



Nouvelle Calédonie

Mémento 2008

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie

Principales structures de santé

de la Nouvelle - Calédonie 2008*

Archipel des Belep



Centre de consultation familiale ▲	CHT Gaston Bourret H
Centre médical polyvalent (ESPAS-CMP) ▲	CHT Magenta H
Centre médico-scolaire ▲	CHT Raoul Follereau H
Bureau d'éducation sanitaire ▲	CHT Col de la Pirogue H
Promotion de la santé ▲	CHS Albert Bousquet H
Centre médical Province des Iles □	
Centres de protection maternelle et infantile, et centres médico-scolaire	
Kaméré ● Clinique de la Baie des citrons C	
Montravel ● Clinique de l'Anse Vata C	
Saint-Quentin ● Clinique Magnin C	

* 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

DESCRIPTION DE LA POPULATION..... page 4

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES page 4

CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS page 5

CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS PÉRINATAUX page 6

ÉTAT DE SANTÉ page 7

MALADIES INFECTIEUSES page 7

MALADIES CHRONIQUES page 16

PATHOLOGIES MENTALES page 21

QUESTIONS DE SOCIÉTÉ page 24

APPROCHE PAR POPULATION page 29

ORGANISATION DES SOINS page 33

COMPTES DE LA SANTÉ page 38

PRÉSENTATION page 38

COÛT DE LA SANTÉ page 39

FACTEURS NON MÉDICAUX EN RELATION AVEC LA SANTÉ page 41

ENVIRONNEMENT page 41

DONNÉES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES page 43

Direction des
affaires sanitaires et sociales
de la Nouvelle-Calédonie

Service des actions sanitaires
Tél.: (687) 24.37.00
Télécopie: (687) 24.37.14
E-mail: 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.

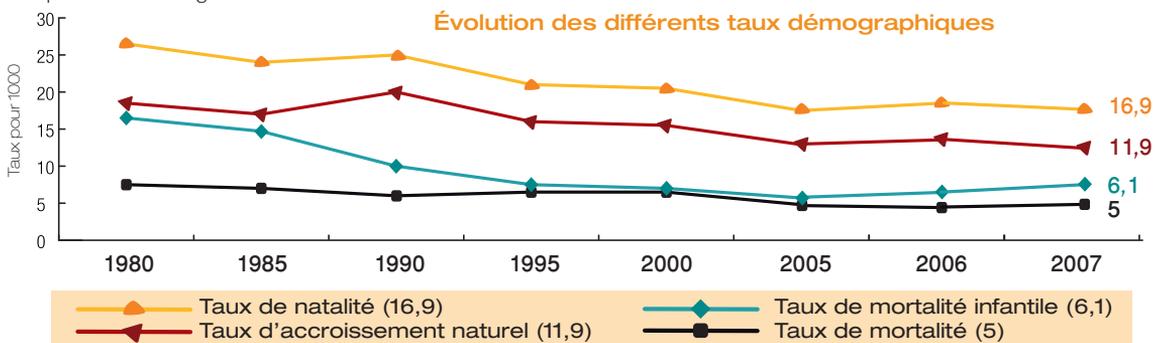
Principaux indicateurs démographiques - Le recensement de la population 2009 étant en cours, l'ISEE n'a pas communiqué les chiffres de la démographie au 1^{er} janvier 2009. Pour cette raison, les données restent inchangées au 30.06.09.

	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.



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.

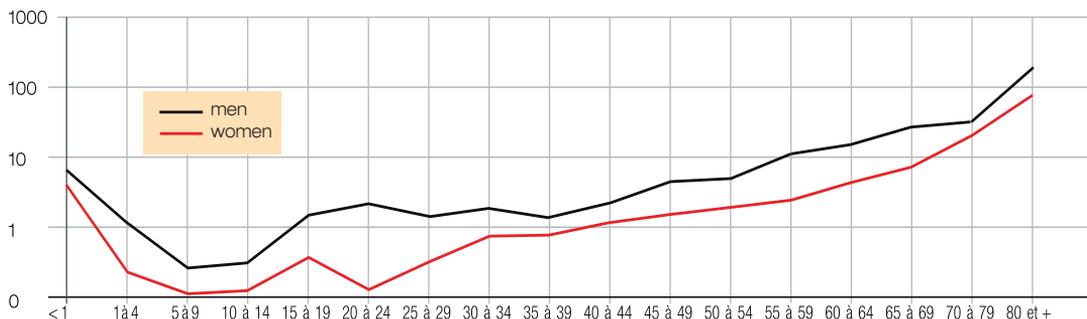
1 Taux d'accroissement naturel : différence entre taux brut de natalité et de mortalité, exprimé pour 1 000 habitants.

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

1 172 certificats médicaux de décès ont été enregistrés en 2008 (hommes : 695 ; femmes : 477). 24 décès n'ont pu être constatés directement par un médecin et ont été codés dans le groupe XVI (États morbides mal définis).

À noter que le classement suivant, par groupe de pathologies, varie peu d'une année à l'autre.

Les 5 principales causes de décès varient selon les sexes de la manière suivante :

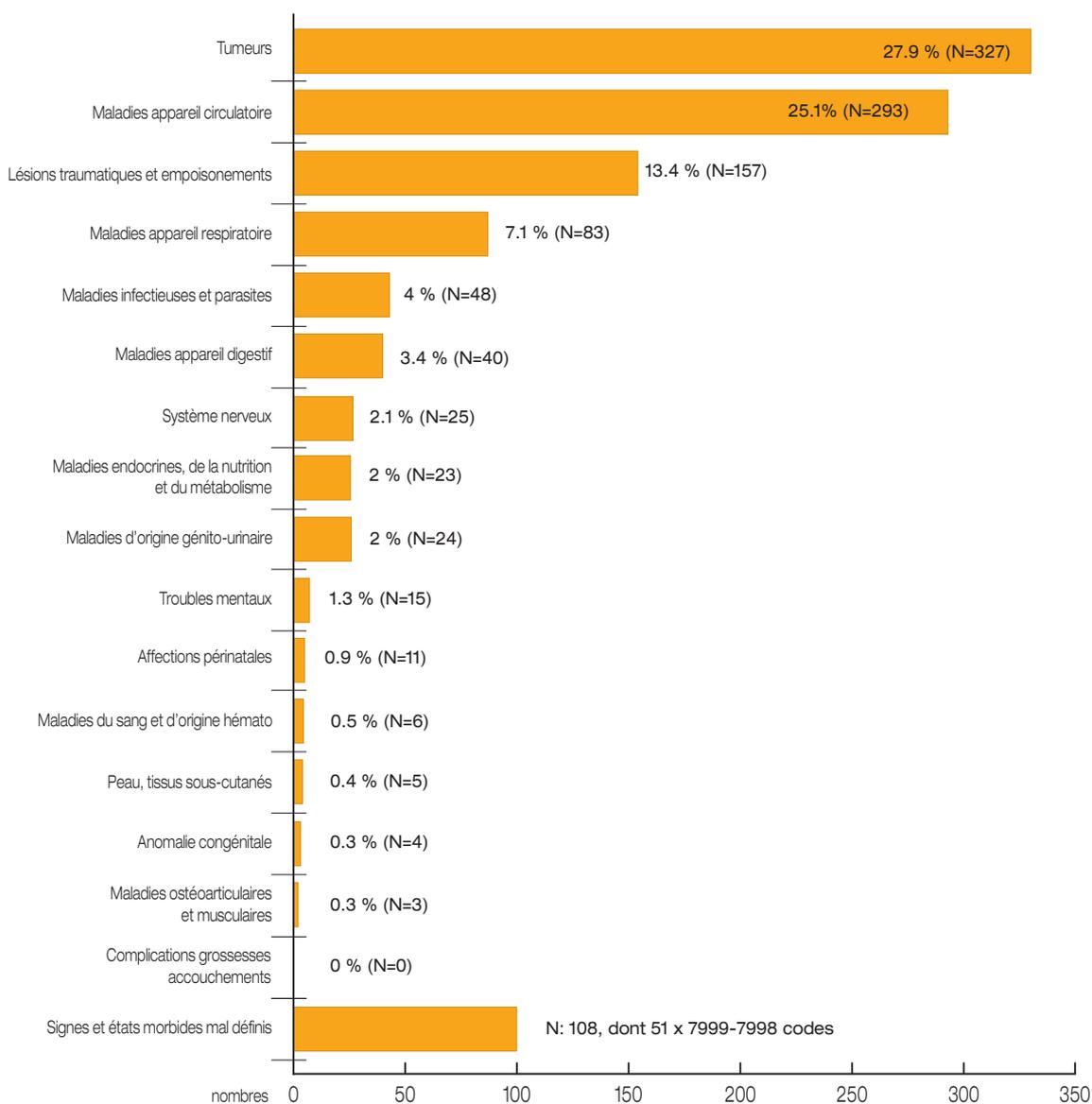
	Hommes	Femmes
Tumeurs	27,2 %	28,9 %
Appareil circulatoire	23,7 %	27 %
Lésions traumatiques	18 %	6,7 %
Appareil respiratoire	7,5 %	6,5 %
États morbides mal définis	7,5 %	11,7 %

À noter que les **causes de traumatismes et empoisonnements** restent la principale cause de décès chez les jeunes avec, pour la période 1991- 2008, 64,0 % des décès des 1-24 ans et 45,8 % des décès des 25-44 ans. Ce groupe représente la première cause de mortalité prématurée, dans les deux sexes en Nouvelle-Calédonie, avec 74 098 années potentielles de vie perdues (APVP) entre 1991 et 2008. Cette mortalité prématurée est particulièrement élevée chez les hommes avec 58 975 années potentielles de vie perdues contre 15 123 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 2008



Causes médicales de décès périnataux

En 2008, 67 décès d'enfants ont fait l'objet d'une déclaration au travers du certificat spécifique de décès périnatal, ce qui porte à 1 099 le nombre de décès pour la période 1993-2008. Parmi ces 1 099 certificats, seuls 250 n'ont pas fait l'objet d'une déclaration à l'état civil (soit 22,7 %).

Pour la période 1993-2008, 167 certificats concernent des **interruptions médicales de grossesse**, dont les motifs les plus fréquents sont les anomalies congénitales (système nerveux : 29,9 %, aberrations chromosomiques : 16,2 %, autres anomalies congénitales : 26,9 %).

Parmi les 932 décès néonataux hors IMG, 33,6 % d'entre eux n'ont aucune **cause fœtale ou néonatale** déterminante de la mort. Sur les **619** certificats restants : la cause est liée à l'enfant pour 89,4 % et la cause est liée à la mère (pathologie maternelle ou complication de la grossesse) pour 10,5 %. Parmi les causes liées à l'enfant, 34,1 % concernent une **hypoxie intra-utérine** et/ou une asphyxie à la naissance, 18,4 % une **anomalie congénitale**.

Maladies infectieuses :

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

En 2008, 2 471 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).

Groupe A, maladies justiciables de mesures exceptionnelles au niveau national et international (cholera, peste, variole, fièvre jaune, rage, typhus exanthématique, fièvres hémorragiques africaines) : ces maladies ne font l'objet d'aucune déclaration depuis 1986.

Groupe B, maladies justiciables de mesures à prendre à l'échelon local dont le détail figure sur le tableau suivant :

Maladies à déclaration obligatoire du groupe B	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ambiase	18	31	13	20	11	6	0	1	1	1	0
Coqueluche	1	3	3	0	1	0	1	72	4	1	0
Dengue	2612	354	12	34	105	5673	792	46	48	47	1179
Diphtérie	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	1	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0
Hépatite virale B	94	119	40	49	31	39	29	11	9	31	102
Hépatite virale C	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Lèpre	5	7	7	7	2	4	8	4	7	2	6
Leptospirose	132	200	28	23	49	23	13	40	65	53	157
Méningite à méningocoque	13	6	4	9	10	11	3	5	7	13	9
Paludisme autochtone et importé	0	4	3	1	1	5	6	0	0	0	2
Rougeole	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Syndromes dus au HIV	20	22	21	15	17	8	7	13	10	21	15
Tétanos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infect. alim. collective (foyers)	7	5	3	9	1	6	0	8	10	8	6
Tuberculose (avec PITL)	148	109	171	100	112	82	84	72	90	67	80

En 2008, on n'a relevé aucun cas de poliomyélite, botulisme, brucellose.

157 cas de leptospirose ont été signalés et 1179 cas de dengue.

Groupe C, maladies sexuellement transmissibles :

Maladies à déclaration obligatoire du groupe C	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Condylome acuminé	48	26	26	27	28	26	17	3	12	22	28
Herpès génital	3	5	2	3	3	5	4	2	3	10	8
Infections à mycoplasmes	165	121	115	119	107	90	93	108	134	219	184
Infections génitales à chlamydiae	119	89	94	96	71	86	88	71	96	148	191
Infections gonococciques	95	54	52	55	49	31	33	35	58	82	90
Syphilis	36	17	24	16	11	10	20	15	21	37	36
Trichomonase uro-génitale	125	139	250	203	156	171	152	114	98	199	113
Autres maladies vénériennes	252	298	339	225	182	102	62	62	80	60	67

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.

15 nouveaux cas de séropositivité ont été enregistrés en 2008 (dont 11 cas confirmés par des laboratoires hors de la Nouvelle-Calédonie et 4 cas diagnostiqués et confirmés par l'IPNC).

Ce qui porte à 331 le nombre de cas cumulés depuis 1986.

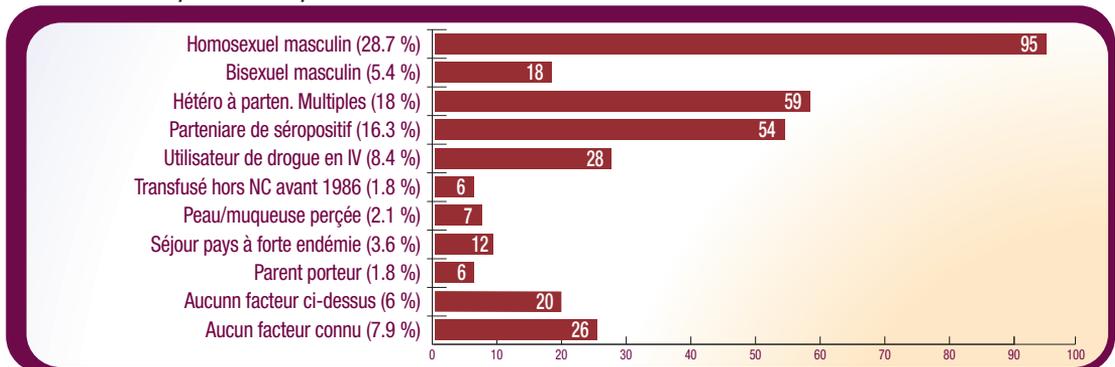
Évolution annuelle selon le stade de l'infection (cas cumulés)



Au 31 décembre 2008, 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 29,3 pour 10 000 habitants.

Facteurs de risque de séropositivité

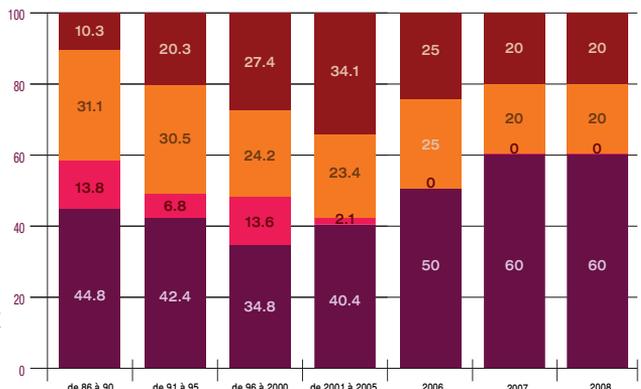


Répartition des 331 séropositifs par facteur de risque

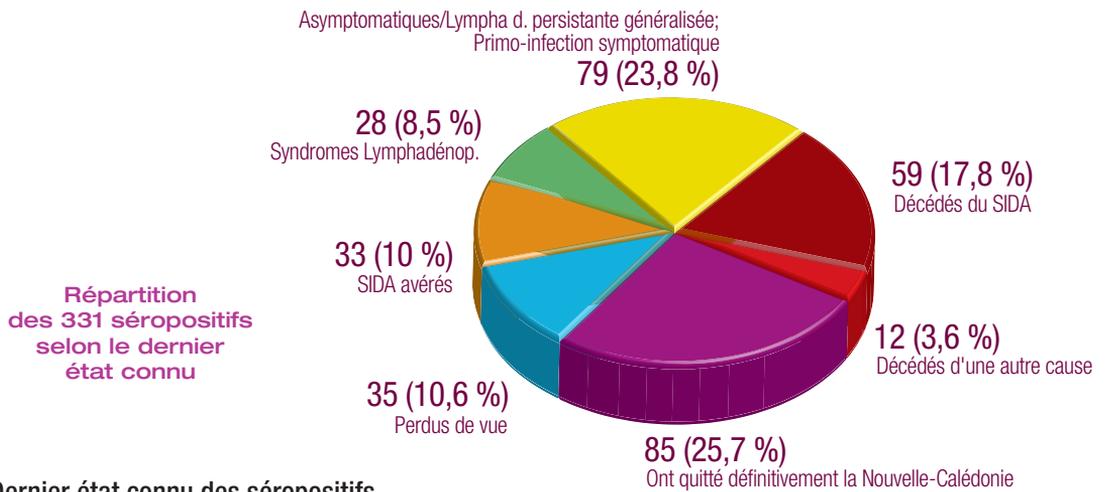
Parmi les cas dont les facteurs de risque sont connus, on remarque que 74,1 % sont liés à un mode de transmission sexuelle du VIH dont 50 % (113/226) sont des homo/bisexuels masculins.

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 34,1 % (de 2001 à 2005) pour les facteurs de risque sexuels.

Évolution en % des facteurs de risque sexuels de 1986 à 2008



Parmi les 28 utilisateurs (9,2 %) 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.



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 331 patients séropositifs, **71 sont décédés** (dont 12 d'une autre cause que le SIDA), 120 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 15 cas enregistrés en 2008, 11 (73,3 %) l'ont été au stade asymptomatique, 3 (30 %) au stade symptomatique non sida et 1 (6,7 %) 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 44 professionnels (sur les 54 possibles, soit 81,5% d'entre eux) qui ont contribué à alimenter le fichier des CDAG 2008.

L'analyse des 2 835 questionnaires, strictement anonymes, établis en 2008, et parvenus au service des actions sanitaires de la DASS-NC, met en évidence une progression de 42,6% du nombre de fiches reçues en 2008 par rapport à 2007.

- Les moins de 35 ans représentent plus des $\frac{3}{4}$ (77,8 %) des consultants (47,1 % de 15 à 24 ans et 30,2 % de 25 à 34 ans).
- Les consultants d'origine européenne représentent 42,5 % des consultants. Ceux d'origine mélanésienne en représentent un peu plus d'un tiers (38,6 %).
- Les "comportements à risque" ont été évoqués dans 41,5% des cas, loin devant le "début de relation" (14,9 %).
- La "grossesse" a été un motif de consultation dans 8,4% des cas (soit pour 5,8% des femmes) et 2,6 % des consultations de leur conjoint ou compagnon.

Notons les 136 consultants (4,8 % des consultants) venus suite à une rupture de préservatif.

Conclusions

L'analyse de 2008 confirme celles des années précédentes, à savoir :

- Les données exploitées en 2008 concernent majoritairement (52,5%) 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. Le nombre de consultations réalisées hors ESPAS CMP est ainsi passé de 231 en 2006 à 412 en 2007, et à 1 347 en 2008.
- Courant 2008, 21 nouveaux professionnels ont été agréés. Leur nombre total est maintenant de 75 (ce n'est qu'en 2009 que leur apport en nombre de CDAG devrait se concrétiser). 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 16 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.

Maladies sexuellement transmissibles

780 déclarations ont été reçues en 2008, dont la majeure partie (93,1 %) 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 MST déclarés 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.

MST / Sexe	Male	Female	ND	Total	%
Molloscum contagiosum	0	1	0	1	0.1
Herpès génital	2	6	0	8	1.0
Condylomes acuminés	2	26	0	28	3.6
Syphilis	14	18	4	36	4.6
Candidose uro-génitale	6	56	1	63	8.1
Autre mal. vénériennes	7	60	0	67	8.6
Gonococcies	55	32	2	89	11.4
Trichom. uro-génitale	3	110	0	113	14.5
Infect. à mycoplasmes	38	146	0	184	23.6
Infection. gén. à chlamydiae	44	131	16	191	24.5
Total	171	586	23	780	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 MST (en particulier dans le secteur libéral à partir de 2000), alors que les demandes d'examen biologiques et les résultats positifs (en particulier à l'IPNC) ne baissent pas.

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

Hépatites virales

En 2008, 102 nouveaux cas d'hépatite B ont été enregistrés ; 96 cas concernent des adultes. La proportion des enfants de moins de 15 ans 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 % en 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 2007.

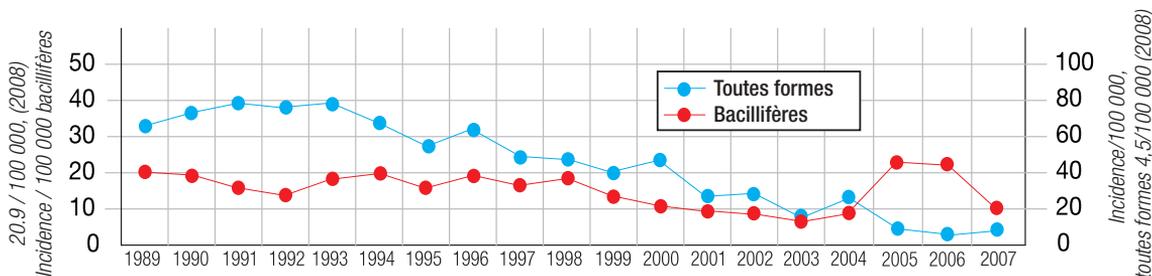
Tuberculose 2008

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, **51 nouveaux cas** de tuberculose ont été déclarés en 2008 (47 en 2007), dont **35 tuberculoses de forme pulmonaire** (31 en 2007). Après la chute particulièrement importante de l'incidence en 2003 (16 pour 100 000 habitants), l'incidence de 2008 est égale à **20,9 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 **11 cas** de tuberculose à examen **direct positif** (14 en 2007) soit **31,4 % des tuberculoses pulmonaires** (45,2 % en 2006). 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 **4,5 pour 100 000 habitants** (6 en 2007).

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



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 2007 on a observé un **taux de guérison de 71,4 % (bacillifères)**.

Caractéristiques des patients :

L'étude détaillée des 671 cas de tuberculose qui ont été déclarés depuis 10 ans toutes formes confondues (de 1989 à 2008) montre que 70 % des cas sont des **formes pulmonaires** et que toutes les communes sont touchées par cette maladie, cependant plus fréquente dans les communes de Belep, Ponérihouen, Houailou, où les taux sont plus élevés que dans les autres communes.

Le diagnostic est fait dans 71,9 % des cas à partir des signes cliniques. 9,7 % des nouveaux cas étaient des récidives.

A noter qu'en métropole, cette maladie reste toujours d'actualité avec une incidence égale à 8,9 pour 100 000 habitants en 2007. Des disparités régionales sont observées, avec l'incidence la plus élevée dans l'île de France où elle atteint 18,4, valeur proche de celle de la Nouvelle-Calédonie.

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 (2008)

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).

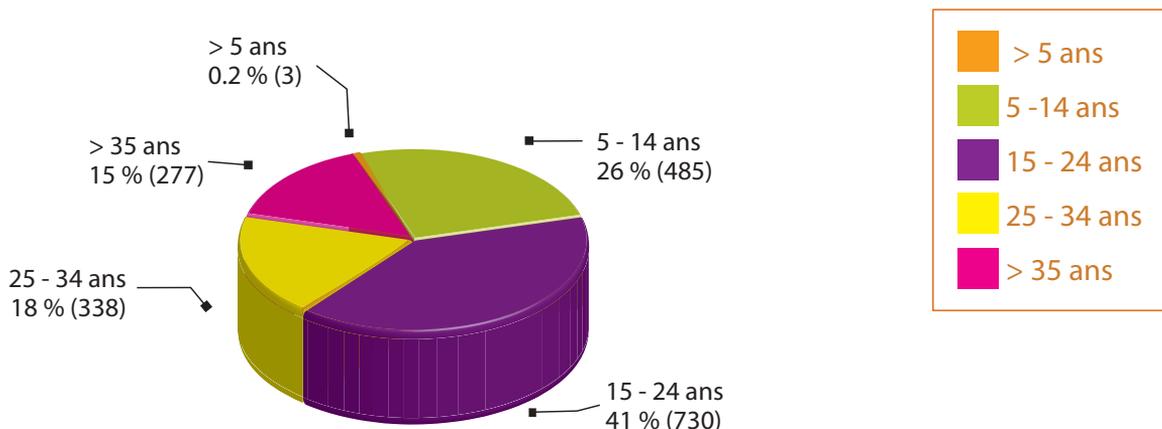
Par délibération du 11 août 1994, le Congrès du Territoire a décidé que le rhumatisme articulaire aigu faisait partie de 9 thèmes de prévention prioritaires.

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

Au 28 février 2009, 2 372 cas sont enregistrés dont 222 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 **1 833 patients**. Seuls 31 % ont fait l'objet d'une déclaration spontanée par le médecin traitant.

La prévalence est estimée à 7,5 / 1 000 habitants en Nouvelle-Calédonie tous âges confondus, elle varie selon les communes (affectation par commune des médecins référents) :



Répartition des 1 833 cas de RAA par tranches d'âge

On note une légère prédominance de prévalence chez les femmes : 7,7 ‰ (contre 6,9 ‰ hommes).

La prévalence par province pour 1 000 habitants :

- 14,7 en province Nord ;
- 10,8 en province Îles ;
- 5,2 en province Sud.

Entre le 28/02/2008 et le 28/02/2009, 136 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

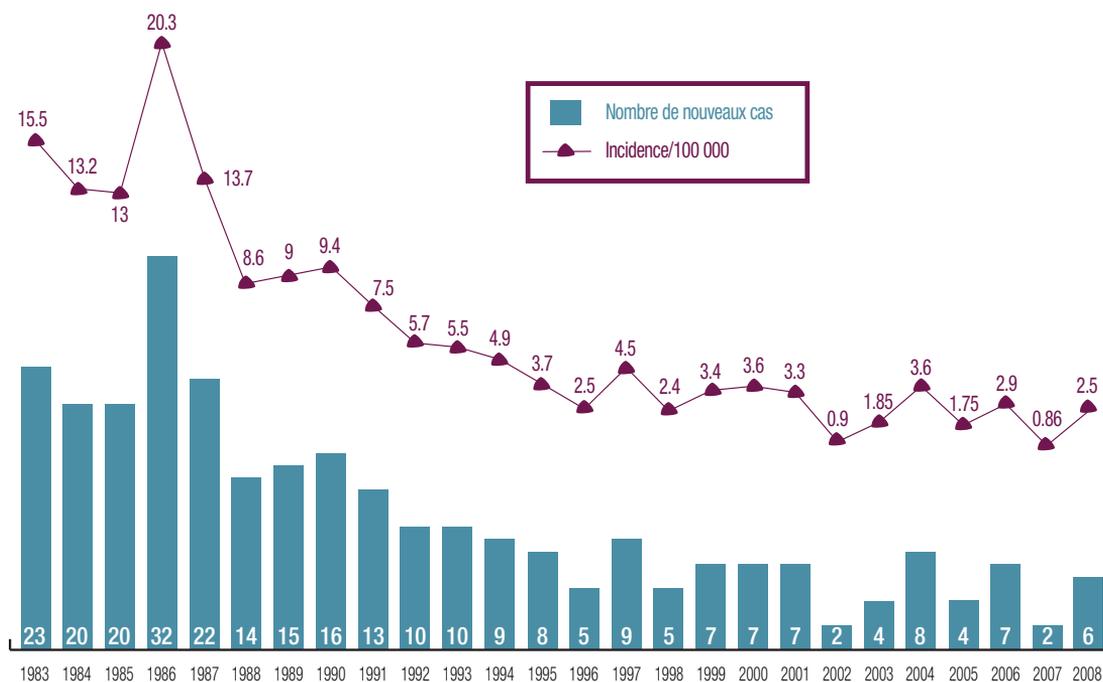
La lèpre (ou maladie de Hansen) est une maladie infectieuse chronique due à un bacille acido-résistant (*Micobacterium leprae*, anciennement bacille de Hansen), transmise par contact direct, prolongé et intime. Le registre de la lèpre couvre 26 années, de 1983 à 2008 et contient 285 enregistrements.

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 6 nouveaux cas en 2008, l'incidence est à 2,5 pour 100 000.

En 2008, les 5 nouveaux cas sont multibacillaires.



Parmi les 285 cas enregistrés depuis 1983, on a observé :

- une prédominance masculine avec 186 hommes et 99 femmes ;
- une disparité ethnique avec une représentation plus importante de la communauté mélanésienne (239 personnes) que des autres communautés (européenne : 30 cas ; autres : 16 cas).

Prévalence :

En 2008, seuls 8 patients étaient sous PCT, ce qui représente une prévalence égale à 0,33 pour 10 000 habitants.

Situation internationale :

Source : l'OMS

Le nombre de nouveaux cas détectés dans le monde en 2007 s'élève à 254 525 cas.

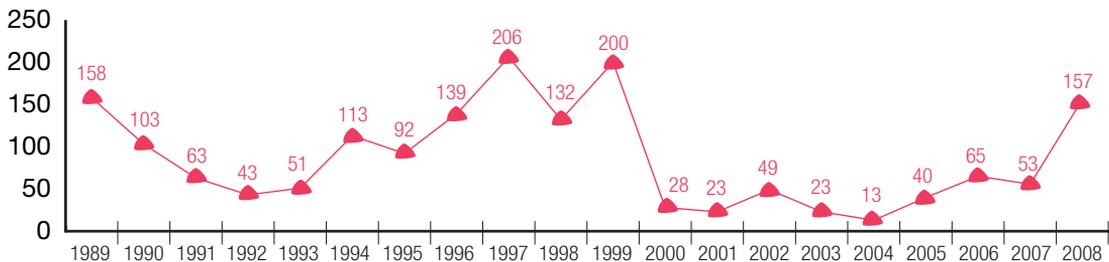
Ce nombre a diminué de 4,2 % par rapport à 2006. Cette diminution résulte principalement de la baisse du nombre de nouveaux cas en Inde (367 143 cas en 2003 et 260 063 cas en 2004, 169 709 en 2005 et 139 252 en 2006 soit 17,9 % de moins en une année).

En 2007, le nombre de cas en Inde représentait 67,4 % 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.

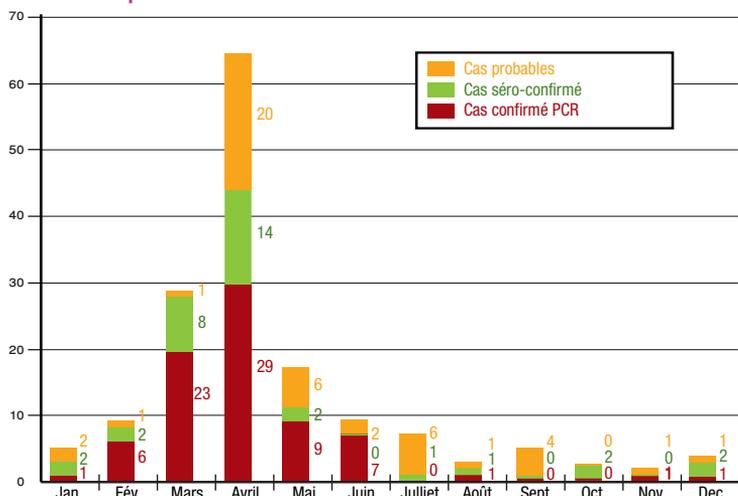
En 2008, **157 cas ont été déclarés**. Comme on note sur la figure ci-dessous, depuis 16 ans, seuls deux pics épidémiques importants ont été observés : le premier en 1997 et le second en 1999.



En 2008, cette maladie touche essentiellement les hommes (64,3 %), et les adultes jeunes : âge moyen est de 36 ans. Leur contamination est probablement liée à un comportement à risque, par des contacts quotidiens ou professionnels avec des animaux infectés ou des sols contaminés.

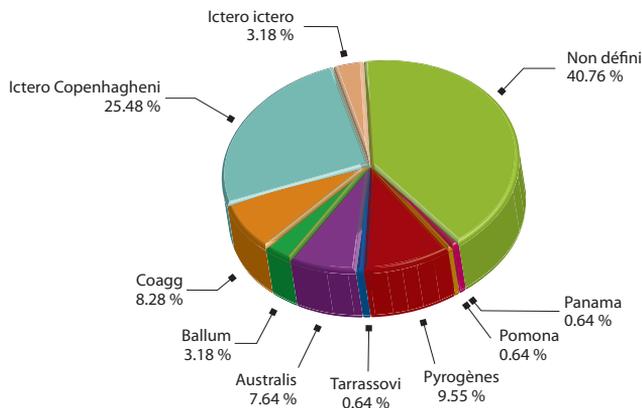
Les infections chez les enfants et les adolescents peuvent correspondre à des expositions lors d'activités ludiques telle que la baignade en eau douce. La plupart des cas ont été déclarés entre janvier et mars (36 %).

Répartition mensuelle des cas cumulés en 2008



En 2008, 6 décès sont directement imputables à la leptospirose. L'étude des cas sur les 10 dernières années montre des disparités géographiques, avec une incidence moyenne plus élevée à Bourail et à Hienghène.

Les séro-groupes les plus souvent identifiés en 2007 ont été : *Ictéro-haemorrhagiae copenhageni*, *Pyrogenes* et *Australis*.



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.

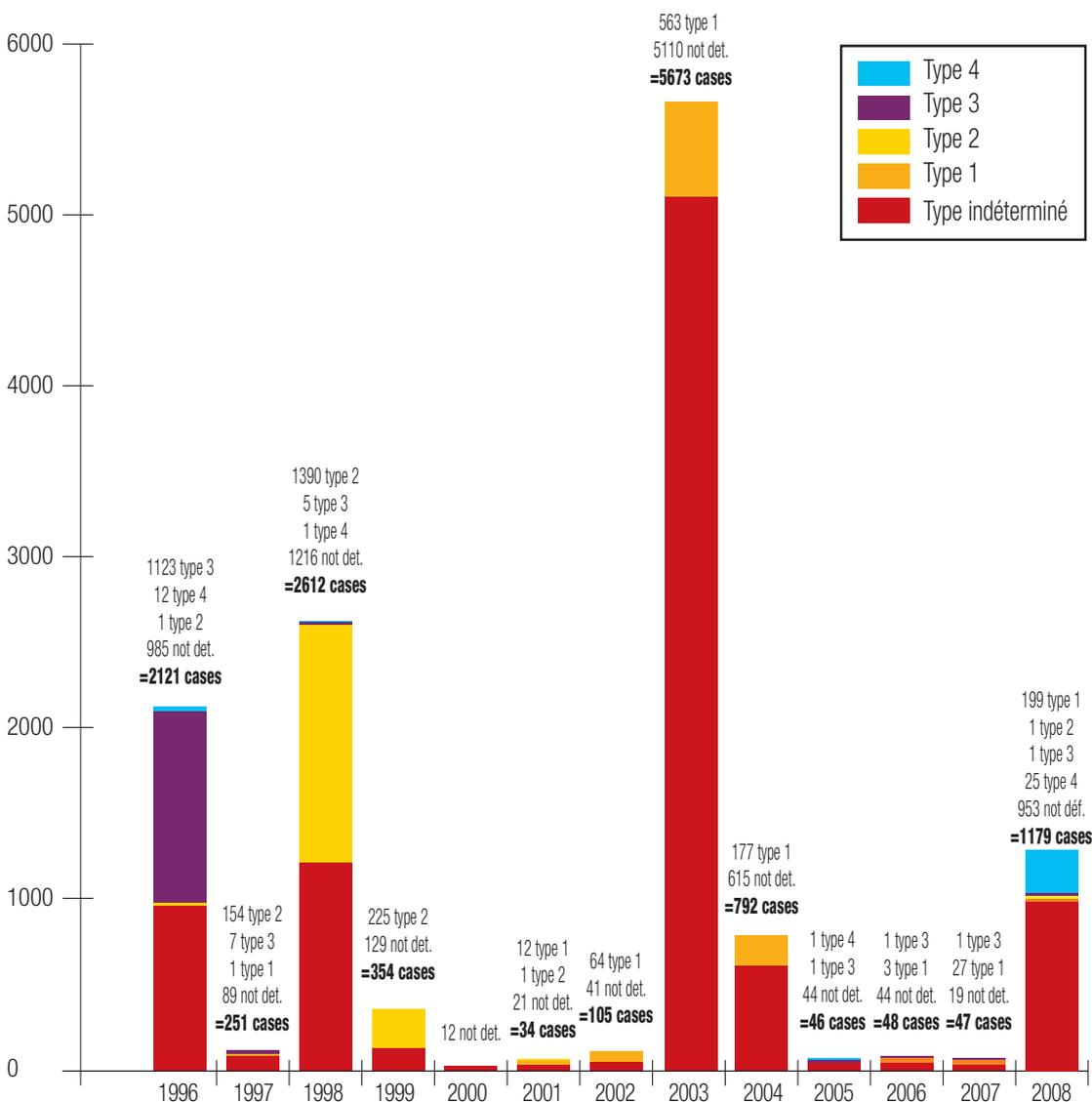
La réinfestation par un autre sérotype risque d'induire une maladie plus grave.

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 2008, parmi les 1179 cas diagnostiqués, 226 ont été confirmés par la technique PCR. 199 cas sont du sérotype 1, 25 cas de stéréotype 4, 1 du type 2 et 1 du type 3.

Différents sérotypes de dengue des épidémies des années 1996 à 2008



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 2008, environ 10 % des relevés attendus ont été reçus, la répartition par maladie est la suivante :

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

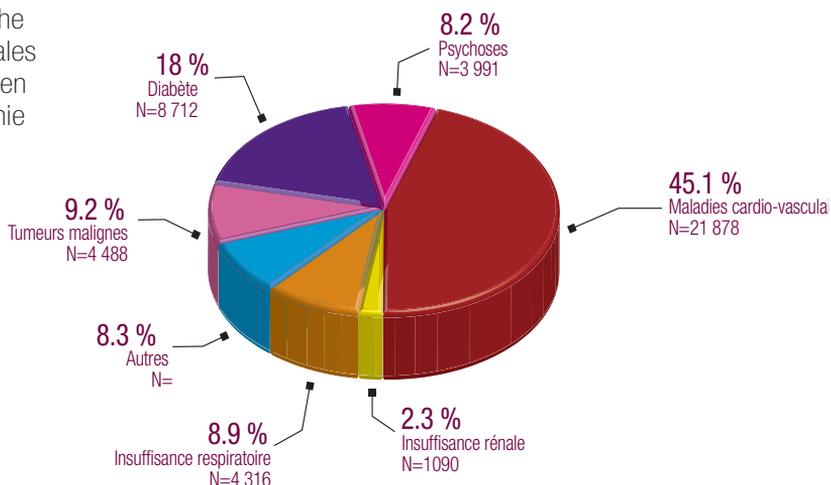
Maladies chroniques

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 232 000 bénéficiaires au 31 décembre 2008.

En 2008, 30 824 personnes étaient prises en charge au titre de la longue maladie (12,9 % des assurés et ayants droit) pour 48 526 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 au date du 15/06/2009 sous réserve de modifications ultérieures apportées par l'I.P.N.C

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

Sont exclus : 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.

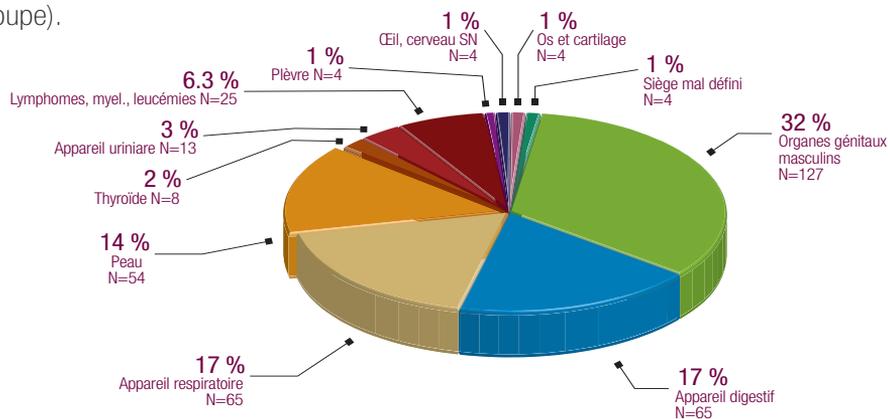
Pour l'année **2007**, **703** nouveaux cas de tumeurs ont été enregistrés, 392 chez les hommes et 311 chez les femmes.

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

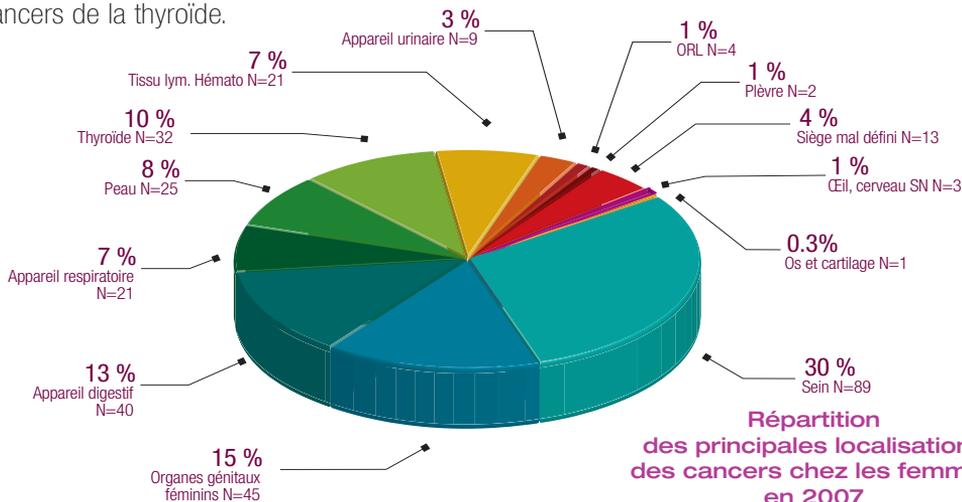
Chez les femmes prédominent :

1-Les cancers du sein,

2-Les cancers des organes génitaux (endomètre 48,8%, col utérus 40 % du groupe),

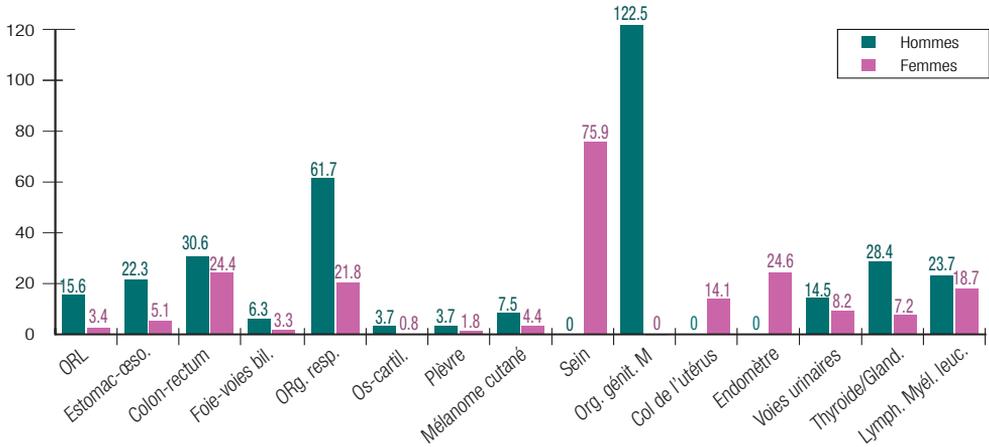
3-Les cancers de l'appareil digestif,

4-Les cancers de la thyroïde.



Répartition des principales localisations des cancers chez les femmes en 2007

INCIDENCE DES CANCERS en 2007



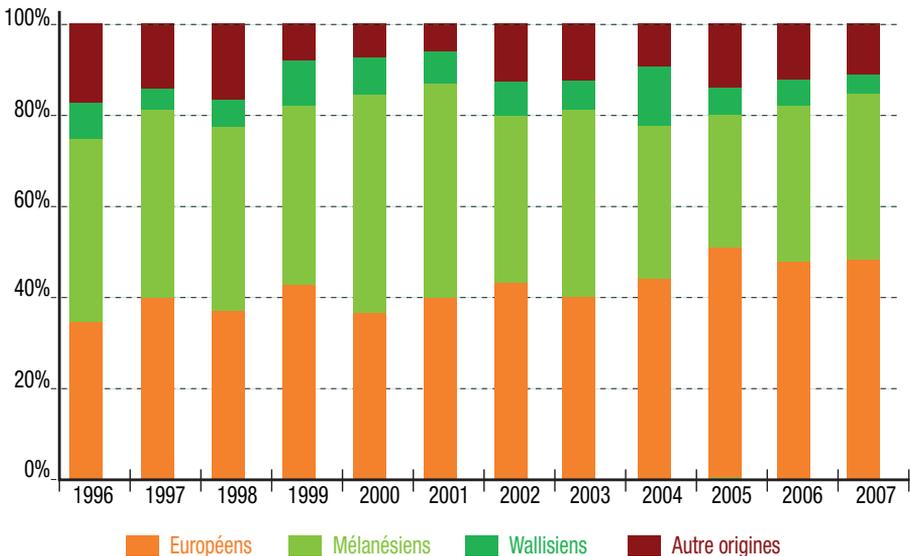
Le taux brut est la fréquence des nouveaux cas pour 100 000 personnes en une année. Les taux standardisés (TSA), calculés à partir de la population mondiale de référence communément utilisée, permettent d'effectuer des comparaisons internationales, en limitant l'effet dû aux structures d'âges différentes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

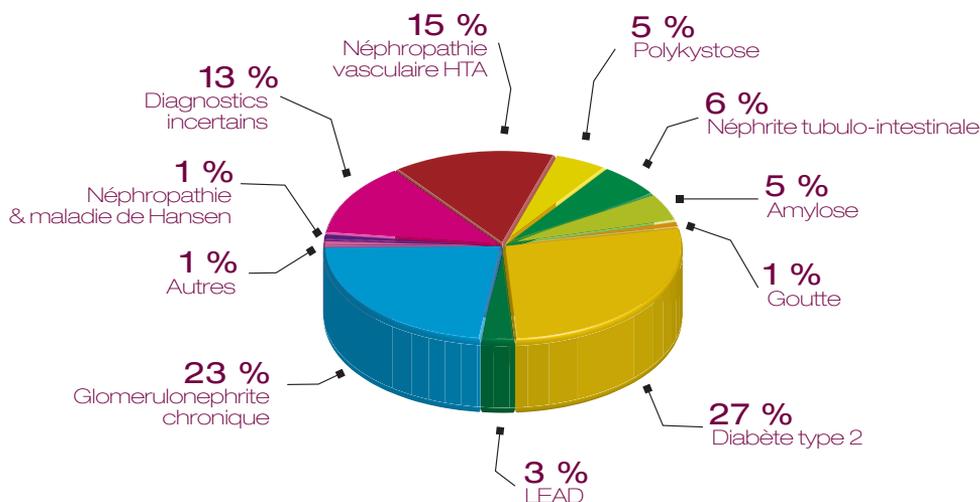
Le nombre croissant des malades traités pour IRC justifie le fait que cette pathologie représente un problème de santé publique. Au 31 décembre 2008, 402 personnes étaient traitées pour IRC, soit une augmentation de 7,7 % par rapport à 2007 et une prévalence égale à 1 585 par million d'habitants (Pmh), taux brut 1,5 fois plus élevé qu'en métropole en 2007 (1013 Pmh).

Avec 51 nouveaux patients en 2008, le taux d'incidence est égal à 346 par million d'habitants, soit le taux du Japon où la prévalence était déjà supérieure à 1 800 Pmh.

La répartition par traitement montre que l'hémodialyse reste le principal traitement et concerne 67,5 % des patients, puis la dialyse péritonéale (13,5 %). La transplantation rénale (19 %) 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 USA.

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.

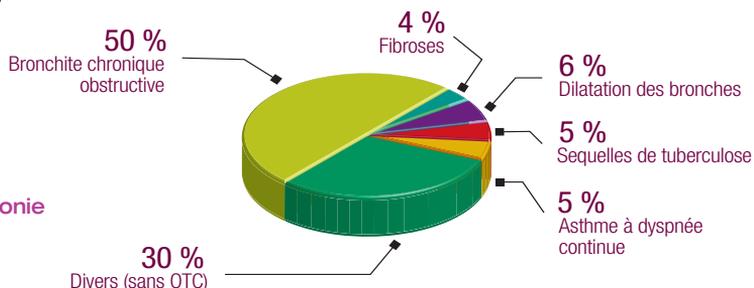
Insuffisance respiratoire chronique

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

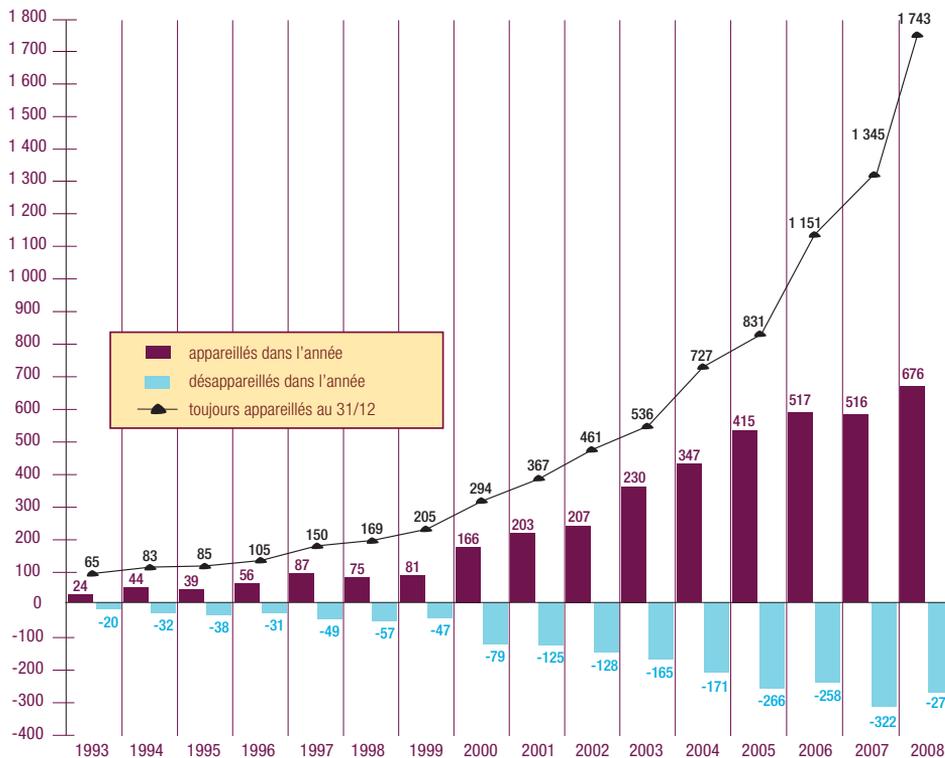
- *Service d'Assistance Respiratoire à Domicile (SARD-NC)*, association créée en 1990 ;
- *Oxygène Confort*, société privée créée en septembre 2004 ;
- *Respire*, société privée créée en août 2007 ;
- *Respidom*, société privée créée en novembre 2007.

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.



La principale cause de désappareillage était (jusqu'à l'intégration de l'Oxygénothérapie de Courte Durée, après 2000) les décès qui représentaient en moyenne 70 % des sorties de patient.

En 2008, les décès ne représentent plus que 27,7 % des désappareillages.

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 73,6 % d'hommes et 26,4 % de femmes (rappel 2007).

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 2008	Court séjour			Long séjour	
	Pavillon 7	Pavillon 5	Pavillon 6 (unité sécurisée)	Pavillon 2-3	Pavillon 4
Admissions directes	377	358	17	8	1
Journées d'hospitalisation	5 498	6 815	3 304	12 906	7 005
Durée moyenne de séjour	11,4	17	183,5	176,8	250,2
Taux d'occupation	71,53	93,10	90,27	88,15	95,70

Activité extra hospitalière 2008 :

UAOUP : 662 consultations ;

Hôpital de jour : 4 421 journées d'hospitalisation ;

CMP : 3 759 consultations de Psy ; 2 694 visites à domicile ;

Centre pénitentiaire : 11 161 actes somatiques ; 1 857 actes en psychiatrie ;

Antennes Médico-psychologiques : 3 107 actes médicaux.

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 Dezarnaud avec le Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents (CASADO).

Les dispensaires de Païta et de Kamere regroupent des consultations décentralisées.

En 2008, la file active avec 3 189 patients, est en augmentation par rapport à 2007. Soit + 27,6 %.

Activité / Unité 2008	CMP		Missions (Iles)	Dispensaires Kaméré, Païta	CATTP	Hôpital de jour	CASADO
	UPE	Enf. +6 ans					
Actes	3 148	4 534	2 351	48	1 737	3 065	1 961
Nouveaux cas	268	313	52	Nd	27	12	501
File active	637	685	214	129	64	65	1 013

3 - le service de gérontologie comprend 2 unités fonctionnelles : l'Unité d'hébergement à Durée de Séjour Limitée (UDSL) et l'Unité d'hébergement à Durée de Séjour Illimitée (UDSI).

En 2008, il y a eu 24 sorties et **26** entrées dans l'UDSI. 185 patients ont été admis en 2008 parmi les 232 demandes d'admission qui ont été enregistrées en UDSL.

Suicide : un aspect de la pathologie mentale

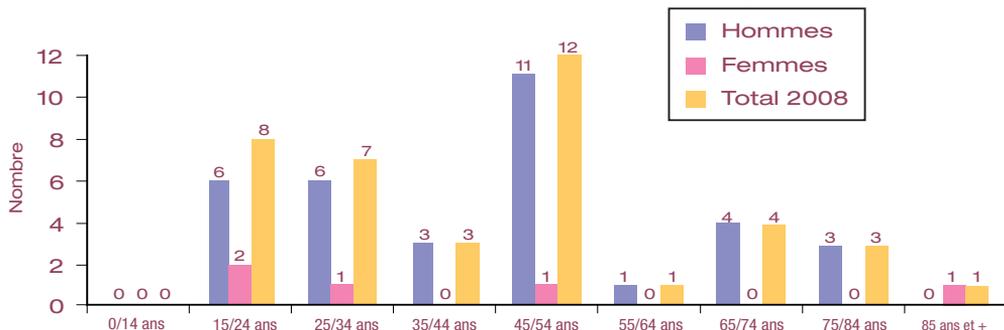
Le suicide représente un problème de santé publique majeur dans le monde, et tout particulièrement chez les adolescents. En métropole, le suicide est une cause importante de mortalité prématurée par rapport aux autres causes de décès, et touche davantage les adultes jeunes.

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

En 2008, on a observé 39 décès par suicide, soit 3,3 % de l'ensemble des décès (N=1 172) et 24,8 % des décès par mort violente (Groupe 17 de la CIM9), ce qui représente un taux brut de mortalité égal à 16 pour 100 000 habitants (hommes : 27,59 pour 100 000 ; femmes : 4,17 pour 100 000) et un taux standardisé égal à 15,27 (hommes : 27,07 pour 100 000 ; femmes : 3,79 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 (N=18) et 45-54 ans (N=12).

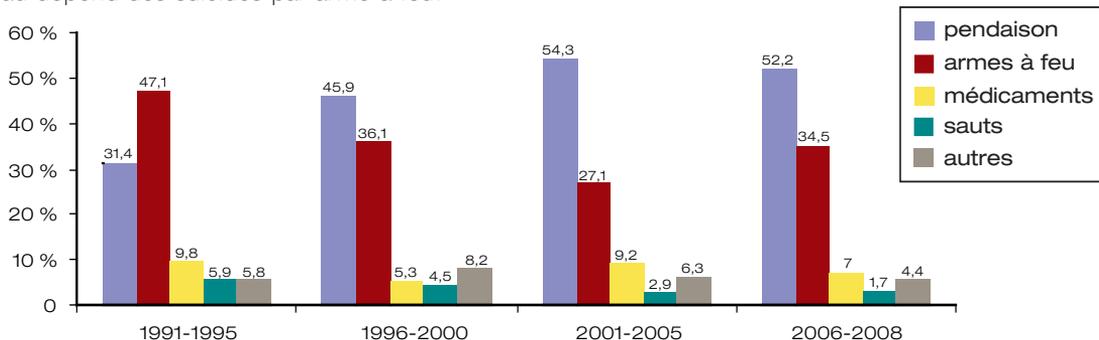
Chez les hommes, il s'agit essentiellement des 45-54 ans avec 26,5 % des suicides et chez les femmes les 15-24 ans avec 40 % des suicides dans chacune des catégories.



Répartition du nombre de décès par suicide selon le sexe et la tranche d'âge en 2008

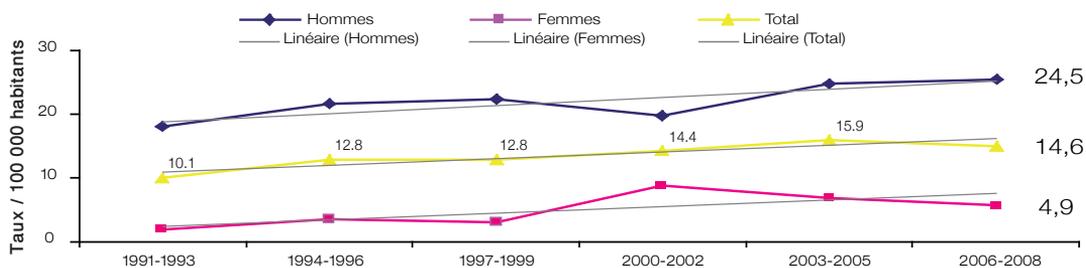
Comme les années précédentes, les 2 principaux modes de suicide en 2008 restent la pendaison (61,5 %), puis les armes à feu (30,7 %).

Sur la période 1991-2008, on observe une progression de la proportion des suicides par pendaison au dépend des suicides par arme à feu.



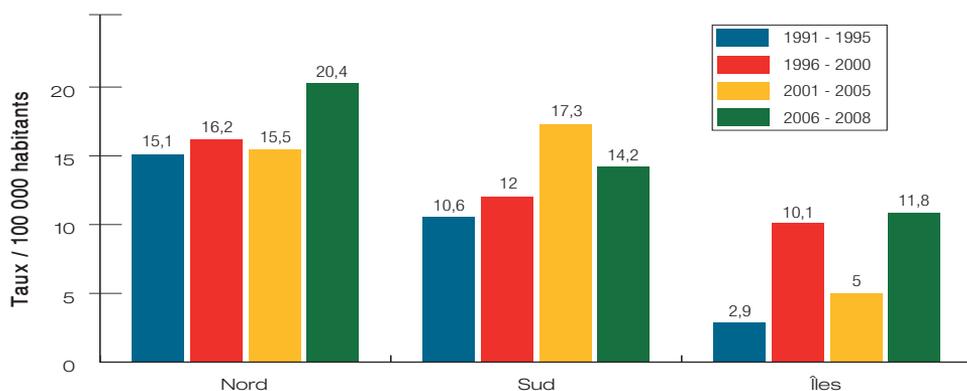
Evolution des principaux modes de suicide, tous sexes confondus

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 2006-2008 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 21,94 pour 100 000 chez les hommes et de 5,13 pour 100 000 chez les femmes. Pour l'ensemble, il est de 13,65 pour 100 000 selon l'âge et il est inférieur au taux métropolitain (16,1 décès pour 100 000 personnes).

La France se classe au 3^{ème} rang de l'Europe derrière la Finlande et l'Autriche (respectivement 22 et 16,3 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, ou en augmentation très progressive, sur la période observée.

Seule exception, le tétrazépam est en augmentation significative croissante. 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.

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 en métropole. Ces évolutions réglementaires, bien que non applicables en Nouvelle-Calédonie, ont entraîné une diminution de la consommation de ces molécules depuis le début des années 2000. Des phénomènes de pharmacodépendance observés avec certains hypnotiques avaient également justifié des mesures de restriction de leur prescription en métropole.

Des mesures comparables ont été adoptées en Nouvelle-Calédonie en mai 2008.

Accidents de la circulation

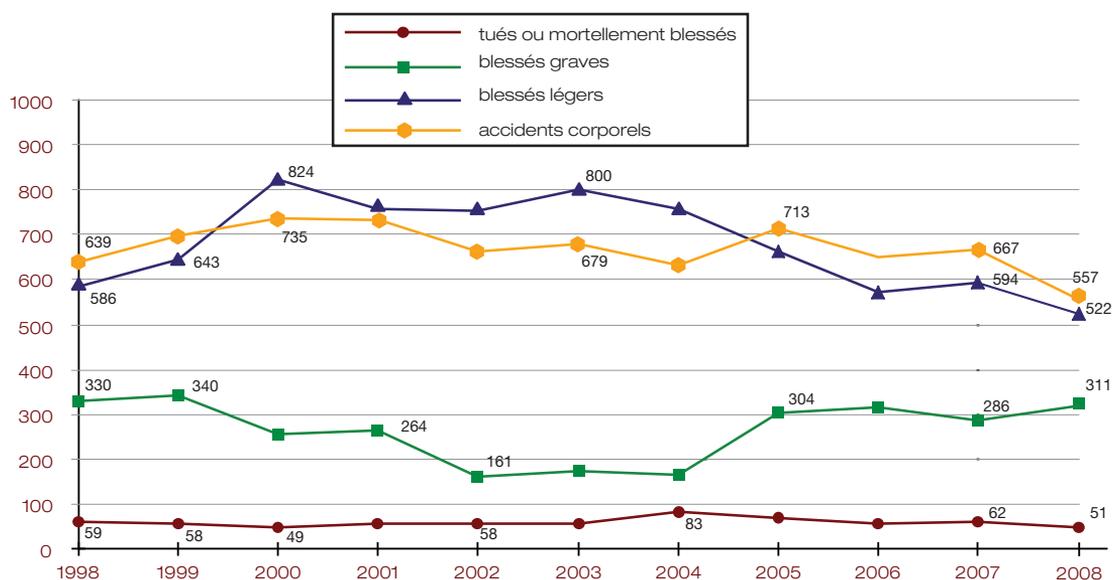
Parc automobile : le nombre annuel de vente de véhicules ne cesse d'augmenter avec, en 2008, **14 960 nouveaux véhicules** immatriculés en Nouvelle-Calédonie.

La somme des véhicules en circulation est estimée à **140 000 véhicules** d'après le bilan 2008 de la Police Nationale soit 1,1 véhicule par habitant de plus de 20 ans.

Accidents corporels : en 2008, on a enregistré **557 accidents avec dommages corporels** constatés sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie qui ont occasionné **51 tués ou mortellement blessés**, soit 6 % de l'ensemble des **833 victimes** (311 blessés hospitalisés et 522 blessés non hospitalisés).

Le bilan montre une diminution de 16,5% du nombre d'accidents corporels par rapport à 2007 avec plus de victimes hospitalisées (8,7 %) et moins de victimes non hospitalisées (12 %)

Le nombre de tués en 2008 est cependant inférieur à la moyenne annuelle des 10 dernières années (N = 60).



Evolution annuelle des accidents corporels, tués, blessés graves et blessés légers.

Les trois principales causes d'accidents :

Dans la ville de Nouméa, les trois premières causes d'accidents nettement prédominantes concernent **77 %** de l'ensemble des 413 accidents et sont :

- le défaut de maîtrise du véhicule - vitesse : 157 cas, soit **38 %** des accidents ;
- le refus de priorité (dont le non respect du STOP et du feu rouge) : 93 cas, soit **22,5 %** ;
- l'alcool au volant : 71 cas, soit **17,2 %**.

Hors zone urbaine, les premières causes d'accidents représentent **84 %** de l'ensemble des 144 accidents :

- 73 accidents sont dus à l'alcool, soit **51 %**,
- 47 à la vitesse ou à un défaut de maîtrise du véhicule, ce qui représente **33 %**,

Dans le monde, à 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 2008 le SMIT avait en charge 78 121 salariés à surveiller pour 13 607 entreprises. En 2008, 30 423 visites ont été effectuées contre 27 364 en 2007.

Le nombre de visites périodiques est de 14 364 et celui des non périodiques est de 16 059.

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, **29 931** décisions ont été prises au cours de l'année 2008. Parmi les personnes examinées 26 641 ont été déclarées aptes. Les autres personnes ont été déclarées aptes avec restriction ou inaptes. 11 maladies professionnelles ont été dépistées. Les troubles musculo-tendineux représentent 72,7 % des cas de ces maladies. Les autres étant la surdité due au bruit (5 cas), la sciatique (1 cas), l'eczema (1 cas), la dermatose (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 1134 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 2007 : 6 sites, employant au total 2 305 salariés, ont été suivis par le médecin du travail. 1 394 salariés ont été soumis à la surveillance médicale particulière.

Au total, **4 484** examens médicaux ont été effectués dont 1 880 examens périodiques et 165 pour les visites d'embauche, les accidents de travail, les visites de reprise. 9 262 examens complémentaires ont été pratiqués (bilans sanguins, urinaires, radiologiques, ophtalmologiques, toxicologiques...).

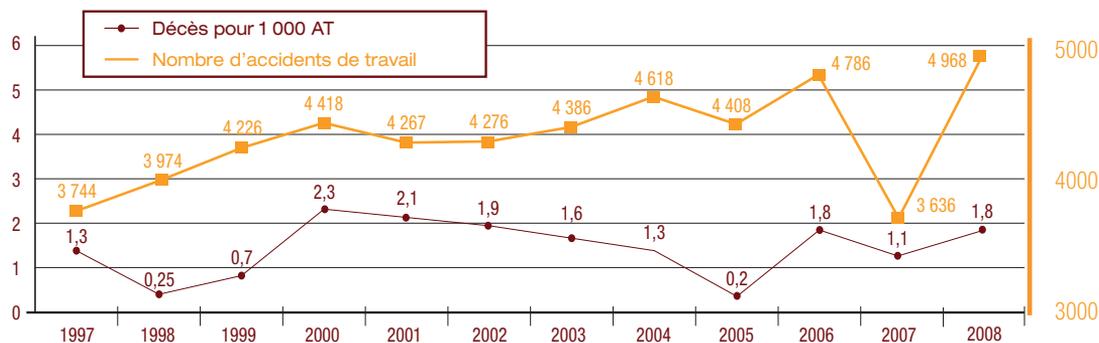
3 - Le Service de médecine du travail du CHT crée en janvier 1998 fonctionne avec un médecin et deux infirmières. Le service est installé sur le site de l'Hôpital Gaston Bourret. Il s'occupe de la surveillance médicale du personnel des quatre sites du CHT : Gaston Bourret, Magenta, centre antihans nien 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 **2 600** personnes.

Accidents du travail (AT) :

A partir des données de la CAFAT : en 2008 ont été enregistrés 4 968 accidents du travail soit une hausse de 36,6 % par rapport à 2007. 120 accidents de trajet (-7,7 % par rapport à 2007) et 94 maladies professionnelles (soit une hausse de 5,6 %). Le nombre de journées d'arrêt indemnisées (59 131) a augmenté de 5 % par rapport à 2007 et la durée moyenne d'un arrêt de travail par sinistre est passée de 26,18 journées en 2007 à 28,9 journées en 2008.

Depuis 2004, le nombre de décès est relativement faible et oscille entre 1 et 10 décès par an. Comme le montre le graphique ci-après le taux de décès est compris entre 0,2 et 2,3 décès pour 1 000 AT.



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

Au total en 2008, on observe une augmentation des accidents de travail, des décès et des accidents de trajet et aussi une augmentation du nombre de maladies professionnelles.

Addictions : alcool, tabac, stupéfiants

Alcool

Consommation :

En 2008, **1 738 164 LAP** (litres d'alcool pur), ont été consommés en Nouvelle-Calédonie, soit 10,4 % de plus qu'en 2007.

La proportion de bière consommée en 2008 représente **40,1 %** de la consommation totale.

On note une très faible augmentation de cette consommation (1,6 %) par rapport à 2007.

On note aussi une faible diminution (1,3 %) de la consommation de vin par rapport à 2007. En 2008 elle représentait **38,4 %** de la consommation totale.

La proportion d'alcool fort représente **21,4 %** de la consommation totale, soit une très légère diminution de la consommation de 0,4 % par rapport à 2007.

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 40 décès liés totalement ou très majoritairement à l'alcool en 2008, soit 3,4 % du nombre total de décès, soit un taux brut annuel égal à **16,7 décès** pour 100 000 habitants.

Ces 577 décès entre 1991 et 2008 représentant **3 % de l'ensemble des 19 287 décès survenus depuis 18 ans**, soit un taux moyen brut égal à **15,9 décès** par an pour 100 000 habitants.

Outre les 577 décès enregistrés de 1991 à 2008 pour lesquels la cause initiale est entièrement due ou très liée à l'alcool, on peut y inclure les décès, pour lesquels l'alcoolisme, aigu ou chronique, a été indiqué en renseignement complémentaire soit **549 décès** supplémentaires, ce qui porte ainsi à **1 126** le nombre de décès imputables à l'alcool (soit 23 décès supplémentaires pour 2008).

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 **31,05** pour 100 000 habitants.

Prévention et soins en addictologie

Une unité fonctionnelle à part entière et filière spécifique de prise en charge en alcoologie, le CATA avait été créé fin 1993 par une convention entre le CHS et l'APAA (Association pour la Prévention des Abus d'Alcool). Même si les problèmes d'alcoolisme constituaient encore 98 à 99 % de son activité, l'unité prenait également en charge les toxicomanies essentiellement représentées sur le territoire par le cannabis (et accessoirement le tabagisme et les dépendances aux psychotropes).

Cette unité a été remplacée par une nouvelle structure (Programme de prévention et de soins en addictologie) sous la direction de l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie.

Elle a pour objectif principal de faire baisser les conséquences sanitaires et sociales des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis. Elle est constituée d'un secteur chargé de la mise en place d'un programme de prévention, d'un centre de soins en addictologie et d'une l'équipe de liaison entre secteur hospitalier et centre de soins.

Les comportements chez les jeunes (enquête ESCAPAD 2005)

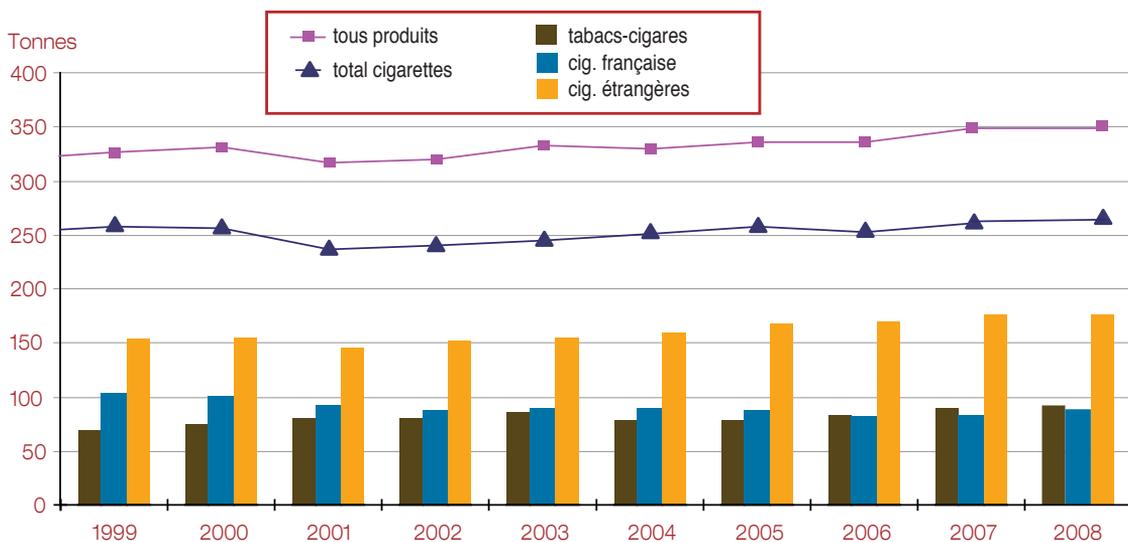
L'alcool et sa consommation anormale restent un problème important de santé publique, en particulier chez les jeunes. La Nouvelle-Calédonie apparaît globalement assez proche de la France métropolitaine en ce qui concerne les consommations d'alcool et de cannabis des jeunes. Si les niveaux d'usage apparaissent légèrement en retrait, en revanche, les usages à risques d'alcool s'avèrent plus fréquents. Ces résultats masquent d'importantes disparités entre des populations d'appartenances ethniques et culturelles différentes, dont les modes de vie et en particulier d'alcoolisation sont très divers. Ils permettent toutefois de disposer d'éléments fiables et objectifs pour construire des projets de prévention plus cohérents et mieux adaptés à la population adolescente de Nouvelle-Calédonie.

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 2008, la vente totale de tabac est établie à : **348,9 tonnes**.

Malgré une augmentation progressive de la consommation annuelle de tabac en N-C, tous produits confondus sur ces 10 dernières années, on observe une très légère baisse qui reste équilibrée en 2008 par rapport à 2007.



Evolution de la consommation des produits.

En 2008, la consommation dans chaque produit est pratiquement la même qu'en 2007. La baisse des cigarettes françaises se maintient au profit des cigarettes étrangères sur une période de 10 ans, la proportion de cigarettes françaises a chuté de 18,7 %.

L'estimation de la consommation quotidienne de tabac, tous produits confondus, par adulte de 15 ans et plus, est évaluée à 5,3 grammes/adulte/jour. Cette tendance à la baisse semble se maintenir puisque l'on est passé en 10 ans de 6,06 grammes/adulte/jour à 5,3.

Les recettes encaissées par la Régie Locale des Tabacs ont augmenté de 2,4 % entre 2007 et 2008.

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 **72 nouveaux cas par an de cancers respiratoires**.

Ces cancers touchent essentiellement les hommes. Le tabagisme est la cause principale de survenue d'un cancer du poumon. Il est établi que le risque de développer un cancer du poumon pour un fumeur peut être 20 fois plus élevé que chez un non fumeur, selon l'intensité et la durée du tabagisme.

La répartition des cancers du poumon selon le sexe témoigne des habitudes tabagiques passées, datant de plusieurs décennies.

La Nouvelle-Calédonie reste donc un pays fortement à risque pour ce type de cancers.

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 2 155 décès chez les hommes et 258 décès chez les femmes, qui seraient attribuables au tabac, soit 2 413 pour 19 287 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 **65,8 pour 100 000**. En France métropolitaine, en 2000, les décès liés au tabac représentent 20 % de la mortalité masculine et 2 % de la mortalité féminine.

Le taux standardisé de mortalité par cancer respiratoire est égal à **42,7 pour 100 000**, celui par cancer du poumon égal à 38,9.

En Nouvelle-Calédonie, malgré la baisse de la consommation journalière de tabac par habitant de plus de 15 ans, estimée à partir des ventes, on peut craindre, à l'instar de la France métropolitaine, de voir augmenter considérablement le nombre de cancers du poumon dans les années à venir, ce qui refléterait la consommation de tabac des décennies passées.

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.

Le principal produit en cause demeure, de très loin, le cannabis.

De petites saisies de LSD ont été réalisées en 2007.

De petites saisies d'ecstasy ont été réalisées en 2008

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. Par rapport aux deux années précédentes, les saisies en 2008 ont concerné une plus grosse quantité de produit transformé (herbe) et un plus petit nombre de plants.

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

Saisies (en g)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cannabis	205 571	110 632	349 201	775 286	3 833 264	2 045 060	3 458 102	3 156 117	1843 062
Résine de cannabis	15 631	365	0	439	20	281	2	1	41
Huile de cannabis	0	0	0	11 507	0	0	0	0	0
Cocaïne	50	0	0	0	0	198	0	3	0
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Héroïne	55	0	0	0	0	0	0		0
LSD	0	0	0	0	0	0	0	8 buvards	
MDMA	44.26	1	4	0	4	0	0		
Méthamphétamine	0	0	0	0	20	0	0		
Ecstasy									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. Il existe un risque de cytolysé hépatique - pouvant être mortelle - entraîné par l'absorption de doses supérieures à 10 grammes de paracétamol, soit deux boîtes de Codoliprane®.

L'usage de produits dérivés de la N-Benzylpipérazine ou BZP, dont les effets se rapprochent de ceux des amphétamines, est toléré en Nouvelle-Zélande et des importations à titre personnel ont été signalées. La réglementation douanière devrait prochainement soumettre au contrôle de la DASS-NC

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 2008, 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.

En 2008, **3 551 plaquettes de pilules** ont été distribuées par le médecin du CCF aux scolaires et aux femmes en difficulté.

1 193 consultations pour contraception ont été effectuées (54,7 % pour renouvellement de pilules ; 16,1 % pour une première demande ; 16,6 % pour contrôle Dispositif Intra Utérin (DIU)/Implanon et le reste pour la pose ou le retrait DIU, d'Implanon).

Contraception d'urgence : le CCF distribue une contraception d'urgence depuis 1997 avec rendez-vous pour un contrôle à 15 jours avec mise en place d'une contraception à long terme.

En 2008, 52 pilules du lendemain ont été délivrées.

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 (4 injections par an pour les produits utilisés en Nouvelle-Calédonie), et pour les DIU (on considère ici qu'un DIU a une durée moyenne de 5 ans).

En 2008, on peut estimer à au moins 29 645 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 45,6 % 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 1^{er} janvier 2001.

En 2008, 484 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été déclarées par les hôpitaux publics et privés et enregistrées à la DASS-NC, soit 7,8 % de moins qu'en 2007.

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 **26,4 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 **22,2 pour 1 000**. Cette estimation, particulièrement élevée est à mettre en rapport avec la couverture contraceptive encore insuffisante en Nouvelle-Calédonie, outre le taux de grossesses non désirées qui aboutissent à une naissance.

En France Métropolitaine le nombre d'avortements pour 1 000 femmes est de 14,5.

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 2008, 24 715 frottis ont été réalisés en Nouvelle-Calédonie par deux laboratoires d'analyses (soit une augmentation de 5,2 % par rapport à 2007). 2,8 % de ces frottis présentaient des lésions pathologiques pour un des laboratoires.

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.

Grossesses et accouchements

En 2008, on note une relative stabilité du taux de césariennes dans le secteur privé alors que dans le secteur public il a tendance à augmenter. Celui de la métropole est égal à 19,6 en 2005.

2008	Secteur public	Secteur privé	Total
Nombre d'accouchements	2327	1616	3943
Nombre de césariennes	344	390	734
% de césariennes/accouchements	14,7	24,1	18,6

Taux similaires enregistrés en 2008 dans les deux cliniques. Ces taux sont plus élevés qu'en 2007. On note une baisse de ces taux dans le secteur public par rapport à 2007.

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. 0 décès maternel enregistré en 2008 (2 en 2007) soit un total de 22 cas depuis 18 ans. Pour la période 1991-2008, le taux moyen s'établit donc à **28,3 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

4 044* naissances (y compris les enfants mort-nés) ont été enregistrées en 2008.

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	248	10	4,0	16	6,4
Hôpital D. Nebayes	9	3	33,3	0	0
province Sud sans les CH et cliniques	nd	nd	nd	nd	nd
CHT	2114	318	15	305	14,4
Polyclinique Anse Vata	597	20	3,3	11	1,8
Clinique Magnin	1026	21	2	31	3
TOTAL	4044				
TOTAL DES DONNEES ANALYSABLES	3994	372	9,3	363	9,1

* La validation de ce chiffre n'a pas pu se faire avec l'ISSE, compte-tenu du recensement en cours. Le total des naissances est donc provisoire.

Ainsi à partir de ces données, on peut estimer le taux de prématurité à au moins 9,3 % et le taux de petits poids de naissance à 9,1 %. Elles restent toutefois encore plus élevées que celles de la métropole.

Causes de mortalité infantile

538 décès d'enfants de moins d'un an ont été enregistrés entre 1991 et 2008.

Les pathologies d'origine périnatale (souffrances fœtales, infections néonatales, pathologies respiratoires spécifiques à la période néonatale...) représentent la principale cause de décès avec 34,4 % des décès, puis les anomalies congénitales avec 18 % des décès (essentiellement cardiovasculaires : 34 cas et du système nerveux : 16 cas), les pathologies infectieuses (13,2 %).

A noter 52 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.

En 2008, le centre médicoscolaire de Nouméa a effectué 1 914 visites systématiques en classe de maternelle 4 992 en primaire (CP, CE2, CM2) et 780 en classes spécialisées (clis, IME/ACH et Segpa).

En Province Sud, 1 926 enfants ont été examinés et 725 en Provinces Iles. La Province Nord n'a pas fourni de données.

L'effectif scolaire (enseignement public et privé) dans les établissements du 1er degré, sur le territoire, est de 36 796 enfants.

Médecins

Les résultats produits sont issus de l'exploitation du fichier ADELI tenu par l'Inspection de la santé à la DASS-NC. Pour 2008 les chiffres ont été arrêtés au 1^{er} 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.

545 médecins étaient en activité en 2008 (258 exerçaient dans le secteur libéral et 287 étaient salariés), soit une augmentation de 1,68 % par rapport à 2007. En 2008, on constate une augmentation (1,9 %) du secteur libéral, et une hausse de 1,4 % 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 2008 la densité est de 223 médecins pour 100 000 habitants.



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

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

Ces densités sont donc les suivantes :

- Iles Loyauté : 79,8 ;
- Province Nord : 96,3 ;
- Province Sud : 274,2.

255 (soit 46,8 %) des médecins en activité, sont des omnipraticiens, soit une densité égale à **104,3** pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, densité plus faible que celle de la France métropolitaine qui était égale à **135 médecins généralistes pour 100 000 habitants** (estimation de la DREES, au 1^{er} janvier 2008). **89,7 %** des généralistes de la province Sud exercent dans la zone de Nouméa et du Grand Nouméa, soit une densité égale à **116,6** pour cette zone contre **109,6** pour l'ensemble des autres communes de la province Sud.

290 médecins spécialistes sont en activité, ce qui représente une densité de **118,7** 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	6,56	88,57	64,7
Chirurgicales	6,56	36,33	27,8
Psychiatrie et Pédopsychiatrie	2,19	10,78	8,2
Biologie	2,19	4,54	3,7
Santé publique	0	4,54	3,3
Médecine du travail	2,19	7,95	6,1
Densité totale	21,88	158,4	118,7

Autres professionnels de santé

L'effectif de chaque profession et la répartition par secteur d'activité, sont extraits des données du fichier ADELI, des fichiers des différents employeurs et de la CAFAT pour l'année 2008.

La densité des chirurgiens-dentistes en Nouvelle-Calédonie est de **51,1 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 **32,7 pour 100 000** habitants.

En France Métropolitaine, la densité moyenne était un peu plus élevée car égale à 68 pour 100 000 au 01/01/2008.

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.

La densité de l'ensemble des infirmiers - soins généraux, spécialisés et cadres - est de **449,2 pour 100 000** habitants en Nouvelle-calédonie. En France Métropolitaine, la densité des infirmiers était de 780 au 01/01/2008.

La densité totale des masseurs-kinésithérapeutes en Nouvelle-Calédonie est de **47,5 pour 100 000** habitants, celle des libéraux est de **40,5 pour 100 000 habitants**. En France Métropolitaine, la densité est de 105 au 01/01/2007.

Établissements

Lits et Places d'hospitalisation (au 31 décembre 2007)

Disciplines de court séjour :

Médecine : les 220 lits du CHT Gaston Bourret incluent, les 8 lits du service porte.

Chirurgie : les 133 lits de chirurgie du CHT Gaston Bourret regroupent les lits des services de chirurgie orthopédique, viscérale et des spécialités chirurgicales (ORL, ophtalmologie, stomatologie).

Obstétrique : les 63 lits d'obstétrique du CHT Gaston Bourret comprennent 13 lits de chirurgie, 37 lits de suites de couche et 13 lits pour les grossesses à risque.

Soins critiques : il existe au total 61 lits d'hospitalisation pour cette discipline dont 40 au CHT Gaston Bourret, qui comprennent les 8 lits de surveillance continue en cardiologie et les 8 lits de réanimation néonatale.

Au total : les disciplines de court séjour représentent 680 lits installés.

Secteurs	Service d'hospitalisation de court séjour				
	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Soins critiques	Total
PRIVÉ					
Clinique de l'Anse Vata	26	1	7	0	34
Clinique Baie des Citrons	21	32	0	9	62
Clinique Magnin	16	40	19	7	82
TOTAL secteur privé	63	73	26	16	178
PUBLIC					
CHT G. Bourret	220	133	64	40	457
C.H. P.Thavoavianon	17	13	9	3	42
C.H. D. Nebayes	14	2	6	2	24
TOTAL secteur public	254	148	79	45	523
TOTAL GENERAL	314	221	105	61	701

La psychiatrie

Le nombre de lits installés à la fin de l'année 2007 et dont l'activité est comptabilisée, s'élève à **108 lits d'hospitalisation complète** (psychiatrie adulte) et **79 lits ou places d'hospitalisation partielle**, dont 25 lits d'hospitalisation de jour pour adultes, 20 places en foyer de réinsertion et ateliers thérapeutiques, mais également pour la pédopsychiatrie 15 places d'hospitalisation de jour et 10 places en CATP.

Le moyen séjour

Le moyen séjour concerne essentiellement les lits du sanatorium du Col de la Pirogue. 34 lits sont installés, 20 lits de réadaptation gériatrique sont installés au CHS et 14 lits polyvalents de soins de suites et de réadaptation au CHN de Poindimié.

Le long séjour

Le long séjour totalise 81 lits, 25 au Centre Raoul Follereau et 56 lits dans l'Unité de Personnes Agées 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 26 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 et 3 chirurgiens dentistes ;
 - 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 2007, il a été effectué 11 154 consultations d'ophtalmologie et 10 905 consultations dentaires.

La Mutuelle des Fonctionnaires :

Elle met à disposition :

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

En 2007, ont été effectuées 3 859 consultations dentaires, 8 204 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 2007, 22 324 consultations de médecine générale, 1 681 de médecine spécialisée et 2 101 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	139	5 144
Régiment d'infanterie de marine du Pacifique à Plum	9	3	4	347	2 595
Détachement du RIMAP NC de Nandai - Bourail	7	1	1	25	1 798
Base aéronavale de Tontouta	4	1	3	1	847
Groupement du service militaire adapté de Koumac	0	1	1	0	1 102
TOTAL	32	10	15	512	11 486

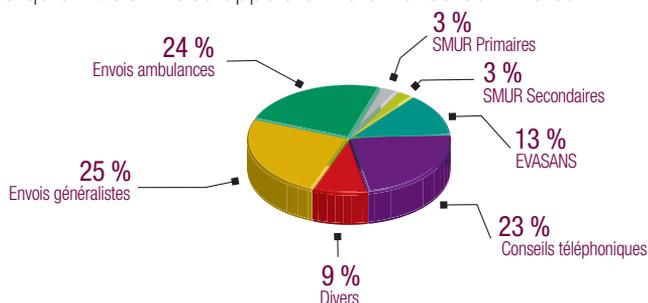
Pour les consultations externes, les familles des militaires ont à leur disposition le Centre de Consultation Interarmées de Nouméa.

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 2008 : 43 605 passages contre 41 988 en 2007, soit une augmentation de 4 % (+ 2 % à Magenta et + 5 % à G. Bourret). 22,2 % de ces passages ont entraîné une hospitalisation : 29 % à Gaston Bourret et 12,7 % à Magenta.

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

57 officines de pharmacie sont autorisées et ouvertes au public : 54 en secteur libéral, et 3 mutualistes. Ces 57 pharmacies sont réparties comme suit :

- à Nouméa : 21 officines + 2 pharmacies mutualistes
- les autres communes du grand Nouméa comptent 14 officines,
- hors grand Nouméa, 19 officines + 1 pharmacie mutualiste.

Sept médecins pharmaciens sont en exercice en dehors du grand Nouméa.

Pharmacie à usage intérieur d'établissement de santé

Onze 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.

Pharmacie : distribution en gros

Il existe quatre 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 2004 à 2006

Entre 2004 et 2006, la consommation médicale totale a augmenté, au total, de 21 % et la dépense courante de santé de 18 %. Un début de décélération de la croissance des dépenses de santé s'observe entre 2005 et 2006 et fait suite à une très forte hausse en 2004.

Exercice	Consommation médicale totale en millions de F CFP	% N-1	Dépenses courantes de santé	% N-1
2004	47 339.17	+3.6 %	52 951.79	+4.8 %
2005	54 303.63	+14.7 %	58 596.49	+10 %
2006	57 461.71	+5.8 %	62 563.88	+6.7 %

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

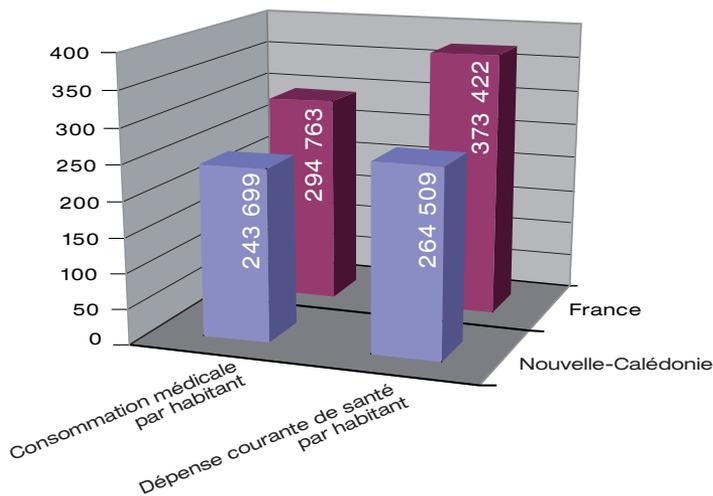
L'utilisation d'agrégats standardisés autorise les comparaisons notamment avec la métropole en ramenant :

- 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	2004	2005	2006
Population en NC (ITSEE data)	227 878	232 258	236 528
Consommation médicale totale par habitant en NC	207 773 F CFP	233 807 F CFP	243 699 F CFP
Dépenses de santé par habitant en NC	232 369 F CFP	252 290 F CFP	264 509 F CFP

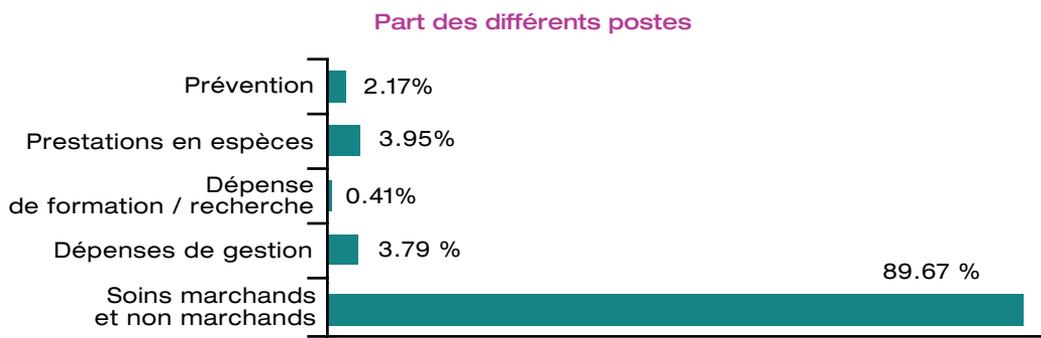
Comparaison



La moindre consommation médicale par habitant en Nouvelle-Calédonie s'explique notamment par la structure en âge plus jeune de la population calédonienne, les jeunes étant moins consommateurs de soins. Le montant moyen des dépenses de santé des personnes âgées de plus de 60 ans est 3 fois plus élevé que celui des 20 - 49 ans. 37 % de la population a moins de 20 ans en Nouvelle-Calédonie, alors que cette même classe d'âge ne représente que 25 % en métropole.

Les plus de 64 ans représentent 16,2 % en métropole alors qu'ils ne représentent que 6,4 % en Nouvelle-Calédonie. Cependant, cette classe d'âge est en légère augmentation alors que les naissances baissent, ce qui laisse entrevoir un vieillissement à terme de la population.

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 dans la création de la richesse nationale est cependant pour partie liée à la croissance du PIB ces trois dernières années (taux moyen de croissance annuel de 4,1%)*.

En %	2004	2005	2006
PIB Nouvelle-Calédonie (milliards F CFP)	565.5	599.5	647
Consommation médicale rapportée au PIB	8.37	9.05	8.88
Dépenses courante de santé rapportée au PIB	9.36	9.77	9.66

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 2005 à 536,3 millions et 970 millions en 2006.

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 2005 est de 8,47 % du PIB alors que la France se situe à 10,6 % de son PIB.

En 2006, 62,56 milliards de FCFP ont été au total dépensés pour la santé en Nouvelle-Calédonie soit en moyenne 264 509 FCFP par habitant.

Au sein de cette dépense, 57,46 milliards ont été directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux, soit 243 699 FCFP par habitant.

La Nouvelle-Calédonie se place dans la moyenne des pays développés.

* Source ISEE

Facteurs non médicaux en relation avec la santé

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

Événements marquants en 2008

- Les précipitations annuelles sont largement supérieures aux normales, notamment grâce aux forts excédents de début (phase La Niña) et de fin d'année. Les mois de mars et avril sont exceptionnellement pluvieux avec de nombreux records battus.
- La moyenne annuelle des températures est notablement plus élevée que la normale surtout à partir du mois de juillet (mois exceptionnellement chaud).
- L'insolation et le rayonnement global sont globalement déficitaires.
- L'évapotranspiration potentielle est importante pendant la saison chaude et humide, d'autant plus en 2008 avec les fortes précipitations de début et fin d'année; le bilan hydrique potentiel annuel est globalement 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, la production moyenne annuelle d'eau s'élève à 39 millions de m³ dont 27,1 millions de m³ environ pour le seul Grand Nouméa en 2008. Cette production représente environ 424 litres par jour et par habitant.

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.

La consommation moyenne de Nouméa est d'environ 42.200 m³/jour avec des pointes pouvant atteindre 60.000 m³/jour.

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 **2008-2009** (du 1^{er} octobre 2007 au 15 janvier 2009). Au total, **208** incendies ont brûlé 1 118,7 hectares (pendant 2007-2008 : **297** incendies et 1 734 hectares brûlés).

On note une diminution importante du nombre de feux depuis la saison 2006-2007, marquée par d'importants incendies.

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)

La crise financière américaine et l'envolée des cours des matières premières sont responsables du ralentissement observé en fin d'année. Celui-ci s'est transformé en 2008 en une véritable crise financière mondiale, la plus grave depuis 1929. Sa rapide propagation à la sphère économique a entraîné un ralentissement de l'économie mondiale sur la deuxième moitié de l'année.

Economie calédonienne

Dans ce contexte mondial morose, la Nouvelle-Calédonie affiche des indicateurs qui témoignent d'une activité économique encore soutenue, malgré la dégradation du secteur "nickel" qui tire la croissance vers le bas. La croissance réelle est ainsi provisoirement estimée à +0,2% en 2008 (contre +5,6% en 2007) pour l'ensemble de l'économie et à +4,0% hors nickel.

Mines et métallurgie

Le cours du nickel au London Metal Exchange (LME), après avoir perdu 50,2% de sa valeur entre mai et décembre 2007, a continué à plonger pour s'établir à 4,39 USB/lb en décembre 2008.

Pêche aquaculture

Une année avec des améliorations depuis l'année précédente :

- 2 326 tonnes de produits de la mer ont été exportées contre 2 267 tonnes en 2007, soit une augmentation de 2,6% ;
- une légère augmentation de la production bovine, porcine, ovine ; les abattages de cerf enregistrent une baisse ;
- la commercialisation des fruits et légumes est en baisse.

Bâtiment

L'index BT21 « tous travaux confondus », qui reflète l'évolution globale du coût de la construction, s'établit à 135,34 au 31 décembre 2008, soit une forte augmentation de 9,7% par rapport à 2007.

Energie

En 2008, la production d'électricité atteint 1 880 GWh, soit une diminution de 2,4% par rapport à 2007. La ventilation par source laisse apparaître un accroissement important (+17,9%) pour l'hydraulique et un recul 2,7% pour l'éolienne. Parallèlement, l'électricité d'origine thermique enregistre un recul de 7,7%.

Tourisme

Au total 276 880 visiteurs (103 672 touristes + 173 208 croisiéristes) sont venus en Nouvelle-Calédonie en 2008, soit +23,2% sur un an.

La déclinaison des croisiéristes par nationalité, montre qu'une majorité sont australiens, avec 78,4% du total. Les néo-zélandais représentent 8%, les anglais 3,0%, les américains 2% et les autres nationalités 9,2%.

Au total 111 598 voyages ont été effectués sur l'ensemble de l'année, soit une progression de 4,9% qui a profité aux deux destinations privilégiées des Calédoniens : l'Australie (+0,3%) et la France (+1,5%).

Prix à la consommation

L'indice des prix à la consommation du mois de décembre 2008 s'établissait à 132,1, contre 127,5 en décembre 2007, affichant ainsi une augmentation de 3,7% sur un an (soit la hausse la plus importante depuis 10 ans). Par grand poste, l'inflation est la plus forte pour l'alimentation (+4,6%), suivie des produits manufacturés (+3,4%), et des services (+3,1%).

Emploi salarié

Conformément à la très forte croissance de l'emploi amorcée depuis 2004, les effectifs salariés déclarés à la CAFAT ont à nouveau augmenté pour venir s'établir à 81 749 personnes en moyenne sur l'année 2008 contre 77 242 en 2007.

Finances publiques

En 2008, le montant des dépenses effectuées par l'Etat en Nouvelle-Calédonie s'élève à 137,7 milliards de F.CFP.

La situation provisoire du budget de la Nouvelle-Calédonie fait apparaître une augmentation des recettes de 7,8% au titre de l'année 2008 (163 834 millions de FCFP) imputable à la croissance des recettes fiscales.

Mais la progression plus rapide des dépenses que des recettes entraîne un déficit du budget de la Nouvelle-Calédonie. Ce dernier atteint 20,8 milliards de F.CFP en 2008.

DASS

Nouvelle Calédonie

Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie

Service des actions sanitaires

Tel : 24.37.00 / Fax : 24.37.14

Email : dass@gouv.nc

Site web : www.dass.gouv.nc

