



Description
de la population



État de santé



Comptes
de la santé



Facteurs
non-médicaux
en relation
avec la santé

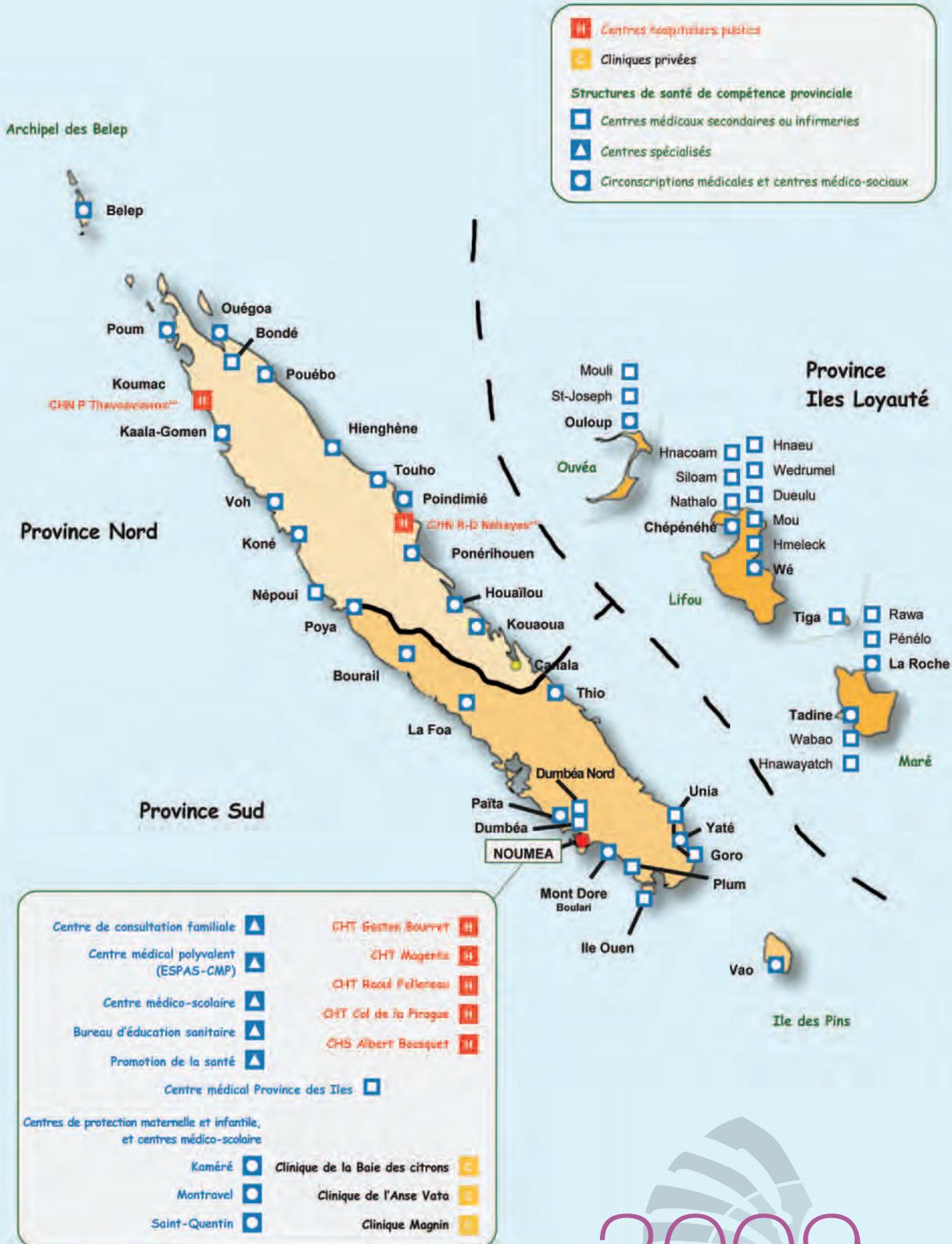
Mémento 2009

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie



DASS
Direction des Affaires
Sanitaires et Sociales

Principales structures de santé de la Nouvelle-Calédonie*



* Les structures et le personnel de santé à la disposition de la population calédonienne sont détaillés dans le chapitre II : Les services de santé.

** Les CHN de Koumac et Poindimié disposent d'une antenne médico-psychologique rattachée au CSH A. Bousquet

2009



Description de la population..... P. 04

Caractéristiques démographiques P. 04

Causes médicales de décès..... P. 05

Causes médicales de décès périnataux P. 06



État de santé..... P. 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 P. 38

Présentation P. 38

Coût de la santé..... P. 39



Facteurs non-médicaux
en relation avec la santé..... P. 41

Environnement..... P. 41

Données économiques et sociales..... P. 43

**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





Description de la population

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Au 1^{er} janvier 2008, la population était estimée à 244 410 habitants, soit un accroissement de 5,9 % par rapport au dernier recensement.

La répartition selon les provinces reste toujours stable par rapport au dernier recensement (Sud : 72,1 %, Nord : 18,7 %, Loyauté : 9,2 %).

Cette population est composée de 50,4 % d'hommes et de 49,6 % de femmes.

Principaux indicateurs démographiques - Le recensement de la population 2009 étant en cours, l'ISEE n'a pas communiqué les chiffres de la démographie au 1^{er} janvier 2009. Pour cette raison, les données restent inchangées au 31.08.10.

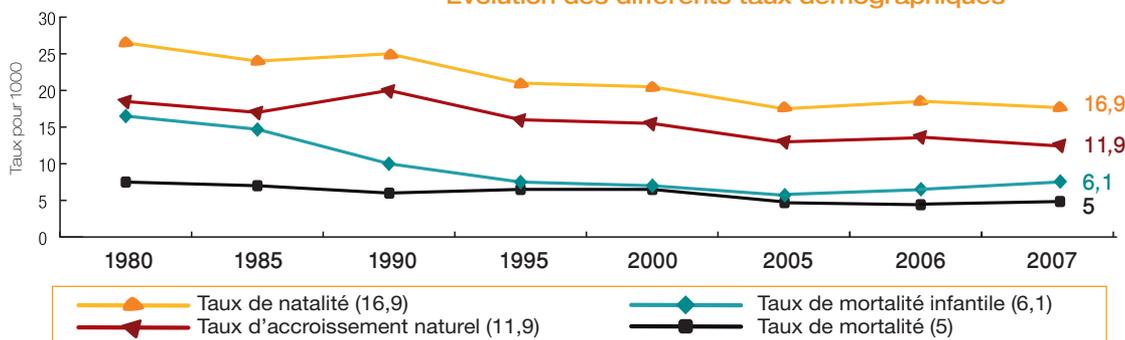
	Population au 01/01/08	Taux d'accroissement (%)	Nbre de naissances selon dom. mère	Taux de natalité (%)	Indice de fécondité	Taux brut de mortalité infantile (%)	Nombre de décès selon le domicile	Taux brut de mortalité	Taux brut de mortalité périnatale (%)	Espérance de vie à la naissance
Nlle-Calédonie	244 410	11,9	4138	16,9	2,2	5	1207	5	13,5	75,9
prov. Îles*	22 570	10,7	387	17,2	2,4	18,1	145	6,4		72,7
prov. Nord*	45 700	9,3	701	15,4	1,9	7,1	277	6,1		73,2
prov. Sud*	176 140	12,7	2982	17,1	2,2	4	766	4,4		76,9
France (2006)	63,75 million	4,7	830 900	12,9		3,6		8,45	7 (96)	84,4
Polyn.-Franç. (2006)	279 882			17,8	2,01	6,8		4,69		76,9
Australie (2005)	19,9 million	1,2		12,7		5		6,4		83,5

* Uniquement les personnes domiciliées dans la province.

Le taux d'accroissement naturel¹ baisse en 2007. Il passe de 13,0 à 11,9 %.

Le taux de natalité² : 16,9 %. 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 2007.

Évolution des différents taux démographiques



Indice de fécondité³ : 2,2 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 en augmentation (de 26,4 en 1980 à 28,8 en 2007).

Taux brut de mortalité⁴ : 5 pour 1 000 (6,1 % pour les hommes et 3,8 % pour les femmes). 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 au-dessous de 5 décès pour 1 000 habitants depuis 2005.

On observe une surmortalité masculine avec un pic entre 20 et 25 ans.

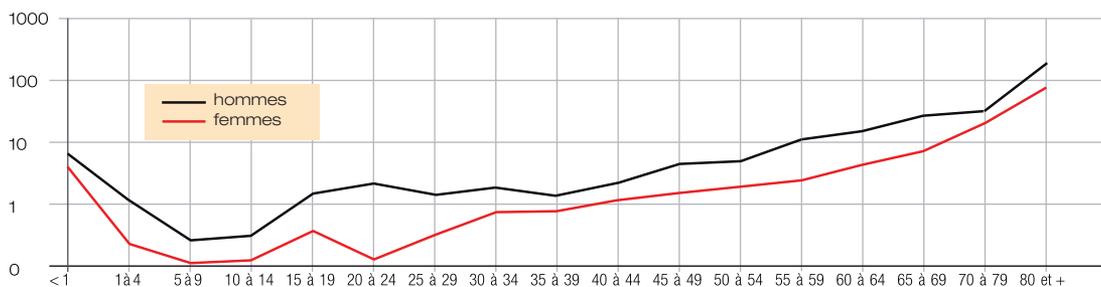
¹ Taux d'accroissement naturel : différence entre taux brut de natalité et de mortalité, exprimé pour 1 000 habitants.

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.

Taux (%) annuel moyen de mortalité de 1996 à 2007 par classe d'âge et sexe



En 2007, le taux brut de mortalité est remonté progressivement dans la province des Iles (6,4) et la province Nord (6,1). En province Sud, ce taux est resté relativement stable (4,4).

Espérance de vie à la naissance⁵ : 75,9 ans en 2007 (hommes : 71,8 ; femmes : 80,3).

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 : 6,1 %. 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 (43,1 % 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

1 260 certificats médicaux de décès ont été enregistrés en 2009 (hommes : 741 ; femmes : 519).

Le classement suivant, par groupe de pathologies, varie peu d'une année à l'autre.

En 2009, les 5 principales causes de décès selon le sexe sont les suivantes :

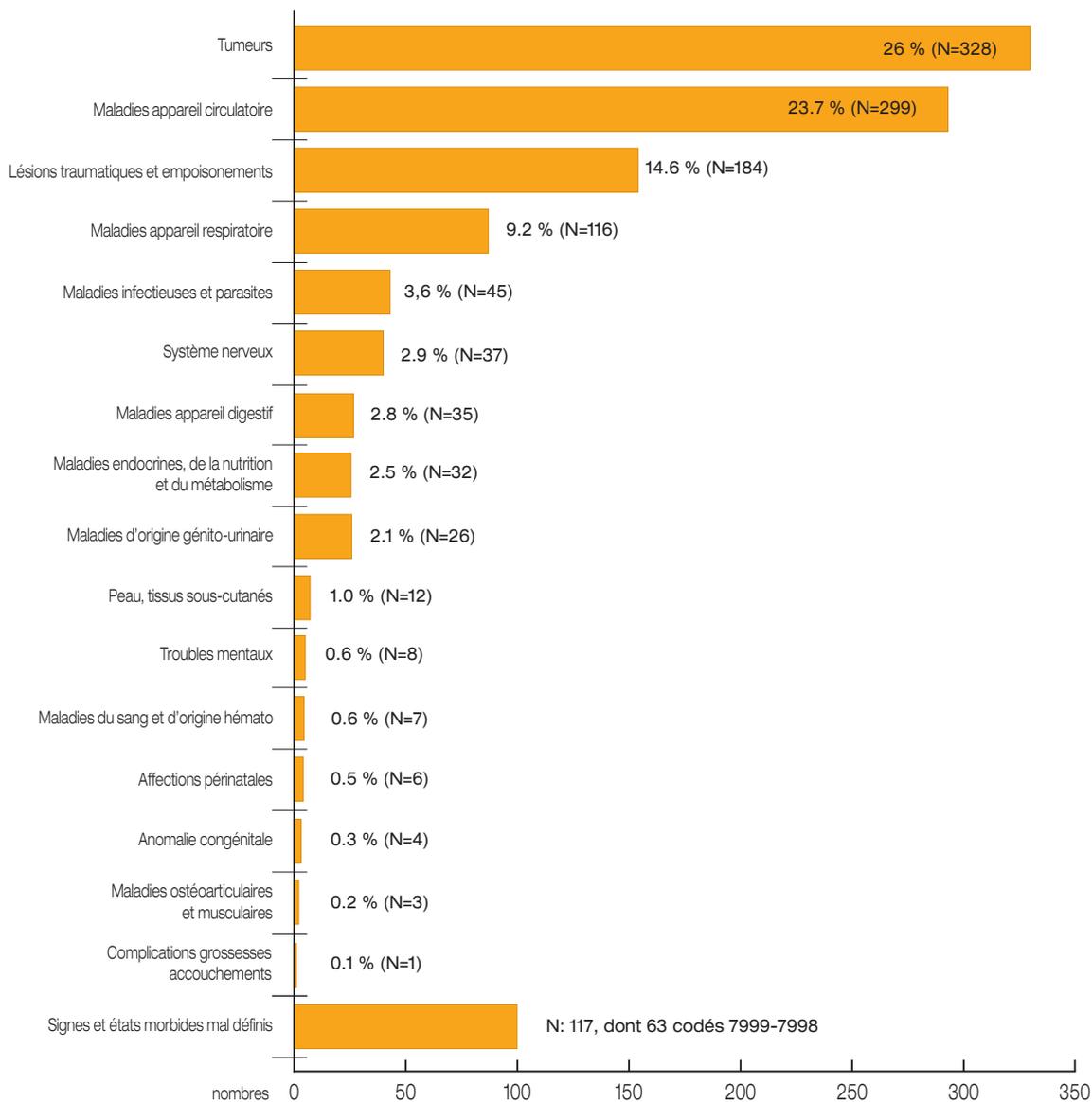
	Hommes	Femmes
Tumeurs	25,4 %	27 %
Appareil circulatoire	24,7 %	22,4 %
Lésions traumatiques	17,8 %	10 %
Appareil respiratoire	8,8 %	9,8 %
États morbides mal définis	8,1 %	11 %

À noter que les **causes de traumatismes et empoisonnements** restent la principale cause de décès chez les jeunes avec, pour la période 1991- 2009, 64,4 % des décès des 1-24 ans et 45,3 % des décès des 25-44 ans. Ce groupe représente la première cause de mortalité prématurée, dans les deux sexes en Nouvelle-Calédonie, avec 78 437 années potentielles de vie perdues (APVP) entre 1991 et 2009. Cette mortalité prématurée est particulièrement élevée chez les hommes avec 62 383 années potentielles de vie perdues contre 16 054 années chez les femmes.

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.

Répartition des décès en 2009



CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS PÉRINATAUX

En 2009, 67 décès d'enfants ont fait l'objet d'une déclaration au travers du certificat spécifique de décès périnatal, ce qui porte à 1 161 le nombre de décès pour la période 1993-2009.

Parmi ces 1 161 certificats, seuls 245 n'ont pas fait l'objet d'une déclaration à l'état civil (soit 21,1 %).

Pour la période 1993-2009, 176 certificats concernent des **interruptions médicales de grossesse**, dont les motifs les plus fréquents sont les anomalies congénitales (système nerveux : 26,7 %, aberrations chromosomiques : 16,4 %, autres anomalies congénitales : 27,8 %).

Parmi les 985 décès néonataux hors IMG, 33,5 % d'entre eux n'ont aucune **cause fœtale ou néonatale** déterminante de la mort. Sur les 660 certificats restants : la cause est liée à l'enfant pour 81,2 % et la cause est liée à la mère (pathologie maternelle ou complication de la grossesse) pour 9,8 %. Parmi les causes liées à l'enfant, 33,6 % concernent une **hypoxie intra-utérine** et/ou une asphyxie à la naissance, 18 % une **anomalie congénitale**.



MALADIES INFECTIEUSES :

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

En 2009, 9 721 cas ont été déclarés hors cancers.

Suite à la mise en place du registre de suivi des patients porteurs de RAA par l'agence sanitaire, le RAA a fait l'objet d'une analyse détaillée dans un chapitre particulier (Cf. résumé dans les pages suivantes).

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
Amibiase	13	20	11	6	0	1	1	1	0	0
Coqueluche	3	0	1	0	1	72	4	1	0	1
Dengue	12	34	105	5673	792	46	48	47	1179	8410
Diphthérie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0
Hépatite virale B	40	49	31	39	29	11	9	31	102	33
Hépatite virale C	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2
Lèpre	7	7	2	4	8	4	7	2	6	7
Leptospirose	28	23	49	23	13	40	65	53	157	162
Méningite à méningocoque	4	9	10	11	3	5	7	13	9	8
Paludisme autochtone et importé	3	1	1	5	6	0	0	0	2	0
Rougeole	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Syndromes dûs au HIV	21	15	17	8	7	13	10	21	15	13
Tétanos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infect. alim. collective (foyers)	3	9	1	6	0	8	10	8	6	9
Tuberculose (avec PITL)	171	100	112	82	84	72	90	67	80	83

En 2009, on n'a relevé aucun cas de poliomyélite, botulisme, brucellose. 162 cas de leptospirose ont été signalés et 8 410 cas de dengue.

Maladies sexuellement transmissibles :

Maladies à déclaration obligatoire du groupe C	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Condylome acuminé	26	27	28	26	17	3	12	22	28	25
Herpès génital	2	3	3	5	4	2	3	10	8	7
Infections à mycoplasmes	115	119	107	90	93	108	134	219	184	160
Infections génitales à chlamydiae	94	96	71	86	88	71	96	148	191	202
Infections gonococciques	52	55	49	31	33	35	58	82	90	77
Syphilis	24	16	11	10	20	15	21	37	36	46
Trichomonase uro-génitale	250	203	156	171	152	114	98	199	113	153
Autres maladies vénériennes	339	225	182	102	62	62	80	60	67	81

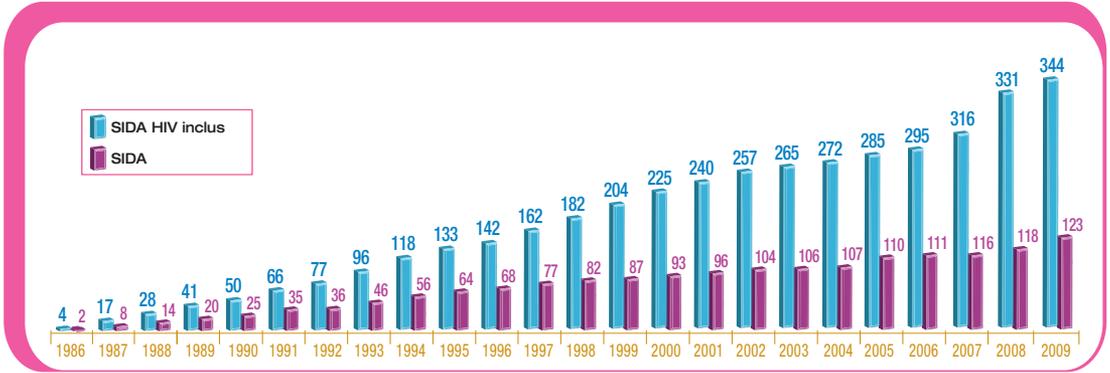
VIH - SIDA :

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

13 nouveaux cas de séropositivité ont été enregistrés en 2009 (dont 9 cas confirmés par des laboratoires hors de la Nouvelle-Calédonie et 4 cas diagnostiqués et confirmés par l'IPNC).

Ce qui porte à 344 le nombre de cas cumulés depuis 1986.

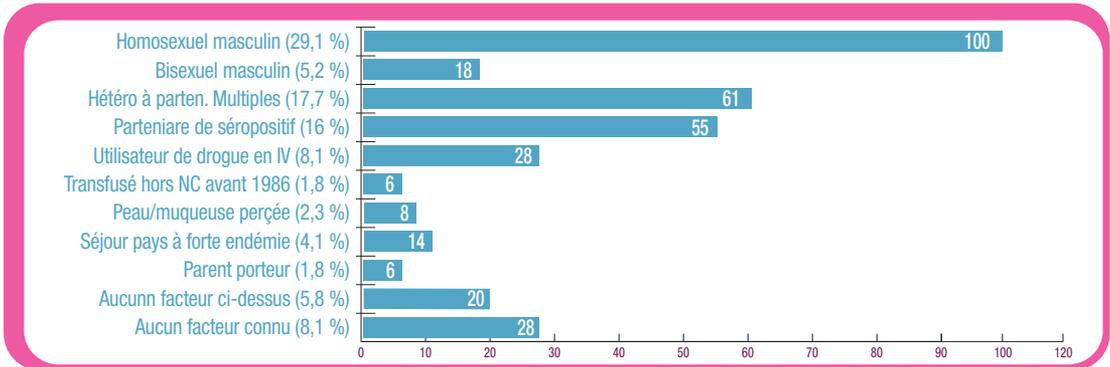
Évolution annuelle selon le stade de l'infection (cas cumulés)



Au 31 décembre 2009, le sex-ratio des cas cumulés est de 3 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 29,7 pour 10 000 habitants.

Facteurs de risque de séropositivité



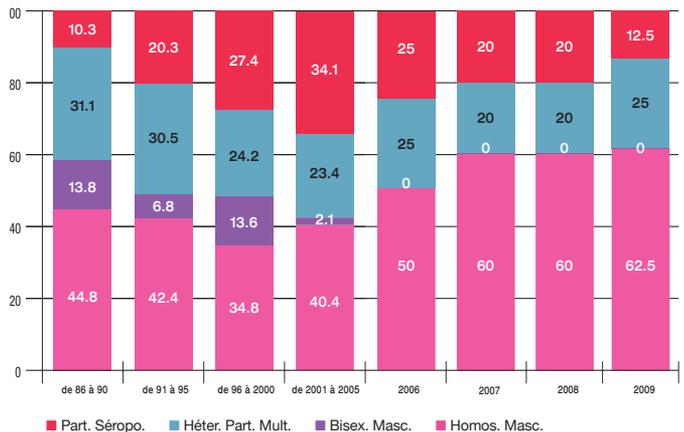
Répartition des 344 séropositifs par facteur de risque

Parmi les cas dont les facteurs de risque sont connus, on remarque que 74,1 % sont liés à un mode de transmission sexuelle du VIH dont 50,4 % (118/234) sont des homo/bisexuels masculins.

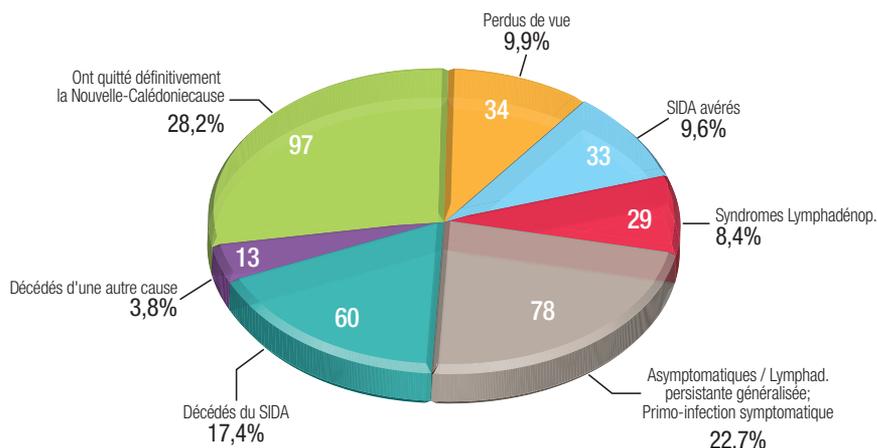
A noter qu'au fil du temps, la part du risque "partenaire de séropositif" a augmenté sensiblement passant de 10,3 % (de 1986 à 1990) à 34 % (de 2001 à 2006) pour les facteurs de risque sexuels.

Parmi les 28 utilisateurs (8,1 %) de drogue en intraveineux (4 femmes et 24 hommes) : 16 étaient domiciliés depuis moins de 6 mois sur le Territoire, au moment de la déclaration ; 11 y étaient domiciliés depuis plus de 6 mois, 1 cas voyageait fréquemment hors de la Nouvelle-Calédonie.

Évolution en % des facteurs de risque sexuels de 1986 à 2009



Répartition des 344 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 344 patients séropositifs, **73 sont décédés** (dont 13 d'une autre cause que le SIDA), 131 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 13 cas enregistrés en 2009, 8 (61,5 %) l'ont été au stade asymptomatique, 1 (7,7 %) au stade symptomatique non sida et 4 (31,8 %) 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) (Délib. 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 en 5 sessions de formation successives, 75 professionnels de santé (52 médecins et 23 sages femmes) ont été formés et sont à ce jour agréés et en activité en Nouvelle Calédonie. A noter toutefois que pour 21 d'entre eux (12 médecins et 9 sages-femmes) leur agrément n'est opérationnel que depuis le début 2009.

Ce sont donc 48 professionnels (sur les 75 possibles, soit 64 % d'entre eux) qui ont contribué à alimenter le fichier des CDAG 2009.

L'analyse des 2 351 questionnaires, strictement anonymes, établis en 2009, et parvenus au service des actions sanitaires de la DASS-NC, met en évidence un recul de 17,1 % du nombre de fiches reçues en 2009 par rapport à 2008.

- Les moins de 35 ans représentent plus des ¾ (79,3 %) des consultants (45,9 % de 15 à 24 ans et 32,4 % de 25 à 34 ans).
- Les consultants d'origine européenne représentent 48,3 % des consultants. Ceux d'origine mélanésienne en représentent un peu plus d'un tiers (35,2 %).
- Les "comportements à risque" ont été évoqués dans 42,5 % des cas, loin devant le "début de relation" (19,3 %).
- La "grossesse" a été un motif de consultation dans 9,3 % des cas (soit pour 15,3 % des femmes) et 1,9 % des consultations de leur conjoint ou compagnon.

Notons les 149 consultants (6,3 % des consultants) venus suite à une rupture de préservatif.

Conclusions

L'analyse de 2009 confirme celles des années précédentes, à savoir :

- Les données exploitées en 2009 concernent majoritairement (60,1 %) 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 à 54 professionnels agréés à effectuer des consultations a permis progressivement d'augmenter et diversifier la clientèle CDAG grâce notamment à une couverture territoriale de plus en plus étendue.
- En 2008, 21 nouveaux professionnels ont été agréés. Leur nombre total est maintenant de 75. Mais ce n'est que courant 2009 que leur apport en nombre de CDAG s'est concrétisé. Le nombre de consultations réalisées hors ESPAS CMP est ainsi passé de 231 en 2006 à 938 en 2009. Ces nouveaux agréés complètent l'offre de service offerte à la population en matière de possibilités de dépistage et de prévention. Il est néanmoins nécessaire de former de nouveaux professionnels 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 17 ans, une consultation personnalisée suivie ou non de test de dépistage.
- L'analyse des caractéristiques de la clientèle permet de mettre 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

803 déclarations ont été reçues en 2009, dont la majeure partie (91,5 %) 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 de IST déclarées reste plus élevé chez les femmes que chez les hommes :
ratio femmes/hommes = 4.

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
Chancres mou	1	4	0	5	1
Herpès génital	1	6	0	7	1
Condylomes acuminés	0	25	0	25	3
Candidose uro-génitale	0	47	0	47	6
Syphilis	12	33	1	46	6
Gonococcies	42	33	2	77	10
Autre mal. vénériennes	29	52	0	81	10
Trichom. uro-génitale	3	149	1	153	19
Infect. à mycoplasmes	32	128	0	160	20
Infection. gén. à chlamydiae	40	161	1	202	25
Total	160	638	5	803	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'exams 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 de IST, afin d'obtenir une meilleure représentativité à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie.

Hépatites virales

En 2009, 33 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 2 cas d'hépatite C en 2009.

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'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, **63 nouveaux cas** de tuberculose ont été déclarés en 2009 (51 en 2008), dont 46 **tuberculoses de forme pulmonaire** (35 en 2008). Après la chute particulièrement importante de l'incidence en 2003 (17 pour 100 000 habitants), l'incidence de 2009 est égale à **25,7 pour 100 000**. Même si celle-ci a tendance à baisser depuis le début des années 90, elle reste donc toujours à un niveau élevé par rapport aux pays industrialisés, et à un niveau inférieur à l'incidence mondiale.

On compte **18 cas** de tuberculose à examen **direct positif** (11 en 2008) **toutes pulmonaires**. 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 (**bacillifères**) est de **7,3 pour 100 000 habitants** (5,3 en 2008).

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

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Toutes formes	57,8	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
Bacillifères	16,7	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

Traitement :

Par définition, la guérison est attestée par la négativité des crachats deux et cinq mois après le début de 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 dépistés en 2008 on a observé un **taux de guérison de 76,9 % (bacillifères)**.

Caractéristiques des patients

L'étude détaillée des 368 cas de tuberculose qui ont été déclarés depuis 7 ans toutes formes confondues (de 2003 à 2009) montre que 67,7 % des cas sont des **formes pulmonaires**.

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

Le diagnostic est fait dans 68,2 % des cas à partir des signes cliniques. 9 % des nouveaux cas étaient des récidives.

A noter qu'en métropole, cette maladie reste toujours d'actualité avec une incidence égale à 9 pour 100 000 habitants en 2008. Des disparités régionales sont observées, avec l'incidence la plus élevée dans l'île de France où elle atteint 17,9, 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 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 rhumatisme articulaire aigu (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).

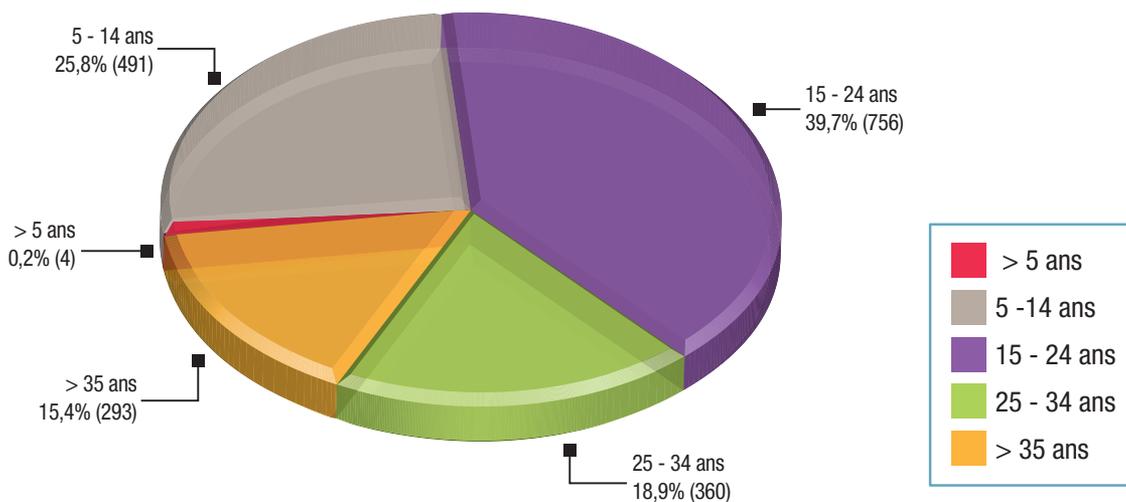
Par délibération du 11 août 1994, le Congrès du Territoire a décidé que le rhumatisme articulaire aigu faisait partie de 9 thèmes de prévention prioritaires.

Dans ce cadre, un registre de suivi a été mis en place.

Au 31 décembre 2009, 2 527 cas sont enregistrés dont 623 sont archivés, car ayant achevé leur traitement, ou en raison d'une cardiopathie rhumatismale chronique suivie par des cardiologues.

La **file active** est égale à **1 904 patients**.

La **prévalence est estimée à 7,7 / 1 000 habitants** en Nouvelle-Calédonie tous âges confondus, elle varie selon les communes (affectation par commune des médecins référents) :



Répartition des 1 904 cas de RAA par tranches d'âge

Le ratio femmes/hommes égal à 1,2 traduit une légère sur représentation féminine par rapport à la population calédonienne.

La prévalence par province pour 1 000 habitants :

- 15,2 en province Nord ;
- 14,7 en province Îles ;
- 5,2 en province Sud.

En 2009, 190 cas ont été rajoutés au registre du RAA.

Conclusion

Bien que le RAA soit une maladie à déclaration obligatoire, elle est largement sous-déclarée.

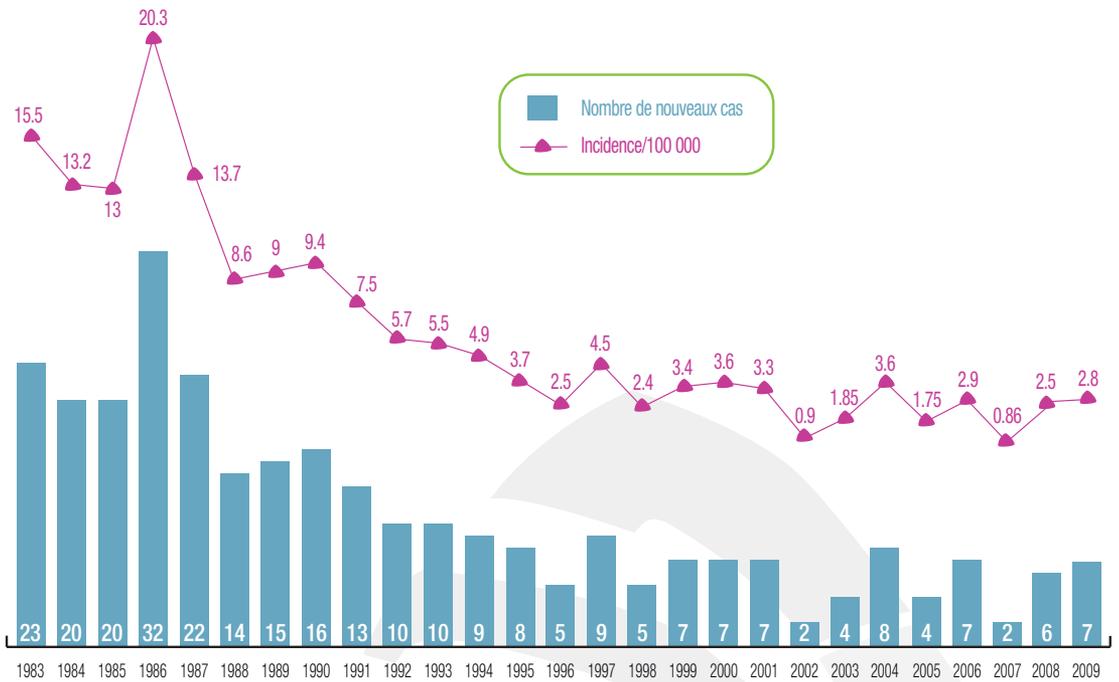
Pour limiter ces inconvénients, la DASS procède à des enquêtes systématiques.

Lèpre

La lèpre (ou maladie de Hansen) est une maladie infectieuse chronique due à un bacille acido-résistant (*Micobacterium leprae*, anciennement bacille de Hansen), transmise par contact direct, prolongé et intime. Le registre de la lèpre couvre 27 années, de 1983 à 2009 et contient 292 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 7 nouveaux cas en 2009, l'incidence est à 2,8 pour 100 000. En 2009, 4 nouveaux cas sont multibacillaires.



Parmi les 292 cas enregistrés depuis 1983, on a observé :

- une prédominance masculine avec 191 hommes et 101 femmes ;
- une disparité ethnique avec une représentation plus importante de la communauté mélanésienne (251 personnes) que des autres communautés (européenne : 30 cas ; autres : 17 cas).

Prévalence :

En 2009, seuls 10 patients étaient sous PCT, ce qui représente une prévalence égale à 0,4 pour 10 000 habitants.

Situation internationale :

Source : l'OMS

Le nombre de nouveaux cas détectés dans le monde en 2008 s'élève à 249 007 cas.

Ce nombre a diminué de 2,2 % par rapport à 2007. Cette diminution résulte principalement de la baisse du nombre de nouveaux cas en Inde (367 143 cas en 2003, 260 063 cas en 2004, 169 709 en 2005, 139 252 en 2006 et 134 184 en 2008).

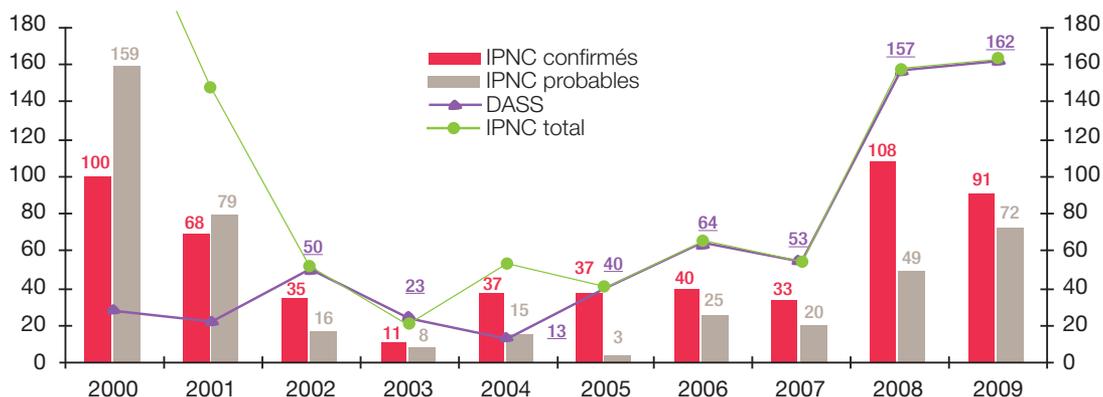
En 2008, le nombre de cas en Inde représentait 53,9 % du nombre de cas dans le monde.

Leptospirose

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

En 2009, **162 cas ont été déclarés**.

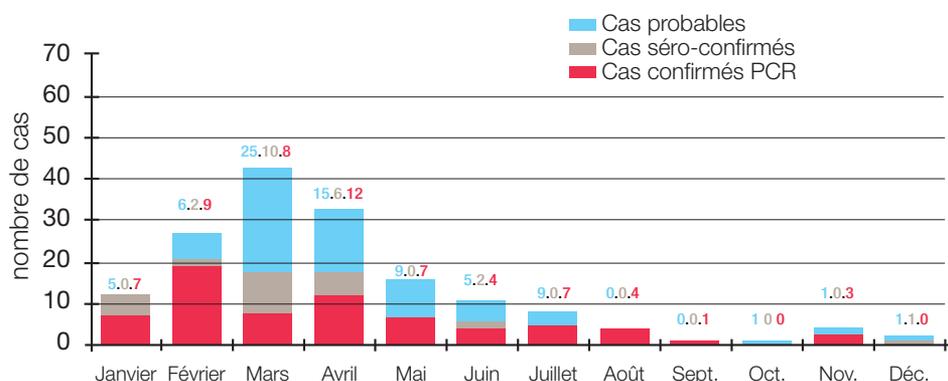
Nombre de nouveaux cas et incidence depuis 2000



En 2009, cette maladie touche essentiellement les hommes (63,6 %), et les adultes jeunes : âge moyen de 34 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 février et avril (63,5 %).

Répartition mensuelle des cas cumulés en 2009

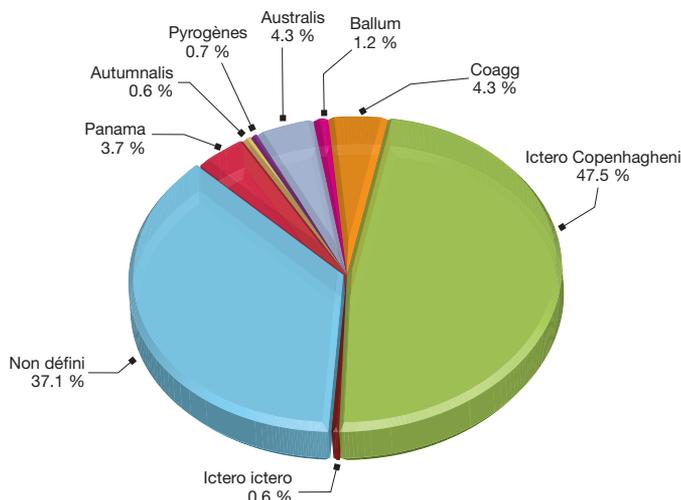


En 2009, 2 décès sont directement imputables à la leptospirose.

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 en 2009 ont été :

- *Ictéro-haemorrhagiae copenhageni*,
- *Pyrogenes*,
- *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, ...).

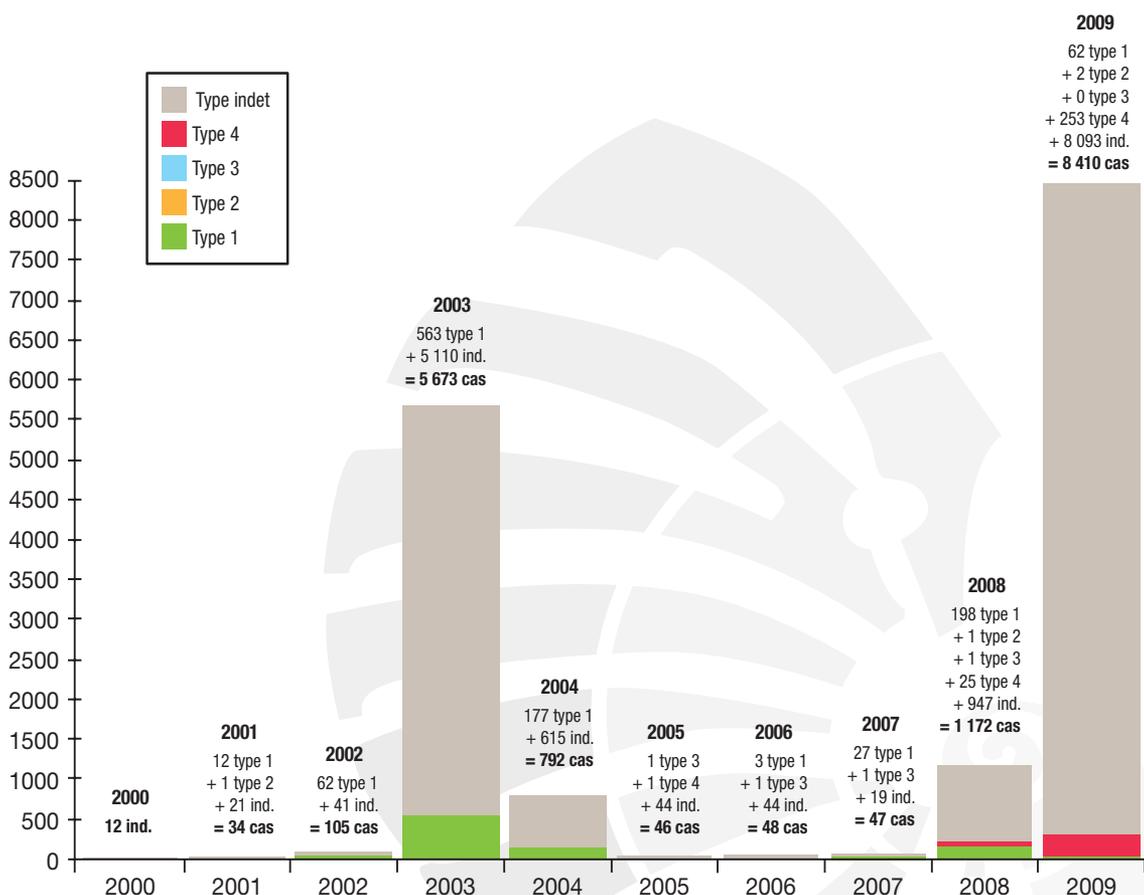
Cet arbovirus possède 4 sérotypes, sans immunité croisée, mais procurant une immunité définitive pour chacun des sérotypes.

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 - 2007 ont été plus calmes (46, 48, 47 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 touche la Nouvelle-Calédonie. 8 410 cas sont enregistrés. Le sérotype 4 est dominant tout au long de l'épidémie.

Différents sérotypes de dengue des épidémies des années 2000 à 2009



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.

Pour l'année 2009, environ 2,7 % des relevés attendus ont été reçus à la DASS-NC. Ainsi, pour 2009, les données présentées sont communiquées par la DPASS-Sud et l'I.P.N.C.

Maladie	Nb de cas 2005	Nb de cas 2006	Nb de cas 2007	Nb de cas 2008	Nb de cas 2009
Conjonctivite aiguë	224	438	304	109	79
Otite	628	1547	949	245	145
Affection aiguë des voies respiratoires	3261	7503	3372	1089	183
Pneumonie	30	20	19	8	621
Grippe	254	975	571	144	1055
Infection à salmonella sans typhoïde	0	21	0	40	0
Shigellose	0	5	0	14	19
Autre maladie intestinale à protozoaire	2	0	1	0	0
Diarrhée	276	613	375	95	137
Hépatite virale aiguë autre que B et C	787	68	5	1	76
Méningite autre qu'à méningocoques	0	8	4	2	1
Ciguatera	25	67	25	5	2

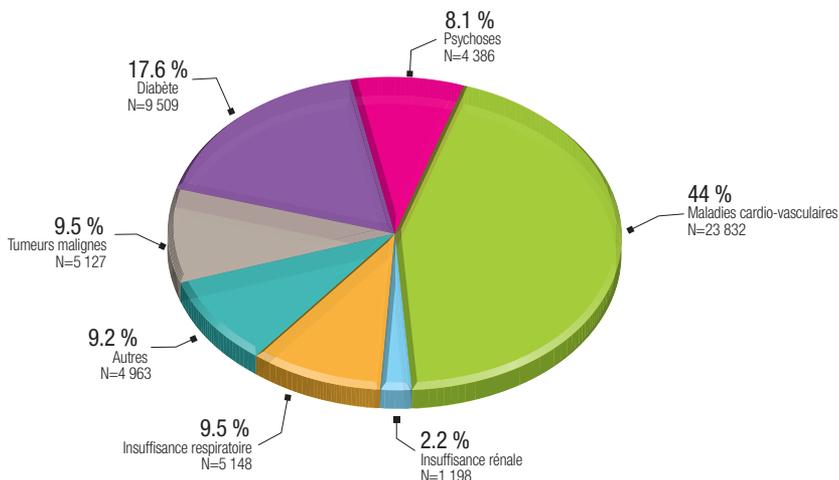
MALADIES CHRONIQUES :

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 RUAMM, le nombre d'assurés a particulièrement augmenté avec l'intégration des fonctionnaires et d'autres nouveaux cotisants. Il est de 238 000 bénéficiaires au 31 décembre 2008.

En 2009, 34 223 personnes étaient prises en charge au titre de la longue maladie (soit 14,4 % du total RUAMM) pour 54 163 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 données calédoniennes sont issues du registre du cancer, dont le recueil est effectué à partir de comptes-rendus anatomopathologiques récupérés dans les laboratoires, complétés ensuite avec les données chirurgicales et les fiches de déclaration remplies par les différents médecins des secteurs public et privé. Par convention, la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales a confié à l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, la tenue du registre du cancer de Nouvelle-Calédonie. Les chiffres présentés concernent les données du fichier arrêté en date du 15/06/2009 sous réserve de modifications ultérieures apportées par l'IPNC.

Sont présentées : les données concernant toutes les tumeurs malignes et invasives.

Sont exclues : les tumeurs malignes in situ, les tumeurs bénignes ainsi que toutes récidives de tumeurs malignes déjà déclarées, les métastases de cancers dont le site primitif est connu et déclaré.

Depuis 2001: l'inclusion de tous les carcinomes cutanés dans le registre, suite aux recommandations de l'InVS. La codification utilisée dans le registre est la *Classification Internationale des Maladies, dixième révision "CIM 10"* de l'Organisation Mondiale de la Santé.

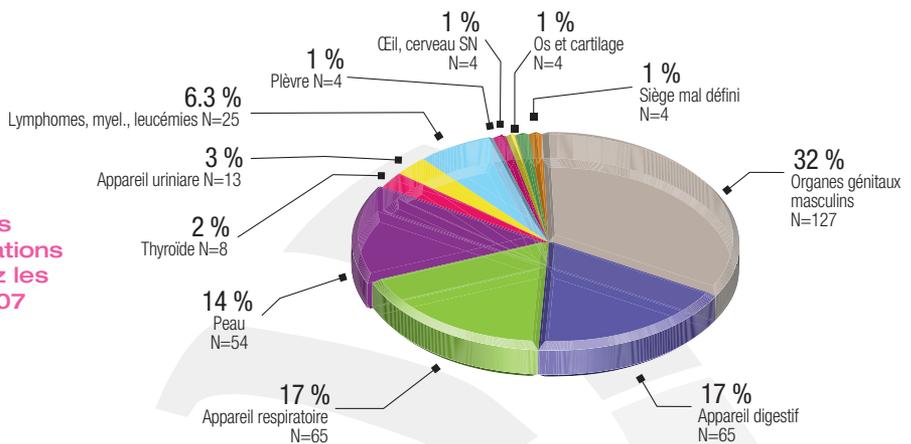
Les données 2008 étant en cours de validation, nous garderons celles de 2007.

Rappel : Pour l'année 2007, 703 nouveaux cas de tumeurs ont été enregistrés, 392 chez les hommes et 311 chez les femmes.

La répartition des localisations varie selon le sexe. Chez les hommes, sont plus fréquents :

- 1-Les cancers des organes génitaux, essentiellement la prostate (97,6 %)
- 2-Les cancers de l'appareil respiratoire,
- 3-Les cancers de l'appareil digestif (Estomac-cœsophage 32,3 % du groupe, colon-rectum 49,2 % du groupe).

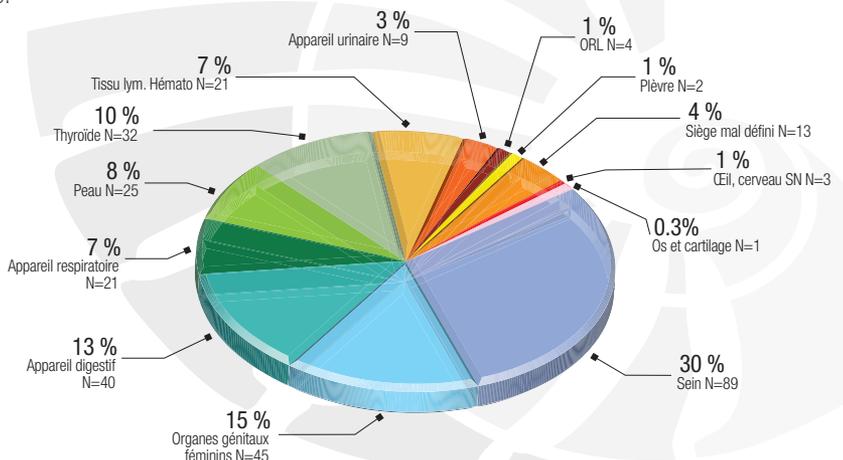
Répartition des principales localisations des cancers chez les hommes en 2007



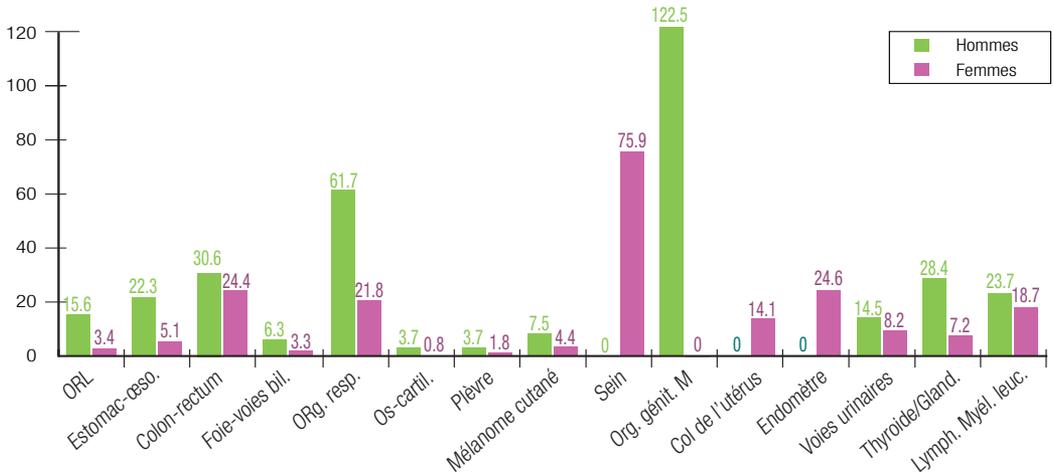
Chez les femmes prédominent :

- 1-Les cancers du sein,
- 2-Les cancers des organes génitaux (endomètre 48,8 %, col utérus 40 % du groupe),
- 3-Les cancers de l'appareil digestif,
- 4-Les cancers de la thyroïde.

Répartition des principales localisations des cancers chez les femmes en 2007



INCIDENCE DES CANCERS en 2007



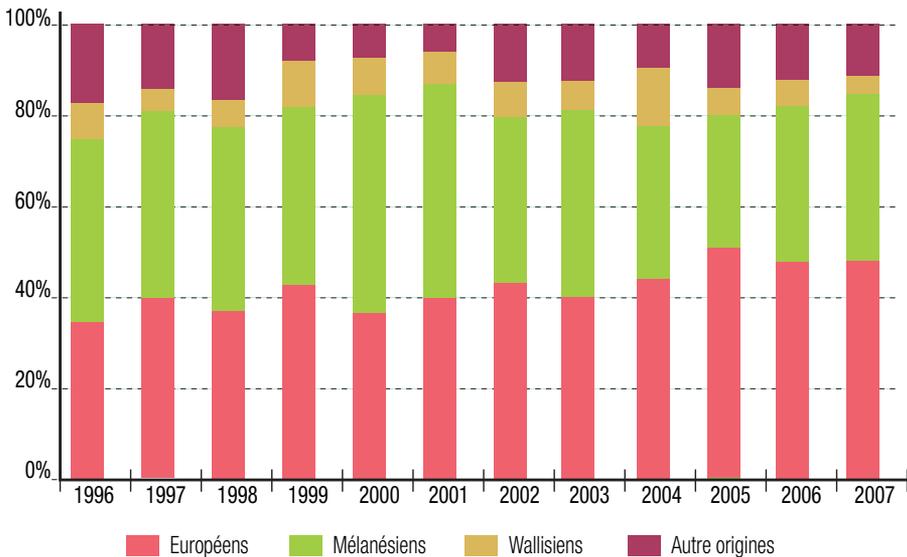
Le taux brut est la fréquence des nouveaux cas pour 100 000 personnes en une année. Les taux standardisés (TSA), calculés à partir de la population mondiale de référence communément utilisée, permettent d'effectuer des comparaisons internationales, en limitant l'effet dû aux structures d'âges différentes des populations comparées.

Ainsi, chez les hommes, le taux brut, tous sites confondus est égal à 336,5 pour 100 000 personnes-années (pa) et le TSA est égal à 365,8 pa.

Chez les femmes, le taux brut est égal à 272,8 pa et le taux standardisé à 279,6 pa.

La NC fait partie des pays à incidences élevées pour certains cancers : thyroïde (+ fort taux mondial), appareil génital masculin, oropharynx, bronchopulmonaires, mésothéliomes, sein, voies urinaires, lymphomes, myélomes, leucémies et mélanomes malins.

Elle appartient aux pays à incidences moyennement élevées pour les cancers de l'estomac, de l'œsophage, du foie, des voies biliaires, du col de l'utérus et de l'endomètre.



Au total

En 2007, les cancers les plus fréquents en Nouvelle-Calédonie sont les cancers de la prostate, de l'appareil digestif, du sein, de l'appareil respiratoire, les cancers du sein et les cancers cutanés. Ce classement varie selon le sexe.

L'amélioration du recueil des données, du dépistage et du diagnostic font que le nombre de nouveaux cas de cancers augmente chaque année et qu'ils sont diagnostiqués à un stade de plus en plus précoce.

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 son 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 et la Dialyse Péritonéale.

Selon le mode de fonctionnement, ces deux procédés se décomposent en plusieurs schémas thérapeutiques. L'Hémodialyse inclut l'Hémodialyse en Centre (HDC), l'Hémodialyse Allégée (HDA), Hémodialyse à domicile et l'Autodialyse.

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, mais il n'est pas développé en Nouvelle-Calédonie. Dans l'attente du programme local, les malades sont envoyés en métropole ou en Australie.

Le nombre croissant des malades traités pour IRC justifie le fait que cette pathologie représente un problème de santé publique. Au 31 décembre 2009, 417 personnes étaient traitées pour IRC, soit une augmentation de 3,4 % par rapport à 2008 et une prévalence égale à 1 610 par million d'habitants (Pmh), taux brut 1,6 fois plus élevé qu'en métropole en 2007 (1013 Pmh).

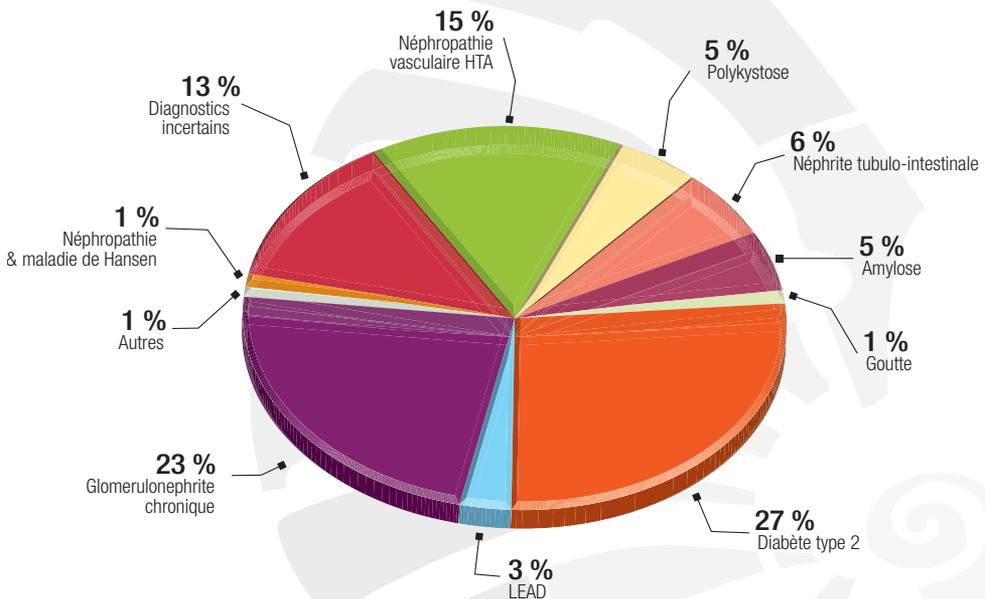
Avec 75 nouveaux patients en 2009, le taux d'incidence est égal à 290 par million d'habitants, soit le taux du Japon où la prévalence était déjà supérieure à 2 000 Pmh.

La répartition par traitement montre que l'hémodialyse reste le principal traitement et concerne 67,7 % des patients, puis la dialyse péritonéale (11 %). La transplantation rénale (21,3 %) 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 suivante :

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



Au total, les taux bruts d'incidence et de prévalence de l'insuffisance rénale traitée en Nouvelle-Calédonie sont relativement élevés et comparables à ceux des pays comme le Japon et les États-Unis.

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.

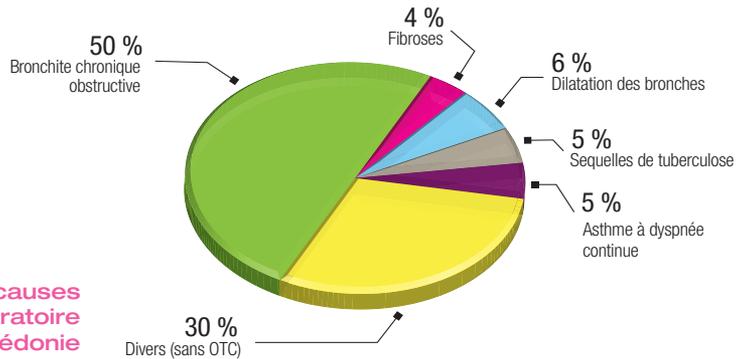
Insuffisance respiratoire chronique

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

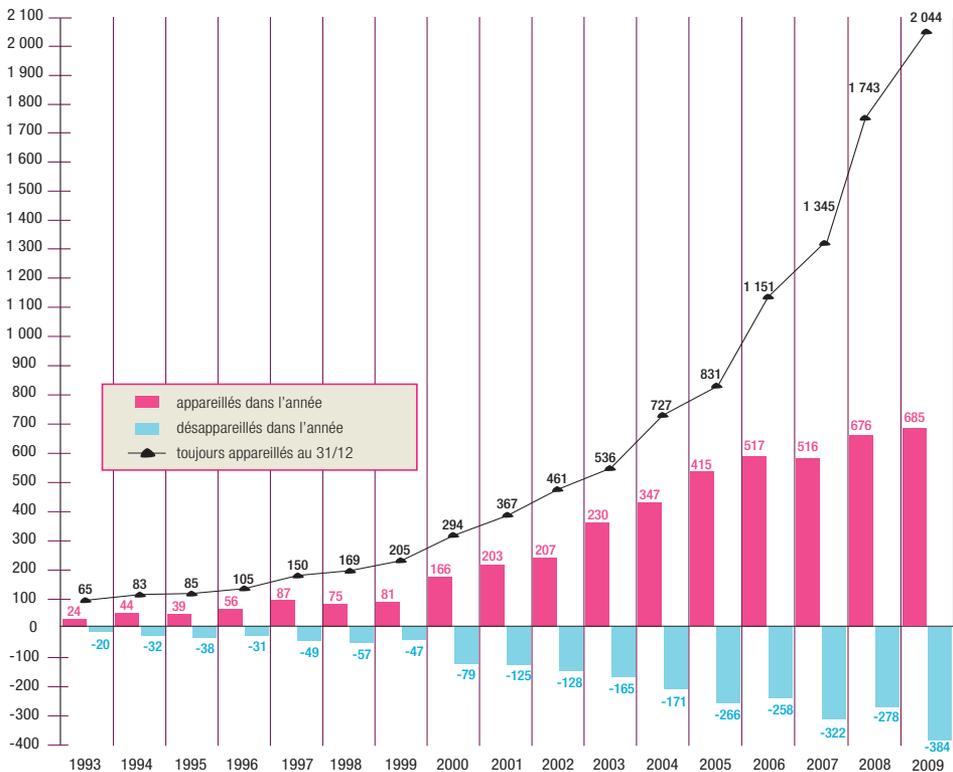
- *Service d'Assistance Respiratoire à Domicile* (SARD-NC), association créée en 1990 ;
- *Oxygène Confort*, société privée créée en septembre 2004 ;
- *Respire*, société privée créée en août 2007 ;
- *Respidom*, société privée créée en novembre 2007.
- *Assistéo*, société privée créée en 2009.

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 les 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 36,9 % des sorties de patients en 2009). 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 70,1 % d'hommes et 29,9 % de femmes.

PATHOLOGIES MENTALES :

Modalités de prise en charge

Les patients peuvent être pris en charge soit dans le secteur privé, où des spécialistes libéraux exercent (médecins psychiatres, psychologues), 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 ; 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 2009	Court séjour			Long séjour	
	Pavillon 7	Pavillon 5	Pavillon 6 (unité sécurisée)	Pavillon 2-3	Pavillon 4
Admissions directes	316	353	17	42	1
Journées d'hospitalisation	5 964	7 089	3 381	12 890	7 266
Durée moyenne de séjour	13,2	17,2	112,7	131,5	242,2
Taux d'occupation	77,8	97,1	92,6	82,3	99,5

Activité extra hospitalière 2009 :

UAOUP : 1 104 consultations ;

Hôpital de jour : 4 672 journées d'hospitalisation ;

CMP : 7 858 consultations de Psy ; 4 596 visites à domicile ;

Centre pénitentiaire : 10 948 actes somatiques ; 2 469 actes en psychiatrie ;

Antennes Médico-psychologiques : 6 891 consultations sur Koumac et Poindimié.

2 - le service de pédopsychiatrie comprend 5 unités fonctionnelles (UF) réparties sur 3 sites à Nouméa :

- le site de Magenta avec l'Unité Petite Enfance (UPE) et 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) ;
- et le site rue Dezamaud avec le Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents (CASADO).

En 2009, la file active avec 2 453 patients, est en baisse par rapport à 2008, soit - 23,1 %.

3 - le service de gériatrie

- **En 2009**, le nombre de consultations s'élève à 1 107 ; la file active est de 759 patients pour 513 nouveaux consultants.
- **Les consultations** les plus fréquentes concernent le suivi mémoire et la mémoire (4,6 %) et les demandes d'admission (29 %) ; l'évolution gériatrique représente 18 % ; l'avis 4 % et l'expertise 2 %.

Suicide : un aspect de la pathologie mentale

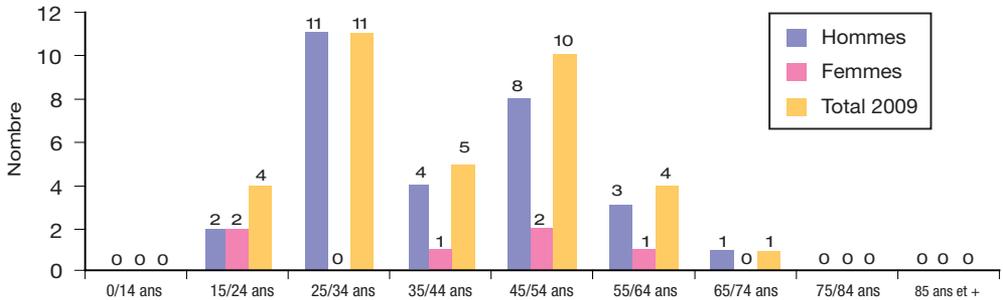
Le suicide représente un problème de santé publique majeur dans le monde, et tout particulièrement chez les adolescents. En métropole, le suicide est une cause importante de mortalité prématurée par rapport aux autres causes de décès, et touche davantage les adultes jeunes.

Né disposant pas des données concernant les tentatives de suicide, seuls les décès seront exploités.

En 2009, on a observé 35 décès par suicide, soit 2,7 % de l'ensemble des décès (N=1 260) et 19,1 % des décès par mort violente (Groupe 17 de la CIM9), ce qui représente un taux brut de mortalité égal à 14,3 pour 100 000 habitants (hommes : 23,5 pour 100 000 ; femmes : 4,9 pour 100 000) et un taux standardisé égal à 13,6 (hommes : 22,4 pour 100 000 ; femmes : 4,7 pour 100 000).

Si l'on considère le nombre de suicides par tranche d'âge, tous sexes confondus, les classes d'âge les plus touchées sont celles des 15-24 ans à 37,9 % et 45-54 ans à 27,5 %.

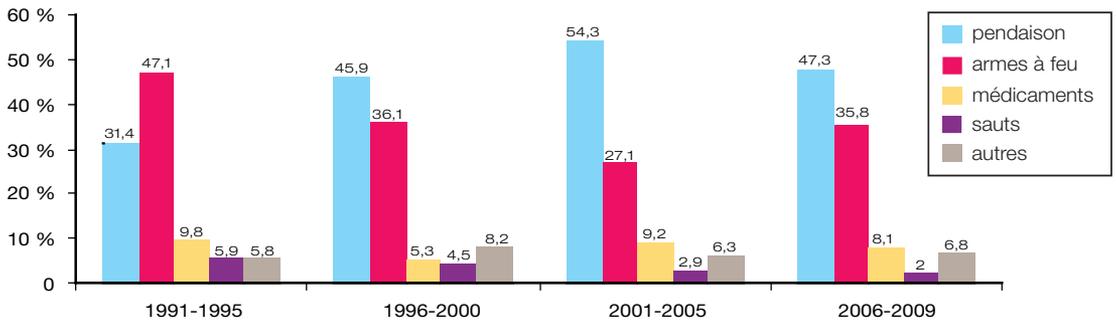
Chez les hommes, il s'agit essentiellement des 45-54 ans avec 26,5 % des suicides et chez les femmes les 15-24 ans avec 40 % des suicides dans chacune des catégories.



Répartition du nombre de décès par suicide selon le sexe et la tranche d'âge en 2009

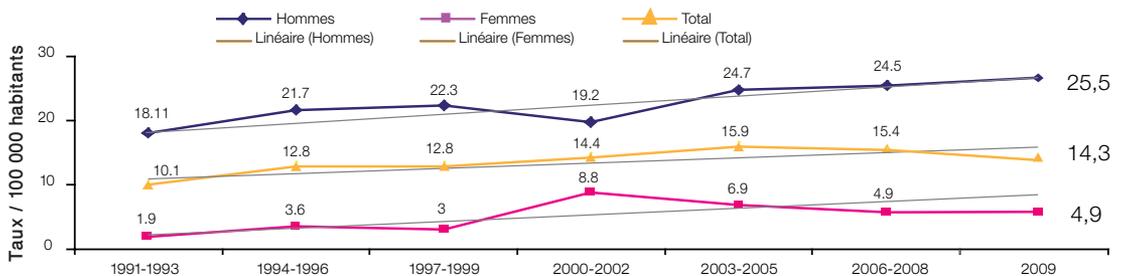
Comme les années précédentes, les 2 principaux modes de suicide en 2009 restent les **armes à feu** (40 %), puis la **pendaison** (31,4 %).

Sur la période 1991-2009, on observe une progression de la proportion des suicides par arme à feu au dépend des suicides par pendaison.



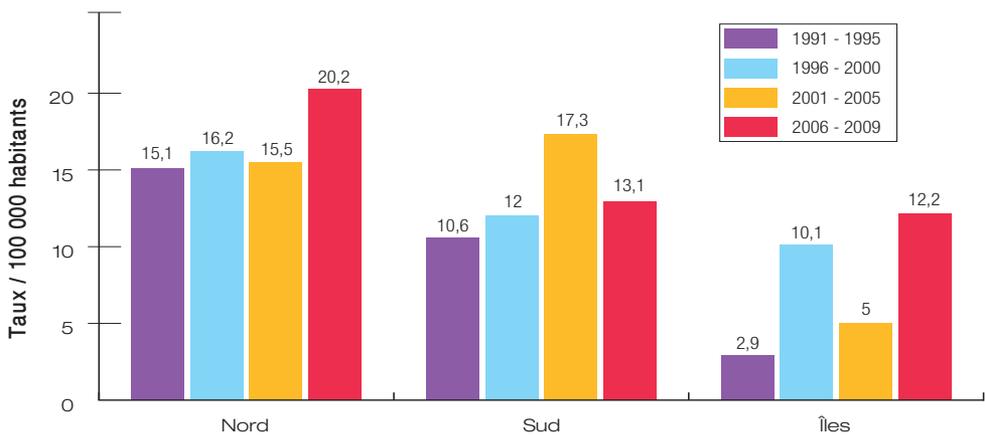
Evolution des principaux modes de suicide, tous sexes confondus

Le **taux brut moyen annuel** a tendance à augmenter chez les hommes depuis 2000, et à diminuer chez les femmes au cours de la même période.



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 2006-2009 dans la province Nord et la province Iles.



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

Comparaisons avec la zone Europe

Le taux standardisé moyen observé en Nouvelle-Calédonie est de 23,42 pour 100 000 chez les hommes et de 5,48 pour 100 000 chez les femmes. Pour l'ensemble, il est de 14,58 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 3^{ème} rang de l'Europe derrière la Finlande et l'Autriche (respectivement 26,3 et 24,0 pour 100 000).

Conclusions

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 était 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. Comme la plupart des autres myorelaxants ont disparu du marché ou ont été retirés du remboursement on constate une augmentation de l'utilisation de ce produit, qui présente pourtant les effets secondaires et les contre-indications des autres benzodiazépines. Sa consommation se stabilise en 2008 et 2009.

Suite au constat d'usage abusif ou détourné de ces médicaments, les conditions de prescription de flunitrazépam et des dosages élevés de clorazépate par voie orale (20 et 50 mg) ont été durcies. Des phénomènes de pharmacodépendance observés avec certains hypnotiques ont également justifié des mesures de restriction de leur prescription.

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

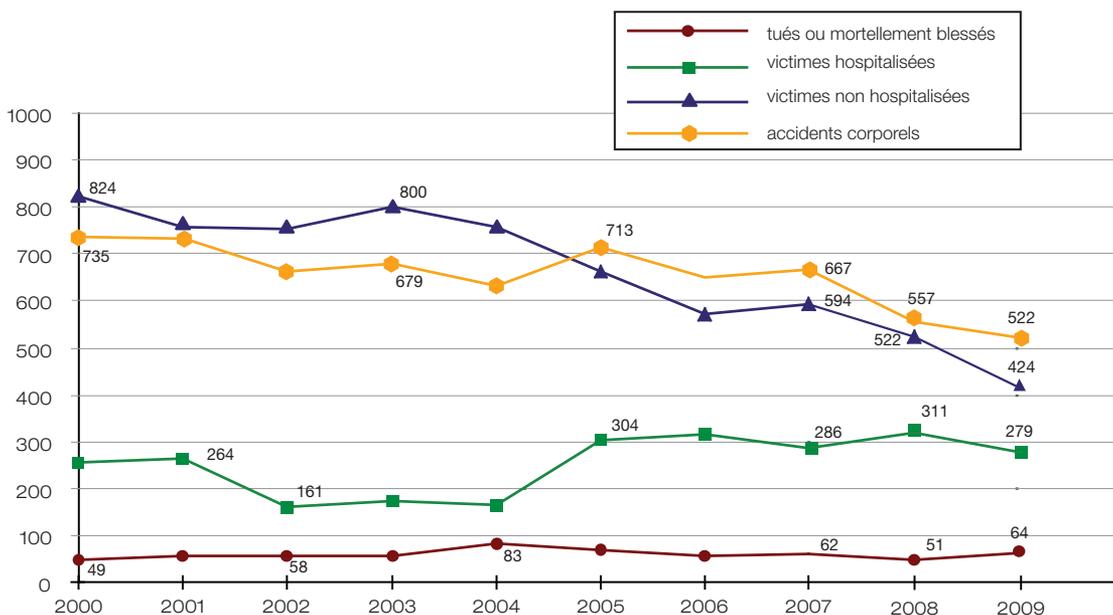
Accidents de la circulation

Parc automobile : le nombre annuel de vente de véhicules ne cesse d'augmenter depuis 2000. On observe cependant, en 2009, **13 246 nouveaux véhicules** immatriculés en Nouvelle-Calédonie. La somme des véhicules en circulation est estimée à **150 000 véhicules** d'après le bilan 2009 de la Police Nationale soit 1,5 véhicule par habitant de plus de 20 ans.

Accidents corporels : en 2009, on a enregistré **522 accidents avec dommages corporels** constatés sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie qui ont occasionné **64 tués ou mortellement blessés**, soit 8,3 % de l'ensemble des **767 victimes** (279 blessés hospitalisés et 424 blessés non hospitalisés).

Le bilan montre une diminution de 7,5 % du nombre d'accidents corporels par rapport à 2008 avec moins de victimes hospitalisées (-10,3 %) et de victimes non hospitalisées (-18,8 %).

Le nombre de tués en 2009 est cependant comparable à la moyenne annuelle des 5 dernières années (N = 65).



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 nettement prédominantes concernent **76,3 %** de l'ensemble des 366 accidents et sont :

- le défaut de maîtrise du véhicule - vitesse : 117 cas, soit **31,9 %** des accidents ;
- le refus de priorité (dont le non respect du STOP et du feu rouge) : 99 cas, soit **27 %** ;
- l'alcool au volant : 63 cas, soit **17,2 %**.

Hors zone urbaine, les premières causes d'accidents représentent **82,7 %** de l'ensemble des 144 accidents :

- 67 à la vitesse ou à un défaut de maîtrise du véhicule, ce qui représente **42,9 %**,
- 64 accidents sont dus à l'alcool, soit **41 %**,

A titre comparatif, la Nouvelle-Calédonie a un taux brut de **209 tués** pour 1 million d'habitants (pop. au 01/01/08) et la France Métropolitaine 78 tués/millions d'hab. (**Source** : INSEE pop au 01/07/08)

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

1 - Le Service Médical Interentreprises du Travail (SMIT) qui 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 2009 le SMIT avait en charge 81 213 salariés à surveiller pour 13 795 entreprises. En 2009, 33 262 visites ont été effectuées contre 30 423 en 2008.

Le nombre de visites périodiques est de 16 966 et celui des non périodiques est de 16 296.

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, 32 601 décisions ont été prises au cours de l'année 2009. Parmi les personnes examinées 29 177 ont été déclarées aptes. Les autres personnes ont été déclarées aptes avec restriction ou inaptes. 13 maladies professionnelles ont été dépistées. Les troubles musculo-tendineux représentent 54 % des cas de ces maladies. Les autres étant la surdité due au bruit (3 cas), l'eczema (1 cas), la dermatose (1 cas) et la gale (1 cas).

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 effectue 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. Elle effectue la surveillance médicale spéciale, les visites médicales de reprise, les examens complémentaires.

Elle 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, bilan de toxicologie, nick luries, bilans urinaires et le PSA.

Chiffres 2009 : 6 sites, employant au total 2 430 salariés, ont été suivis par le médecin du travail. 1 982 salariés ont été soumis à la surveillance médicale particulière.

Au total, **4 627** examens médicaux ont été effectués dont 2 428 examens périodiques et 15 pour les visites d'embauche, les accidents de travail, les visites de reprise. 12 713 examens complémentaires ont été pratiqués (bilans sanguins, urinaires, radiologiques, ophtalmologiques, toxicologiques...).

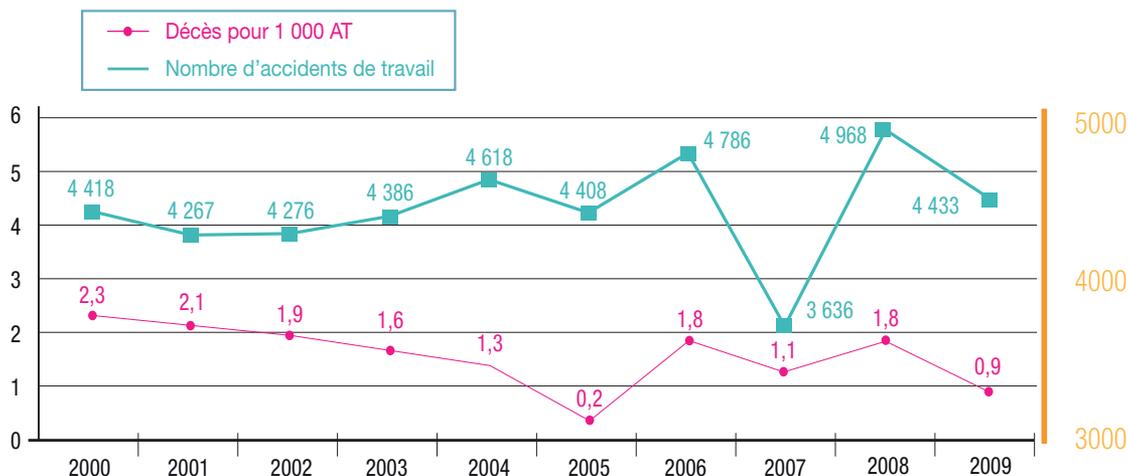
3 - Le Service de médecine du travail du CHT crée en janvier 1998. Le service est installé sur le site de l'Hôpital Gaston Bourret. Il s'occupe de la surveillance médicale du personnel des quatre sites du CHT : Gaston Bourret, Magenta, centre antihans nien Raoul Follereau et centre antituberculeux du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

Au total il surveille environ 1 800 personnes pour le CHT (fonctionnaires et contractuels).

Accidents du travail (AT) :

A partir des données de la CAFAT : en 2009 ont été enregistrés 4 433 accidents du travail soit une baisse de 11,1 % par rapport à 2008, 258 accidents de trajet (-6,9 % par rapport à 2008) et 94 maladies professionnelles (stable par rapport à 2008). Le nombre de journées d'arrêt indemnisées (67 373) a augmenté de 13,8 % par rapport à 2008 et la durée moyenne d'un arrêt de travail par sinistre est passée de 29 journées en 2008 à 30,5 journées en 2009.

Depuis 2004, le nombre de décès est relativement faible et oscillé 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.

Au total en 2009, on constate une baisse des accidents de travail, des décès et des accidents de trajet et le même nombre de maladies professionnelles par rapport à 2008.

Addictions : alcool, tabac, stupéfiants

ALCOOL

Consommation :

En 2009, **1 740 192 LAP** (litres d'alcool pur), ont été consommés en Nouvelle-Calédonie, soit 0,3 % de plus qu'en 2008.

La proportion de bière consommée en 2009 représente **42,5 %** de la consommation totale.

On note une augmentation de cette consommation (5,9 %) par rapport à 2008.

On note une diminution (14,8 %) de la consommation de vin par rapport à 2008. En 2009 elle représentait **32,7 %** de la consommation totale.

La proportion d'alcool fort représente **24,8 %** de la consommation totale, soit une augmentation de la consommation de 15,9 % par rapport à 2008.

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.

Mortalité

En Nouvelle-Calédonie, on recensait à partir des certificats médicaux de décès 33 décès liés totalement ou très majoritairement à l'alcool en 2009, soit 2,6 % du nombre total de décès, soit un taux brut annuel égal à **13,5 décès** pour 100 000 habitants.

Ces 610 décès entre 1991 et 2009 représentant **3 % de l'ensemble des 20 547 décès survenus depuis 19 ans**, soit un taux moyen brut égal à **15,9 décès** par an pour 100 000 habitants.

Outre ces 610 décès, on peut y inclure les décès, pour lesquels l'alcoolisme, aigu ou chronique, a été indiqué en renseignement complémentaire soit **577 décès** supplémentaires, ce qui porte ainsi à **1 187** le nombre de décès imputables à l'alcool (soit 28 décès supplémentaires pour 2009).

Ainsi, depuis 1991, **5,8 %** de décès sont imputables à l'alcool en Nouvelle-Calédonie, soit un taux moyen brut annuel de mortalité égal à **29,4** pour 100 000 habitants.

Les comportements chez les jeunes (enquête ESCAPAD 2008) :

mise en œuvre par l'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.

La **dernière 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 Néo-Calédoniens présentent des usages, dans l'ensemble, semblables à ceux mesurés sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, les tendances locales entre 2005 et 2008, diffèrent de celles constatées au niveau métropolitain, les ivresses apparaissent en hausse.

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).

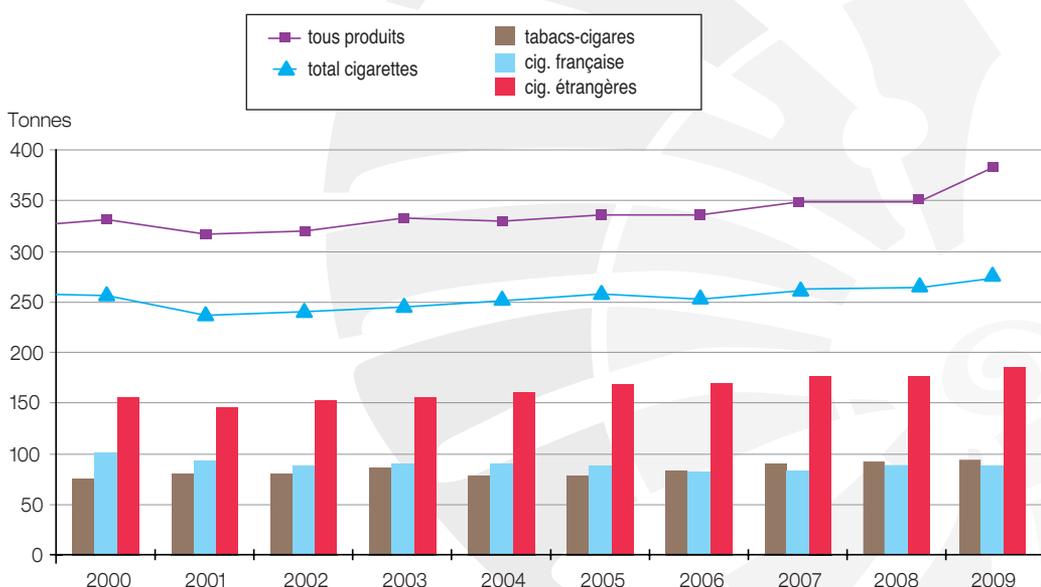
Pour l'année 2009, la vente totale de tabac est établie à : **384,5 tonnes**.

On observe une augmentation progressive de la consommation annuelle de tabac en Nouvelle-Calédonie, tous produits confondus depuis 2001, avec en 2009, la quantité la plus élevée depuis 10 ans.

L'estimation de la consommation quotidienne de tabac, tous produits confondus, par adulte de 15 ans et plus, est évaluée à 5,87 grammes/adulte/jour.

Les recettes encaissées par la régie locale des tabacs ont augmenté de 16,6 % entre 2008 et 2009.

A noter que le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, dans sa séance du 24 décembre 2009, 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 2009.



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.

Les données issues du registre du cancer de Nouvelle-Calédonie montrent que depuis 10 ans, on enregistre en moyenne **75 nouveaux cas par an de cancers respiratoires**.

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 2 295 décès chez les hommes et 275 décès chez les femmes, qui seraient attribuables au tabac, soit 2 570 pour 20 547 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 **65,0 pour 100 000**.

Le taux standardisé de mortalité par cancer respiratoire est égal à **37,5 pour 100 000**, celui par cancer du poumon égal à 34,4.

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 et 2009.

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

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.

Saisies (en g)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cannabis	349 201	775 286	3 833 264	2 045 060	3 458 102	3 156 117	1843 062	4 309 063
Résine de cannabis	0	439	20	281	2	1	41	31
Huile de cannabis	0	11 507	0	0	0	0	0	0
Cocaïne	0	0	0	198	0	3	0	1
Héroïne	0	0	0	0	0		0	0
LSD	0	0	0	0	0	8 buvards	0	17 buvards
MDMA	4	0	4	0	0		0	0
Méthamphétamine	0	0	20	0	0			0
Ecstasy							1	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 toxicomane 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 01/01/2008 par âge révolu, on compte **121 188 femmes**. 49,6 % ont 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 2009, 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 2009, au CCF, on note une augmentation de consultations pour contraceptions de 22,5 % par rapport à 2008 avec une utilisation de plus en plus fréquente de l'Implanon fourni gratuitement depuis 2008 (sauf aux CAFAT et mutuelles).

La PMI enregistre quant à elle, une baisse de consultations pour contraception de 32,1 % par rapport à 2008 mais avec cependant une augmentation de pose d'Implanon de 41,9 %.

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 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 2009, on peut estimer à au moins 32 560 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 50,1 % 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.

En 2009, 499 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été déclarées par les hôpitaux publics et privés et enregistrées à la DASS-NC, soit 2,2 % de plus qu'en 2008.

Ainsi, le taux d'IVG pour 100 conceptions, calculé de la façon suivante : il s'agit du nombre d'IVG pour 100 conceptions (enfants nés vivants + enfants mort-nés + IVG), a pu être estimé d'une manière plus fiable et est égal à **26,7 pour 100 conceptions**.

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 **22,7 pour 1 000**. Cette estimation, particulièrement élevée est à mettre en rapport avec la couverture contraceptive encore insuffisante en Nouvelle-Calédonie, outre le taux de grossesses non désirées qui aboutissent à une naissance. En France Métropolitaine le nombre d'avortements pour 1 000 femmes est de 14,7 en 2007.

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 2009, 27 018 frottis ont été réalisés en Nouvelle-Calédonie par deux laboratoires d'analyses (soit une augmentation de 9,3 % par rapport à 2008). 2,9 % de ces frottis présentaient des lésions pathologiques.

MATERNITÉ

L'âge moyen des mères lors de la première naissance a tendance à augmenter puisqu'il est passé de 25,7 ans en 1994 à 27 ans en 2007 (chiffre ISEE).

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS

Depuis 2006, le taux des césariennes, tous établissements confondus, tend à diminuer.

Dans le secteur public en 2009, ce taux augmente de 0,7 % par rapport à 2008 mais se maintient dans la moyenne entre 2006 et 2009. Cependant, il diminue dans le secteur public de -3 % par rapport à 2008 et est en dessous de la moyenne sur la période de 2006-2009.

2009	Secteur public	Secteur privé	Total
Nombre d'accouchements	2314	1723	4037
Nombre de césariennes	358	362	720
% de césariennes/accouchements	15,4	21	17,8

DÉCÈS MATERNELS

Le décès maternel est le décès d'une femme survenant au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son accouchement, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite. 1 décès maternel enregistré en 2009 (0 en 2008) soit un total de 23 cas depuis 19 ans. Pour la période 1991-2009, le taux moyen s'établit donc à **28,8 pour 100 000 naissances vivantes**.

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

Enfants

NOUVEAU-NÉS

Au total 4 112 naissances (y compris les enfants mort-nés) ont été enregistrées en 2009 (chiffre ISEE provisoire pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie).

Elles sont réparties selon le lieu d'accouchement et les caractéristiques à la naissance de la manière suivante :

Lieu	Naissances totales	Age gestat. < 37 sem.	% de gestat. < 37 sem.	Naissances < 2 500 g	% de naissanc. < 2 500 g
province Îles	nd	nd	nd	nd	nd
province Nord sans les 2 CH	nd	nd	nd	nd	nd
Hôpital P.Thavoavianon	275	6	2,2	15	5,4
Hôpital D. Nebayes	nd	nd	nd	nd	nd
province Sud sans les CH et cliniques	nd	nd	nd	nd	nd
CHT	2 081	280	13,4	283	13,6
Polyclinique Anse Vata	647	11	1,7	16	2,4
Clinique Magnin	1 079	32	2,9	31	2,8
TOTAL	4 112				
TOTAL DES DONNEES ANALYSABLES	4 082	329	8,0	345	8,4

Ainsi à partir de ces données, on peut estimer le taux de prématurité à au moins 8 % et le taux de petits poids de naissance à 8,4 %. Elles restent toutefois encore plus élevées que celles de la métropole en 2003.

CAUSES DE MORTALITÉ INFANTILE

567 décès d'enfants de moins d'un an ont été enregistrés entre 1991 et 2009.

Les pathologies d'origine périnatale (souffrances fœtales, infections néonatales, pathologies respiratoires spécifiques à la période néonatale...) représentent la principale cause de décès avec 33,7 % des décès, puis les anomalies congénitales avec 17,8 % des décès (essentiellement cardiovasculaires : 34 cas et du système nerveux : 17 cas), les pathologies infectieuses : 36 cas.

A noter 55 cas de mort subite du nourrisson observés sur cette période, soit 9,7 % 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 :

La population de moins de 6 ans concernée par l'activité préventive est estimée à 24 619 enfants, soit 10,1 % de la population totale. L'une des missions des consultations de médecine préventive est de s'assurer que les vaccinations des enfants sont 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, à pneumocoque en 2006.

LES VISITES SCOLAIRES SYSTÉMATIQUES

Les visites médicales sont obligatoires dans certaines classes des différents cycles de la scolarité. Depuis les accords de Nouméa, l'organisation des visites médicales scolaires est de la compétence des provinces jusqu'au primaire, et de la compétence de l'état (vice-rectorat) à partir du secondaire.

L'effectif scolaire dans les établissements du 1er degré, sur le territoire, est de 36 502 enfants en 2009 (chiffre ISEE).

A Nouméa, en 2009, le centre médico-scolaire a effectué 1 934 visites systématiques en classe maternelle, 5 754 en primaire (CP, CE2, CM2) et 822 en classes spécialisées (clis, IME/ACH et Segpa) pour une file active de 8 774 enfants à voir.

Les données des visites scolaires sur le reste du territoire ne sont disponibles.



ORGANISATION DES SOINS

Démographie des professionnels de santé

MÉDECINS

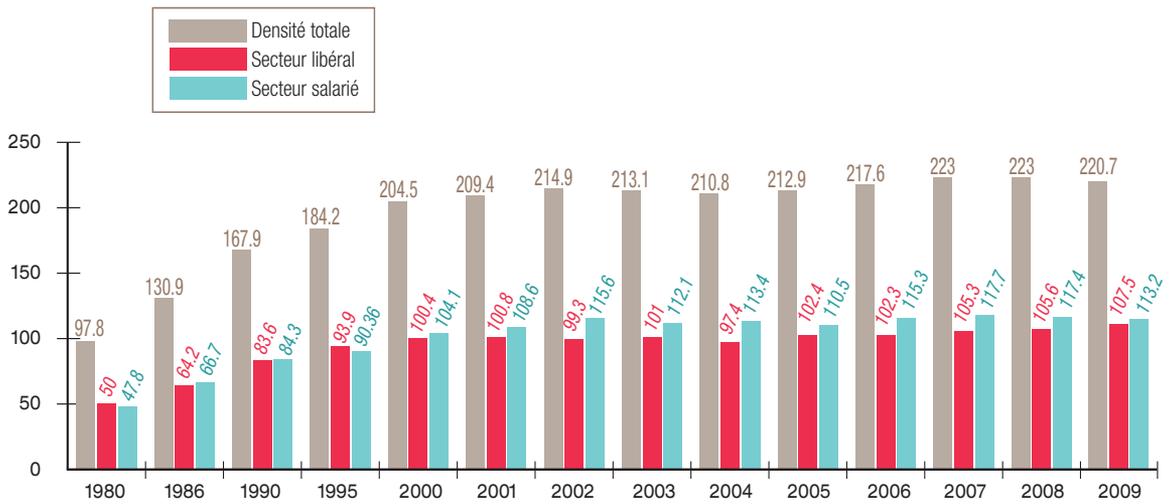
Les résultats produits sont issus de l'exploitation du fichier ADELI tenu par l'Inspection de la santé à la DASS-NC. Pour 2009 les chiffres ont été arrêtés au 1er septembre.

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, les internes, les médecins non encore installés ou à la recherche d'un emploi, les médecins volontaires à l'aide technique, et ceux exerçant à la Direction Interarmées des Services de Santé.

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

542 médecins étaient en activité en 2009 (264 exerçaient dans le secteur libéral et 278 étaient salariés), soit une diminution de 0,6 % par rapport à 2008. En 2009, on constate une augmentation (2,3 %) du secteur libéral, et une baisse de 3 % du secteur salarié. Le nombre de médecins du secteur libéral est contrôlé du fait du gel du conventionnement avec les organismes de protection sociale. En 2009 la densité est de 220,7 médecins pour 100 000 habitants.



On observe des disparités de densités selon les provinces, la plus basse est retrouvée dans la Province Nord, 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 des Iles, elle est intermédiaire entre celle du Nord et celle du Sud.

Ces densités sont donc les suivantes :

- Iles Loyauté : 103,2 ;
- Province Nord : 99,4 ;
- Province Sud : 261,9.

260 (soit 48 %) des médecins en activité, sont des omnipraticiens, soit une densité égale à **105,9** 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). **88,4 %** des généralistes de la province Sud exercent dans la zone de Nouméa et du Grand Nouméa, soit une densité égale à **111,8** pour cette zone contre **125,3** pour l'ensemble des autres communes de la province Sud.

282 médecins spécialistes sont en activité, ce qui représente une densité de **114,8** 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.

Les densités par groupe de spécialités selon les provinces concernées sont les suivantes :

Spécialités	Densité pour 100 000 habitants		
	Province Nord	Province Sud	Nouvelle-Calédonie
Médicales	8,8	79,8	61,1
Chirurgicales	2,2	35,5	26,9
Psychiatrie et Pédopsychiatrie	4,4	10,9	8,9
Biologie	2,2	4,4	3,7
Santé publique	0	4,4	3,3
Médecine du travail	2,2	9,8	7,3
Densité totale	19,9	149,3	114,8

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'effectif de chaque profession et la répartition par secteur d'activité, sont extraits des données du fichier ADEL, des fichiers des différents employeurs et de la CAFAT pour l'année 2009.

La densité des chirurgiens-dentistes en Nouvelle-Calédonie est de **48,9 pour 100 000 habitants**.

La répartition entre secteur salarié et secteur libéral est respectivement de 36 % et de 64 %.

La densité des chirurgiens dentistes exerçant en libéral est de **32,2 pour 100 000 habitants**.

En France Métropolitaine, la densité moyenne était un peu plus élevée car égale à 65 pour 100 000 au 01/01/2009.

La densité totale des masseurs-kinésithérapeutes en Nouvelle-Calédonie est de **49,7 pour 100 000 habitants**, celle des libéraux est de **41,7 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 **441,2 pour 100 000 habitants** en Nouvelle-calédonie. En France Métropolitaine, la densité des infirmiers était de 780 au 01/01/2008.

Pour les sages-femmes et les pharmaciens nous ne disposons pas de données pour l'année 2009. Nous rappelons, ci-dessous, les chiffres 2008.

La densité des sages-femmes en Nouvelle Calédonie, est de **163,2 pour 100 000** femmes âgées de 15 à 49 ans en 2008 (N = 106). 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 **57,7 pour 100 000 habitants** (N = 141) en Nouvelle-Calédonie pour 2008. 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 2008)

Disciplines de court séjour :

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

Chirurgie : 120 lits de chirurgie du CHT Gaston Bourret en hospitalisation complète et 5 lits en hospitalisation de jour.

Obstétrique : 60 lits d'obstétrique du CHT Gaston Bourret en hospitalisation complète et 3 lits en hospitalisation de jour.

Soins critiques : il existe au total 56 lits d'hospitalisation pour cette discipline dont 40 au CHT Gaston Bourret.

Au total : les disciplines de court séjour représentent 657 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					
Clinique de l'Anse Vata	26	1	7	0	34
Clinique Baie des Citrons	21	32	0	4	57
Clinique Magnin	14	40	19	7	80
TOTAL secteur privé	61	73	26	11	171
PUBLIC					
CHT G. Bourret	206	120	60	40	426
C.H. P.Thavoavianon	17	13	9	3	42
C.H. D. Nebayes	14	0	2	2	18
TOTAL secteur public	237	133	71	45	486
TOTAL GÉNÉRAL	298	206	97	56	657

La psychiatrie générale

Adultes : 111 lits en hospitalisation complète et 58 lits en hospitalisation de jour.

Infanto-juvénile : 25 lits en hospitalisation de jour.

Gériatrie : 76 lits en hospitalisation complète.

Le moyen séjour

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

Le long séjour

Gériatrie : 19 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 42 lits dont la répartition est la suivante :

- 5 circonscriptions médico-sociales dans la Province des Iles totalisant un nombre de 31 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 9 lits.

L'ensemble de ces structures sanitaires fonctionne avec une présence médicale et para-médicale 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 PARA-PUBLIQUES (2006)

La Société Le Nickel, avec la Mutuelle S.L.N. est composée :

- du Centre Médical de la SLN de Doniambo, à Nouméa, où exercent 2 ophtalmologistes, 3 chirurgiens dentistes et 2 médecins généralistes ;
- de deux centres d'optiques, un au Quartier Latin et un 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 2008, il a été effectué 12 139 consultations d'ophtalmologie et 11 297 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 2008, ont été effectuées 3 080 consultations dentaires, 8 465 consultations médicales.

La CAFAT :

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

- 9 médecins ;
- 4 chirurgiens dentistes ;
- 1 médecin radiologue ;
- des médecins spécialistes en cardiologie, pédiatrie et ORL effectuant des vacations.

Ont été effectuées en 2008, 25 436 consultations de médecine générale, 1 563 de médecine spécialisée et 3 037 consultations dentaires.

LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Infirmeries	Personnel			Nombre de journées	Nombre de consultations
	Lits	Médecins	Infirmiers		
Centre de consultations interarmées', Nouméa	12	4	6	42	5 212
Régiment d'infanterie de marine du Pacifique à Plum	8	3	4	99	3 322
Détachement du RIMAP NC de Nandaï - Bourail	7	1	1	50	2 643
Base aéronavale de Tontouta	4	1	3	10	1 331
Groupement du service militaire adapté de Koumac	0	1	1	0	758
TOTAL 2008	31	10	15	201	13 266

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

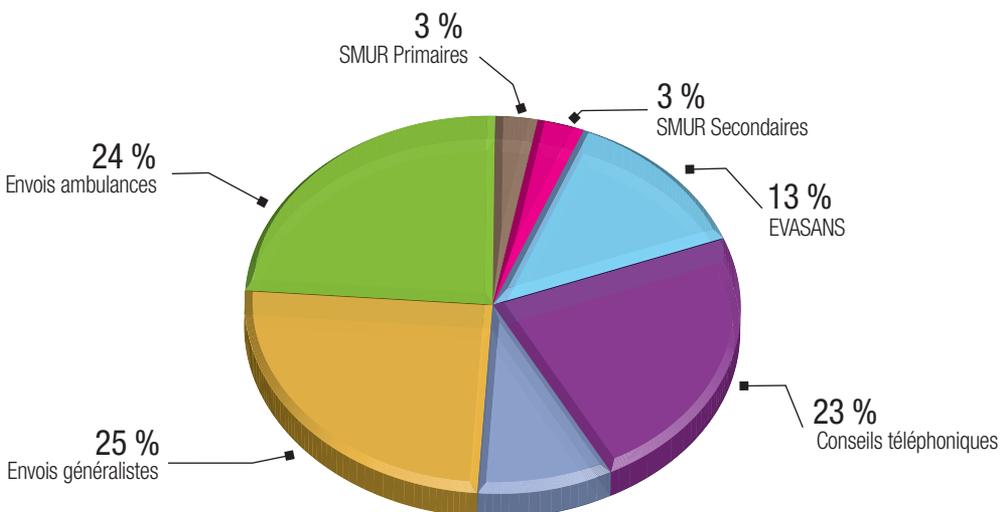
URGENCES

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 Gaston Bourret 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 2009 : 45 578 passages contre 43 605 en 2008, soit une augmentation de 5 % (+ 5 % à Magenta et + 4,5 % à G. Bourret). 22 % de ces passages ont entraîné une hospitalisation : 29 % à Gaston Bourret et 12,2 % à Magenta.

Rappel 2008 :

Résultats du SAMU - SMUR : le centre 15 a reçu 29 529 appels qui ont été médicalisés en 2008 soit + 8 % de plus qu'en 2007. Ces appels ont été traités comme suit :



Transfusion sanguine

L'année 2008 s'est caractérisée par une diminution de l'activité globale (6 407 884 B), avec -3,1 % par rapport à 2007. On observe une diminution du nombre de prélèvements effectués par rapport à 2007 (- 3,6 %). Les prélèvements restent toujours l'unique source thérapeutique de plaquettes depuis août 1994 et permettent de maintenir une couverture permanente du territoire avec ce produit dont le besoin est urgent et imprévisible. Les prélèvements pour autotransfusion stagnent et restent toujours marginaux.

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. Onze laboratoires d'analyses médicales sont agréés dans le secteur privé, six à Nouméa, un à Dumbéa, un 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 cinq cabinets de radiologie.

PHARMACIES

61 officines de pharmacie sont autorisées dont 60 ouvertes au public : 58 en secteur libéral, et 3 mutualistes.

Ces 60 pharmacies sont réparties comme suit :

- A Nouméa : 23 officines + 2 pharmacies mutualistes
- Les autres communes du grand Nouméa comptent 15 officines.
- Hors grand Nouméa, 18 officines + 1 pharmacie mutualiste.
- Iles : 4 officines.

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

Pharmacie à usage intérieur d'établissement de santé

Douze pharmacies à usage intérieur sont autorisées dans les établissements suivants : 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 grossistes-répartiteurs pharmaceutiques, les principaux étant : 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". Ils sont présentés dans ce document sur une série de trois exercices (2004 à 2006). Les comptes de la santé permettent d'évaluer le coût de la santé et d'analyser son évolution. Ils permettent également d'identifier l'origine des ressources financières affectées à ces dépenses, et la répartition de l'effort financier entre assurance maladie, ménages, assurance complémentaire et collectivités.

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'ajoute 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 collectives (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. 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.

Evolution de 2006 à 2008

Entre 2006 et 2008, la consommation médicale totale a augmenté de 11,4 % et la dépense courante de santé de 12 %. La décélération entamée fin 2006 se poursuit en 2007 et s'accroît en 2008.

Exercice	Consommation médicale totale en millions de FCFP	Dépense courante de santé
2006	55 886,85	61 250,59
2007	60 405,64	66 238,00
2008	62 289,36	68 601,85

Le développement de l'offre de soins, l'amélioration des conditions socio-économiques et l'approfondissement du système de protection sociale ont contribué à une amélioration de l'état sanitaire global mais se sont accompagnés d'une augmentation structurelle des dépenses de santé non maîtrisée.

Cette croissance importante des dépenses de soins a conduit le congrès à adopter fin 2005 un second plan de maîtrise des dépenses de santé après un premier plan adopté en 1994 qui avait permis de contenir les dépenses de santé pendant quelques années. Les premiers effets de ce nouveau plan apparaissent dès 2006 notamment à travers la modération de la dépense hospitalière.

Comparaison

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

- la consommation médicale totale ou la dépense courante de santé par habitant ;
- la consommation médicale totale ou la dépense courante de santé par rapport au PIB.

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

exercice	2006 ¹	2007	2008
<i>Population en NC (données ISEE)</i>	236 528	240 390*	244 600*
Consommation médicale totale par habitant en NC	236 280 FCFP	251 281 FCFP	254 658 FCFP
<i>en France</i>	<i>294 929 FCFP</i>	<i>306 476 FCFP</i>	<i>317 221 FCFP</i>
Dépense courante de santé par habitant en NC	258 957 FCFP	275 543 FCFP	280 465 FCFP
<i>en France</i>	<i>372 873 FCFP</i>	<i>386 369 FCFP</i>	<i>400 015 FCFP</i>

¹ Les données ont été retravaillées depuis le dernier bilan sanitaire pour intégrer des dépenses de prévention non identifiées antérieurement.

* Population estimée

La moindre consommation médicale par habitant en Nouvelle-Calédonie s'explique notamment d'une part par la structure en âge de la population, les jeunes proportionnellement plus nombreux en Nouvelle-Calédonie qu'en métropole étant moins consommateurs de soins, et d'autre part par l'offre de soins encore limitée dans certains secteurs et certaines zones du territoire.

A cette moindre consommation médicale par habitant s'ajoutent des dépenses de formation et de recherche beaucoup moins élevées en Nouvelle-Calédonie qu'en métropole d'où une dépense courante de santé elle aussi relativement moins importante.

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

La modération du poids de la santé observée en 2007 dans la création de richesse nationale est liée à la forte croissance du PIB en 2006 et 2007 (taux moyen de croissance annuel de 5,6 %), alors qu'on observe une chute de la croissance du PIB en 2008 (+ 0,6 %).

En %	2006	2007	2008
<i>PIB Nouvelle-Calédonie (milliards FCFP)*</i>	652,4	772,8	728,5
Dépenses courante de santé rapportée au PIB en NC	9,38 %	8,57 %	9,5 %
en France	11 %	10,9 %	11 %

*Sources : ISEE

La dépense nationale de santé dans les pays de l'OCDE

L'OCDE utilise un concept légèrement différent pour permettre des comparaisons entre ses membres : la dépense nationale de santé qui est évaluée à partir de la dépense courante de santé en défalquant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicale et en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public.

En Nouvelle-Calédonie, cela correspond aux investissements dans les hôpitaux publics territoriaux CHT/CHN/CHS qui s'élèvent en 2007 à 1 578,65 millions et 479,77 millions en 2008. La construction d'un nouvel hôpital à Koutio destiné à remplacer l'actuel CHT Gaston Bourret absorbe une grande partie de ces investissements.

La dépense nationale de santé calculée pour la Nouvelle-Calédonie en 2007 est de 9,1 % du PIB alors que la France se situe à 11 % de son PIB.

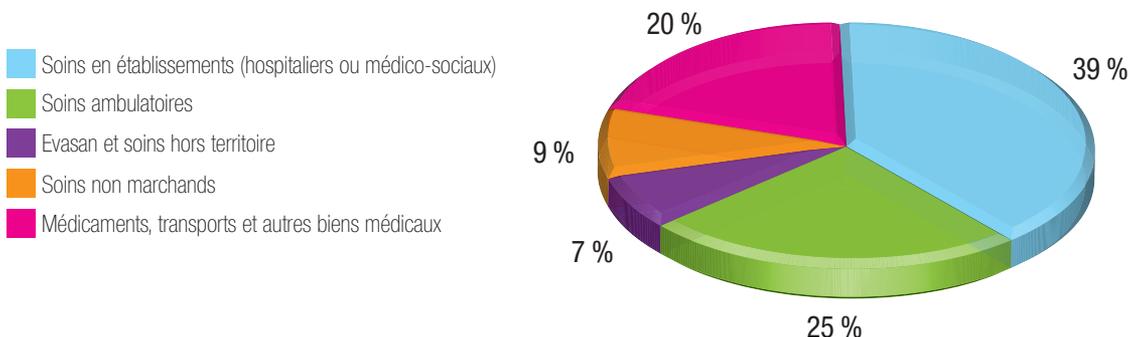
En 2008, 68,6 milliards de FCFP ont été au total dépensés pour la santé en Nouvelle-Calédonie soit en moyenne 280 465 FCFP par habitant. Au sein de cette dépense, 62,3 milliards ont été directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux, soit 254 658 FCFP par habitant. La Nouvelle-Calédonie se place dans la moyenne des pays développés

La consommation de soins

Moins de 10 % des soins reçus en Nouvelle-Calédonie sont des soins dits non marchands, dispensés à titre gratuits ou bénéficiant de tarifs particuliers principalement au sein des dispensaires provinciaux ou des centres médico-sociaux des organismes de protection sociale (Cafat et mutuelles).

La consommation de soins et biens médicaux marchands comprend les soins en établissements de santé, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses), les transports, les médicaments et autres biens médicaux (optiques, prothèses petits matériels et pansements).

Part des différents postes de dépenses





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

- Les précipitations annuelles sont supérieures aux normales de + 26 %, notamment grâce aux forts excédents de début d'année (phase La Niña). Notons que cette année regroupe les deux pôles ENSO (El Niño Southern Oscillation). En effet, la fin d'année est une phase El Niño ayant pour conséquence des bilans déficitaires.
- La moyenne annuelle des températures est statistiquement proche des normales de saison.
- L'insolation et le rayonnement global sont généralement déficitaires.
- L'évapotranspiration potentielle est maximale lors de la saison estivale. Le bilan hydrique potentiel annuel est légèrement excédentaire.
- Les vitesses moyennes de vent sont légèrement inférieures aux normales.

Eau

Les compétences de la Nouvelle-Calédonie dans le domaine de l'eau s'exercent essentiellement à travers 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 baignade

Seule la ville de Nouméa assure un contrôle de la qualité de ses eaux de baignade. Le service municipal d'hygiène 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 est 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 l'incendie** impliquent l'ensemble des collectivités et les communes. L'Etat, dans le cadre de la Sécurité Civile, a sa part de responsabilité dans la gestion des moyens de lutte contre les feux de grande envergure. Il est à noter la forte implication des Forces Armées lors des feux dépassant les moyens des communes.

Les chiffres présentés ci-dessous englobent la saison 2009-2010 (du 1^{er} septembre 2009 au 27 janvier 2010). Au total, 694 incendies ont brûlé 10 900 hectares (pendant 2008-2009 : 208 incendies et 1 119 hectares brûlés).

Les aliments

Les services vétérinaires de la Direction des affaires vétérinaires alimentaires et rurales, 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 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 crise économique a finalement laissé place, fin 2009, aux premiers signes de reprise. Les perturbations nées mi-2007 aux États-Unis de la crise des "subprimes", s'étaient transformées en 2008 et jusqu'à mi-2009 en une véritable crise économique, la plus grave depuis 1929.

L'économie calédonienne

La croissance estimée est plus importante en 2009 (+1,8 % en volume), qu'en 2008 (+0,6 %). Le nickel joue un rôle fort dans cette reprise, avec de meilleurs résultats qu'en 2008. Hors nickel, l'activité ralentit avec une croissance enviable (+2,1 %), mais en retrait par rapport à 2008 (+4,6 %). L'inflation est faible, conformément à la tendance mondiale. Ainsi, après l'année record de 2008, l'augmentation des prix en 2009 est la plus basse de la décennie (+0,2 %). L'économie est toutefois affaiblie à la fois par la crainte d'une propagation de la crise mondiale, mais aussi par des facteurs internes tels que la fin du chantier de Vale Inco.

Mines et métallurgie

La livre de nickel, qui avait perdu près des deux tiers de sa valeur sur un an en janvier 2009 (5,13 USD/lb contre 12,56 USD/lb il y a un an), voit cet écart se resserrer au fil des mois (-20,4 % en juillet) pour devenir positif à partir d'octobre et atteindre +76,3 % en décembre (7,74 USD/lb contre 4,39 USD/lb en décembre 2008).

Pêche et aquaculture

La Nouvelle-Calédonie a exporté 2 368 tonnes de produits de la mer, pour un montant total de 2,1 milliards de F.CFP, contre 2 326 tonnes pour 2,4 milliards de F.CFP l'année passée. Alors que les volumes exportés ont été quasiment stables sur un an, la baisse en valeur de 9,0 % porte les exportations de 2009 à leur niveau le plus bas de ces dix dernières années. Plus des trois quarts de ces exportations ont été absorbés par trois pays : le Japon à hauteur de 45 %, la France (25 %) et Hong Kong (12 %).

Bâtiment

Avec 8 415 personnes dans le secteur de la construction en moyenne sur l'ensemble de l'année 2009, l'emploi salarié présente une hausse de 2,4 % sur un an, ce qui représente 195 salariés supplémentaires. L'index BT21 "tous travaux confondus", qui reflète l'évolution globale du coût de la construction, s'élevait à 129,04 en décembre 2009, contre 135,34 en décembre 2008.

Energie

En 2009, la production d'électricité atteint 1 944 GWh, soit une augmentation de 3,4 % par rapport à 2008. La ventilation par source laisse apparaître un accroissement important (+16,7 %) pour l'énergie éolienne, et moins important pour celle d'origine thermique (+8,7 %). Parallèlement, l'électricité d'origine hydroélectrique enregistre un recul de -13,7 %.

Tourisme

La fréquentation touristique s'établit à 99 379 touristes en 2009, contre 103 672 en 2008 (-4 293 touristes).

Voyages des calédoniens

L'année 2009 établit un nouveau record avec 119 035 retours de voyages, contre 111 598 en 2008 (+6,7 %).

Prix à la consommation

Indice des prix à la consommation du mois de décembre 2009 s'établit à 132,3 contre 131,7 en décembre 2008, affichant ainsi une augmentation de +0,2 % en glissement sur un an.

Emploi salarié

Le secteur privé, qui concentre près des trois quarts (71 %) de l'emploi salarié total, compte 58 836 salariés en moyenne sur 2009, contre 57 066 en 2008.

Le secteur public, qui représente plus d'un quart (29 %) de l'emploi salarié total, enregistre en 2009 la plus faible hausse annuelle de ces dernières années (+1,7 %).

Finances publiques

En 2009, l'État a dépensé en Nouvelle-Calédonie 137 milliards de F.CFP, soit un montant en légère baisse de 0,6 % par rapport à 2008.

La situation provisoire du budget de la Nouvelle-Calédonie fait apparaître une légère baisse des recettes (-0,7 %) et un recul plus marqué des dépenses (-9,6 %) au titre de l'année 2009.



**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