliser la population à ce sujet.
Scal-Air relève et analyse **en temps réel** les substances polluantes dans l'air ambiant.

Quatre polluants sont surveillés : les particules fines ; le dioxyde de soufre ; le dioxyde d'azote ; l'ozone.
Les concentrations de chacun de ces polluants sont classées sur une échelle de 1: "très bon" à 10 : "très mauvais". Le plus élevé de ces 4 sous-indices donne l'**indice ATMO** de la journée.
Des données cartographiques en temps réel peuvent compléter la diffusion de cet indice.

LES INCENDIES

Les compétences en matière de **protection contre les feux** impliquent en premier lieu les communes et leurs Centres d'Incendie et de Secours, mais également l'ensemble des autres collectivités (Etat, Nouvelle-Calédonie, provinces). L'Etat, dans le cadre de la Sécurité Civile, participe à l'organisation et à la coordination des moyens de prévention et de lutte contre les feux et peut faire intervenir directement ses moyens en cas de feux de grande envergure dépassant les capacités des communes, notamment en faisant appel aux Forces Armées et à la Gendarmerie. La Nouvelle-Calédonie, via la Direction des Affaires Vétérinaires Alimentaires et Rurales (DAVAR) et l'Agence pour la Prévention et l'Indemnisation des Calamités Agricoles ou Naturelles (APICAN), ainsi que les provinces Nord et Sud, financent des actions de prévention et de lutte, notamment les prestations aériennes des hélicoptères bombardiers d'eau.
La saison des feux 2011-2012 a été relativement brève, écourtée par les précipitations de début décembre qui ont fortement réduit les risques de feux, tout en étant particulièrement intense, puisque sur la période du 1er septembre au 8 décembre 2011, **245 feux** ont brûlé **8 870 hectares**, soit une augmentation de **60%** de la surface brûlée par rapport à la précédente saison. A contrario, la saison 2012-2013 a été très faiblement marquée par les feux d'espaces naturels, pour un total de quelques 1 000 hectares brûlés dont presque la moitié l'ont été sur le seul feu du creekPernod, qui s'est déroulé en janvier 2013.

LES ALIMENTS

Les services vétérinaires de la DAVAR, sont responsables de la surveillance des produits alimentaires d'origine animale. Ils assurent également le contrôle des établissements de restauration collective en liaison avec les services d'hygiène provinciaux ou municipaux.

Les services vétérinaires disposent d'un laboratoire capable d'effectuer des analyses microbiologiques sur les aliments. Ils disposent également de données sur les autocontrôles effectués dans les établissements de préparation de plats cuisinés.

La Direction des Affaires Economiques (DAE) assure le contrôle de la qualité des aliments dans les circuits de commercialisation à travers sa compétence en matière de répression des fraudes.

LES DÉCHETS

La production de **déchets ménagers** est en constante augmentation du fait de l'évolution de la démographie et du recours de plus en plus généralisé par l'ensemble de la population aux produits manufacturés et emballés en usine.

Certains **déchets spécifiques** : matières de vidange, huiles usées, pneus, déchets toxiques (pyralène, batteries au plomb), reçoivent un traitement particulier. Jusqu'à maintenant, les **déchets d'activité de soins à risque infectieux** sont détruits par incinération.
Une nouvelle filière sera prochainement mise en œuvre utilisant un système de désinfection.

De nombreuses actions de **sensibilisation à la propreté** sont menées et s'avèrent encore extrêmement nécessaires pour la Nouvelle-Calédonie.

DONNÉES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES (ISEE*)

L'économie mondiale a continué de se dégrader en 2012, après le ralentissement de l'année 2011. La récession européenne a pesé sur l'économie mondiale, notamment sur les pays émergents. Cette situation de baisse de la demande a entraîné à la baisse les cours des matières premières et un repli de l'inflation.

L'ÉCONOMIE CALÉDONIENNE

En 2012 l'économie calédonienne a marqué le pas, dans un contexte économique international morose. La demande intérieure a entamé un fléchissement qui se confirme depuis le début 2013. Le nickel et le tourisme n'ont plus été les deux puissants moteurs de l'économie des années précédentes. Les aléas de montée en puissance de l'usine du Sud et la fin de la construction de l'usine du Nord ont impacté l'activité directe et indirecte, notamment dans le BTP. Le tout dans un contexte de baisse des cours des matières premières et notamment du nickel, ce qui a participé à l'augmentation du déficit commercial de la Nouvelle-Calédonie. La demande des ménages s'est stabilisée, malgré une nouvelle revalorisation du SMG et des salaires conventionnels.

MINES ET MÉTALLURGIE

Sur l'année 2012, le cours moyen de la livre de nickel au London Metal Exchange (LME) s'est replié avec 7,95 USD/lb contre 10,39 USD/lb en 2011 (-23%). Cette baisse a toutefois été amortie par l'augmentation en parallèle du cours du dollar US de +8%. En monnaie locale, la baisse a donc été de 17% en 2012.

PÊCHE ET AQUACULTURE

Les thons, dont les trois quarts sont des thons blancs, représentent 90% de la pêche hauturière du territoire. En 2012, comme en 2011, 2 300 tonnes de thons ont été capturées dans les eaux calédoniennes. 780 tonnes de thons ont été vendues à l'extérieur du territoire, contre 840 tonnes en 2011. L'aquaculture de crevettes après les difficultés rencontrées en 2010 et la reprise de 2011, a encore progressé de 6% en 2012. 1 630 tonnes de crevettes ont été produites en 2012, contre 1 540 en 2011. Au total la Nouvelle-Calédonie a exporté 1 834 tonnes de produits de la mer en 2012, contre 1749 tonnes l'année dernière.

BÂTIMENT

Le secteur de la construction a employé, en moyenne en 2012, 2,7% de salariés en moins par rapport à 2011. L'index de prix BT21 "tous travaux confondus" a progressé de 14% sur un an après avoir augmenté de 4,1% en 2011. La hausse de 14% résulte comme l'année précédente du renchérissement des cours des matières premières, particulièrement du carburant, et de la revalorisation des bas salaires du bâtiment et des travaux publics.

ENERGIE

En 2012, la production d'électricité s'est stabilisée. Elle est en très légère augmentation de 0,4% par rapport à 2011. La production d'électricité augmente grâce à l'accroissement de la production d'origine hydraulique et, dans une moindre mesure, thermique. La part des énergies renouvelables dans la production totale d'électricité a augmenté en 2012.

TOURISME

En 2012, le nombre de visiteurs de la Nouvelle-Calédonie (touristes + croisiéristes) a atteint 390 000 personnes, soit 42 600 de plus qu'en 2011 (+12,3%). Ceci notamment grâce à l'envol des arrivées de croisiéristes (+42 300), soit une progression de 12,3%, le nombre de touristes restant stable. En 2012, plus d'un touriste sur trois était métropolitain (+11,8% par rapport à 2011), le pic étant réparti de juillet, à octobre. Viennent ensuite les touristes australiens (17 729 en hausse de 4%) suivis de près par les japonais (17 430 en baisse de -5,6%).

VOYAGES DES CALÉDONIENS

En 2012, 121 100 Calédoniens sont revenus de voyage, soit 2 460 de moins sur un an (et pour la deuxième année consécutive). Cette diminution de 2% est moindre qu'en 2011 (-6%). Le ralentissement économique et la restriction des aides à la continuité territoriale ont pu freiner les voyages des Calédoniens.

PRIX À LA CONSOMMATION

En décembre 2012, l'inflation annuelle s'établit à +1,6% en un an. Elle est nettement moins soutenue qu'en 2011 (+2,6%). L'inflation de 2012 est malgré tout nettement supérieure à celle de 2009 (+0,2%),

**ISEE : Institut de la Statistique et des Etudes Economiques.*

son plus bas niveau de la décennie, mais bien en-deçà de celle de 2008 (+3,7%). Hors tabac, la hausse annuelle des prix s'établit à 1,7% en 2012. Le poste énergie a augmenté de 3,4%, suivi des services pour 2,4%, de l'alimentation pour 1,5% et des produits manufacturés pour 0,3%.

EMPLOI SALARIÉ

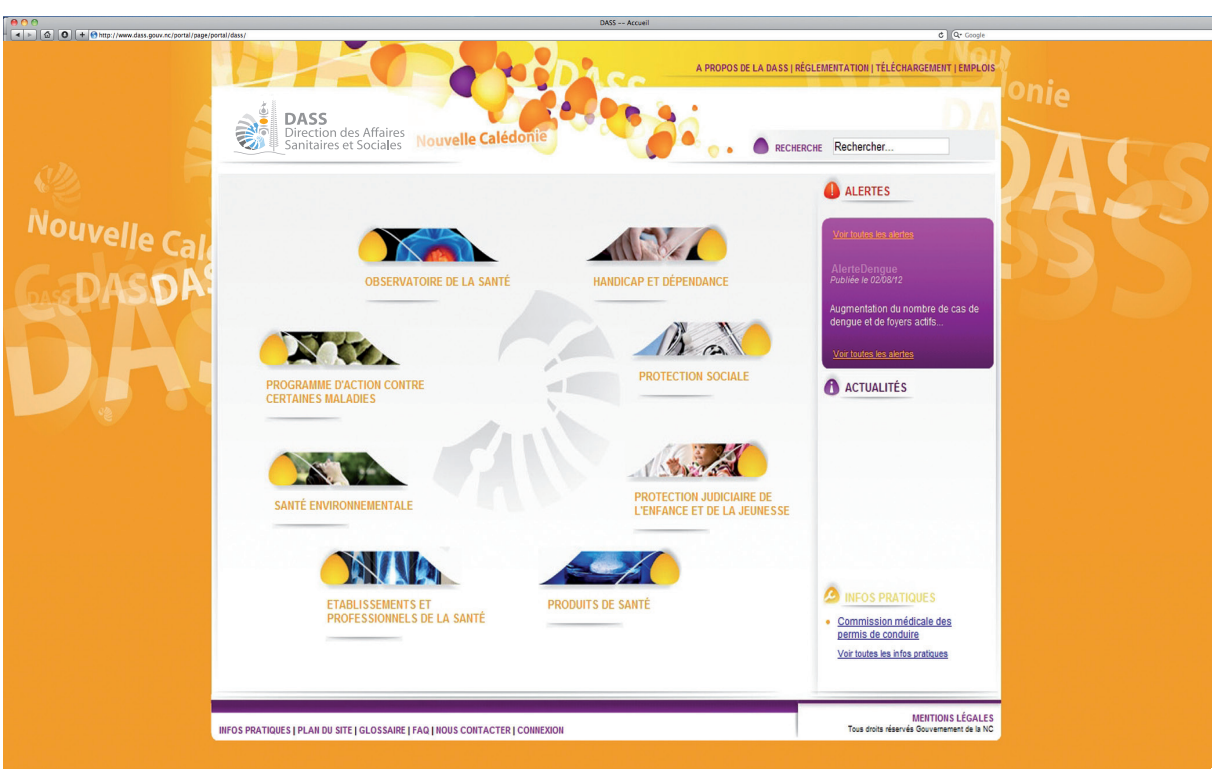
En moyenne sur l'année 2012, 89 200 salariés ont été déclarés à la CAFAT. Sur un an, l'emploi salarié a progressé de 1,6%, beaucoup moins qu'en 2011 et 2010.
En moyenne sur 2012, 64 438 salariés travaillent dans le privé, soit 72,2% de l'emploi salarié total. En 2012, les salariés du secteur public sont en moyenne 24 764, soit 525 de plus qu'en 2011 (+2,2%). Le nombre des fonctionnaires territoriaux augmente de 1,5% en 2011, celui des fonctionnaires d'état progresse de 1,8%.

FINANCES PUBLIQUES

En 2012, l'État a dépensé en Nouvelle-Calédonie 156,4 milliards de F.CFP, soit un montant en légère augmentation de 0,4% par rapport à 2011.
La situation du budget de la Nouvelle-Calédonie fait apparaître une hausse des recettes (+5,7%) ainsi que des dépenses (+6,4%) au titre de l'année 2011.

Retrouvez l'intégralité de la situation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie sur le site de la DASS-NC à l'adresse suivante : *www.dass.gouv.nc*

Pour vous guider dans votre recherche :
Sur la page d'accueil, cliquez sur Observatoire de la santé, puis sur situation sanitaire dans le menu à gauche. Choisissez le document souhaité... Et, bonne lecture !



Direction des affaires sanitaires et sociales
de la Nouvelle-Calédonie

Service des actions sanitaires
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