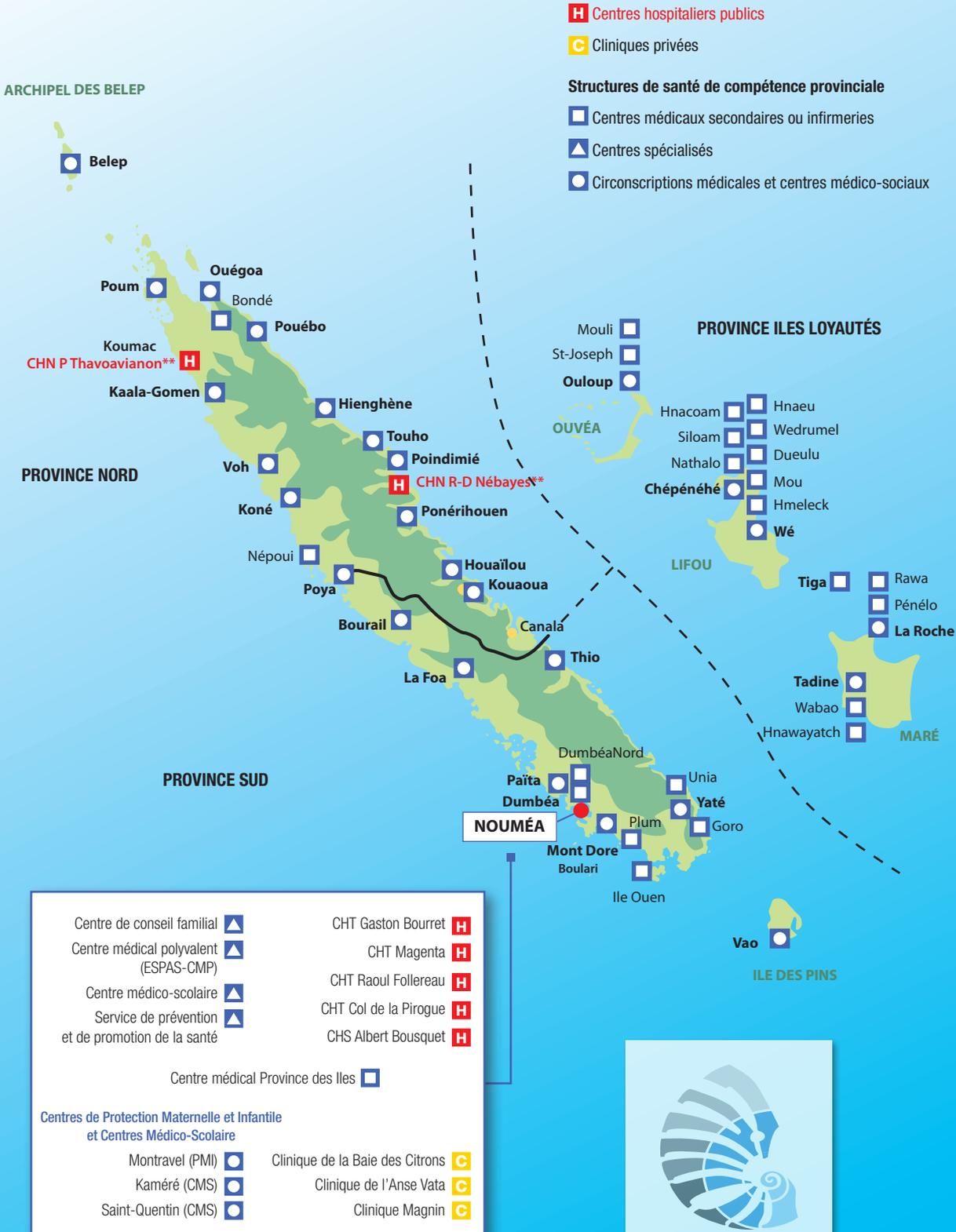


Situation sanitaire en
Nouvelle-Calédonie

Mémento 2011



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

2011



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

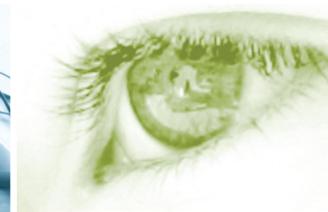
- Présentation..... P. 38
- Coûts de la santé..... P. 39



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 2,6% entre le recensement de l'année 2009 et l'estimation de la population au 1er janvier 2011.

Cette population est composée de 50,7% d'hommes et de 49,3% de femmes.

	Population au 01/01/2011	Taux d'accroissement ⁽¹⁾	Naissances vivantes	Taux de natalité ⁽²⁾	Indice de fécondité ⁽³⁾	Mortalité infantile ⁽⁶⁾	Nombre de décès selon le domicile	Taux brut de mortalité ⁽⁴⁾	Taux brut de mortalité périnatale ⁽⁷⁾	Espérance de vie à la naissance ⁽⁸⁾
Nlle-Calédonie	252 000	11,9	4 178	16,2	2,17	4,6	1 191	4,8	13,5	77,4
prov. Iles*	17 500	10,6	314	18	2,8	19,1	129	7,4		74,2
prov. Nord*	46 000	12,8	820	18	2,3	4,9	238	5,2		75,9
prov. Sud*	188 500	11,9	3 028	16,2	2,2	3	803	4,3		78,2
France en millier au 01/01/2011	65,026 885		828	12,8	1,98	3,7	545 000	8,4		81
Polyn.-Française (2009)	264 736			17,8	2,01	7		4		75
Australie (2009)	22,7 million	1,2		13,8	2	4		7		81
Nouvelle Zélande**	4,400 000		62 543	15,1**	2,2	5,0	28 964	6,8**		

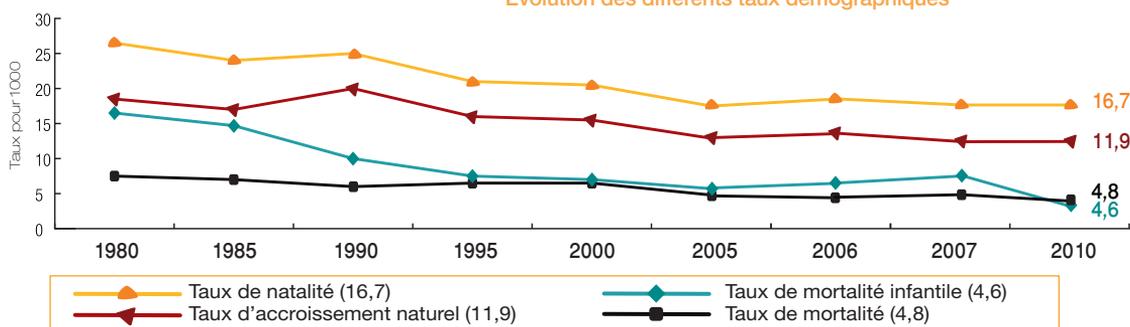
INSEE - ISEE - INED

* Uniquement les personnes domiciliées dans la province. - ** Chiffres 2008

Le taux d'accroissement naturel¹ Représentant la différence entre les taux bruts de natalité et de mortalité pour l'année étudiée, il est actuellement de 11,9‰. Ce taux a tendance à diminuer au fil du temps malgré l'accroissement de la population.

Le taux de natalité² : 16,7‰. Il ne cesse de chuter depuis les années 60, passant ainsi de 34,5 en 1965, à 23,4 en 1985, pour atteindre, après une remontée spectaculaire en 2000, son niveau le plus bas enregistré en 2010.

Évolution des différents taux démographiques



Indice de fécondité³ : 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 mortalité⁴ : 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 naissance⁵ : 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 infantile⁶ : 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

1 320 certificats médicaux de décès ont été enregistrés en 2011 (hommes : 772 ; femmes : 548). Le classement suivant, par groupe de pathologies, varie peu d'une année à l'autre.

En 2011, les 5 principales causes de décès selon le sexe sont les suivantes :

	Hommes	Femmes
Tumeurs	29,4%	32,7%
Appareil circulatoire	18,9%	21,5%
Causes externes de morbidité	16%	8,9%
Appareil respiratoire	9,5%	8,7%
Symp. signes et résultats anormaux	9,8%	10,8%

À noter que le groupe des **causes externes de morbidité** reste la principale cause de décès chez les jeunes avec, en 2011, 75,8% des décès des 1-24 ans et 10,5% des décès des 25-44 ans. Ce groupe représente la première cause de mortalité prématurée, dans les deux sexes en Nouvelle-Calédonie, avec 4 000 années potentielles de vie perdues (APVP) en 2011 (APVP 3,3 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.

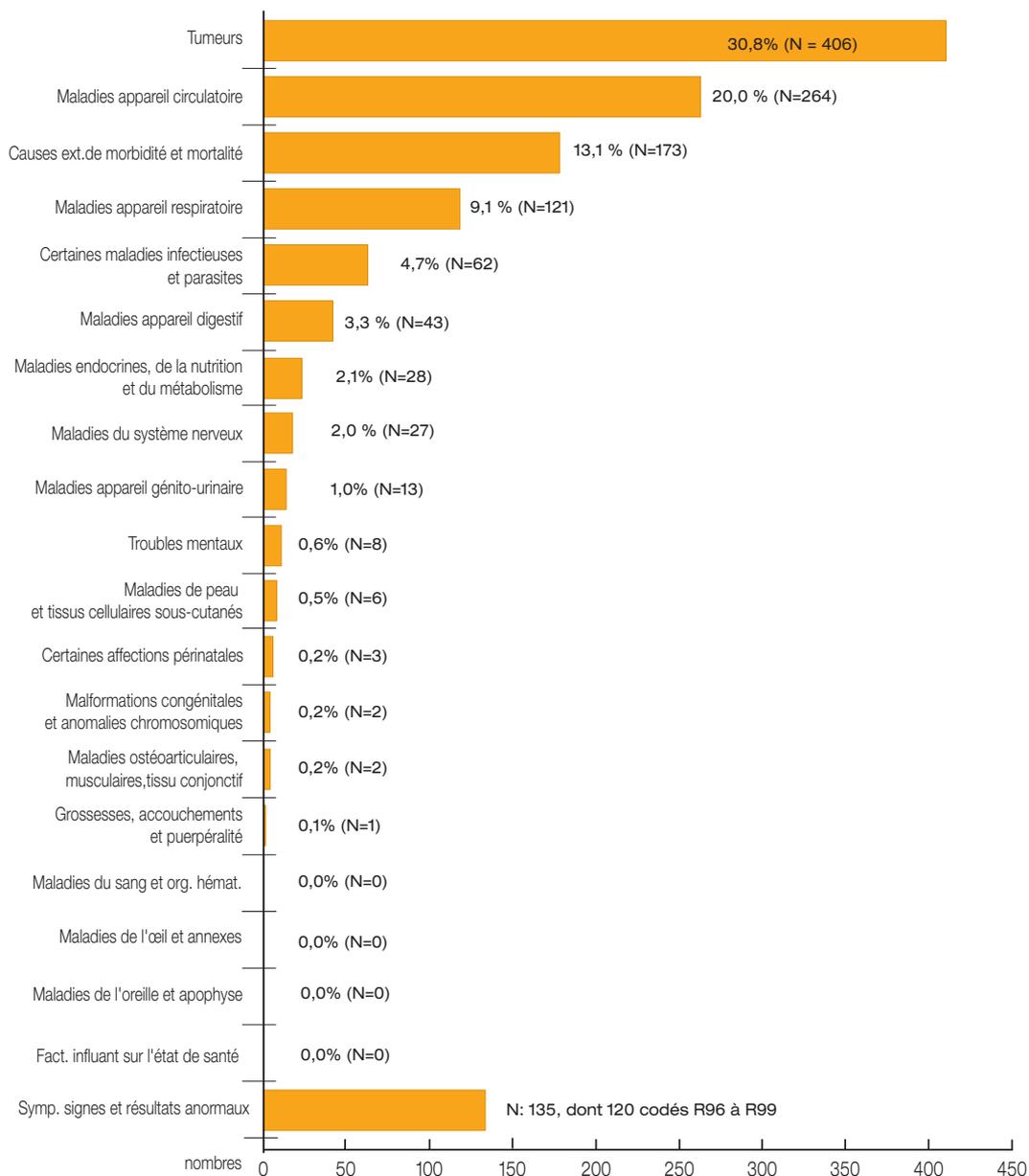
4 Taux brut de mortalité : rapport entre le nombre annuel de décès et l'effectif de la population au milieu de l'année considérée, exprimé pour 1 000 habitants.

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 décès entre 0 et 6 jours inclus pour 1 000 naissances totales.

Répartition des décès en 2011



CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS PÉRINATAUX

En 2011, 51 décès d'enfants ont fait l'objet d'une déclaration au travers du certificat spécifique de décès périnatal, ce qui porte à 1 282 le nombre de décès pour la période 1993-2011. 71,3% des enfants décédés étaient des grands prématurés (< 32 semaines).

Pour la période 1993-2011, 200 certificats concernent des **interruptions médicales de grossesse (IMG)**, dont les motifs les plus fréquents sont les anomalies congénitales (système nerveux : 25,5%, aberrations chromosomiques : 18%, autres anomalies congénitales : 27,5%).

Parmi les 1 082 décès néonataux hors IMG, 30,9% d'entre eux n'ont aucune **cause fœtale ou néonatale** déterminante de la mort. Sur les 748 certificats restants : la cause est liée à l'enfant pour 90,1% et la cause est liée à la mère (pathologie maternelle ou complication de la grossesse) pour 9,9%. Parmi les causes liées à l'enfant, 34,2% concernent une **hypoxie intra-utérine** et/ou une asphyxie à la naissance, 16,2% une **anomalie congénitale**.



MALADIES INFECTIEUSES :

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

En 2011, 1 071 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 2011 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
Amibiase	13	20	11	6	0	1	1	1	0	0	1	0
Coqueluche	3	0	1	0	1	72	4	1	0	1	3	2
Dengue	12	34	105	5 673	792	46	48	47	1 179	8 410	122	15
Diphthérie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Hépatite virale B	40	49	31	39	29	11	9	31	102	33	5	6
Hépatite virale C	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1
Lèpre	7	7	2	4	8	4	7	2	6	7	8	10
Leptospirose	28	23	49	23	13	40	65	53	157	162	42	138
Méningite à méningocoque	4	9	10	11	3	5	7	13	9	8	10	10
Paludisme autochtone et importé	3	1	1	5	6	0	0	0	2	0	10	1
Rougeole	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Syndromes dûs au HIV	21	15	17	8	7	13	10	21	15	13	14	18
Tétanos	0	1	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
Tuberculose (hors PITL)	171	100	112	82	84	72	90	67	80	83	59	50

En 2011, on n'a relevé aucun cas de poliomyélite, botulisme, brucellose. 138 cas de leptospirose ont été signalés, 15 cas de dengue et pour la première fois en Nouvelle-Calédonie, 33 cas de chikungunya.

Infections sexuellement transmissibles :

Maladies à déclaration obligatoire du groupe C	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Condylome acuminé	26	27	28	26	17	3	12	22	28	25	30	1
Herpès génital	2	3	3	5	4	2	3	10	8	7	5	12
Infections à mycoplasmes	115	119	107	90	93	108	134	219	184	160	104	3
Infections génitales à chlamydiae	94	96	72	86	88	71	96	148	191	202	150	319
Infections gonococciques	52	55	49	31	33	35	58	82	90	77	68	141
Syphilis	24	16	11	10	20	15	21	38	36	46	38	258
Trichomonase uro-génitale	250	203	156	175	158	115	98	206	118	153	147	26
Autres maladies vénériennes	198	121	77	75	55	40	50	60	72	86	13	3

Les chiffres 2011 concernant les infections génitales à chlamydiae, les infections gonococciques et la syphilis sont issus uniquement des relevés mensuels de laboratoire, en raison d'une importante sous-déclaration.

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.

18 nouveaux cas de séropositivité ont été enregistrés en 2011, dont 8 cas confirmés par des laboratoires hors de la Nouvelle-Calédonie et 10 cas diagnostiqués et confirmés par l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC). Ce qui porte à 376 le nombre de cas cumulés depuis 1986.

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

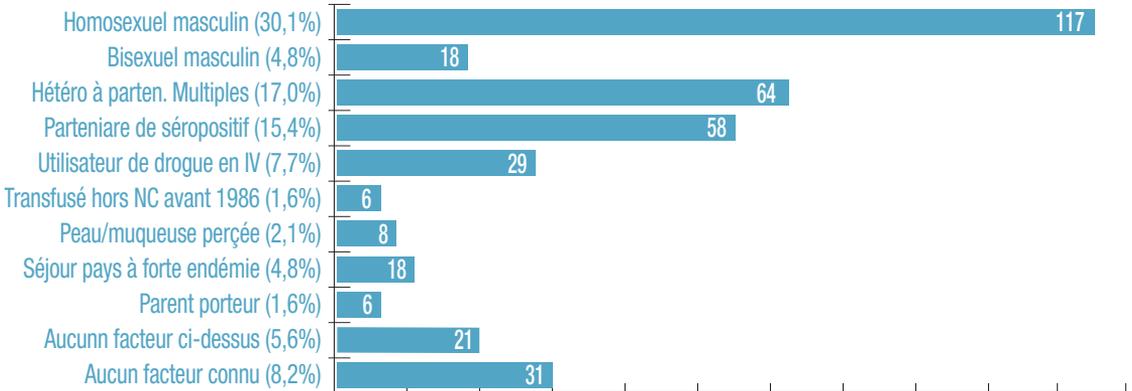


Au 31 décembre 2011, le sex-ratio des cas cumulés est de 2,8 hommes pour 1 femme.

La tranche d'âge la plus touchée reste, comme les années précédentes, celle des 20-39 ans avec un taux de 31,4 pour 10 000 habitants.

Facteurs de risque de séropositivité

Répartitions des 376 séropositifs par facteur de risque

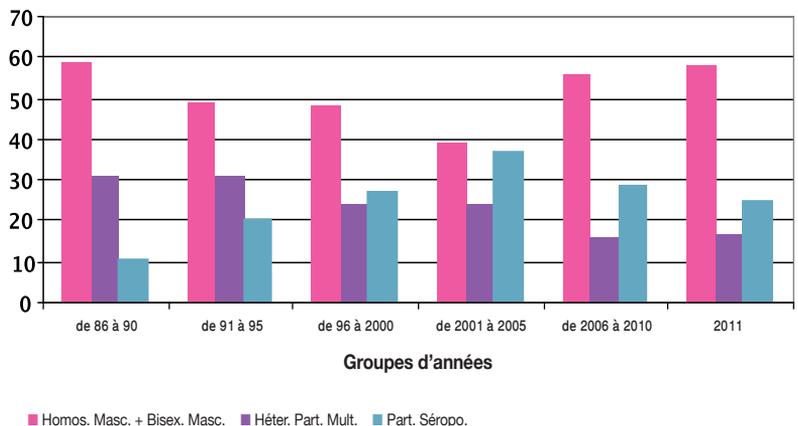


Parmi les cas dont les facteurs de risque sont connus, on remarque que 79,3% sont liés à un mode de transmission sexuelle du VIH dont 52,5% (135/257) sont des homo/bisexuels masculins.

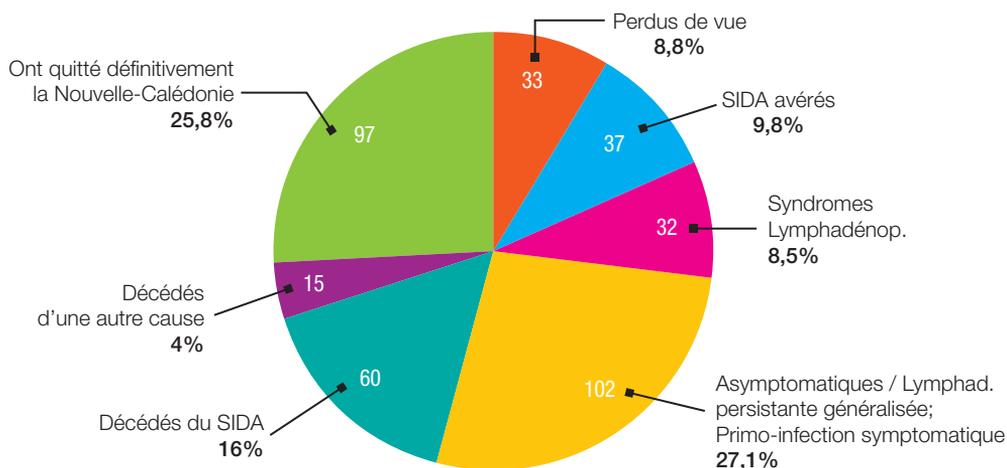
Après une baisse progressive entre 1990 et 2005 (de 58% à 40%), la proportion du risque homo/bisexuels masculins a de nouveau eu tendance à croître depuis 6 ans et a retrouvé une proportion quasi identique à celle enregistrée au début de l'épidémie.

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.

Evolution de la répartition des facteurs de risque sexuels par groupe d'années de 1986 à 2011



Répartition des 376 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 376 patients séropositifs, **75 sont décédés** (dont 15 d'une autre cause que le SIDA), 130 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-Calédonie, sur 18 cas enregistrés en 2011, 14 (77,8%) l'ont été au stade asymptomatique, et 4 (22,2%) 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) (*Délibération 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. À ce jour, au gré des mouvements et/ou du non renouvellement de leur agrément, 73 d'entre eux (41 médecins et 32 sages femmes) sont 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 45 professionnels (sur les 73 possibles, soit 61,6% d'entre eux) qui ont contribué à alimenter le fichier des CDAG en 2011.

L'analyse des 2 410 questionnaires, strictement anonymes, établis en 2011, et parvenus au service des actions sanitaires de la DASS-NC, met en évidence une légère progression de 3,4% du nombre de fiches reçues par rapport à 2010.

- Les moins de 35 ans représentent plus des $\frac{3}{4}$ (78,4%) des consultants (43,2% de 15 à 24 ans et 34,6% 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 (34,9%).
- Les "comportements à risque" ont été évoqués dans 35,3% des cas, loin devant le "début de relation" (20,5%).
- La "grossesse" a été un motif de consultation dans 12,3% des cas (88,6% des consultations féminines pour grossesse et 11,4% des consultations de leur conjoint ou compagnon).

Notons les 121 consultants (5% des consultants) venus suite à une rupture de préservatif.

Conclusions

L'analyse de 2011 confirme toujours celles des années précédentes, à savoir :

Les données exploitées en 2011 concernent majoritairement (59,1%) 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 117 professionnels agréés a permis progressivement d'augmenter et diversifier la clientèle CDAG grâce notamment à une couverture territoriale de plus en plus étendue.

Le nombre de consultations réalisées hors ESPAS CMP a évolué de 231 en 2006 à 985 en 2011.

La répartition des 73 agréés (41 médecins et 32 sages femmes) encore en activité fin 2011 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 joué par son équipe) est attestée par le volume important de dépistages effectués et le nombre de personnes qui y ont reçu, en 19 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

127 déclarations ont été reçues en 2011, dont la grande majorité (87,4%) provient des circonscriptions médicales provinciales et des dispensaires de la province Sud (centre médical polyvalent ESPAS-CMP, centre de protection maternelle et infantile, centre de conseil familial) en raison de la sous-déclaration du secteur libéral. Cette sous-déclaration ne dispense pas pour autant de maintenir les actions de prévention, d'information et de dépistage, même si certaines maladies comme la syphilis sont moins fréquentes.

Le nombre de cas d'Infections sexuellement transmissibles (IST) déclarées reste plus élevé chez les femmes (84%) que chez les hommes (16%).

Ceci est à mettre en rapport avec la période d'activité génitale où elles consultent à la fois pour la mise en route ou la surveillance d'une contraception, mais aussi pour des visites prénatales.

IST / Sexe	Masc.	Fém.	ND	Total	%
Molloscum contagiosum	0	0	0	0	0
Chancre mou	0	0	0	0	0
Herpès génital	0	2	0	2	1,6
Condylomes acuminés	0	1	0	1	0,8
Candidose uro-génitale	0	7	0	7	5,5
Syphilis	15	34	0	49	38,6
Gonococcies	3	8	0	11	8,7
Autre mal. vénériennes	0	1	0	1	0,8
Trichom. uro-génitale	0	27	0	27	21,2
Infect. à mycoplasmes	0	3	0	3	2,4
Infection. gén. à chlamydiae	2	22	2	26	20,4
Total	20	105	2	127	100

Les données issues des laboratoires d'analyses médicales confirment aussi la nécessité de surveillance et de recueil. En effet, on constate une diminution nette depuis plusieurs années du nombre de déclarations des IST (en particulier dans le secteur libéral à partir de 2000), alors que les demandes d'examen biologiques et les résultats positifs (en particulier à l'IPNC) ne baissent pas.

Cette discordance témoigne de la nécessité d'améliorer le dispositif de notifications des cas d'IST, afin d'obtenir une meilleure représentativité à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie.

Hépatites virales

En 2011, 4 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. Il y a eu 1 cas d'hépatite C en 2011.

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, **50 nouveaux cas** de tuberculose ont été déclarés en 2011 (59 en 2010), dont **33 tuberculoses de forme pulmonaire** (39 en 2010). Après la chute particulièrement importante de l'incidence en 2003 (17 pour 100 000 habitants), l'incidence de 2011 est égale à **19,8 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** (23 en 2010), **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** (9,4 en 2010).

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
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
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

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 2010, on a observé un **taux de guérison de 78,3%**.

Caractéristiques des patients

L'étude détaillée des 476 cas de tuberculose qui ont été déclarés depuis 9 ans toutes formes confondues (de 2003 à 2011) montre que 71% des cas sont des **formes pulmonaires**.

Toutes les communes sont touchées par cette maladie, cependant plus fréquente dans les communes de Belep, Ponérihouen, Hienghene, Houailou 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. 8% des nouveaux cas étaient des récidives.

A noter qu'en métropole, cette maladie reste toujours d'actualité avec une incidence égale à 8,1 pour 100 000 habitants en 2010. Des disparités régionales sont observées, avec l'incidence la plus élevée dans l'île de France où elle atteint une valeur proche de celle de la Nouvelle-Calédonie.

Rappel (2007)

Des taux de déclaration élevés étaient observés dans certains groupes de population comme les personnes nées à l'étranger (41,5/100 000), en particulier en Afrique sub-saharienne (130/100 000), et celles arrivées depuis moins de deux ans en France (251/100 000) ainsi que les personnes sans domicile fixe (214/100 000) et les personnes âgées de 80 ans et plus (21,7/100 000).

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 2012. A la date du 24 octobre 2012, 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.

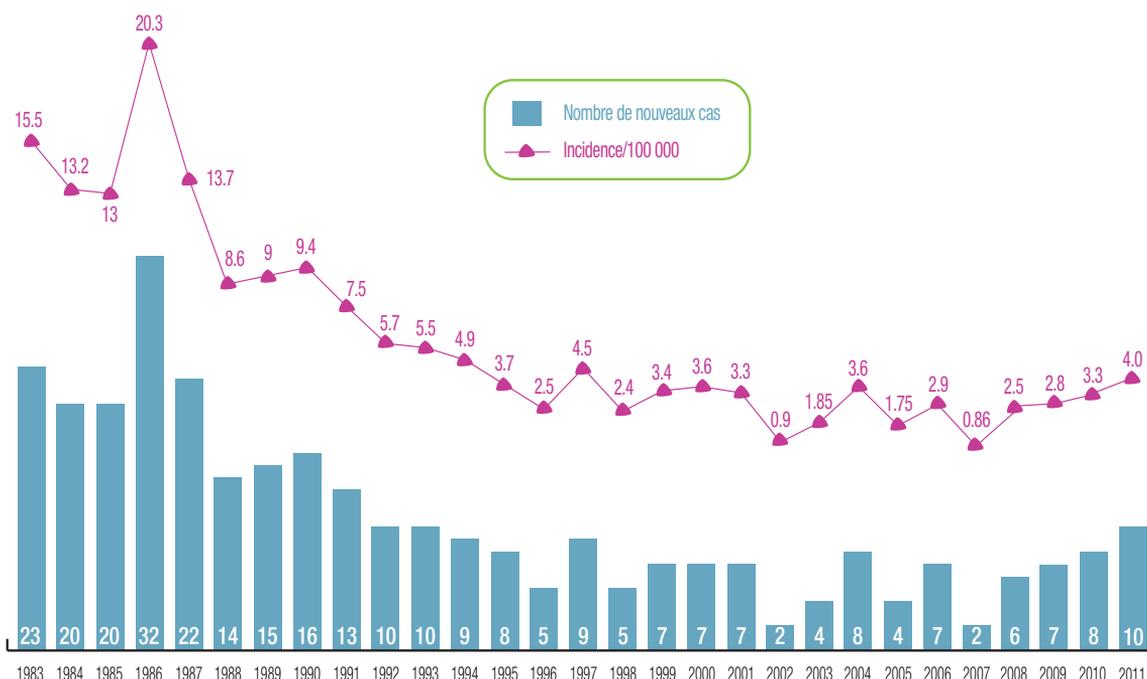
La lèpre (ou maladie de Hansen) est une maladie infectieuse chronique due à un bacille acido-résistant (*Mycobacterium leprae*, anciennement bacille de Hansen), transmise par contact direct, prolongé et intime. Le registre de la lèpre couvre 29 années, de 1983 à 2011 et contient 310 enregistrements.

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 10 nouveaux cas en 2011, l'incidence est égale à 4 pour 100 000 habitants.

En 2011, 7 nouveaux cas sont multibacillaires.



Parmi les 310 cas enregistrés depuis 1983, on a observé :

- une prédominance masculine avec 204 hommes et 106 femmes ;
- une disparité ethnique avec une représentation plus importante de la communauté mélanésienne (262 personnes) que des autres communautés (européenne : 31 cas ; autres : 17 cas).

Prévalence :

En 2011, 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 2010 s'élève à 228 474 cas.

Ce nombre a diminué de 6,7% par rapport à 2009. Cette diminution résulte principalement de la baisse du nombre de nouveaux cas en Inde (de 367 143 cas en 2003 à 126 800 en 2010), et au Brésil.

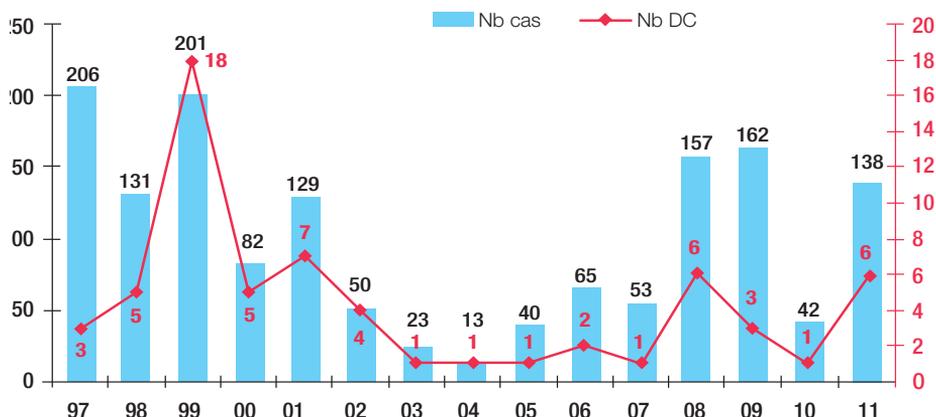
En 2010, le nombre de cas en Inde représentait 55,5% du nombre de cas dans le monde.

Leptospirose

En Nouvelle-Calédonie, la leptospirose est une maladie endémique pouvant présenter des pics épidémiques selon le contexte climatique.

En 2011, **138 cas ont été déclarés**.

Nombre de cas de leptospirose et de décès par leptospirose par an en Nouvelle-Calédonie de 1997 à 2011



En 2011, cette maladie touche essentiellement les hommes (69,6%), et les adultes jeunes : l'âge moyen est de 33 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 2011

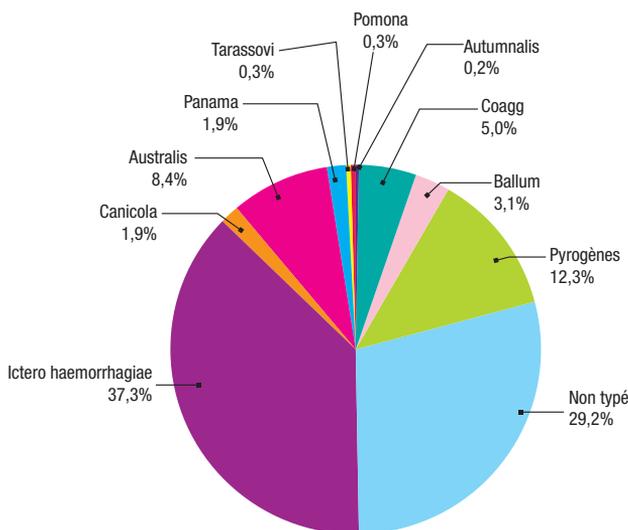
	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Jui.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Cas confirmés	29	26	15	14	13	11	4	2	0	0	1	2
Cas probables	3	9	3	0	1	3	1	0	0	0	0	1

En 2011, 6 décès sont directement imputables à la leptospirose.

L'étude des cas sur les 5 dernières années montre des disparités géographiques, avec une incidence moyenne plus élevée à Bourail.

Les séro-groupes les plus souvent identifiés de 2006 à 2011 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 1972-2011

Années	1972	1976-78	1979-80	1989	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Type 1							1				12	64	563	177		3	27	199	62	14	1
Type 2						1	154	1390	225		1							1	2	2	
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

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 2011 n'a pas fait l'objet d'une épidémie et, parmi les 3 499 tests effectués, un sérotype de D-1 et un sérotype de D-3 ont été identifiés chez des cas importés. 73,3% des cas ont été diagnostiqués de janvier à avril 2011.

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.

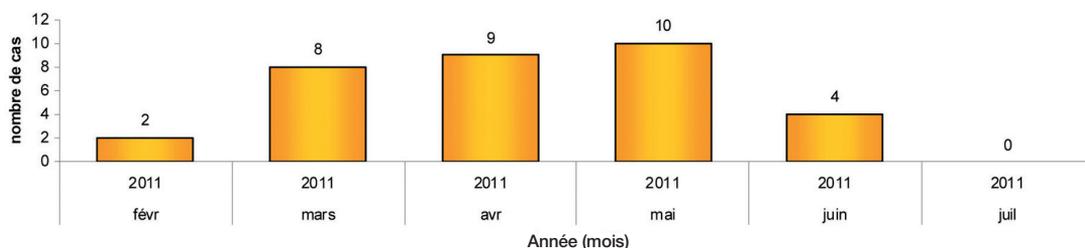
Description clinique : après une incubation silencieuse de 4 à 7 jours en moyenne, une fièvre élevée apparaît brutalement accompagnée d'arthralgies pouvant être intenses, touchant principalement les extrémités (poignets, chevilles et phalanges). D'autres signes peuvent également survenir : des myalgies, 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'Éducation pour la Santé (INPES) de 2008 sur l'épidémie de chikungunya à la Réunion en 2006, l'immunité acquise paraît durable.

Évolution 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.

Cas positifs de chikungunya en Nouvelle-Calédonie (du 07/02/11 au 06/07/11)



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

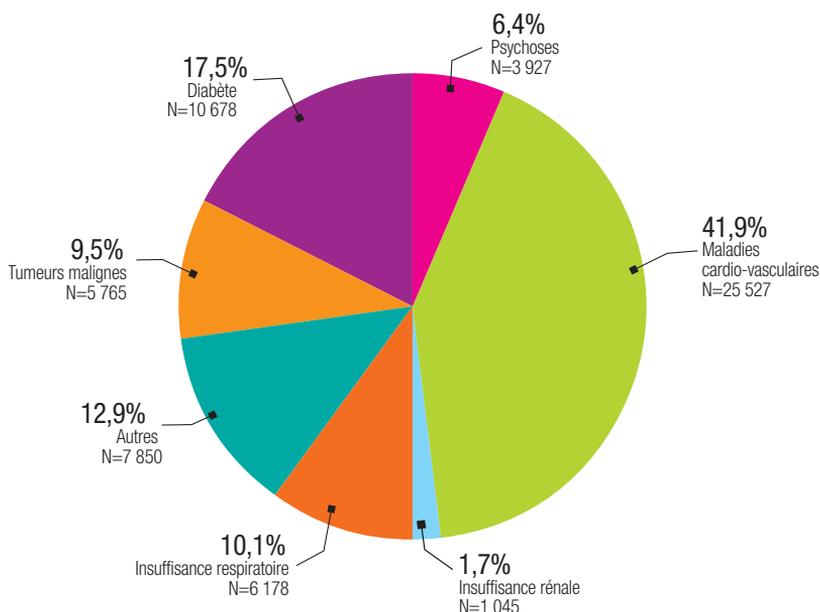
MALADIES CHRONIQUES :

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 247 116 bénéficiaires au 31 décembre 2011.

En 2011, 37 938 personnes étaient prises en charge au titre de la longue maladie (soit 55,7% des dépenses total du RUAMM) pour 60 970 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.



Les cancers doivent faire l'objet d'une notification comme le prévoit, depuis 1994, la réglementation sur les maladies à déclaration obligatoire. Ils sont les 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 qualité.

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 enregistrées les tumeurs cutanées baso-cellulaires.

Sont exclues de l'analyse, toutes les tumeurs in situ, les récurrences 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'European Network of Cancer Registries (ENCR) et de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). La topographie et la morphologie sont codées selon la 3ème révision de la classification internationale des maladies oncologiques (CIM-O3).

Les résultats présentés ci-dessous concernent les cancers diagnostiqués en 2009 (fichier arrêté au 31/07/2011).

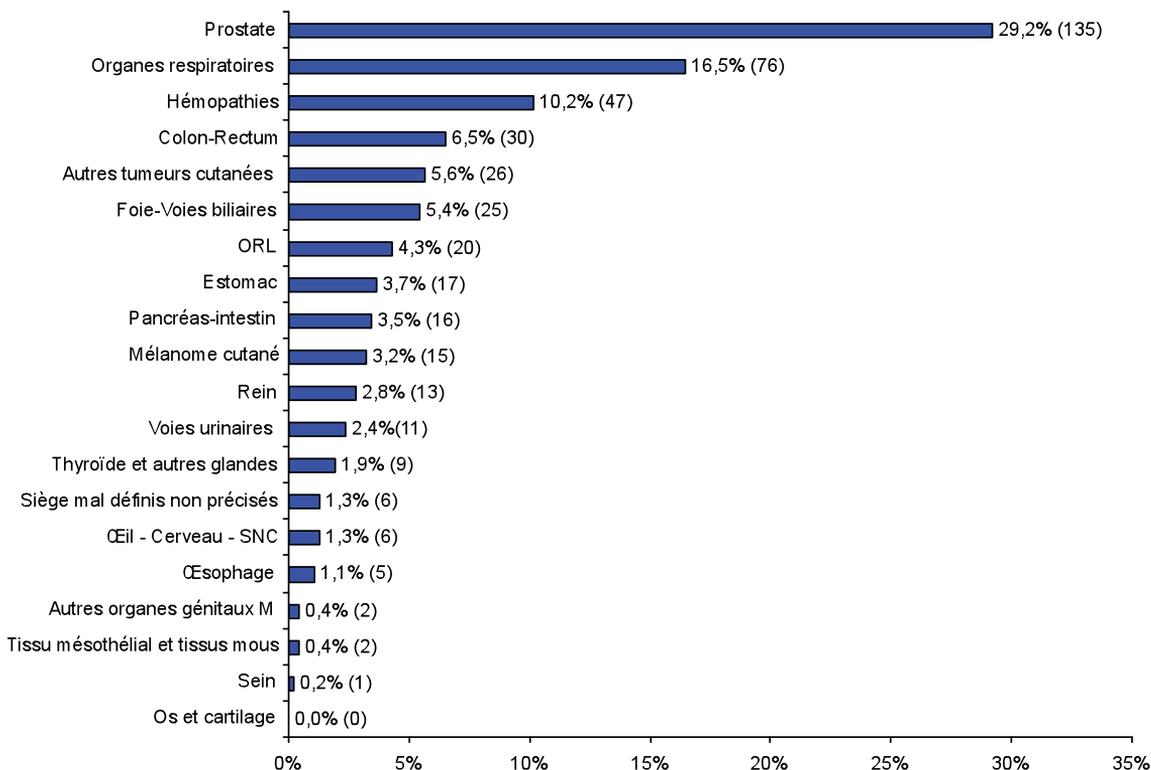
En 2009, 836 nouvelles tumeurs malignes invasives ont été enregistrées (462 chez les hommes et 374 chez les femmes, soit un sex-ratio de 1,24 hommes pour 1 femme) ainsi que 8 tumeurs non malignes du Système Nerveux Central (SNC).

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

Chez les hommes, les localisations les plus fréquentes sont :

- 1- la prostate (135 cas, 29,2%)
- 2- les organes respiratoires (76 cas, 16,4%)
- 3- les hémopathies malignes (47 cas, 10,2%)
- 4- le colon-rectum (30 cas, 6,5%)

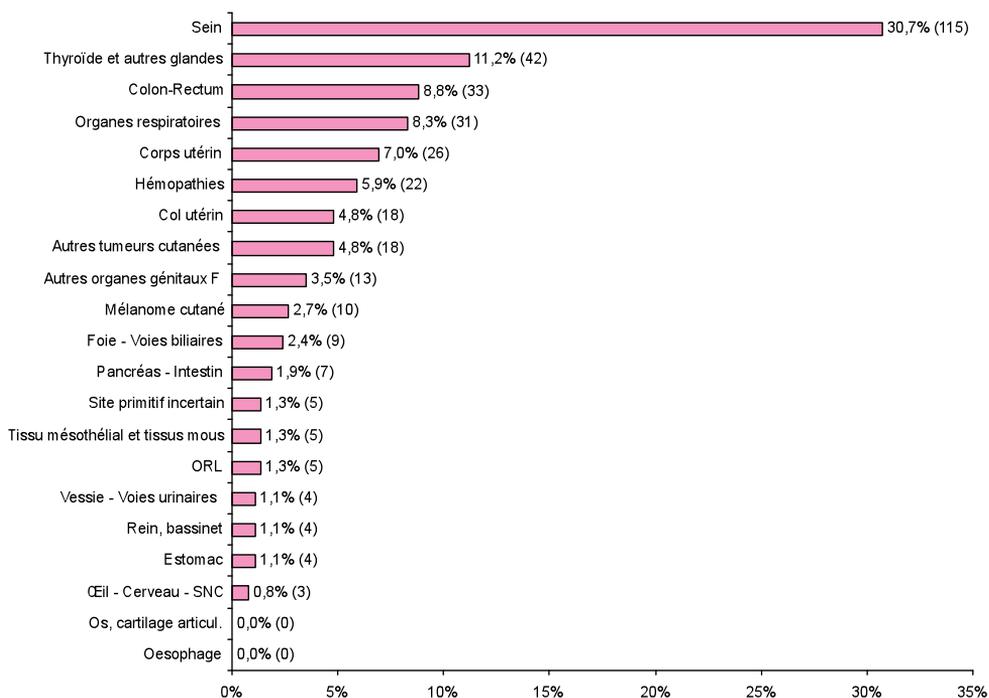
Répartition par topographie - Hommes



Cette répartition varie également selon les communautés, avec une fréquence nettement plus élevée de cancers de la prostate chez les européens (36,3%) et polynésiens (37,5%), et une proportion plus importante de cancers respiratoires chez les mélanésiens (24,3%).

Chez les femmes, prédominent les cancers du sein (115 cas, 30,7%), de la thyroïde et des glandes endocrines (42 cas, 11,2%), du colon-rectum (33 cas, 8,8%), des organes respiratoires (31 cas, 8,3%).

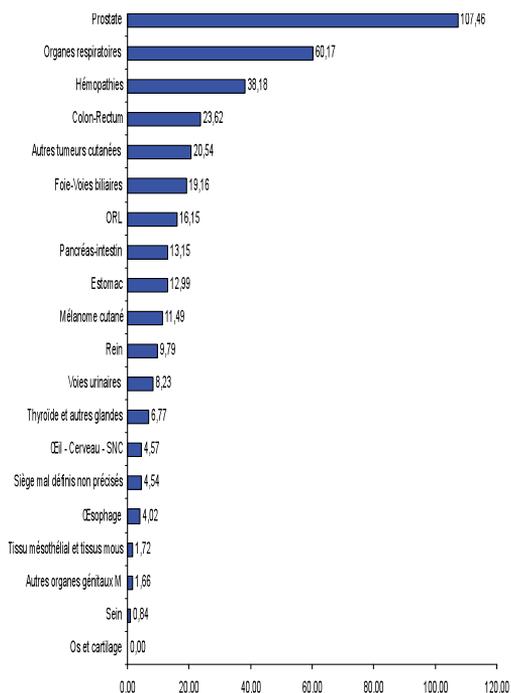
Répartition par topographie - Femmes



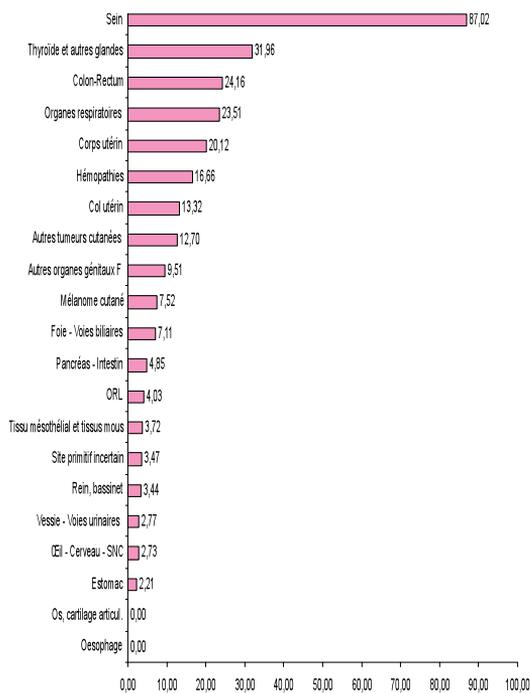
On observe une proportion nettement plus élevée de cancers du sein chez les femmes européennes (41,1%) par rapport aux autres communautés (mélanésiennes : 26,3%, polynésiennes : 29,7%), et une proportion plus importante de cancers de la thyroïde chez les femmes mélanésiennes (16,7% versus 6,2% chez les européennes et 10,8% 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.

Hommes - TSD pour 100 000



Femmes - TSD pour 100 000



La Nouvelle-Calédonie, fait partie des pays à incidence élevée pour certains cancers comme la thyroïde, l'endomètre et le col de l'utérus chez la femme, et la prostate et le foie chez l'homme.

Au total, en 2009 en Nouvelle-Calédonie, les cancers les plus fréquents sont chez les hommes : les cancers de la prostate et des organes respiratoires et chez la femme, 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 endocrinienne 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.

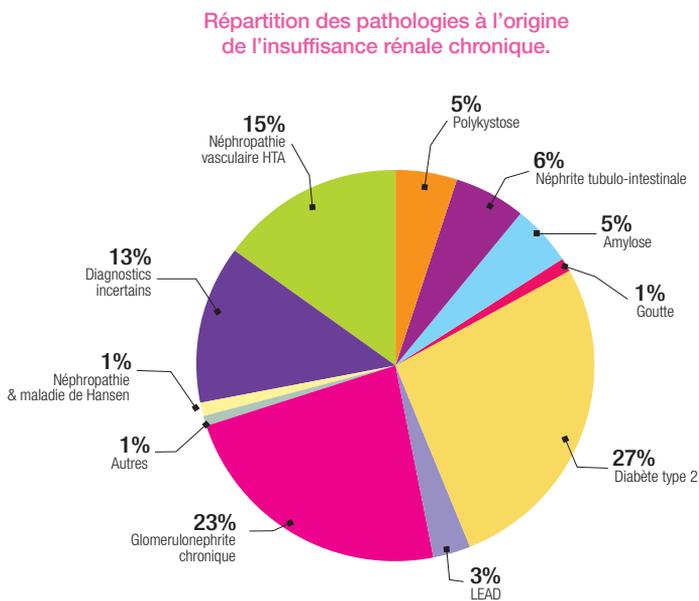
Le nombre croissant des malades traités pour IRC justifie le fait que cette pathologie représente un problème de santé publique. En 2011, 484 personnes-année étaient traitées pour IRC, soit une augmentation de 10,3% par rapport à 2010 et une prévalence égale à 1 823 par million d'habitants (Pmh), taux brut 1,7 fois plus élevé qu'en métropole en 2007 (1094 Pmh).

Avec 92 nouveaux patients en 2011, le taux d'incidence est égal à 347 par million d'habitants, soit le taux des Etats-Unis où la prévalence était aussi supérieure à 1 800 Pmh.

La répartition par traitement montre que l'hémodialyse reste le principal traitement et concerne 66,3% des patients, puis la dialyse péritonéale (8,9%). La transplantation rénale (24,8%) 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.



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

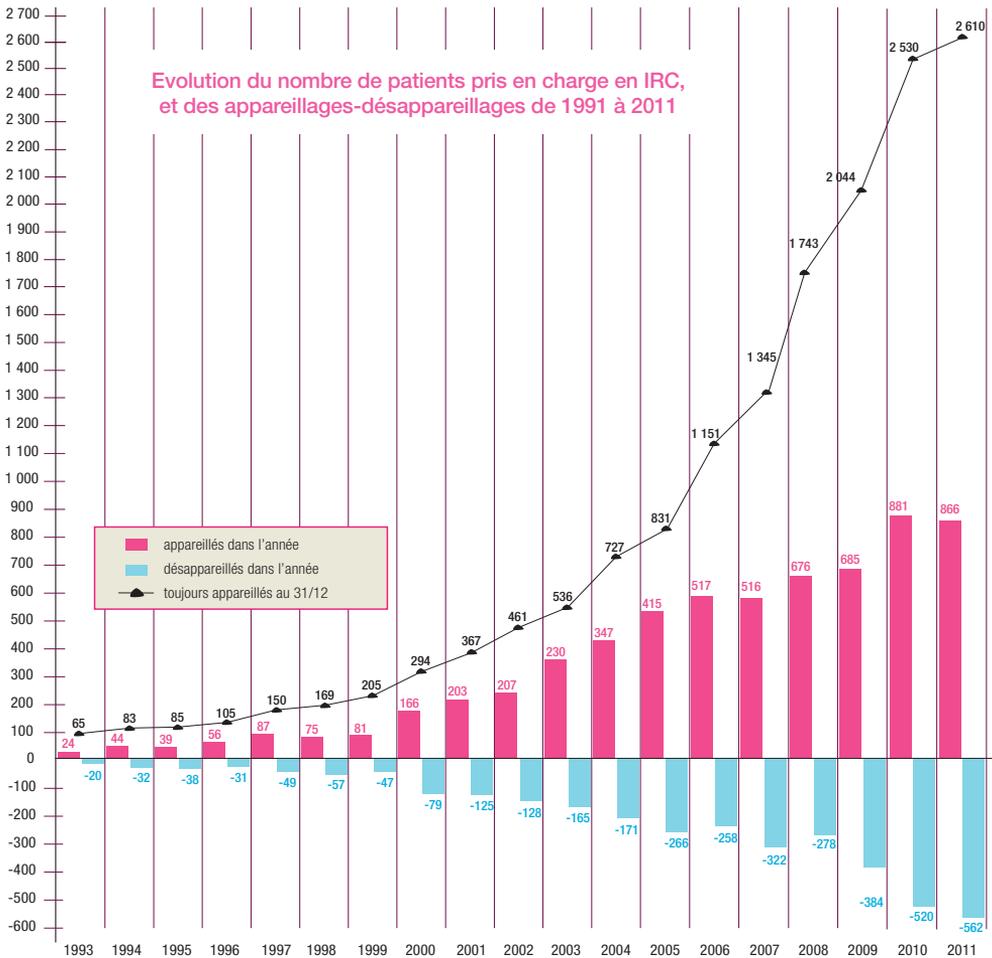
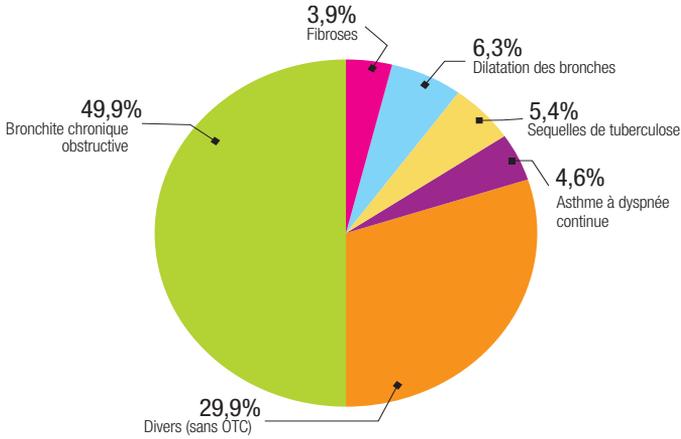
Six structures prennent en charge les traitements à domicile des insuffisants respiratoires en Nouvelle-Calédonie :

- *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 23,3% des sorties de patients en 2011). 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 72,2% d'hommes et 27,8% de femmes.

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), ou en 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 2011	Court séjour				Long séjour		Total
	Pavillon 5	Pavillon 5 bis	Pavillon 6	Pavillon 7	Pavillon 2-3	Pavillon 4	
Admissions directes	443	38	6	328	112	3	930
Journées d'hospitalisation	6 830	3 346	88	5 681	12 053	7 191	35 189
Durée moyenne de séjour	15	88	-	17	81	312	38
Taux d'occupation	93,6	91,7	-	78	98,5	82,6	87,6

Activité extra hospitalière 2011 :

UAOUP : 1 750 consultations ;

Hôpital de jour : 4 914 journées d'hospitalisation ;

CMP : 7 337 consultations de Psy ; 4 315 visites à domicile ;

Centre pénitentiaire : consultations psychologues et psychiatrie : 2 588 ;

Antennes Médico-psychologiques : 6 092 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 2011 : la file active avec 2 244 patients, est en baisse par rapport à 2010 (-9,3%).

3 - le service de gériatrie

Le nombre de consultations s'élève à 1 751 (+13,3% par rapport à 2010). La durée moyenne de consultation est de 49 minutes, l'âge moyen des patients est de 77,6 ans.

Les motifs de consultation les plus fréquents concernent le suivi mémoire et la mémoire (50%) et les demandes d'admission (33%).

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.

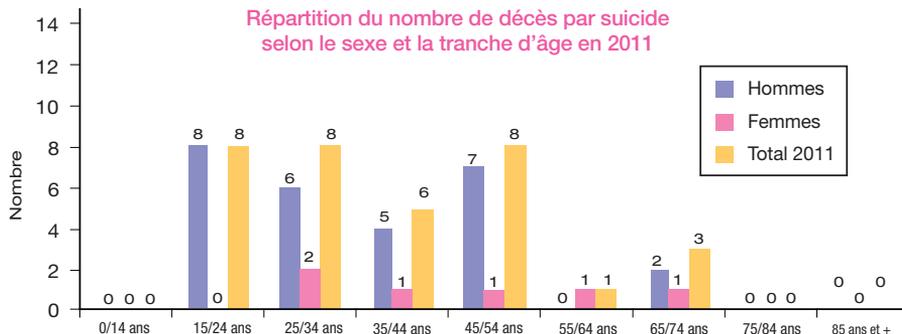
Ne disposant pas des données concernant les tentatives de suicide, seuls les décès par suicide sont présentés.

En 2011, on a observé 34 décès par suicide, soit 2,6% de l'ensemble des décès (N=1320) et 21% des décès par mort violente, ce qui représente un taux brut de mortalité égal à 13,6 pour 100 000 habitants (hommes : 22,1 pour 100 000 ; femmes : 4,9 pour 100 000) et un taux standardisé égal à 13,6 (hommes : 20,6 pour 100 000 ; femmes : 4,4 pour 100 000).

Les suicides chez les hommes représentent plus de 82% de l'ensemble des suicides, soit 4,5 fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes en 2011 (28 chez les hommes contre 6 chez les femmes).

L'âge varie entre 15 ans pour le plus jeune et 71 ans pour le plus âgé.

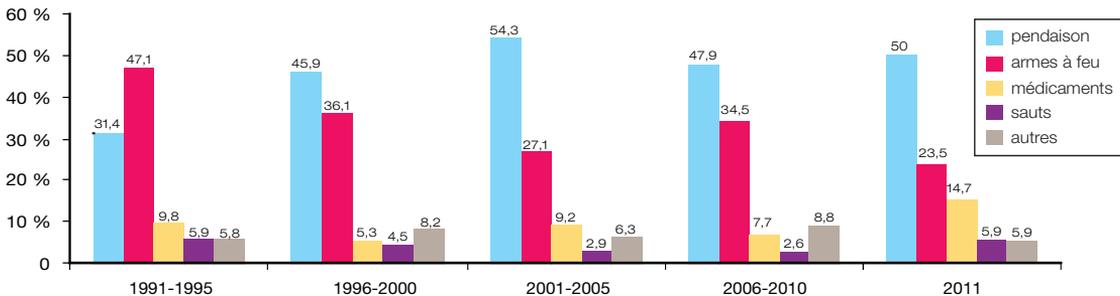
Chez les hommes, si l'on considère le nombre de suicides par tranche d'âge la classe d'âge la plus touchée est celle des 15-24 ans avec 28,6% des suicides contre 25% chez les 45-54 ans. Chez les femmes, les 25-34 ans représentent 33,3% des suicides.



Le principal mode de suicide en 2011 est la **pendaison** (50%).

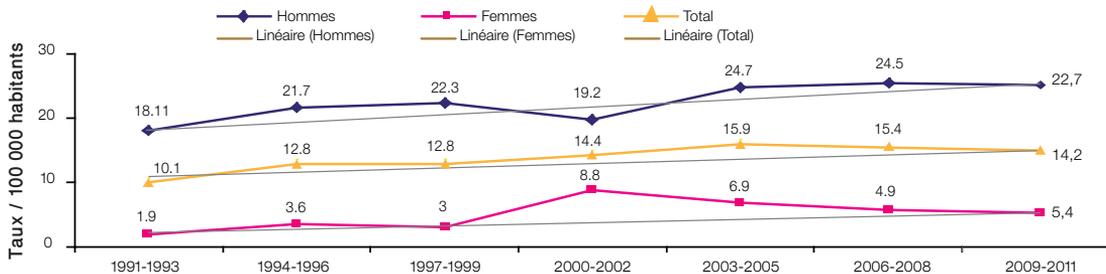
Sur la période 1991-2011, on observe une progression de la proportion des suicides par pendaison au dépend des suicides par arme à feu.

Evolution des principaux modes de suicide, tous sexes confondus

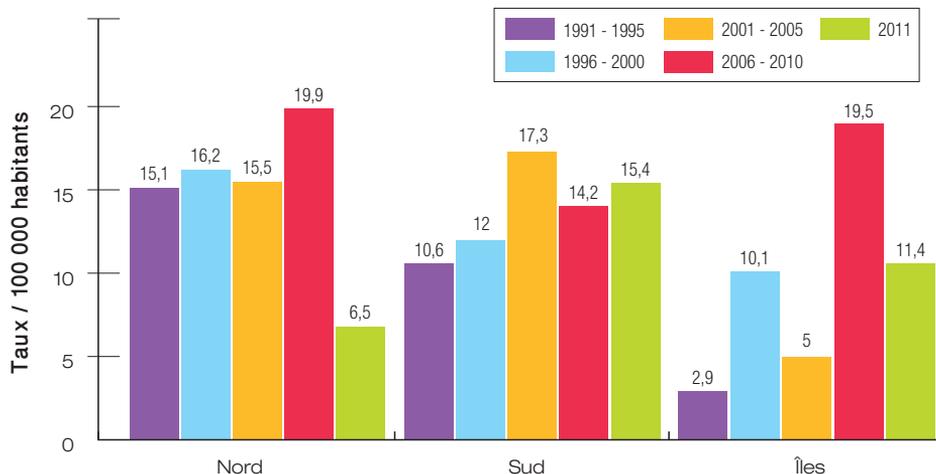


Comme nous pouvons le constater sur la figure suivante, le taux moyen annuel brut a tendance à diminuer chez les femmes depuis 2000, chez les hommes depuis 2003.

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 au cours de la période 2006-2010 dans la province Nord et la province Iles. Par contre, on enregistre peu de suicides dans le Nord en 2011 par rapport aux années précédentes.



Comparaison avec la zone Europe

Le taux standardisé moyen observé en Nouvelle-Calédonie est de 22 pour 100 000 chez les hommes et de 5,2 pour 100 000 chez les femmes. Pour l'ensemble, il est de 13,6 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.

Après une augmentation significative de sa consommation jusqu'en 2010, la consommation de méprobamate chute de moitié suite à l'annonce de son prochain retrait du marché en 2012.

La consommation de buprénorphine est en constante augmentation dans le cadre de son utilisation comme traitement de substitution de la dépendance aux opiacés.

Accidents de la circulation

Parc automobile : le nombre annuel de vente de véhicules ne cesse d'augmenter depuis 2000. En 2011, **14 194 nouveaux véhicules** ont été immatriculés en Nouvelle-Calédonie.

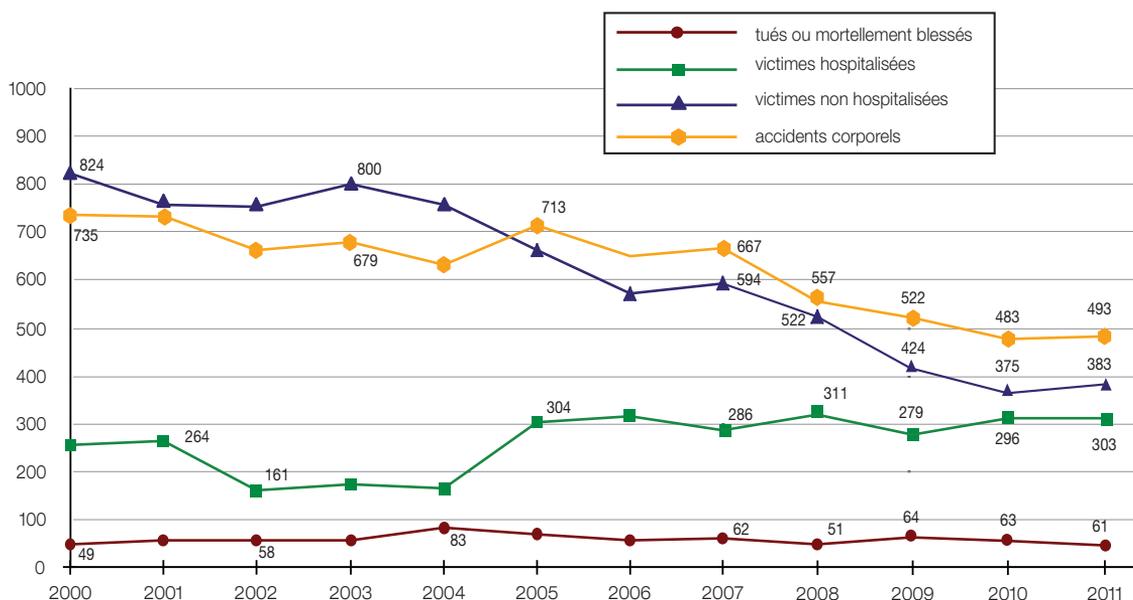
La somme des véhicules en circulation est estimée à **150 000 véhicules** d'après le bilan 2010 de la Police Nationale soit 1 véhicule par habitant de plus de 20 ans.

Accidents corporels : en 2011, on a enregistré **493 accidents avec dommages corporels** constatés sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie qui ont occasionné **61 tués ou mortellement blessés**, soit 8,2% de l'ensemble des **747 victimes** (303 blessés hospitalisés et 383 blessés non hospitalisés).

En 2011, on observe une augmentation de 2% du nombre d'accidents corporels par rapport à 2010 et de 11,3% du nombre de victimes.

Le nombre de tués en 2011 est cependant supérieur à la moyenne annuelle des 5 dernières années (N = 59).

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



Les trois principales causes d'accidents :

Dans la ville de Nouméa, les trois premières causes d'accidents qui représentent **73%** de l'ensemble des 332 accidents sont (rappel 2010) :

- le défaut de maîtrise du véhicule - vitesse : 90 cas, soit **27,1%** des accidents ;
- le refus de priorité (dont le non respect du STOP et du feu rouge) : 83 cas, soit **27,1%** ;
- l'alcool au volant : 69 cas, soit **20,8%**.

Hors zone urbaine, en 2011, le classement des principales causes d'accidents est le suivant :

57 accidents sont dus à l'alcool et à la vitesse (32,8%), 34 accidents dus à l'alcool seul (19%), 38 accidents dus à la vitesse ou à un défaut de maîtrise (21%).

A titre comparatif, la Nouvelle-Calédonie a un taux brut de 256 tués pour 1 million d'habitants (pop. au 01/01/09) soit 4 fois plus que la France Métropolitaine où le taux est de 68 tués/millions d'hab. (**Source :** INSEE pop au 01/01/10)

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 2011 le SMIT avait en charge 89 154 salariés à surveiller pour 14 386 entreprises.

En 2011, 33 217 visites ont été effectuées contre 34 640 en 2010.

Le nombre de visites périodiques est de 14 271 et celui des non périodiques est de 18 946.

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, 31 636 décisions ont été prises au cours de l'année 2011. Parmi les personnes examinées 28 125 ont été déclarées aptes. Les autres personnes ont été déclarées aptes avec restriction ou inaptes. 9 maladies professionnelles ont été dépistées. Les troubles musculo-squelettiques représentent 55% (n=5) des cas de ces maladies.

Les autres étant les lésions dues au bruit (2 cas), et pour 1 cas chacune : maladie infectieuse et affection chronique du rachis.

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 : radiographies pulmonaires, examens biologiques, épreuves fondamentales respiratoires, audiogrammes, bilans ophtalmologiques, bilans de toxicologie, nickéluries, bilans urinaires et le PSA.

Chiffres 2011 : 6 sites, employant au total 2 262 salariés, ont été suivis par le médecin du travail.

Au total, 4 580 examens médicaux ont été effectués dont 2 178 examens périodiques et 2 402 pour les visites d'embauche, les accidents de travail et les visites de reprise. 11 898 examens complémentaires ont été pratiqués (bilans sanguins, urinaires, radiologiques, ophtalmologiques, toxicologiques...).

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 2011, il surveille environ 2 589 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 2011 ont été enregistrés 4 761 accidents du travail soit une baisse de 4,5% par rapport à 2010. 101 accidents de trajet avec arrêt de travail (-28,4% par rapport à 2010) et 78 maladies professionnelles (-8,2% par rapport à 2010). Le nombre de journées d'arrêt indemnisées (65 441) est stable par rapport à 2010 et la durée moyenne d'un arrêt de travail par sinistre est passée de 28,2 journées en 2010 à 29,8 journées en 2011.

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 2011, on constate une diminution du nombre des accidents de travail, des décès, des accidents de trajet et des maladies professionnelles par rapport à 2010.

Addictions : alcool, tabac, stupéfiants

ALCOOL

Consommation :

En 2011, **1 878 934 LAP** (litres d'alcool pur), ont été consommés en Nouvelle-Calédonie, soit 3,2% de plus qu'en 2010.

La proportion de bière consommée en 2011 représente **42,3%** de la consommation totale.

Cette consommation reste stable par rapport à 2010.

On note une diminution (1,9%) de la consommation de vin par rapport à 2010. En 2011 elle représente **33,3%** de la consommation totale.

La proportion d'alcool fort représente **24,3%** de la consommation totale, soit une augmentation de la consommation de 11,6% par rapport à 2010.

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, 37 décès liés totalement ou très majoritairement à l'alcool en 2011, soit 2,8% du nombre total de décès, soit un taux brut annuel égal à **14,7 décès** pour 100 000 habitants.

Entre 1991 et 2011, 686 décès liés à l'alcool ont été enregistrés et représentent **3% de l'ensemble des 23 052 décès survenus depuis 21 ans**, soit un taux moyen brut égal à **15,2 décès** par an pour 100 000 habitants.

Outre ces 686 décès, on peut y inclure les décès, pour lesquels l'alcoolisme, aigu ou chronique, a été indiqué en renseignement complémentaire soit **616 décès** supplémentaires, ce qui porte ainsi à **1 302** le nombre de décès imputables à l'alcool (6 décès supplémentaires pour 2011).

Ainsi, entre 1991 et 2011, **2 486 décès** seraient attribuables à l'alcool.

Cela représente **10,8%** des décès totaux pour cette période.

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 précédente enquête s'est déroulée en 2008 en France métropolitaine, dans les DOM, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française. Elle renseigne sur les niveaux d'usage et les tendances émergentes en termes de produits et de modalités de consommation et offre un suivi très actif des évolutions à un âge particulièrement concerné.

Les jeunes Calédoniens présentent des usages, dans l'ensemble, semblables à ceux mesurés sur l'ensemble de la France métropolitaine et des DOM-TOM. Par ailleurs, les tendances locales entre 2005 et 2008, diffèrent de celles constatées au niveau métropolitain, les ivresses apparaissent en hausse.

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 2011, la vente totale de tabac est établie à : **364,9 tonnes**, soit **8,7%** de moins qu'en 2010.

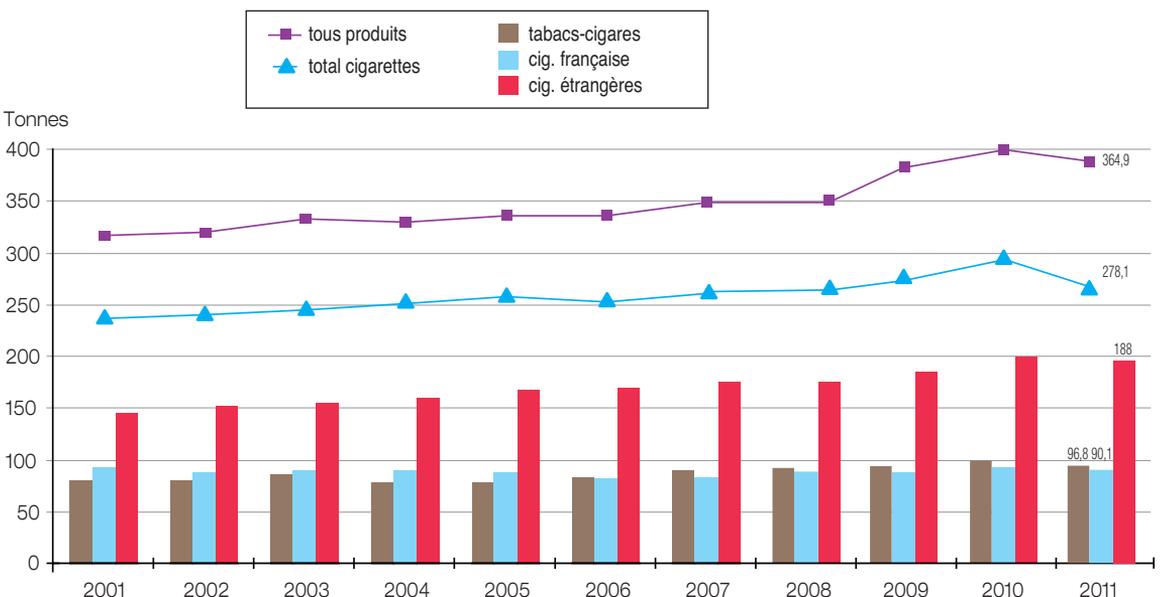
Alors qu'on observait une augmentation progressive de la consommation annuelle de tabac en Nouvelle-Calédonie, tous produits confondus depuis 2001, en 2011 on enregistre pour la première fois une baisse avec 34,7 tonnes de moins qu'en 2010.

L'estimation de la consommation quotidienne de tabac, tous produits confondus, par adulte de 15 ans et plus, est évaluée à 5,29 grammes/adulte/jour.

Les recettes encaissées par la régie locale des tabacs ont cependant augmenté de 12% en 2011 par rapport à 2010.

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 analysées du registre du cancer de Nouvelle-Calédonie montrent qu'en 2009, on enregistrait **118 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 2 566 décès chez les hommes et 319 chez les femmes, qui seraient attribuables au tabac, soit 2 885 pour 23 052 décès au cours de la même période, c'est-à-dire **12,5% des décès**, ce qui représenterait un taux brut moyen de décès attribuables au tabac égal à **63,3 pour 100 000**.

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.

De petites saisies de LSD ont été réalisées en 2007, 2009 et 2010.

De petites saisies d'ecstasy ont été réalisées en 2008, 2009 et 2011.

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.

A noter cette année une saisie importante de cannabis de synthèse provenant de Nouvelle-Zélande.

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

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). Outre l'aspect toxicomaniaque pur, l'emploi abusif de ce médicament présente un risque du fait de sa teneur en paracétamol. En effet, il existe un risque réel de cytolysse hépatique – pouvant être mortelle – entraîné par l'absorption de doses supérieures à 10 grammes de paracétamol, soit deux boîtes de Codoliprane®.

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 2010, 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 2011, au CCF, on note une augmentation de consultations pour contraception (de 41% par rapport à 2010) 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 2011, on peut estimer à au moins 34 913 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% 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 a été calculé (chiffres 2011 non disponibles).

En 2010, 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 **23,5 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 2011, 23 810 frottis ont été réalisés en Nouvelle-Calédonie par deux laboratoires d'analyses (soit 3,7% de plus qu'en 2010). 3,9% 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 2011, un taux élevé de césariennes aussi bien dans le secteur public que privé, dépassant le taux de la Métropole (20,2% en 2009).

2011	Secteur public	Secteur privé	Total
Nombre d'accouchements	2 362	1 664	4 026
Nombre de césariennes	427	441	868
% de césariennes / accouchements	18	26,5	21,5

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. 1 décès maternel a été enregistré en 2011 (1 en 2010) soit un total de 25 depuis 21 ans. Pour la période 1991-2011, le taux moyen s'établit donc à **26 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

On recense 4 159 naissances totales en 2011 (chiffre provisoire ISEE). 0,8% de ces naissances (n=35) ont eu lieu hors structures médicales ou dans des dispensaires. 4 124 d'entre elles sont réparties de la manière suivante :

Ces naissances sont réparties de la manière suivante :

LIEU	Naissances totales	Age gestat. < 37 sem.	% de gestat. < 37 sem.	Naissances < 2 500 g	% de naissances < 2 500 g
Hôpital P. Thavoavianon	282	15	5,3	24	8,5
CHT	2 162	288	13,3	304	14
Polyclinique Anse Vata	698	18	2,6	26	3,7
Clinique Magnin	982	34	3,4	24	2,4
Total des données disponibles	4 124	355	8,6	378	9,1

Ainsi à partir de ces données, on peut estimer le taux de prématurité à au moins 8,6% et le taux de petits poids de naissance à 9,1%. Ils restent toutefois encore plus élevés que ceux de la métropole en 2010 (7,4 pour les prématurés et 7,1 pour les petits poids).

CAUSES DE MORTALITÉ INFANTILE

596 décès d'enfants de moins d'un an ont été enregistrés entre 1991 et 2011.

Les pathologies d'origine périnatale (souffrances fœtales, infections néonatales, pathologies respiratoires spécifiques à la période néonatale...) représentent la principale cause de décès avec 34,7% des décès, puis les anomalies congénitales avec 17,8% des décès (essentiellement cardiovasculaires : 36 cas et du système nerveux : 20 cas), les pathologies infectieuses : 38 cas.

A noter 57 cas de mort subite du nourrisson observés sur cette période, soit 9,5% 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 2011, le centre médico-scolaire de Nouméa a effectué 13 723 visites médicales en classe maternelle, primaire et classes spécialisées.



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 2011 les chiffres ont été arrêtés au 1er novembre.

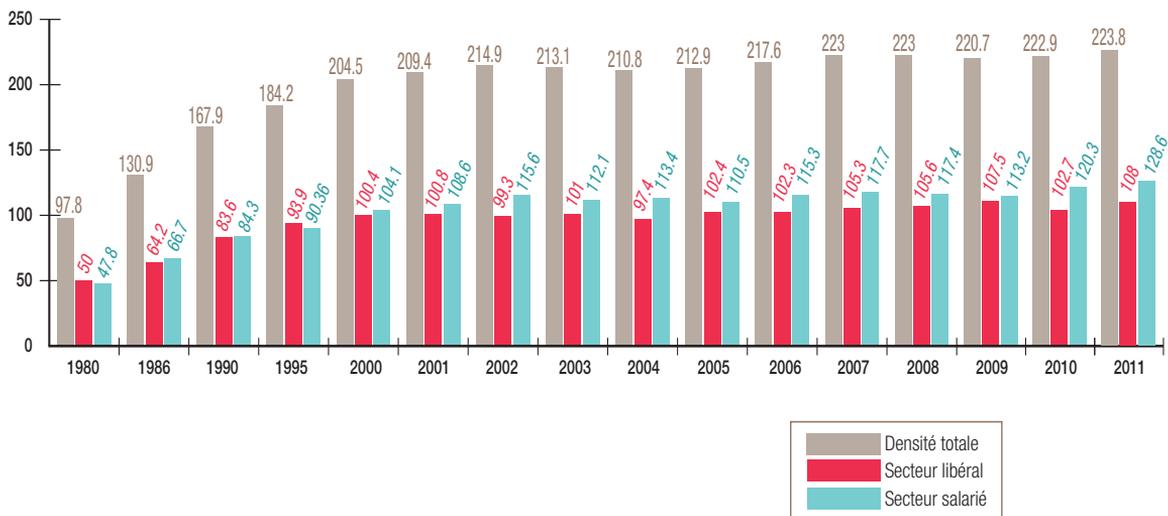
Cet effectif inclut les médecins libéraux conventionnés ou non, les médecins du secteur public en poste ainsi que les médecins salariés du secteur privé.

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 2011 (272 exerçaient dans le secteur libéral et 354 étaient salariés), soit une augmentation de 12,2% par rapport à 2010. En 2011, on constate une augmentation (17,6%) du secteur salarié, et une baisse de 9,6% du secteur libéral. Le nombre de médecins du secteur libéral est contrôlé du fait du gel du conventionnement avec les organismes de protection sociale. En 2011 la densité est de 223,8 médecins pour 100 000 habitants.



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.

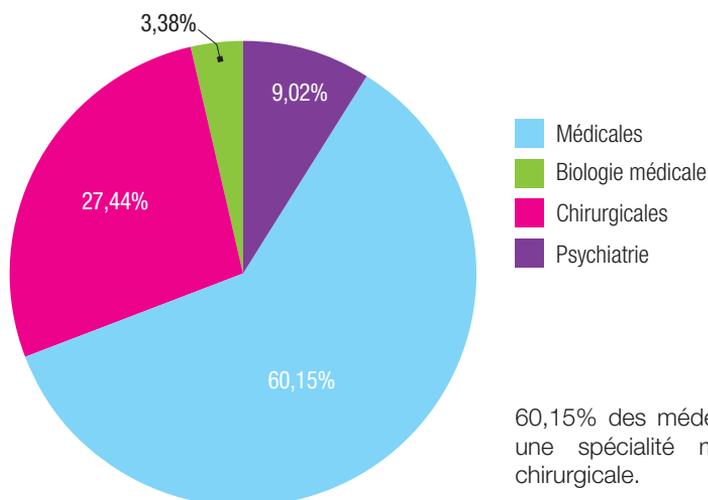
Ces écarts de densité pour les médecins curatifs sont donc les suivantes :

- province Sud : 256,8 ;
- province Nord : 137,8 ;
- Iles Loyauté : 100,6.

297 (soit 52,7%) des médecins curatifs en activité, sont des omnipraticiens, soit une densité égale à **117,9** pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, densité plus faible que celle de la France métropolitaine qui était égale à **145,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants** (estimation ATLAS de la démographie médicale en France - CNOM au 1^{er} janvier 2009). **88,1%** des généralistes de la province Sud exercent dans la zone de Nouméa et du Grand Nouméa, soit une densité égale à **118,5** pour cette zone contre **137,3** pour l'ensemble des autres communes de la province Sud.

266 médecins spécialistes sont en activité, ce qui représente une densité de **112,3** spécialistes pour 100 000 habitants en Nouvelle-Calédonie. La densité est plus élevée en province Sud et plus particulièrement à Nouméa, en raison de la présence des principaux établissements hospitaliers et plateaux techniques.

Répartition des médecins spécialistes (curatifs) par grandes disciplines



60,15% des médecins spécialistes curatifs exercent une spécialité médicale, 27,4% une spécialité chirurgicale.

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 2011.

La densité des chirurgiens-dentistes en Nouvelle-Calédonie est de **45,2 pour 100 000 habitants**.

La répartition entre secteur salarié et secteur libéral est respectivement de 34% et de 66%. La densité des chirurgiens-dentistes exerçant en libéral est de **29,8 pour 100 000 habitants**. En France Métropolitaine, la densité moyenne est égale à 65 pour 100 000 au 01/01/2009.

La densité totale des masseurs-kinésithérapeutes en Nouvelle-Calédonie est de **50,8 pour 100 000 habitants**, celle des libéraux est de **40,5 pour 100 000 habitants**. En France Métropolitaine, la densité est de 105 au 01/01/2007.

La densité de l'ensemble des infirmiers - soins généraux, spécialisés et cadres - est de **528,6 pour 100 000 habitants** en Nouvelle-Calédonie. En France Métropolitaine, la densité des infirmiers était de 780 au 01/01/2008.

La densité des sages-femmes en Nouvelle Calédonie, est de **169,4 pour 100 000** femmes âgées de 15 à 49 ans en 2009. En France Métropolitaine, cette densité est égale à 125 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (au 01/01/2008).

La densité de pharmaciens, toutes catégories confondues, est de **79,4 pour 100 000 habitants** (N = 200) en Nouvelle-Calédonie pour 2011. En France Métropolitaine, cette densité est plus élevée et était égale à 118 au 01/01/2008.

Établissements

LITS ET PLACES D'HOSPITALISATION (AU 31 DÉCEMBRE 2011)

Disciplines de court séjour :

Médecine : 206 lits au CHT en hospitalisation complète et 20 lits en hospitalisation de jour.

Chirurgie : 133 lits de chirurgie du CHT Gaston Bourret en hospitalisation complète et 6 lits en hospitalisation de jour.

Obstétrique : 47 lits d'obstétrique du CHT Gaston Bourret en hospitalisation complète et 2 lits en hospitalisation de jour.

Soins critiques : il existe au total 52 lits d'hospitalisation pour cette discipline dont 40 au CHT Gaston Bourret.

Au total : les disciplines de court séjour représentent 673 lits installés en hospitalisation complète (HC) et 53 lits en hospitalisation de jour.

Secteurs	Service d'hospitalisation de court séjour (HC)				
	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Soins critiques	Total
Privé					
Baie des Citrons	51	33	11	0	95
Clinique Magnin	21	40	19	7	87
Total secteur privé	72	73	30	7	182
Public					
CHT G. Bourret	206	133	47	40	426
CH P. Thavoavianon	20	13	9	5	7
CH D. Nebayes	16	0	2	0	18
Total secteur public	242	146	58	45	491
TOTAL GENERAL	314	219	88	52	673

La psychiatrie générale

Adultes : 125 lits en hospitalisation complète et 25 lits en hospitalisation de jour.

Infanto-juvénile : 25 lits en hospitalisation de jour.

Gériatrie : 75 lits en hospitalisation complète.

Le moyen séjour

Soins de suite et de réadaptation (SSR) : 74 lits en hospitalisation complète.

Le long séjour

Gériatrie : 18 lits en hospitalisation complète au CHT G Bourret (Centre Raoul Follereau), 57 lits au CHS Albert Bousquet

Les lits polyvalents de proximité

Ce sont les lits existants dans les Centres Médico-Sociaux gérés par les Directions Provinciales des Affaires Sanitaires et Sociales de l'intérieur et des Iles. Ils sont au nombre de 27 avec un nombre total de 78 lits dont la répartition est la suivante :

- 5 circonscriptions médico-sociales dans la province des Iles totalisant un nombre de 54 lits ;
- 14 circonscriptions médico-sociales dans la province Nord avec un nombre total de 2 lits ;
- 7 circonscriptions médico-sociales dans la province Sud pour un total de 22 lits.

L'ensemble de ces structures sanitaires fonctionne avec une présence médicale et paramédicale permanente (semaine et jours fériés). Ce sont des structures de proximité qui ont principalement pour rôle de répondre aux besoins de la population dans le domaine curatif, de l'urgence et de la prévention.

STRUCTURES PARAPUBLIQUES (2010-2011)

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 2010, il a été effectué 11 096 consultations d'ophtalmologie et 9 445 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 2011, 28 045 consultations de médecine générale, 1 565 de médecine spécialisée et 2 621 consultations dentaires.

LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Moyens et activité du service de santé des armées au 31 décembre 2010.

Infirmeries	Lits	Personnel Médecins	Personnel Infirmiers	Nombre de Journées	Nombre de consultations
Centre de consultations interarmées', Nouméa	12	3	5 ⁽¹⁾	275	5 261
Régiment d'infanterie de marine du Pacifique à Plum	7	3	4 ⁽¹⁾	109	2 137
Détachement du RIMAP NC de Nandai - Bourail ⁽²⁾	7	1	1	0,5	209
Base aéronavale de Tontouta	4	1	3	11	845
Groupement du service militaire adapté de Koumac	0	1	1	0	625
TOTAL 2009	30	9	14⁽¹⁾	395,5	9 077

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 - ⁽²⁾ Fermée en juin 2010

URGENCES

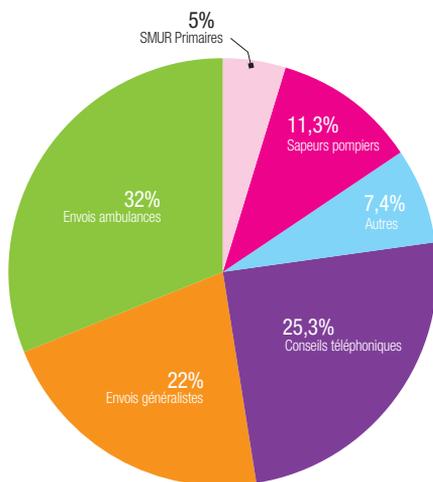
Le SAMU a pour mission essentielle de fournir ou de faire assurer aux personnes malades, blessées, parturientes, où qu'elles se trouvent en Nouvelle-Calédonie et en permanence, les soins d'urgence appropriés. Le Service d'Accueil des Urgences a pour mission d'accueillir en permanence tous les patients 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 2011 :

44 380 passages contre 43 457 en 2010, soit une augmentation de 2,1% (-0,9% à Magenta et +4,2% à Gaston Bourret).

22,7% de ces passages ont entraîné une hospitalisation : 29,1% à Gaston Bourret et 13% à Magenta.

Résultats du SAMU - SMUR : le centre 15 a reçu 40 434 appels qui ont été médicalisés en 2011 soit +9,5% de plus qu'en 2010. Ces appels ont été traités comme suit (graphe ci-contre) :



Secteur médico-technique

Transfusion sanguine

Activité	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution 2010/2011
Prélèvement						
Personnes présentées	6 852	6 442	6 464	5 898	7 605	+28,9%
Dons du sang	5 708	5 437	5 766	5 037	6 117	+21,4%
Saignées thérapeutiques	441	488	545	603	490	-18,7%
Distribution						
Produits sanguins + médicaments dérivés du sang	7 752	7 246	7 902	7 075	8 230	+16,3%

Activité de prélèvement

L'année 2011 est caractérisée par une augmentation (+21,4%) des dons du sang et par une diminution du nombre de saignées thérapeutiques (18,7%).

Activité de distribution

Le nombre total de produits distribués progresse (+16,3%) par rapport à l'année 2010.

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.

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

Pharmacie à usage intérieur d'établissement de santé

Treize pharmacies à usage intérieur sont autorisées dans les établissements suivants :

AZUR SANTÉ, ATIR-NC, CHT Gaston Bourret, CHS A. Bousquet, CHP P. THAVOAVIANON, CHP D. NEBAYES, Clinique Magnin, Clinique de l'Anse-Vata, Clinique de la Baie des Citrons, province Iles, province Nord, province Sud et Centre médical du 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

Il est recensé 25 dépôts de médicaments tenus par des commerçants non pharmaciens. Le nombre d'établissement exerçant réellement cette activité n'est pas connu avec précision et doit être réévalué.



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).

PRÉCAUTIONS

Les données qui suivent sont évaluatives pour la part relevant des ménages et des assurances privées, ces dernières n'ayant pas communiqué leurs informations en temps utile. Les dépenses sont évaluées par recoupement avec les recettes des établissements hospitaliers et, de manière forfaitaire, pour les dépenses de soins de ville (base SANESCO = 5% de majoration des dépenses). De même, les données transmises par certains organismes ou collectivités étaient partielles, une note de bas de page indique par conséquent les données qui ont été estimées.

Évolution de 2009 à 2011

Entre 2009 et 2011, la consommation médicale totale a augmenté, au total, de 13,1% et la dépense courante de santé de 13,4%

Exercice	Consommation médicale totale en millions de FCFP	% N-1	Dépense courante de santé	% N-1
2009	69 661,50	+11,7%	76 755,15	+11,5%
2010	75 362,89	+8,2%	82 186,03	+7,1%
2011	78 783,90	+4,5%	87 022,70	+5,9%

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.

Les données relatives à la population en Nouvelle-Calédonie n'étant pas disponibles pour 2010 et 2011, il est retenu une estimation.

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

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

* Population estimée

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

En 2011, 87 milliards de FCFP ont été au total dépensés pour la santé en Nouvelle-Calédonie soit en moyenne 345 033 FCFP par habitant. Au sein de cette dépense, 78,7 milliards ont été directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux, soit 312 367 FCFP par habitant. La Nouvelle-Calédonie se place dans la moyenne des pays développés.

En %	2009	2010
Dépenses courante de santé rapportée au PIB en NC	10,2%	10,1%
en France	11,7%	12,1%

* Sources réactualisées de l'ISEE



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

Le climat du Pacifique sud-ouest est largement dominé par l'influence de l'oscillation australe El-Niño. En 2011, le climat du Pacifique sud-ouest a été fortement influencé par le puissant épisode La Niña qui s'est développé dans l'océan Pacifique équatorial au second semestre 2010 et qui a persisté jusqu'en mai 2011. Sa manifestation la plus notable sur le territoire a été un temps plus pluvieux que la normale durant le premier semestre.

Les conditions très sèches de l'année 2010 ne sont plus qu'un mauvais souvenir. En 2011, les quantités de pluie mesurées sont toutes supérieures aux normales, les bilans pluviométriques annuels sont excédentaires.

Les températures minimales et maximales sont dans l'ensemble supérieures aux normales en 2011.

Les quantités de rayonnement solaire global sont équivalentes aux moyennes annuelles.

Les vitesses moyennes des vents se sont montrées constantes, mais plus faibles qu'à l'accoutumée.

De part et d'autre de la Grande Terre, l'évapotranspiration potentielle a été, en 2011, moins prononcée qu'en moyenne. Néanmoins, la période de septembre à novembre a été notablement critique pour la flore calédonienne.

EAU

Les compétences de la 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 m³.

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 BAINNADE

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 feu 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. La surface moyenne détruite par feu connaît une nouvelle inflation de 73%, passant depuis 2009 de 16 ha à 21 ha en 2010, puis à 36 ha en 2011, sans différence d'évolution marquée entre la province Nord et la province Sud.

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*)

Au niveau international, la reprise mondiale entrevue en 2010 ne s'est pas confirmée, notamment freinée par la hausse des cours mondiaux des matières premières agricoles et énergétiques. Cette inflation importée ainsi que la progression du cours des dollars australien et néo-zélandais se sont répercutées sur le niveau des prix en Nouvelle-Calédonie. De plus, la crise de la dette au sein de la zone euro a contraint la France à resserrer sa politique budgétaire. Les dispositifs de défiscalisation outre-mer sont devenus en 2011 plus restrictifs, impactant l'économie calédonienne, en particulier le secteur du BTP.

L'ÉCONOMIE CALÉDONIENNE

Malgré ce contexte international plutôt défavorable, en 2011, l'économie calédonienne a résisté. La demande intérieure, restée robuste, a contribué à la bonne tenue de l'économie calédonienne. Le nickel et le tourisme ont été deux puissants moteurs de l'économie en 2011. La montée en puissance de l'usine du Sud et la construction de l'usine du Nord ont stimulé l'activité directe et indirecte, notamment dans le BTP. Le tout dans un contexte de hausse des cours des matières premières, qui a eu une incidence certaine sur le niveau des prix en Nouvelle-Calédonie. La demande des ménages est cependant restée bien orientée, aidée en cela par une nouvelle revalorisation du SMG et des salaires conventionnels.

MINES ET MÉTALLURGIE

Sur l'année 2011, le cours moyen de la livre de nickel au London Metal Exchange (LME) est légèrement en hausse avec 10,39 USD/lb, contre 9,89 USD/lb en 2010 (+5%). Il est toutefois très inférieur à la moyenne exceptionnelle de 2007 (16,89 USD/lb).

PÊCHE ET AQUACULTURE

Les thons, dont les trois quarts sont des thons blancs, représentent la quasi-totalité de la pêche hauturière du territoire. En 2011, 2 300 tonnes de thons ont été capturées dans les eaux calédoniennes, contre 2 500 tonnes en 2010. 850 tonnes de thons ont été vendues à l'extérieur du territoire pour 450 millions de F.CFP, contre 1 100 tonnes pour 430 millions de F.CFP en 2010, valeur en hausse pour la cinquième année consécutive.

BÂTIMENT

Avec 9 140 personnes dans le secteur de la construction en moyenne sur l'ensemble de l'année 2011, l'emploi salarié présente une hausse de 4,6% sur un an, ce qui représente 440 salariés supplémentaires. L'index BT21 "tous travaux confondus", qui reflète l'évolution globale du coût

de la construction, s'élevait à 139,33 en décembre 2011, contre 133,81 en décembre 2010.

ÉNERGIE

En 2011, la production d'électricité atteint un nouveau record. Elle est en hausse de 6% par rapport à 2010. 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 augmente de 4 points, grâce à la hausse de la production hydraulique. Ainsi en 2011, 81% de l'électricité calédonienne est produite à partir de l'énergie thermique et 19% est produite à partir d'énergies renouvelables.

TOURISME

En 2011, le nombre de visiteurs de la Nouvelle-Calédonie (touristes + croisiéristes) a atteint 360 000 personnes, soit 66 000 de plus qu'en 2010. Ceci notamment grâce à l'envol des arrivées de croisiéristes (+52 000), et dans une moindre mesure à celle des touristes (+13 500). En 2011, un touriste sur trois était métropolitain, le pic étant réparti de juillet, à septembre, avec notamment 4 600 personnes en août (visite présidentielle et les jeux du pacifique NC2011).

VOYAGES DES CALÉDONIENS

En 2011, 123 600 Calédoniens sont revenus de voyage, soit 8 000 de moins sur un an. Cette diminution de 6% intervient après dix années de progression. La hausse des prix des transports aériens (+2,8% sur un an) et la restriction des aides à la continuité territoriale ont pu freiner les voyages des Calédoniens.

PRIX À LA CONSOMMATION

Le nouvel indice des prix à la consommation calculé par l'ISEE, a été mis en place en 2011 (base 100 en décembre 2010). Cet indice est désormais basé

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

sur une nomenclature internationale de dépenses utilisée dans les pays de l'Union Européenne. En décembre 2011, l'inflation est soutenue avec +2,6% en un an. Elle est quasiment identique à celle de 2010 (+2,7%). L'inflation de 2011 est malgré tout nettement supérieure à celle de 2009 (+0,2%), son plus bas niveau de la décennie

EMPLOI SALARIÉ

En moyenne sur l'année 2011, 87 740 salariés ont été déclarés à la CAFAT. Sur un an, l'emploi salarié progresse autant qu'en 2010 : +3,4%, contre +3,3% en 2010.

En moyenne sur 2011, 63 600 salariés travaillent dans le privé, soit 72,5% de l'emploi salarié total.

En 2011, les salariés du secteur public sont en moyenne 24 150, soit 280 de plus qu'en 2010 (+1,2%). Ces salariés supplémentaires sont pour $\frac{3}{4}$ fonctionnaires et pour $\frac{1}{4}$ contractuels. Sur les 24 150 salariés du public, 62% sont fonctionnaires et un quart, des contractuels.

FINANCES PUBLIQUES

En 2010, l'État a dépensé en Nouvelle-Calédonie 129 milliards de F.CFP, soit un montant en légère baisse de 3,5% par rapport à 2009.

La situation provisoire du budget de la Nouvelle-Calédonie fait apparaître une hausse des recettes (+16,9%) ainsi que des dépenses (+7,7%) au titre de l'année 2010.

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

The screenshot shows the homepage of the Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) in Nouvelle-Calédonie. The page is designed with a clean, professional layout. At the top, there is a header with the DASS logo and the text 'Nouvelle-Calédonie'. Below this, a navigation menu is visible on the left side, listing various health-related topics. The main content area is divided into several sections, each with a representative image and a title: 'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ', 'HANDICAP ET DÉPENDANCE', 'PROGRAMME D'ACTION CONTRE CERTAINES MALADIES', 'PROTECTION SOCIALE', 'SANTÉ ENVIRONNEMENTALE', 'PROTECTION JUDICIAIRE DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE', 'ETABLISSEMENTS ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ', and 'PRODUITS DE SANTÉ'. On the right side, there are two prominent sections: 'ALERTES' (Alerts) and 'ACTUALITÉS' (News). The 'ALERTES' section includes a notice about dengue fever cases. The 'ACTUALITÉS' section lists a 'Commission médicale des permis de conduire'. At the bottom of the page, there is a footer with 'Mentions légales' and contact information.

**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