



Mémento
2014

SITUATION SANITAIRE
EN NOUVELLE-CALÉDONIE

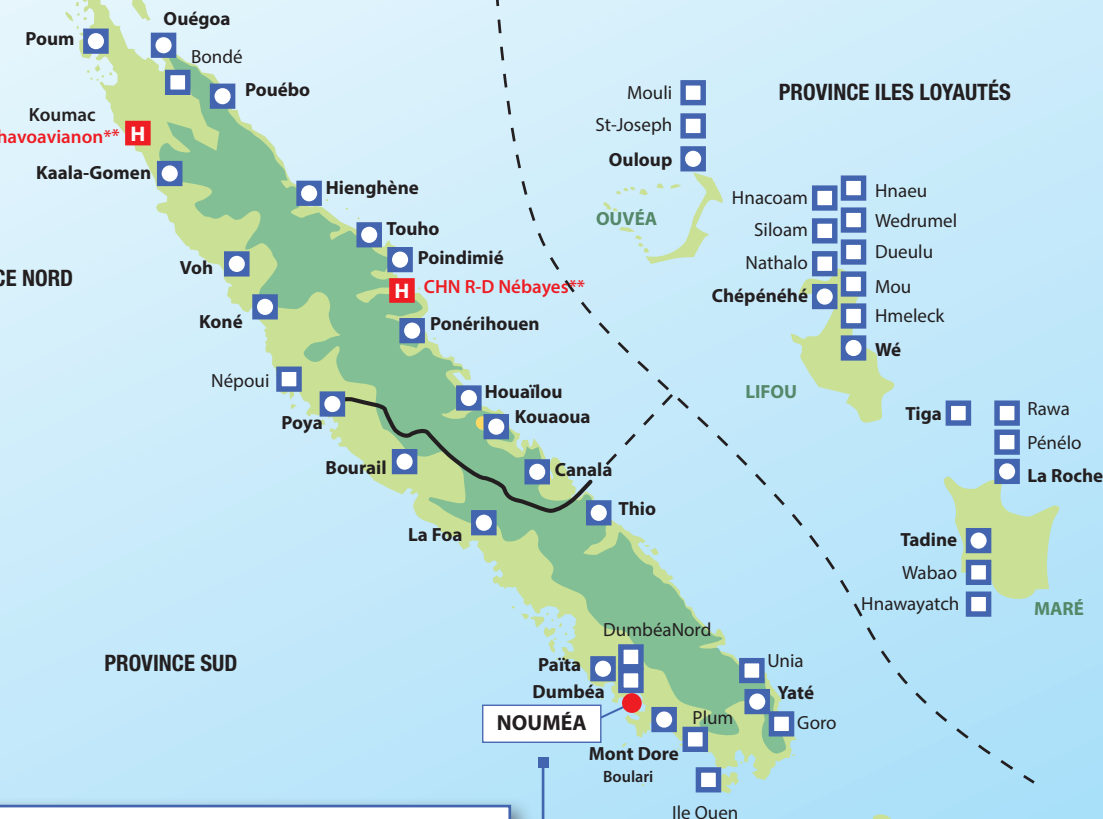
2014

Principales structures de santé de la Nouvelle-Calédonie*



sommaire

ARCHIPEL DES BELEP



H Centres hospitaliers publics

C Cliniques privées

Structures de santé de compétence provinciale

■ Centres médicaux secondaires ou infirmeries

▲ Centres spécialisés

● Circonscriptions médicales et centres médico-sociaux

Centre de conseil familial **▲**
Centre médical polyvalent (ESPAS-CMP) **▲**
Centre médico-scolaire **▲**
Service de prévention et de promotion de la santé **▲**

CHT Gaston Bourret **H**
CHT Magenta **H**
CHT Raoul Follereau **H**
CHT Col de la Pirogue **H**
CHS Albert Bousquet **H**

Centre médical Province des Iles **■**

**Centres de Protection Maternelle et Infantile
et Centres Médico-Scolaire**

Montravel (PMI) **■** Clinique de la Baie des Citrons **C**
Kaméré (CMS) **■** Clinique de l'Anse Vata **C**
Saint-Quentin (CMS) **■** 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 CHS Albert Bousquet.

- Centre mère et enfant à Poindimié et à Koumac



Description de la population

04

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

État de santé

07

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

Comptes de la santé

38

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

Facteurs non-médicaux en relation avec la santé

41

Environnement P. 40
Données économiques et sociales P. 42

**Direction des affaires sanitaires et sociales
de la Nouvelle-Calédonie**

Service de santé publique
Tél : 24 37 00 / Fax : 24 37 14
Email : dass@gouv.nc
Site web : www.dass.gouv.nc



Description de la population

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

On observe une croissance de la population calédonienne de 9,5% entre le recensement de l'année 2009 et le recensement de l'année 2014.

	Population 2014	Taux d'accroissement ⁽¹⁾	Naissances vivantes	Taux de natalité ⁽²⁾	Indice de fécondité ⁽³⁾	Mortalité infantile ⁽⁴⁾	Nombre de décès	Taux brut de mortalité ⁽⁵⁾	Taux brut de mortalité périnatale ⁽⁶⁾	Espérance de vie à la naissance ⁽⁷⁾ Homme/Femme
Nlle-Calédonie	268 967	11,9	4 389	17	2,18	3,9	1 404 (2014)	5,1	13,5	74/80,4
prov. Iles*	18 297	10,8	331	19	2,9	3	143	8,1		77,6/73,5
prov. Nord*	50 487	11,7	829	17,7	2,3	3,6	274	6		79,7/75,4
prov. Sud*	199 983	12	3 218	16,6	2,2	4	937	4,6		80,7/77,9
France métropolitaine en millier (2014)	64 204 247		783 000	12,2	2	3,5	544 000	8,4		78,2/85,1
Polyn.-Française (2013)	270 242	12,3 (2010)	4 200	16,6	2	9,8	1 434	4,6	6,3	72,8/77,4
Australie (2013)	23,13 millions	1,2		12,15	1,77	4		6,6		80,2/84,7
Nouvelle Zélande (2013)	4,471 millions		62 543	15	2,2	4	28 964	7		79,1/82,9

INSEE - ISEE - ISPF

■ Chiffres 2012

■ Chiffres 2014

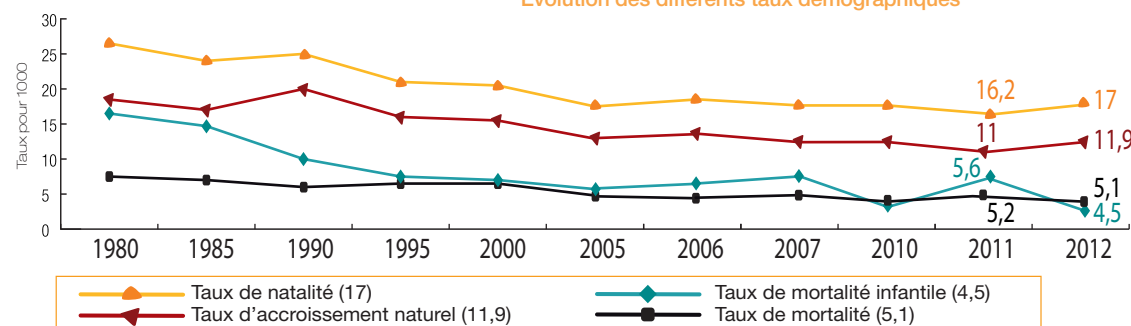
Les données 2013 concernant les personnes domiciliées dans les provinces ne sont pas disponibles.

Rappel 2013

Le taux d'accroissement naturel¹ Représentant la différence entre les taux bruts de natalité et de mortalité pour l'année étudiée, il est actuellement de 11,9‰ en 2012.

Le taux de natalité² : Il ne cesse de chuter depuis les années 60, passant ainsi de 34,5 en 1965, à 23,4 en 1985, pour atteindre 17‰ en 2012. En 2012, on observe une nette reprise de natalité suite à une augmentation de 6,5% des naissances.

Évolution des différents taux démographiques



Indice de fécondité³ : 2,28 pour 1 000 femmes en âge de procréer.

On observe une réduction de l'amplitude du taux de fécondité selon l'âge entre 1981 et 2005 avec un âge moyen des mères à la naissance en augmentation (28,9 en 2012).

Taux brut de mortalité⁴ : 5,1 pour 1 000. Après une nette diminution dans les années 70 et 80, le taux brut de mortalité décroît plus lentement depuis 10 ans. Il s'est maintenu en dessous de 5 décès pour 1 000 habitants depuis 2004 et jusqu'en 2010.

Depuis, 2 ans, il se situe de nouveau au dessus de la barre des 5 décès pour 1 000 habitants.

En 2012, le taux brut de mortalité a augmenté dans la province des Iles (8,1 contre 6,8 en 2011), a diminué dans la province Nord (6 en 2012, 6,5 en 2011), par contre est resté stable en province Sud (4,6).

Espérance de vie à la naissance⁵ : 77,1 ans en 2012 (hommes : 74 ; femmes : 80,4).

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 : 3,9‰. 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 (3,6‰).

La Nouvelle-Calédonie a une population encore jeune (39,9% 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

1 404 certificats médicaux de décès ont été enregistrés en 2014 (hommes : 815 ; femmes : 589).

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

En 2014, les 5 principales causes de décès selon le sexe sont les suivantes :

	Hommes	Femmes
Tumeurs	29,8%	27,5%
Appareil circulatoire	19,6%	20,7%
Causes externes de morbidité	15,2%	11,5%
Appareil respiratoire	11,9%	8,5%
Symp. signes et résultats anormaux	7,6%	13,7%

À noter que le groupe des **causes externes de morbidité** reste la principale cause de décès chez les jeunes adultes avec en 2014, 37% des décès des 15-24 ans. Ce groupe représente la première cause de mortalité prématurée, chez les femmes comme chez les hommes en Nouvelle-Calédonie, avec 16 238 années potentielles de vie perdues (APVP) de 2011 à 2014 (APVP 3 fois plus élevée chez les hommes).

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

² Taux de natalité : rapport entre le nombre annuel de naissances vivantes et l'effectif de la population au milieu de l'année considérée, exprimé pour 1 000 habitants.

³ Indice de fécondité ou indicateur conjoncturel de fécondité : somme de l'ensemble des taux de fécondité par âge pour l'année considérée.

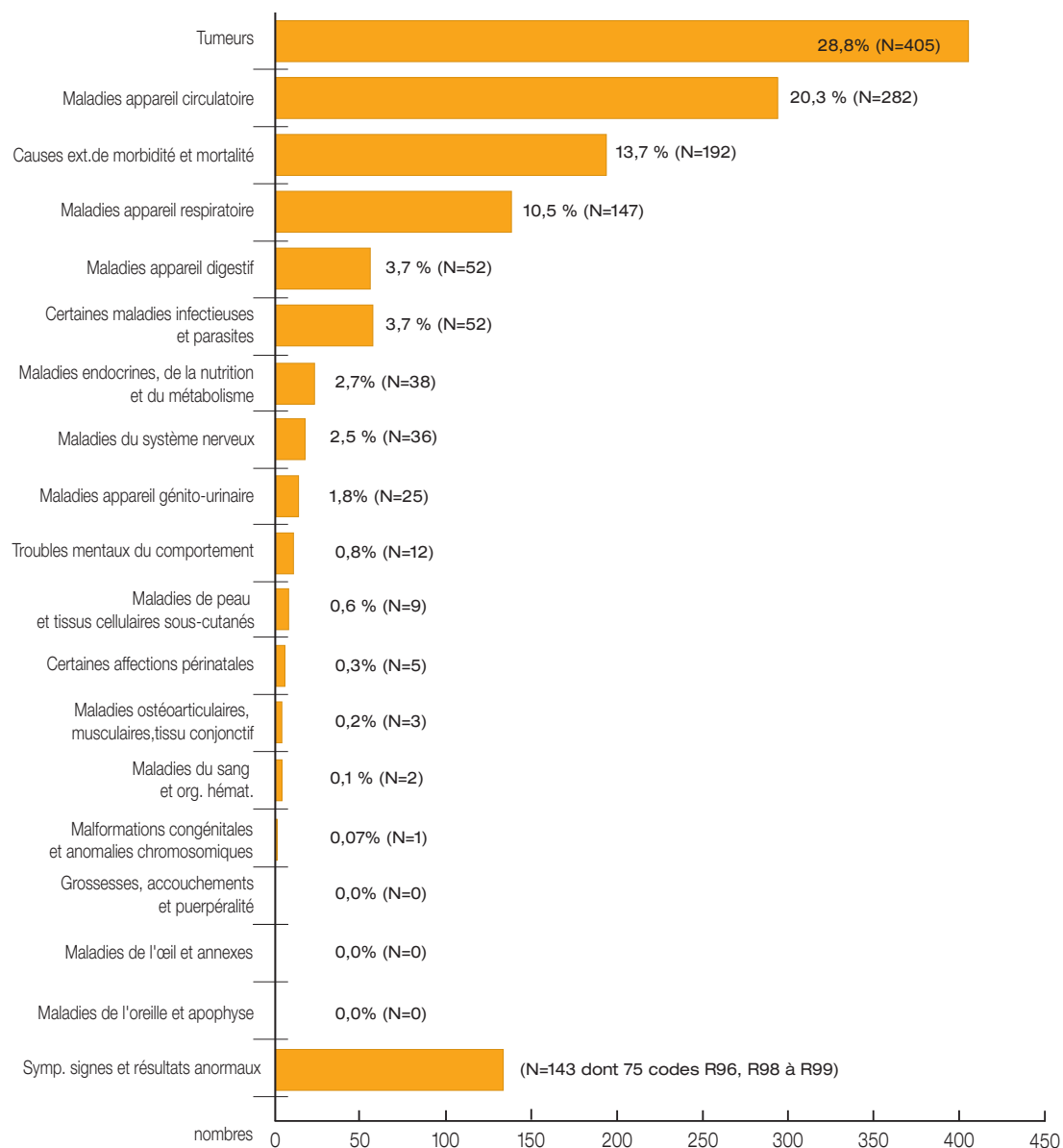
⁴ Taux brut de mortalité : rapport entre le nombre annuel de décès et l'effectif de la population au milieu de l'année considérée, exprimé pour 1 000 habitants.

⁵ L'espérance de vie à la naissance exprime le nombre moyen d'années de vie à vivre pour un nouveau-né si la structure de la mortalité, telle qu'elle est au moment de la naissance, ne se modifie pas.

⁶ Taux de mortalité infantile : rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours de l'année considérée.

⁷ Taux brut de mortalité périnatale : nombre de mort-nés et décès entre 0 et 6 jours inclus pour 1 000 naissances totales.

Répartition des décès en 2014



CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS PÉRINATAUX

Rapport 2014, 71 décès d'enfants ont fait l'objet d'une déclaration au travers du certificat spécifique de décès périnatal, ce qui porte à 1 491 le nombre de décès pour la période 1993-2014. 72,2% des enfants décédés étaient des grands prématurés (< 32 semaines).

Pour la période 1993-2014, 248 certificats concernent des **interruptions médicales de grossesse (IMG)**, dont les motifs les plus fréquents sont les anomalies congénitales (système nerveux : 26,2%, aberrations chromosomiques : 17,8%, autres anomalies congénitales : 27,4%).

Parmi les 1 243 décès néonataux hors IMG, 31,1% d'entre eux n'ont aucune **cause fœtale ou néonatale** déterminante de la mort. Sur les 844 certificats restants : la cause est liée à l'enfant pour 90% et la cause est liée à la mère (pathologie maternelle ou complication de la grossesse) pour 9,3%. Parmi les causes liées à l'enfant, 33,3% concernent une **hypoxie intra-utérine** et/ou une asphyxie à la naissance, 14,7% une **anomalie congénitale**.



État de santé

MALADIES INFECTIEUSES :

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

En 2014, 1 985 cas ont été recensés hors cancers.

Suite à la mise en place du registre de suivi des patients porteurs de RAA, l'agence sanitaire n'a pu fournir les chiffres 2014 pour cette édition.

Deux modalités de déclaration existent :

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

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

Maladies à déclaration obligatoire du groupe B	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amibiase	13	20	11	6	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0
Chikungunya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	0	31	41
Coqueluche	3	0	1	0	1	72	4	1	0	1	3	2	6	3	9
Condylome acuminé	26	27	28	26	17	3	12	22	28	25	30	1	6	0	13
Dengue	12	34	105	5 673	792	46	48	47	1 179	8 410	122	15	718	10 522	310
Diphtérie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	6	0	0
Encéphalites	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0
Hépatite virale B	40	49	31	39	29	11	9	31	102	33	5	6	5	16	8
Hépatite virale C	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	0	1
Lèpre	7	7	2	4	8	4	7	2	6	7	8	10	5	8	1
Leptospirose	28	23	49	23	13	40	65	53	157	162	42	138	75	70	20
Méningite à méningocoque	4	9	10	11	3	5	7	13	9	8	10	10	5	8	9
Paludisme	3	1	1	5	6	0	0	0	2	0	10	1	2	2	0
RAA	55	56	66	34	287	305	80	296	136	190	122	86	ND	ND	ND
Rougeole	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Syndromes liés au VIH	21	15	17	8	7	13	10	21	15	13	14	18	26	15	20
Syphilis	24	16	11	10	20	15	21	38	36	46	38	49	66	62	100
Tétanos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxi-infect. alim. collective (foyers)	3	9	1	6	0	8	10	8	6	9	11	28	13	17	27
Tuberculose (hors PITL)	171	100	112	82	84	72	90	67	80	83	59	50	37	46	30
Vibrio vulnificus	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	0	1	2	0	1
Zika	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	1 395

En 2014, on n'a relevé aucun cas de poliomyélite, botulisme, brucellose. 20 cas de leptospirose ont été signalés, 310 cas de dengue.

Infections sexuellement transmissibles :

Infections sexuellement transmissibles hors MDO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Herpès génital	2	3	3	5	4	2	3	10	8	7	5	12	2	3	1
Infections à mycoplasmes	115	119	107	90	93	108	134	219	184	160	104	3	3	0	0
Infections génitales à chlamydiae	94	96	72	86	88	71	96	148	191	202	150	319	492	662	515
Infections gonococciques	52	55	49	31	33	35	58	82	90	77	68	141	152	175	179
Trichomonase uro-génitale	250	203	156	175	158	115	98	206	118	153	147	26	20	3	30
Autres maladies vénériennes	198	121	77	75	55	40	50	60	72	86	13	3	2	0	0

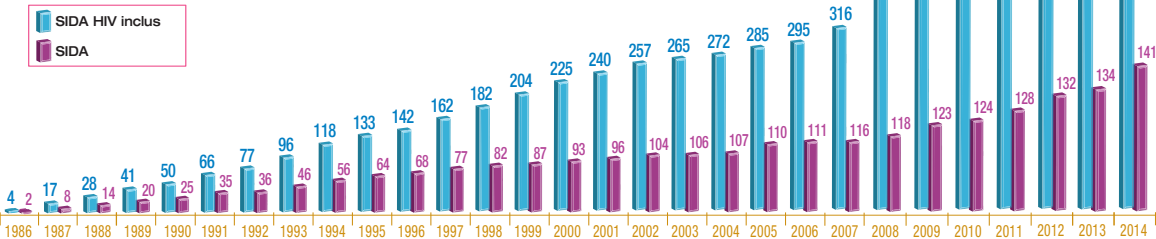
Les chiffres 2013 et 2014 concernant les infections génitales à chlamydiae, les infections gonococciques sont issus uniquement des relevés mensuels de laboratoire, en raison d'une importante sous-déclaration.

VIH - SIDA :

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

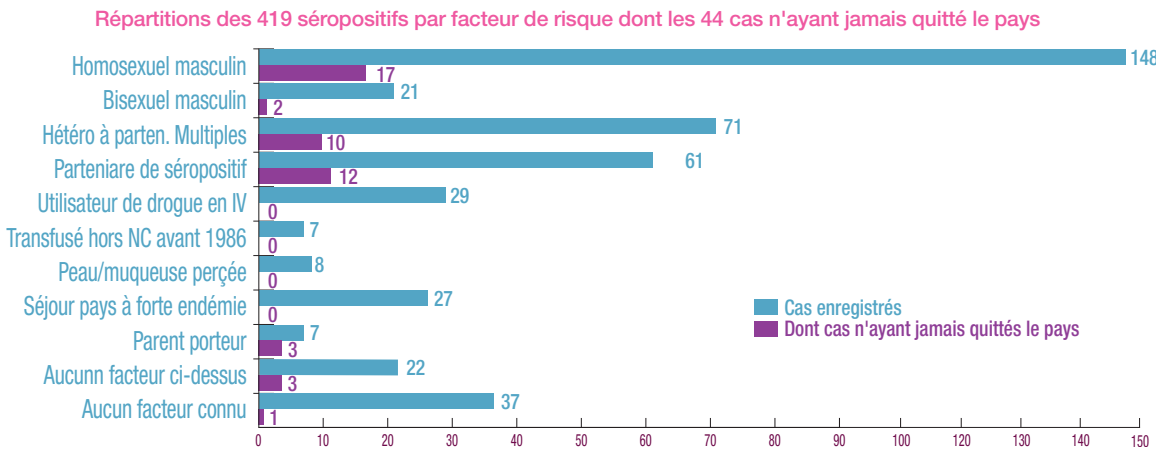
20 nouveaux cas de séropositivité ont été enregistrés en 2014. Ces cas ont été confirmés par des laboratoires comme l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie ou des laboratoires hors Nouvelle-Calédonie. Ce qui porte à 440 ce nombre de cas cumulés depuis 1986.

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



Au 31 décembre 2014, 14 hommes (70,0%) et 6 femmes (30,0%) ont été recensés, la moyenne d'âge la plus touchée reste, comme les années précédentes, celle des 20-39 ans. La moyenne d'âge pour l'ensemble des cas est de 35,8 ans (32,9 pour les femmes, 36,9 pour les hommes).

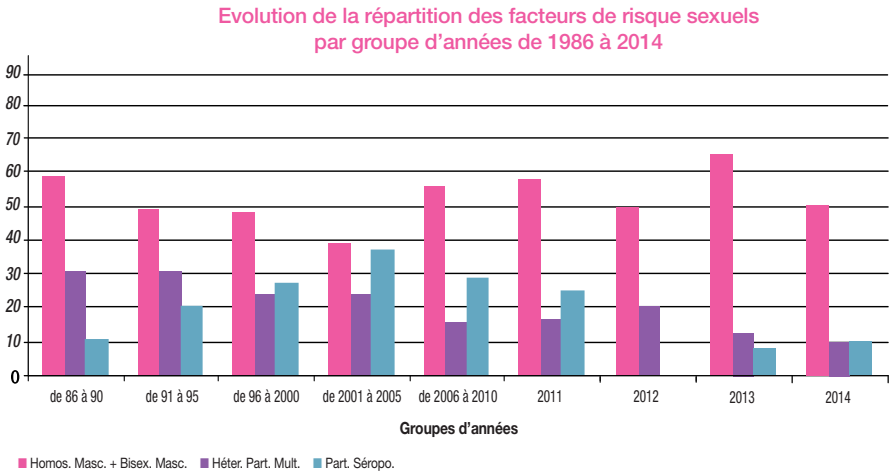
Facteurs de risque de séropositivité



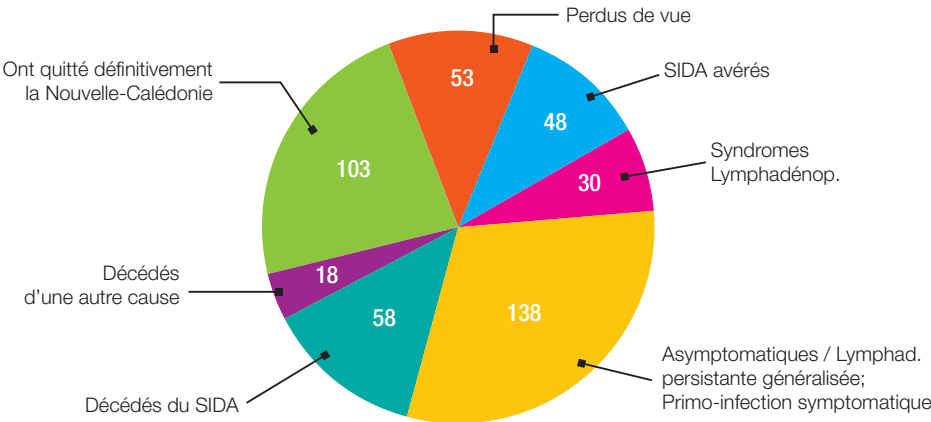
Parmi les cas dont les facteurs de risque sont connus, on remarque que 80,3% sont liés à un mode de transmission sexuelle du VIH.

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

A noter qu'au fil du temps, la part du risque « partenaire de séropositif » a augmenté sensiblement passant de 10,3% (de 1986 à 1990) à 34% (de 2001 à 2005), puis a diminué régulièrement pour représenter 22,6% des facteurs de risque sexuel en 2011. 10% enregistrés pour ce facteur de risque en 2014.



Répartition des 439 séropositifs selon le dernier état connu



Dernier état connu des séropositifs

On entend par dernier état connu, la situation indiquée dans la dernière fiche complémentaire établie par le médecin traitant. Ainsi, parmi les 439 patients séropositifs, **76 sont décédés** (dont 18 d'une autre cause que le SIDA), 156 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 20 cas enregistrés en 2014, 11 (55%) l'ont été au stade asymptomatique, et 7 (35%) au stade de sida avéré.

Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

En 1992, la Commission Permanente du Congrès du Territoire a mis en place un dispositif de Consultation pour le Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (*Délibération n° 211/CP du 30 octobre 1992*).

Cette délibération a été remplacée par la *délibération n°154/CP du 16 avril 2004* qui précise en outre les conditions de formation en vue d'agrément et les conditions d'exercice de ces CDAG.

La consultation est réalisée par un médecin consultant, ou une sage-femme, agréé par le Médecin Inspecteur de la Santé, après avoir suivi préalablement une formation spécifique au conseil et à l'accueil pour le dépistage des infections à VIH. Les personnes agréées assurent leurs consultations soit dans leur cabinet (pour les médecins et sages-femmes libéraux), soit au sein de centres de consultation (ces centres doivent répondre à des conditions définies par ladite délibération : le lieu doit être intégré au sein d'un centre médical polyvalent, l'accueil doit préserver la confidentialité et l'anonymat de la démarche, le personnel doit bénéficier d'une formation particulière à l'accueil).

Chaque consultation doit donner lieu à un entretien-conseil qui fait l'objet d'un questionnaire, défini par le Médecin Inspecteur de la Santé, et rempli par le médecin ou la sage-femme.

Depuis novembre 2005 et suite aux 8 sessions de formation successives, 122 professionnels de santé (82 médecins et 40 sages-femmes) ont été formés. Au 20 novembre 2014, au gré des mouvements et/ou des non renouvellement de leur agrément, 38 d'entre eux (19 médecins et 19 sages-femmes) étaient agréés et en activité en Nouvelle-Calédonie. A noter toutefois que pour 8 d'entre eux (5 médecins et 3 sages-femmes) leur agrément n'est opérationnel que depuis le second semestre 2013.

Ce sont donc 22 professionnels (sur les 38 possibles, soit 58% d'entre eux) qui ont contribué à alimenter le fichier des CDAG en 2014. Ces chiffres sont en nette baisse par rapport à 2013 (-35% en nombre de professionnels contributeurs).

L'analyse des 1 700 questionnaires, strictement anonymes, établis en 2014, et parvenus au service de santé publique de la DASS-NC, met en évidence une franche diminution de 14,0% du nombre de fiches reçues par rapport à 2013.

- Les moins de 35 ans représentent plus des ¾ (77,5%) des consultants (40,2% de 15 à 24 ans et 34,0% de 25 à 34 ans).
- Les consultants d'origine européenne représentent 50,3% des consultants. Ceux d'origine mélanésienne en représentent un tiers (30%).
- Les "comportements à risque" ont été évoqués dans 43,5% des cas, loin devant le "début de relation" (17,5%).
- La « grossesse » a été un motif de consultation dans 10,1% des cas (82,6% des consultations féminines pour grossesse et 17,4% des consultations de leur conjoint ou compagnon).

Notons les 74 consultants (4,3% des consultants) venus suite à une rupture de préservatif.

Conclusions

L'analyse de 2014 confirme toujours celles des années précédentes, à savoir : les données exploitées en 2014 concernent majoritairement (67,2%) l'ESPAS CMP de Nouméa (le Centre Médical Polyvalent de la DPASS Sud, référencé les années précédentes sous le terme CDAG de Nouméa). L'ouverture depuis 2006 et en 8 sessions successives à 122 professionnels agréés a permis progressivement d'augmenter et diversifier la clientèle CDAG grâce notamment à une couverture territoriale de plus en plus étendue.

À ce jour, au gré des mouvements et/ou des non renouvellement de leur agrément, 38 d'entre eux (19 médecins et 19 sages-femmes) sont agréés et en activité en Nouvelle-Calédonie. À noter toutefois que pour 8 d'entre eux (5 médecins et 3 sages-femmes) leur agrément n'est opérationnel que depuis le second semestre 2013. Le nombre de consultations réalisées hors ESPAS CMP a évolué de 231 en 2006 à 562 en 2014. La répartition des agréés tend à compléter l'offre de service offerte à la population en matière de possibilités de dépistage et de prévention. Il est néanmoins nécessaire d'améliorer l'offre de dépistage dans certaines zones de la Nouvelle-Calédonie et notamment dans la province Iles et en province Nord afin de mieux desservir l'ensemble de leurs communes.

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

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

Infections sexuellement transmissibles

Généralités

Les infections sexuellement transmissibles (IST) à déclarations obligatoire en Nouvelle-Calédonie sont : Hépatite C, Hépatite B, Syphilis, Condylomes acuminés (HPV), VIH.

En 2014, hors VIH, 122 fiches de déclaration obligatoire pour une IST ont été reçues : 100 pour la syphilis, 13 pour les condylomes acuminés (infection par le papillomavirus), 8 pour l'hépatite B et 1 pour l'hépatite C.

Mis à part l'infection par le VIH et la syphilis, ces affections ne sont pas suffisamment déclarées par les médecins pour permettre une analyse des données du fichier MDO de la DASS-NC.

Enquête de l'Agence Sanitaire et Sociale et de la DASS de Nouvelle-Calédonie menée du 15 août au 31 décembre 2012

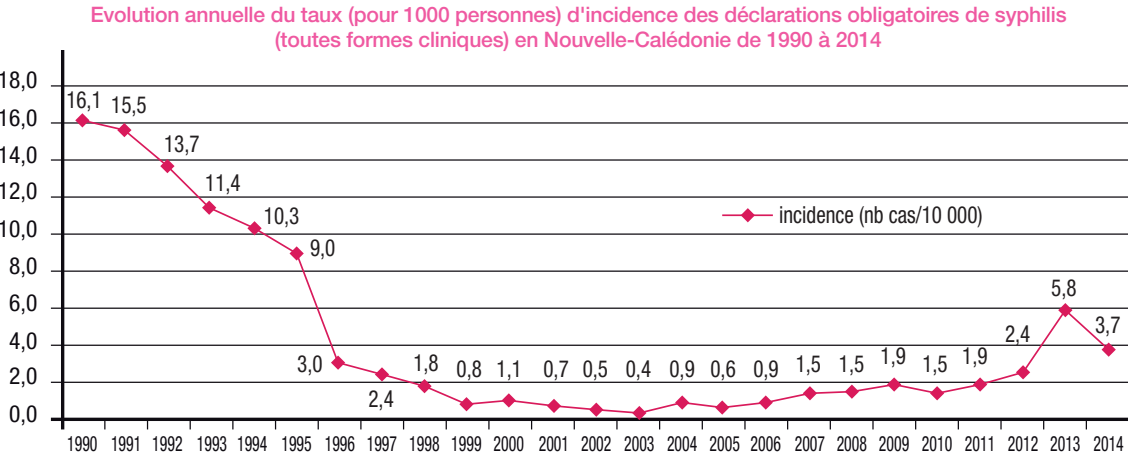
Résultats : Les prévalences s'établissent à

- 3,5% (intervalle de confiance (IC) à 95%: [1,9-5,1]) pour Neisseria gonorrhea,
- 9% [6,6-11,4] pour Chlamydia trachomatis,
- 2,1% [0,8-3,3] de co-infections à ces deux dernières maladies,
- 0,4% [0,0-0,9] pour la syphilis active et 3% [1,7-4,3] pour la syphilis cicatricielle.

Les modèles multivariés ont révélé, selon l'infection considérée, des sur-risques liés à l'âge, au sexe, à l'ethnie, à la province de résidence, au fait de vivre seul et d'avoir un bas niveau d'étude.

Point sur la syphilis

En 2014, 100 fiches de déclaration obligatoire ont été reçues par la DASS-NC pour la syphilis. Depuis 2003, l'incidence des déclarations de syphilis augmente, puisqu'elle est passée de 0,4/10 000 hab. en 2003 à 3,7/10 000 hab. en 2014. On note qu'en 2013, une épidémie de syphilis en province Nord est responsable du pic d'incidence à 5,8 cas /10 000 hab. A noter que ces taux ne font pas de la différence entre syphilis active et syphilis cicatricielle.



Depuis février 2014, le laboratoire Sanofi-Aventis a décidé d'arrêter la commercialisation de tous les dosages de la spécialité EXTENCILLINE poudre et solvant pour suspension injectable (benzathine benzylpénicilline).

Une spécialité dénommée SIGMACILLINA initialement destinée au marché italien a été mise à disposition.

Surveillance syndromique des IST en 2014

En plus du système classique des déclarations obligatoires, une surveillance syndromique des IST a commencé en août 2010.

En 2014, 949 symptômes ont été déclarés, dont 283 chez les hommes et 666 chez les femmes. Comme l'année dernière, les symptômes les plus fréquents sont l'écoulement urétral chez les hommes (75% des syndromes) et l'écoulement vaginal chez les femmes (71%), laissant transparaître la forte prévalence des infections à gonocoque chlamydiae ou trichomonas.

Tuberculose

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

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

En Nouvelle-Calédonie, **30 nouveaux cas** de tuberculose ont été déclarés en 2014 (46 en 2013), dont **30 tuberculoses de forme pulmonaire** (30 en 2013). L'incidence de 2014 est égale à **11,2 pour 100 000**. Le taux est le plus bas jamais obtenu en Nouvelle-Calédonie. Même si celle-ci a tendance à baisser depuis le début des années 90, elle reste à un niveau élevé par rapport aux pays industrialisés, et à un niveau inférieur à l'incidence mondiale.

On compte **10 cas** de tuberculose à examen **direct positif** (18 en 2013), **tous de forme pulmonaire**. Ce sont les tuberculoses contagieuses qui permettent à l'infection tuberculeuse de se pérenniser. Leur diagnostic doit être le plus précoce possible, leur traitement suivi rigoureusement et l'enquête à la recherche de contaminés entreprise dès que le suivi de traitement est assuré. Le taux d'incidence des tuberculoses à examens directs positifs et culture positive (**bacillifères**) est de **3,7 pour 100 000 habitants** (3,1 en 2013).

		Incidence pour 100 000 habitants de toutes les formes de tuberculose et des tuberculoses bacillifères																		
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Toutes formes		64,4	50,1	51,1	40,1	48,3	28,8	30,1	17	28,5	22,8	21,6	19,6	20,0	24,4	24,2	19,0	16,0	17,7	11,2
Bacillifères		21	17,5	18,7	13	11,4	9,8	9,6	6,3	8,8	7,3	5,1	5,8	5,3	7,3	9,4	4,8	5,1	3,1	4,1

Traitement :

Par définition, la guérison est attestée par la négativité des crachats deux et cinq mois après le début du traitement. Si ces prélèvements ne sont pas effectués, on parle seulement de traitement complété ou terminé. La stratégie de l'OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison est supérieur à 85%. Pour les patients bacillifères dépistés en 2013, on a observé un **taux de guérison de 75%**.

Caractéristiques des patients

L'étude détaillée des 528 cas de tuberculose qui ont été déclarés depuis 10 ans toutes formes confondues (de 2004 à 2014) montre que **71% des cas sont des formes pulmonaires**.

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

Le diagnostic est fait dans 70% des cas à partir des signes cliniques. 8,8% des nouveaux cas étaient des récidives. A noter qu'en métropole, cette maladie reste toujours d'actualité avec une incidence égale à 7,5 pour 100 000 habitants en 2013. Des disparités régionales sont observées, avec l'incidence la plus élevée dans l'Ile de France où elle atteint une valeur proche de celle de la Nouvelle-Calédonie (et exceptionnellement supérieure cette année).

Rappel (2011)

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

Rhumatisme Articulaire Aigu

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) touche majoritairement les enfants et les adolescents, et représente une pathologie dont les conséquences sont particulièrement lourdes tant au plan médical et humain que social et économique. Le RAA est une conséquence possible de mécanisme probablement auto-immun d'une angine bactérienne due au streptocoque bêta hémolytique du groupe A (SBHA). Il est fréquent chez l'enfant mais en Nouvelle-Calédonie des poussées peuvent être observées très tardivement (35 ans). Par délibération du 11 août 1994, le Congrès du Territoire a décidé que le rhumatisme articulaire aigu faisait partie des 9 thèmes de prévention prioritaires. Dans ce cadre, un registre de suivi a été mis en place dès 1999. En 2011, un travail de fond a démarré sur l'application développée spécifiquement pour le RAA. Ce travail fait suite à la mise à jour du registre en 2008 qui montre aujourd'hui ses limites. Cette reconstruction complète permettra de sécuriser la saisie des données ainsi que d'extraire plus facilement des données épidémiologiques fiables. Elle devrait en outre permettre la saisie directe des données par les professionnels de santé. En parallèle, une validation des cas du registre est effectuée. Celle-ci permet notamment de sortir de nombreux patients pour lesquels le diagnostic n'a pas été établi en respectant les critères internationaux. Il est probable que ce travail de fond amène une diminution des chiffres de la prévalence des cardiopathies rhumatismales.

En 2011, 86 nouveaux cas ont été enregistrés, dont près de la moitié réside en province Nord. Il est à noter également que les protocoles de traitement ont été modifiés suite aux nouvelles recommandations de l'organisation mondiale du cœur (WHF) et, dans une stratégie d'harmonisation des pratiques dans la zone Pacifique, notamment de la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Le traitement de choix pour la prévention à long terme des complications demeure la pénicilline G benzathine (EXTENCILLINE®) dont la fréquence d'injection passe à une toutes les 3 à 4 semaines avec 2 dosages différents selon le poids du patient.

Selon la WHF, le Pacifique est l'une des régions du monde les plus touchées par le RAA, avec la plus grande incidence et la 2^{ème} plus grande prévalence.

- Elle estime qu'un pays est dit " à risque " lorsqu'il présente :
- une incidence au-delà de 30 pour 100 000 chez les 5-14 ans,
 - une prévalence au-delà de 2 pour 1 000.

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

Selon l'étude du dépistage scolaire 2012, le prévalence de la cardiopathie rhumatismale est de 15,8 pour mille au sein de la population des 6/12 ans.

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

Conclusion :

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

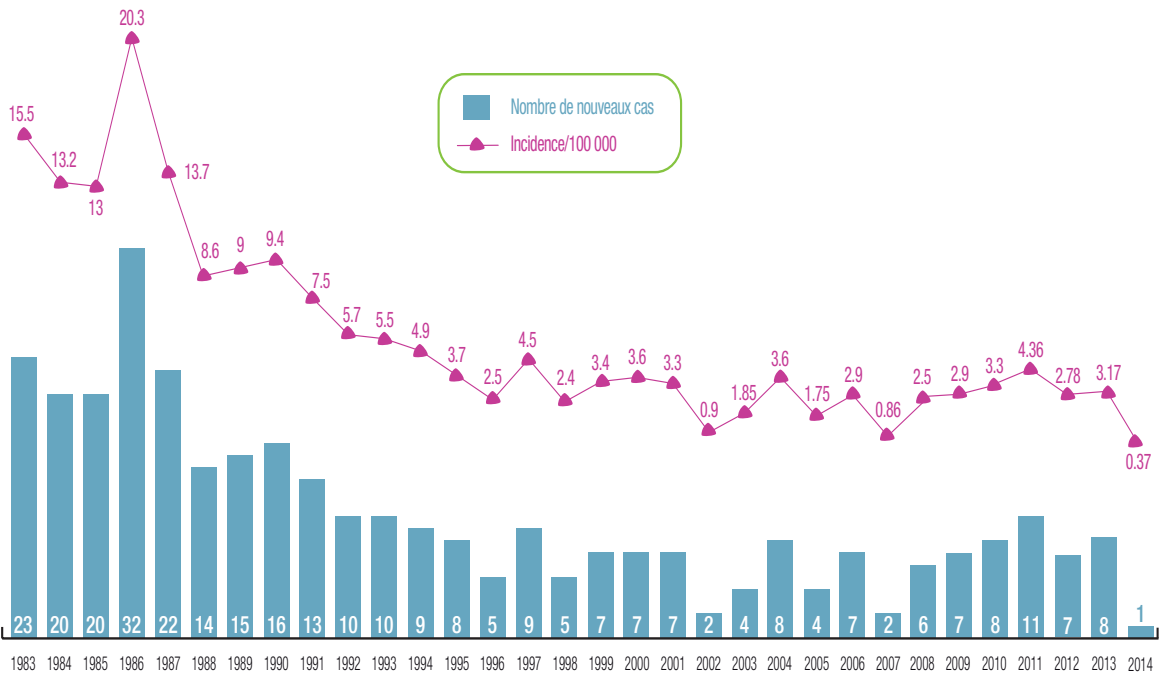
Ainsi, ce programme animé par l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) est quasiment unique au monde, rendant parfois difficile les comparaisons et les évolutions d'impact.

Lèpre

La lèpre (ou maladie de Hansen) est une maladie infectieuse chronique due à un bacille acido-résistant (*Mycobacterium leprae*, anciennement bacille de Hansen), transmise par contact direct, prolongé et intime. Le registre de la lèpre couvre 32 années, de 1983 à 2014 et contient 324 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 1 nouveau cas en 2014, l'incidence est égale à 0,37 pour 100 000 habitants. En 2014, le nouveau cas est de forme indéterminé (forme de début).



- Parmi les 324 cas enregistrés depuis 1983, on a observé :
- une prédominance masculine avec 212 hommes et 110 femmes ;
 - une disparité ethnique avec une représentation plus importante de la communauté mélanésienne (272 personnes) que des autres communautés (européenne : 30 cas ; autres : 19 cas).

Prévalence :

En 2014, seuls 3 patients étaient sous PCT, ce qui représente une prévalence égale à 0,11 pour 10 000 habitants.

Situation internationale :

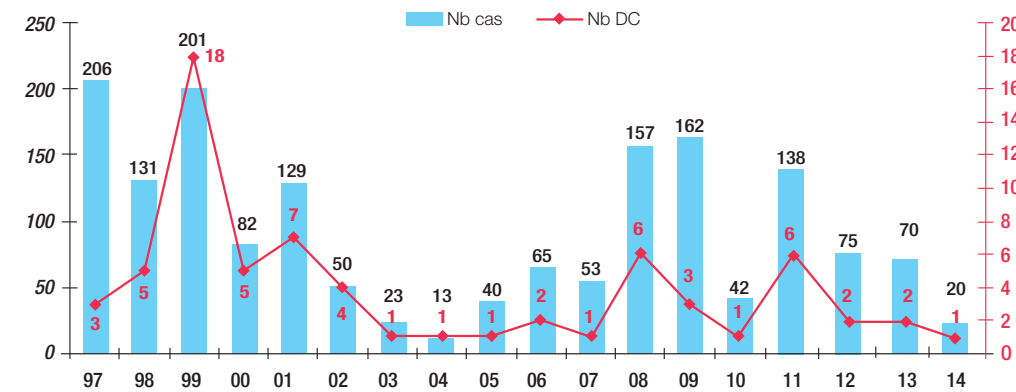
Source : l'OMS

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

Leptospirose

En Nouvelle-Calédonie, la leptospirose est une maladie endémique pouvant présenter des pics épidémiques selon le contexte climatique.
En 2014, 20 cas ont été déclarés dont 1 décès.

Nombre de cas de leptospirose et de décès par leptospirose par an en Nouvelle-Calédonie de 1997 à 2014



En 2014, cette maladie touche autant les hommes (11 hommes, 55%) que les femmes (9 femmes, 45%), et essentiellement les adultes jeunes : l'âge moyen est de 38 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. En 2014, la majeure partie des cas positifs de leptospirose est survenue durant les six premiers mois de l'année.

Répartition mensuelle des cas cumulés en 2014

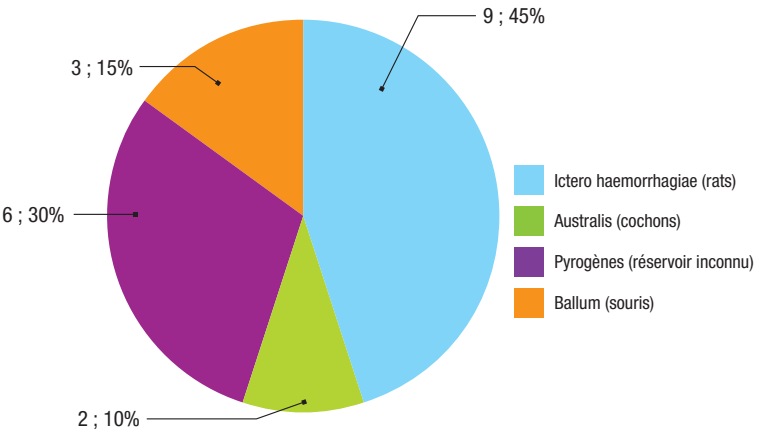
	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Jui.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Cas confirmés	2	9	4	2	0	1	1	0	0	1	0	0
Cas probables	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

En 2014, 1 décès est directement imputable à la leptospirose. L'étude des cas sur les 7 dernières années montre des disparités géographiques, avec une incidence moyenne plus élevée au Nord-Est (de Houailou à Ouégoa) ainsi qu'à Bourail et Yaté.

Les séro-groupes les plus souvent identifiés de 2010 à 2014 ont été :

- *Ictéro-haemorrhagiae*,
- *Pyrogènes*,
- *Ballum*.

Répartition des sérogroupes pour l'année 2014



Arboviroses : Dengue, Chikungunya et Zika

Les arboviroses sont des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Ce sont des maladies virales transmises par des vecteurs arthropodes hématophages (arthropod-borne viruses). En Nouvelle-Calédonie, il existe trois arboviroses principales qui sont : **la dengue, le chikungunya et le zika** et la transmission à l'homme est assurée uniquement par l'intermédiaire du moustique appelé *Aedes aegypti*.

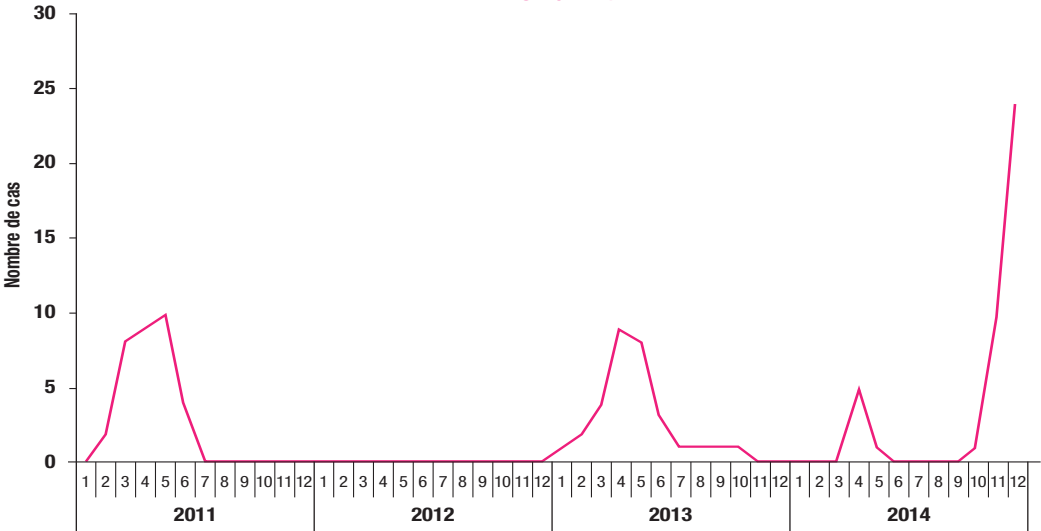
Dengue

La dengue présente quatre sérotypes différents (de DENV-1 à DENV-4). Il n'existe pas d'immunité croisée. Une personne peut donc contracter 4 fois la dengue.
Il est à noter que le typage des cas de dengue a débuté à partir de 1996. Après l'épidémie de 2003 pour laquelle 5 673 cas et 17 décès en rapport avec la dengue ont été enregistrés, les années 2005 à 2007 ont été plus calmes (46, 48 et 48 cas respectivement, aucun décès). Une transmission résiduelle du virus a eu lieu durant le premier semestre 2004, puis plus aucun cas n'a été confirmé par mise en évidence du génome viral, mise à part 2 cas d'importation de dengue DENV-3 et DENV-4 en septembre 2005. En 2013, une épidémie sans précédent a touché la Nouvelle-Calédonie. 10 522 cas ont été enregistrés avec une forte dominance du sérotype DENV-1 tout au long de l'année.
En 2014, 321 cas ont été enregistrés par la DASS et confirmés biologiquement par l'IPNC, avec un pic en avril (45% DENV-1 et 55% DENV-3). En Nouvelle-Calédonie, le sérotype DENV-1 est majoritairement présent depuis quelques années (2000). Seule, une épidémie de DENV-4 a eu lieu en 2009. Quant à la DENV-2, elle n'a été observée qu'une fois en 1998 et représente donc un risque pour la population qui en est naïve.

Chikungunya

Suite à l'importation de 2 cas de chikungunya de retour de vacances en Indonésie, la Nouvelle-Calédonie a dû faire face à un début d'épidémie avec 33 cas confirmés biologiquement entre fin février et mi-juin 2011. C'est grâce à la réactivité de l'ensemble des intervenants de la lutte anti-vectorielle qu'une épidémie majeure a pu être évitée. Aucun cas de chikungunya n'a été enregistré et confirmé pour l'année 2012. L'année 2013 voit réapparaître un début d'épidémie en avril, en concomitance avec l'épidémie de dengue. Celle-ci a démarré suite à l'importation d'un cas de retour de Bali et 31 cas ont été enregistrés par la DASS.
En 2014, 41 cas ont été enregistrés par la DASS et confirmés biologiquement par l'IPNC, avec un pic en avril (5 cas confirmés) puis une forte augmentation en fin d'année (24 cas confirmés, figure 2) due à l'épidémie en Polynésie française.

Evolution des cas confirmés de chikungunya depuis 2011 en Nouvelle-Calédonie.



La Nouvelle-Calédonie reste à fort risque épidémique de chikungunya dans les années à venir au vu de la situation actuelle dans le pacifique (aux Samoa Américaines et Samoa), de la présence du vecteur (*Aedes aegypti*) dans le pays et de la naïveté immunitaire de la population calédonienne au virus.

Zika

En ce qui concerne le zika, la première épidémie du Pacifique a été reportée en 2007 sur l'île de Yap en Micronésie. Cette épidémie marque une expansion géographique inattendue d'une souche asiatique. Fin 2013 – début 2014, une nouvelle épidémie a été déclarée en Polynésie française. Les premiers cas en Nouvelle-Calédonie provenaient tous de cette destination (6 semaines après le début de l'épidémie en Polynésie française).
En 2014, 1 392 cas ont été enregistrés par la DASS et confirmés biologiquement par l'IPNC, avec un pic en avril (664 cas confirmés).
Le virus du zika semble s'installer en Nouvelle-Calédonie, et de futures épidémies peuvent être à craindre notamment durant la période propice au développement des moustiques c'est-à-dire entre novembre et avril. De plus amples études sont nécessaires afin d'évaluer les conséquences, notamment les atteintes cérébrales (syndrome de Guillain Barré) sur la population calédonienne.

Maladies surveillées

Les relevés hebdomadaires des maladies par "données groupées" ont été mis en place dans les structures sanitaires provinciales publiques. Ils proviennent théoriquement des 2 centres hospitaliers du Nord, des 26 circonscriptions médico-sociales des provinces Iles, Nord et Sud, des centres de protection maternelle et infantile et du centre médical polyvalent de Nouméa. Les données 2014 présentées ci-dessous sont celles transmises par la province Sud.

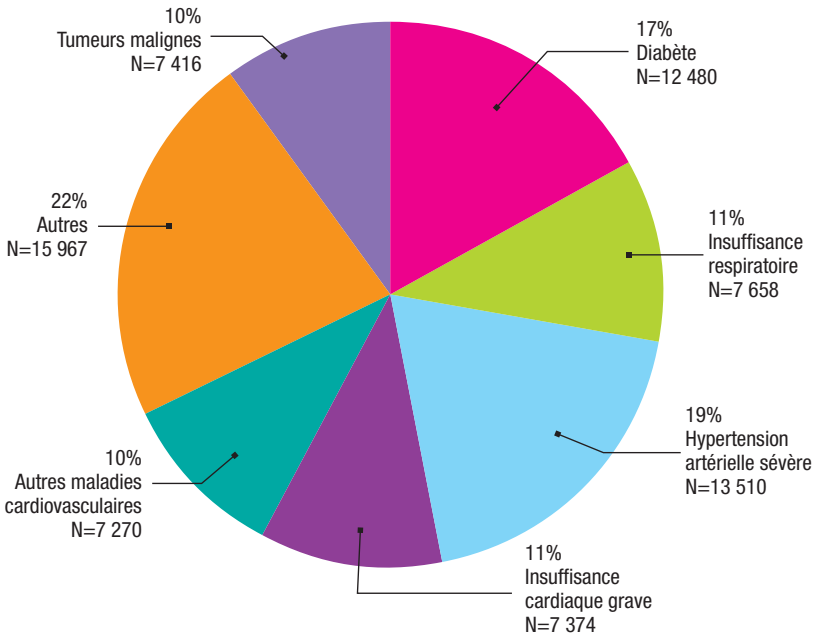
Maladie	Nb de cas 2005	Nb de cas 2006	Nb de cas 2007	Nb de cas 2008	Nb de cas 2009	Nb de cas 2010	Nb de cas 2011	Nb de cas 2012	Nb de cas 2013	Nb de cas 2014
Conjonctivite aiguë	224	438	304	109	79	103	128	64	65	62
Otite	628	1 547	949	245	145	242	236	153	182	165
Affection aiguë des voies respiratoires	3 261	7 503	3 372	1 089	183	885	757	671	802	595
Pneumonie	30	20	19	8	621	422	476	297	215	251
Grippe	254	975	571	144	1 055	316	144	148	86	185
Infection à salmonella sans typhoïde	0	21	0	40	0	16	34	52	0	0
Shigellose	0	5	0	14	19	18	38	13	0	0
Autre maladie intestinale à protozoaire	2	0	1	0	0	0	0	0	7	0
Diarrhée	276	613	375	95	137	204	250	214	113	102
Hépatite virale aiguë autre que B et C	787	68	5	1	76	3	1	0	0	0
Méningite autre qu'à méningocoques	0	8	4	2	1	0	2	5	0	2
Ciguatera	25	67	25	5	2	2	6	14	5	1

MALADIES CHRONIQUES :

La plupart des affections chroniques sont prises en charge dans le cadre des "longues maladies" du régime de couverture sociale de la CAFAT, qui concerne les assurés et ayants droit de ce régime.

Depuis juillet 2002, avec la mise en place du Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité (RUAMM), le nombre d'assurés a particulièrement augmenté avec l'intégration des fonctionnaires et d'autres nouveaux cotisants. Il est de 256 922 bénéficiaires au 31 décembre 2014. En 2014, 45 310 personnes étaient prises en charge au titre de la longue maladie (soit 55,9% des dépenses totales du RUAMM) pour 71 906 affections (certains patients peuvent avoir plusieurs affections prises en charge).

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



Cancers

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

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

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

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

Les résultats présentés ci-dessous concernent les cancers diagnostiqués en 2012 (fichier arrêté au 31 décembre 2014).

En 2012, 841 nouvelles tumeurs malignes invasives ont été enregistrées réparties de la manière suivante : 777 tumeurs solides, 64 hémopathies malignes et 12 tumeurs cutanées hors mélanomes. Ont été également enregistrées 18 tumeurs non malignes du système nerveux central et 109 tumeurs in situ (sein : 11, col de l'utérus : 66, colon-rectum : 11, autres : 29).

Ne sont prises en compte dans les analyses suivantes que les 841 tumeurs invasives et hémopathies malignes (hors tumeurs cutanées non mélanomes).

Le diagnostic de cancer est influencé par le sexe (442 tumeurs chez les hommes et 399 chez les femmes), avec une représentation plus importante des hommes par rapport à la population générale (sex-ratio égal à 1,11 homme pour une femme, contre 1,02 dans la population générale, ISEE 2012).

L'âge moyen est égal à 61,4 ans (médiane 63 ans) avec 71,3% des patients qui sont âgés de 50 à 79 ans contre 21% dans la population générale.

Lorsque l'on compare la répartition par province de résidence des cas enregistrés en 2012 avec la population de référence (ISEE), on n'observe pas de différence significative entre ces deux populations.

Tous sexes confondus, les 5 topographies suivantes représentent à elles seules plus de la moitié des sites primitifs (56,8%) :

- les seins : 142 cas (16,9%),
- la prostate : 113 cas (13,4%),
- les bronches-poumon : 106 cas (12,6%),
- le colon-rectum : 75 cas (8,9%),
- lymphome non hodgkinien : 42 cas (5,0%)

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

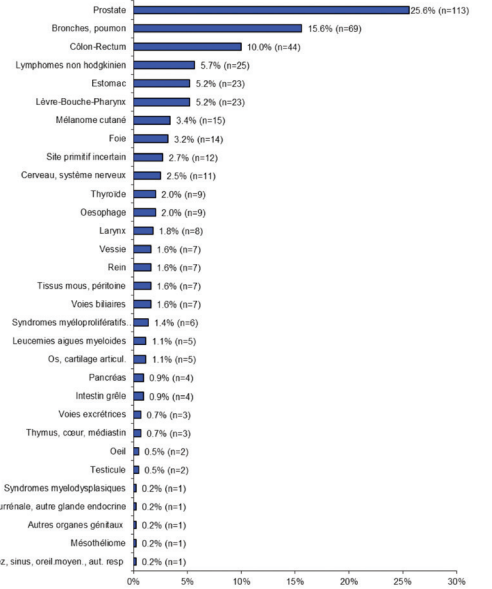
Chez les hommes (N=442), les localisations les plus fréquentes sont :

- 1 la prostate : 113 cas (25,6%),
- 2 les bronches-poumon : 69 cas (15,6%),
- 3 le colon-rectum : 44 cas (9,9%),
- 4 lymphome non hodgkinien : 25 cas (5,7%),
- 5 l'estomac : 23 cas (5,2%).

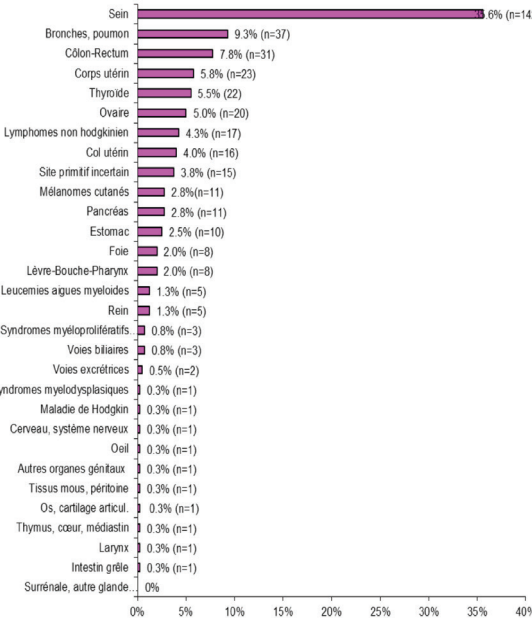
Chez les hommes, les sites les plus fréquents selon les communautés d'appartenance sont chez les :

- Européens : prostate (55 cas, 38,7%), puis les bronches-poumon (15 cas, 10,6%),
- Mélanésiens : bronches-poumon (34 cas, 25,5%), prostate (21 cas, 13,1%),
- Polynésiens : bronches-poumon (6 cas, 19,4%), estomac (5 cas, 16,1%).

2012 Répartition par topographie - Hommes



2012 Répartition par topographie - Femmes



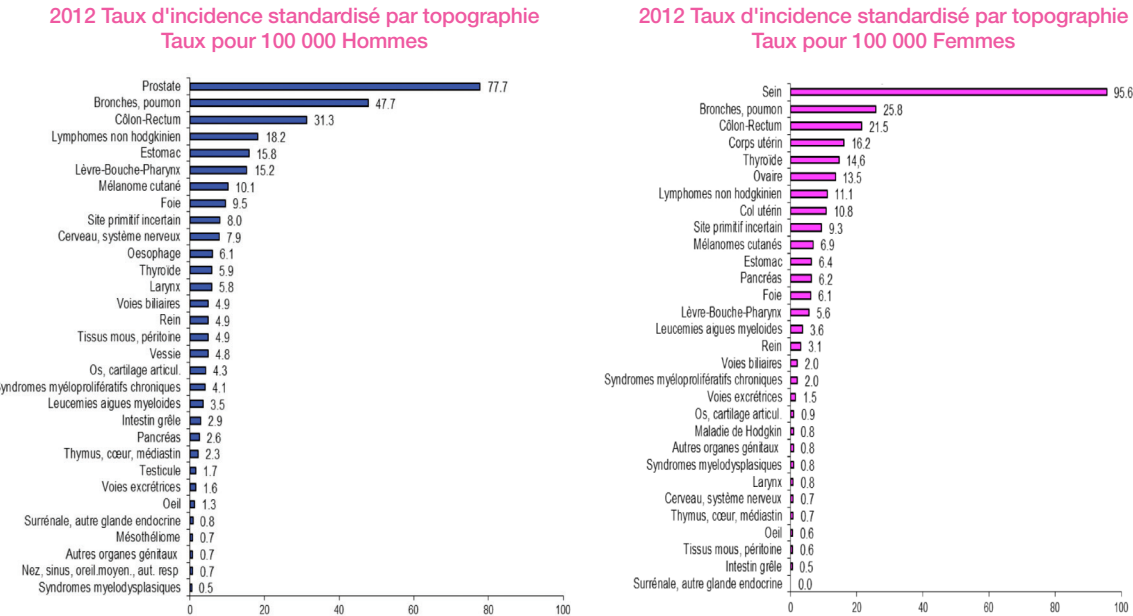
Chez les femmes (N=399), les localisations les plus fréquentes sont :

- 1 les seins : 142 cas (35,6%),
- 2 les bronches-poumon : 37 cas (9,3%),
- 3 le colon-rectum : 31 cas (7,8%),
- 4 l'utérus (endomètre) : 23 cas (5,8%),
- 5 la thyroïde : 22 cas (5,5%).

Chez les femmes, les topographies les plus fréquentes selon les communautés les plus représentées sont :

- Européennes : seins (44 cas, 44,9%), ovaires (8 cas, 9%),
- Mélanésiennes : seins (53 cas, 35,8%), bronches-poumon (14 cas, 9,5%).
- Polynésiennes : seins (9 cas, 37,5%), bronches-poumon (4 cas, 16,7%).

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



Lorsque l'on compare les taux d'incidence (cancers invasifs hors peau sauf mélanomes) standardisés calédoniens avec la métropole, et les pays voisins (Globocan 2012), on observe chez les hommes des taux plus bas que ceux de la métropole et des pays de la zone comme la Nouvelle-Zélande et de l'Australie, mais plus élevés que ceux des DOM (en dehors de la Martinique).

Chez les femmes, le taux d'incidence standardisé tous cancers hors tumeurs cutanées autre que mélanomes est, en 2012, un peu plus bas que ceux des pays de la zone comme la Nouvelle-Zélande et de l'Australie, ainsi que celui de la métropole. Les taux de l'Europe et de la Polynésie Française sont en revanche nettement plus bas que celui de Nouvelle-Calédonie.

On note par ailleurs que la Nouvelle-Calédonie fait partie des pays où les incidences des cancers du sein et des bronches-poumon sont plus élevées.

En conclusion, l'incidence globale des cancers en Nouvelle-Calédonie en 2012 est plus basse que celle de la métropole, de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande quel que soit le sexe.

Chez les femmes, les sites les plus incidents sont les seins, les bronches-poumon, le côlon-rectum et l'endomètre. Les cancers du sein est le 1er site chez les femmes quelle que soit la province de résidence. La suite du classement diffère selon les provinces, avec les cancers digestifs (côlon-rectum et estomac) dans les Iles Loyauté, les cancers utérins (col et corps) en province Nord et bronches-poumon en province Sud.

Chez les hommes, les cancers des bronches-poumon est la 1^{ère} localisation dans les Iles Loyauté et en province Nord, alors qu'il s'agit de la prostate en province Sud devant les bronches-poumon.

On observe également des variations selon les communautés. En effet, chez les femmes, même si le cancer du sein représente la première topographie quelle que soit la communauté, en 2^{ème} position il s'agit du côlon-rectum chez les femmes européennes et des bronches-poumon chez les mélanésiennes et les polynésiennes.

Chez les hommes, le cancer des bronches-poumons est le plus fréquent chez les mélanésien et les polynésien, alors qu'il s'agit de la prostate chez les européens.

Insuffisance rénale chronique

L'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) se définit comme une altération progressive des fonctions de filtration, d'excrétion et de sécrétion endocrine du parenchyme rénal, conséquence de lésions anatomiques irréversibles. La plupart des néphropathies évoluent, chacune à leur rythme, vers cet état dit d'urémie chronique. Lorsque l'IRC atteint un stade avancé, il devient indispensable pour la survie du patient de pallier la carence, devenue trop importante, de l'organe malade, soit par transplantation ou greffe rénale, soit par l'épuration extrarénale.

Trois structures assurent l'épuration extra-rénale par l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale.

L'hémodialyse inclut l'hémodialyse en centre (HDC), l'hémodialyse en unité médicalisée (UDM) et l'hémodialyse en unité de proximité (UHP). Si une unité d'hémodialyse dispose d'un traitement d'eau en double osmose elle peut substituer à la technique de l'hémodialyse conventionnelle, l'hémodiafiltration plus performante.

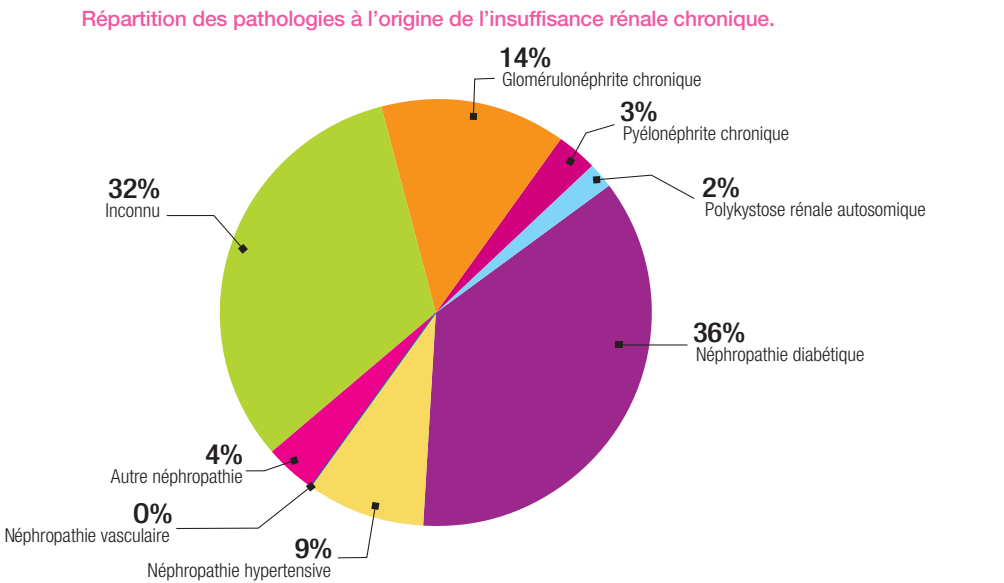
La dialyse péritonéale inclut la dialyse péritonéale chronique ambulatoire (DPCA) et la dialyse péritonéale automatisée (DPA). Le troisième mode de suppléance est la transplantation rénale.

Le nombre croissant des malades traités pour IRC justifie le fait que cette pathologie représente un problème de santé publique. En 2014, 465 personnes étaient traitées pour l'IRC, une prévalence égale à 1 730 par million d'habitants (Pmh), taux brut 58,6% plus élevé qu'en métropole en 2011 (1 091 Pmh).

Avec 88 nouveaux patients en 2014, le taux d'incidence est égal à 327 par million d'habitants, soit le taux de Taïwan où la prévalence était supérieure à 2 400 Pmh.

Les glomérulonéphrites chroniques et le diabète de type 2 restent les deux principales causes de l'insuffisance rénale chronique en Nouvelle-Calédonie.

Ces deux pathologies représentent la moitié des nouveaux patients traités, comme le montre la figure ci-dessous.



Au total, les taux bruts d'incidence et de prévalence de l'insuffisance rénale traitée en Nouvelle-Calédonie sont élevés et proches de ceux des pays comme le Japon et les USA. Toutefois, en raison de la structure par âge différente de la population calédonienne, il est probable que les taux standardisés soient en réalité plus bas.

Ces chiffres caractérisent l'importance de l'offre de soins en matière de suppléance de la fonction rénale qui est disponible en Nouvelle-Calédonie, mais ne permettent pas d'évaluer réellement la fréquence de l'insuffisance rénale chronique. Pour ce faire d'autres études seraient à envisager.

Insuffisance respiratoire chronique

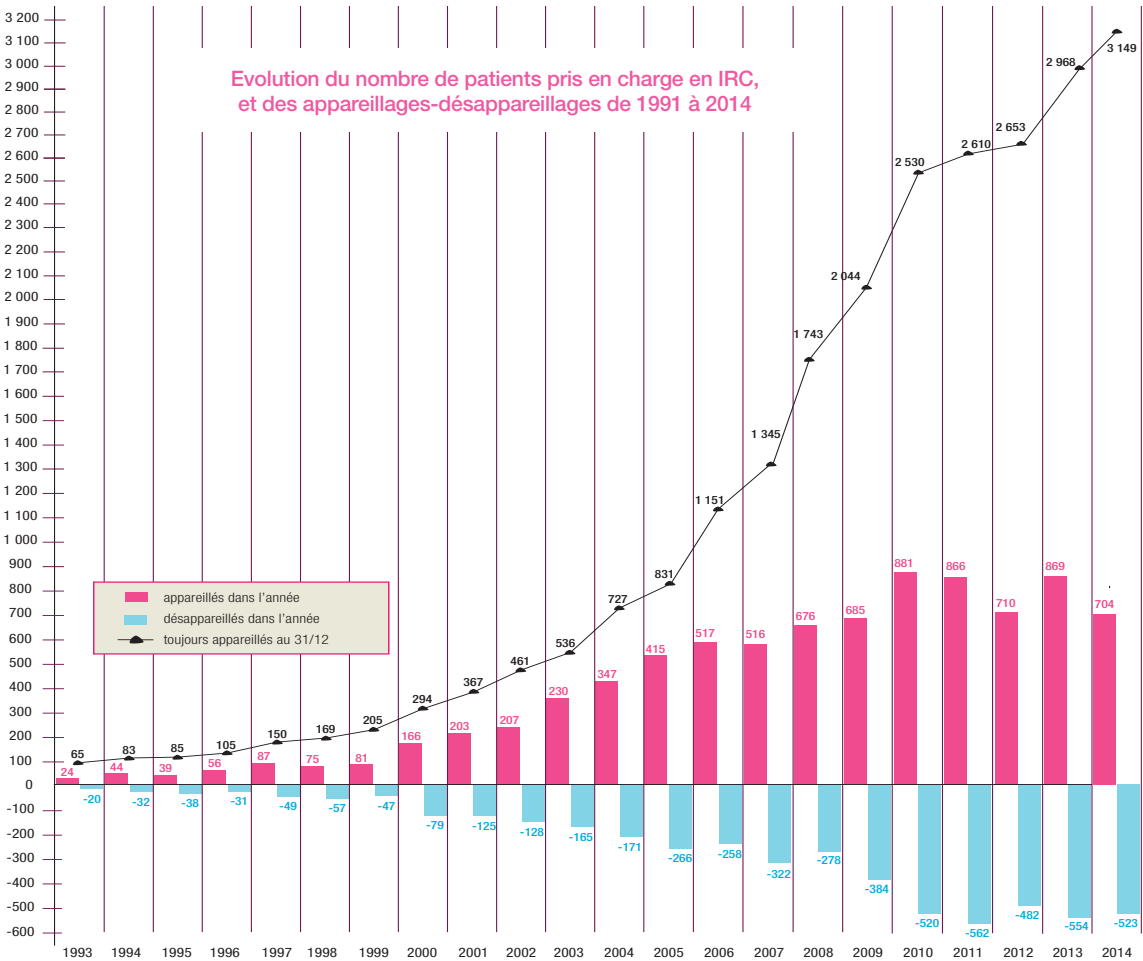
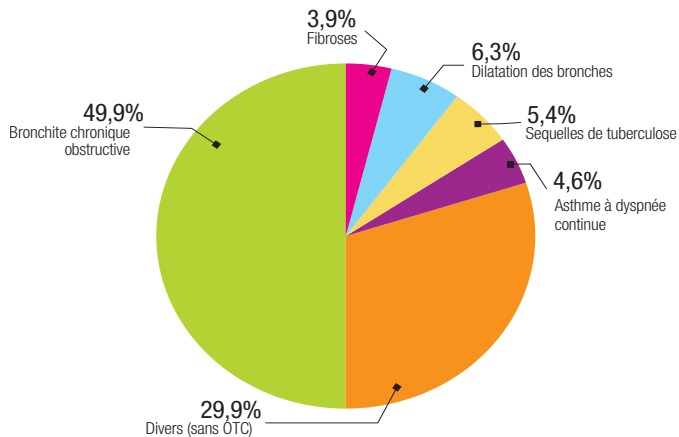
Six structures prennent en charge les traitements à domicile des insuffisants respiratoires en Nouvelle-Calédonie :

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

On distingue dans les pathologies prises en charge, deux grands groupes : l'Insuffisance Respiratoire Chronique (IRC) et le Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), qui génèrent deux grands types de traitement : l'Oxygénothérapie et la Pression Positive Continue. S'ajoutent à ces deux groupes, de manière conséquente depuis 1997,

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

Principales causes d'insuffisance respiratoire chronique en Nouvelle-Calédonie



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

Une des causes de désappareillage est le décès du patient (en moyenne 26,7% des sorties de patients en 2014). 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 (données 2013). Elle est composée à 71,9% d'hommes et 28,1% de femmes.

PATHOLOGIES MENTALES :

Modalités de prise en charge

Les patients peuvent être pris en charge soit dans le secteur privé, où des spécialistes libéraux exercent (médecins psychiatres, psychologues), soit dans le secteur public.

Pour le secteur public, le milieu hospitalier est organisé de la manière suivante :

1 - le service de psychiatrie générale comprend plusieurs unités fonctionnelles réparties en 2 secteurs :

- Le secteur intra-hospitalier du service de psychiatrie comprend cinq unités fonctionnelles pour un total de 130 lits
 - l'Unité d'Admission Libre (Pavillon 7 - UAL)
 - l'Unité Fermée et Sécurisée (2 Pavillons 5 et 5 bis - UASCUF - UASCUS)
 - l'Unité de Postcure Sans Consentement (Pavillon 6)
 - l'Unité de Postcure et Réhabilitation Psychosociale (Pavillons 2 et 3 - UPCRPS)
 - l'Unité de Long Séjour Psychiatrique (Pavillon 4 - ULSP)

Le tableau suivant résume l'activité intra-hospitalière pour l'année 2014 :

2014	Nbre lits (1)	Nbre entrées TOTAL	Nbre entrées directes	Journées d'hospitalisation	Taux d'occupation
UAL	20	786	384	5.878	80%
UASCUF	21 (+1)	593	475	6.581	90%
UASCUS	9 (+1)	241	9	2.980	82%
UPCSC	20	161	2	6.763	93%
UPCRPS	40	642	21	11.338	78%
ULSP	20	40	0	7.222	99%
TOTAL	130	2.463	821	40.757	86%

- 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.

Total consultations Psy (CMP, CHS, CATA/CSA, CHT, Centre Pénitencier, Mission,...etc) : 10 996, soit -5,5% par rapport à 2013 (n = 11 630).

Total des visites à domicile (CMP, CATA,...) : 3 941, soit aussi -5,5% par rapport à 2013 (n = 4 169).

2 - le service de psychiatrie infanto-juvénile

comprend 5 unités fonctionnelles (UF) réparties sur 4 sites à Nouméa et une antenne sur les Iles Loyautés :

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

En 2014 : baisse de la file active de -13,7% par rapport à 2013.

3 - le centre de gérontologie clinique

Le nombre de consultations s'élève à 731 (la durée moyenne de consultations est de 46 minutes) et 231 visites à domicile.

L'activité des consultations au CHHS a augmenté de 14% par rapport à 2013. la durée d'attente pour une consultation a bien diminué (3 à 4 mois, pour 6 à 8 mois en 2013). Le nombre de visites à domicile reste faible mais est supérieure à 2013.

Suicide : un aspect de la pathologie mentale

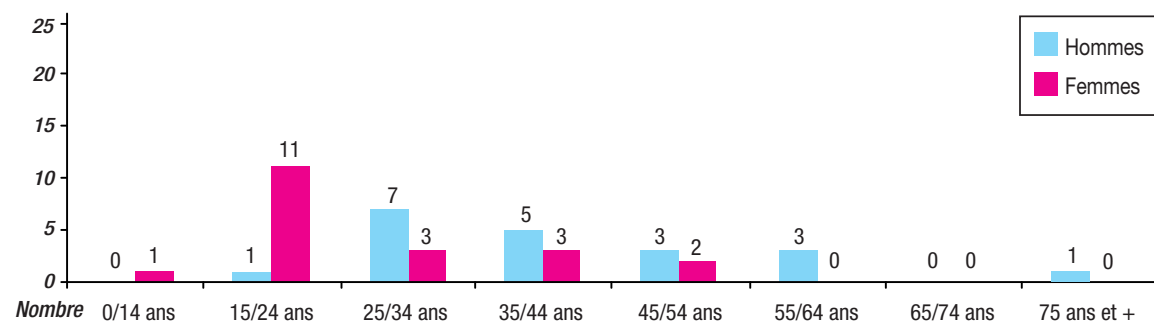
Le suicide représente un problème de santé publique majeur dans le monde, et tout particulièrement chez les adolescents. En métropole, le suicide est une cause importante de mortalité prématurée par rapport aux autres causes de décès, et touche davantage les adultes jeunes.

En 2014, on a observé 40 décès par suicide, soit 2,8% de l'ensemble des décès et 21% des décès par mort violente, ce qui représente un taux brut de mortalité égal à 14,8 pour 100 000 chez les hommes et 15,0 pour 100 000 chez les femmes et un taux standardisé égal à 13 pour 100 000 chez les hommes et 15,2 pour 100 000 chez les femmes. On constate un nombre équivalent de décès par suicide suivant le sexe en 2014.

L'âge varie entre 12 ans pour le plus jeune et 89 ans pour le plus âgé.

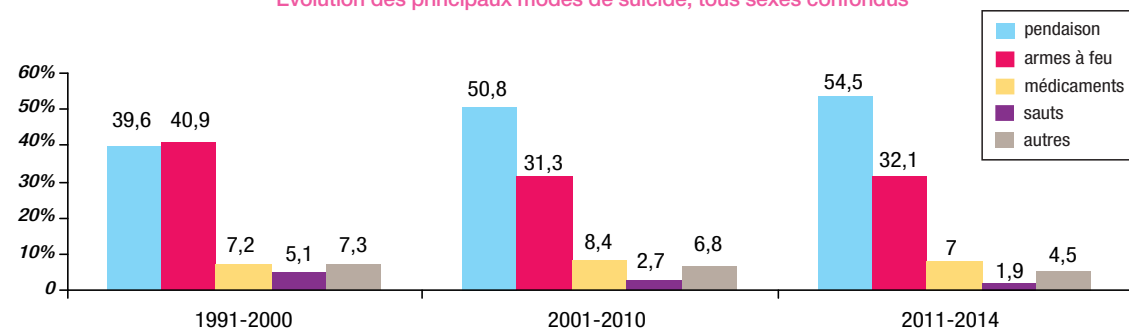
Si l'on considère le nombre de suicides par tranche d'âge, la classe d'âge la plus touchée, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, est celle des 15-34 ans avec 55% des suicides.

Nombre de décès par suicide selon le sexe et la tranche d'âge en 2014



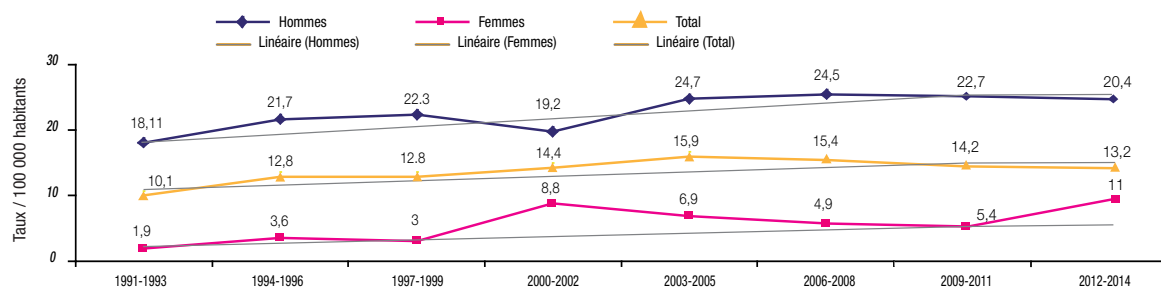
Le principal mode de suicide, en 2014, tous sexes confondus, est la pendaison et concerne 62,5% des suicides. Quel que soit le sexe, on observe une progression de la proportion des suicides par pendaison au dépend des suicides par arme à feu.

Evolution des principaux modes de suicide, tous sexes confondus



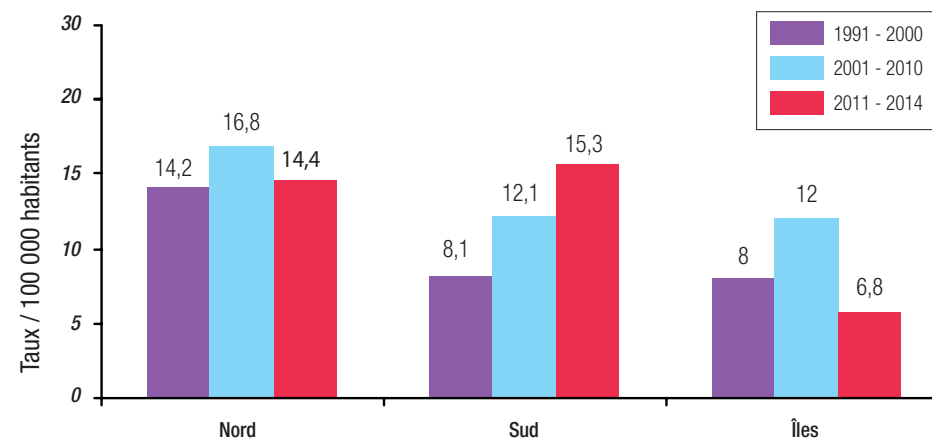
Comme nous pouvons le constater sur la figure suivante, le taux moyen annuel brut de mortalité par suicide a tendance à diminuer chez les hommes depuis 2003, et à augmenter chez les femmes depuis 2011.

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 cependant une augmentation du taux moyen annuel entre les périodes 2001-2010 dans la province Nord et la province Iles.

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



Comparaison avec la zone Europe

Le taux standardisé moyen observé en Nouvelle-Calédonie est de 14 pour 100 000, il est inférieur au taux métropolitain (14,7 décès pour 100 000 personnes en 2010).

La France se classe au 3^{ème} rang de l'Europe derrière la Finlande et l'Autriche (respectivement 26,3 et 24,0 pour 100 000).

Conclusion

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

En Nouvelle-Calédonie, le suicide semble une cause de décès moins préoccupante que dans les pays européens, et en tout cas moins importante que les décès par accident de la circulation. Toutefois, même si le taux de suicide est moins élevé que le taux de décès par accident de la circulation, il représente une cause importante de mortalité, notamment chez les jeunes hommes, qui pourrait être évitable.

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

Consommation de psychotropes

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

Les consommations d'ensemble restent assez stables sur la période observée.

On note une augmentation lente et progressive de la consommation des hypnotiques. Du fait de leur surconsommation, ces médicaments ont subi une baisse de leur taux de prise en charge en métropole.

Tout comme pour la méthadone (stupéfiant), la consommation de buprénorphine, utilisée dans le sevrage aux opiacés, augmente progressivement. Ceci est lié à une amélioration de la prise en charge des patients grâce à l'ouverture du Centre de soins en addictologie.

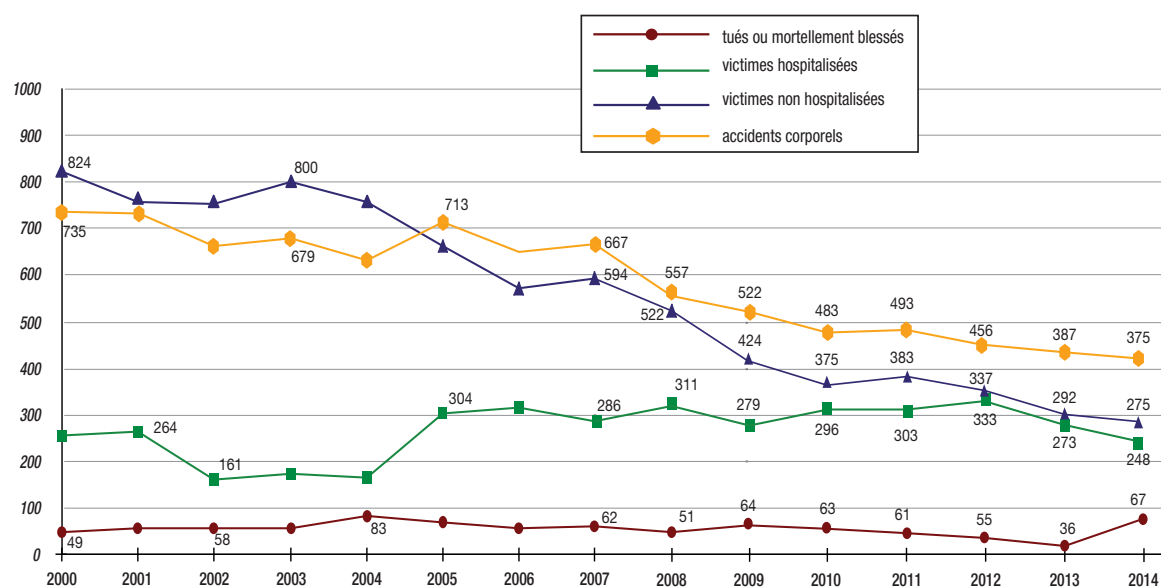
Accidents de la circulation

Parc automobile : en 2014, 11 707 nouveaux véhicules ont été immatriculés en Nouvelle-Calédonie, 11 210 en 2013 (source DITTT : site ISEE).

Accidents corporels : en 2014, on a enregistré 375 accidents avec dommages corporels constatés sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie qui ont occasionné 67 personnes tuées, soit 11,3% de l'ensemble des 590 victimes (dont 248 blessés hospitalisés et 275 blessés non hospitalisés).

En 2014, on observe une diminution de -3,1% du nombre d'accidents corporels par rapport à 2013 et de -1,8% du nombre de victimes, mais un indice de gravité plus élevé particulièrement hors zone urbaine. Si le nombre des accidents baisse régulièrement, ils sont cependant beaucoup plus graves et mortels que les années précédentes.

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



Pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, en 2014, les deux principaux facteurs présents dans les accidents mortels sont :

- la vitesse inadaptée ou excessive dans 30 accidents sur 50 (60%),
- la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique et/ou sous l'emprise de stupéfiants dans 28 accidents sur 45 (62,2%) dont : 13 accidents alcool seul, 10 accidents association d'alcool et de cannabis et 5 accidents cannabis seul.

A titre comparatif, la Nouvelle-Calédonie atteint un taux brut de 249,3 tués pour 1 million d'habitants (pop. recensée 2014) soit 4,7 fois plus qu'en France métropolitaine où le taux est de 52,7 tués/million d'habitants (pop. au 1er janvier 2015).

Rappel : Une étude sur l'impact sanitaire des accidents de la voie publique (AVP) en Nouvelle-Calédonie (bilan de l'année 2011) a permis les conclusions suivantes sur 385 individus hospitalisés au minimum 24h ou décédés. Les coûts directs qui prennent en compte les premiers secours, les services de transport sanitaire, les soins médicaux, les médicaments et appareillages spéciaux, la rééducation, les soins à domicile et les coûts directs subséquents s'élèvent à 2,6 milliards. Les coûts indirects qui regroupent la valeur de la production non réalisée en raison de l'incapacité et des décès prématurés est à hauteur de 13 milliards. Les coûts intangibles, composés de divers préjudices extrapatrimoniaux comptent pour 1,2 milliards. Et, pour finir, les dégâts matériels représentent environ 0,2 milliard. Au total les AVP 2011 ont coûté 17,1 milliards à la société.

Pathologies et accidents du travail

MÉDECINE DU TRAVAIL

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

1 - Le Service Médical Interentreprises du Travail (SMIT) a pour mission d'assurer le suivi de médecine du travail des salariés du régime CAFAT pour les entreprises qui ne possèdent pas leur propre service. En 2014 le SMIT avait en charge 80 906 salariés à surveiller pour 12 732 entreprises.

En 2014, 32 389 visites ont été effectuées contre 31 859 en 2013.

Le nombre de visites périodiques est de 14 144 et celui des non périodiques est de 18 245.

Parmi les visites non périodiques il y a les visites d'embauche, les visites de reprise de travail après une maladie, les visites occasionnelles.

Au total, 32 047 décisions ont été prises au cours de l'année 2013. Parmi les personnes examinées 27 501 ont été déclarées aptes. Les autres personnes ont été déclarées aptes avec restriction ou inaptes. 8 maladies professionnelles ont été dépistées. 4 troubles musculo-squelettiques, 3 cas de gale et 1 cas dû au bruit ont été déclarés par les médecins du SMIT et acceptés par le service AT de la CAFAT.

2 - Le Département médical de la Société Le Nickel (SLN) se compose de deux services : médecine de soins et médecine de prévention. La médecine de soins réalise les consultations spontanées ainsi que les vaccinations. La médecine de prévention se charge du contrôle médical des salariés lors de la visite médicale d'embauche et de la visite médicale périodique. La visite médicale périodique s'effectue tous les ans pour la majorité du personnel. Les personnels très exposés, tels les soudeurs d'électrodes, passent la visite périodique tous les six mois. Ce département effectue la surveillance médicale spéciale, les visites médicales de reprise, les examens complémentaires.

Il surveille également les personnes handicapées et les femmes enceintes. Les salariés soumis à la surveillance médicale spéciale sont les salariés affectés aux travaux dangereux ou comportant des risques déterminés par l'arrêté n°4775-T du 10 décembre 1993, l'article 1 134 alinéa 1, ligne 2 et ligne 3. Les visites médicales de reprise sont effectuées après les accidents de travail, les maladies professionnelles, les absences supérieures à un mois ou les absences répétées.

Les examens complémentaires pratiqués sont les suivants : bilans sanguins, urinaires, radiologiques, cardiologiques, neurologiques, gastroentérologiques, ORL, ophtalmologiques, toxicologiques, dermatologiques et des surveillances particulières comme la Nickélurie, l'épreuve fonctionnelle respiratoire, la radiographie pulmonaire grand format et le travail sur écran.

Chiffres 2014 : 6 sites, employant au total 2 327 salariés, ont été suivis par le médecin du travail.

Au total, 3 698 examens médicaux ont été effectués dont 2 047 examens périodiques et 1 651 pour les visites d'embauche, les accidents de travail et les visites de reprise. 10 819 examens complémentaires ont été pratiqués.

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

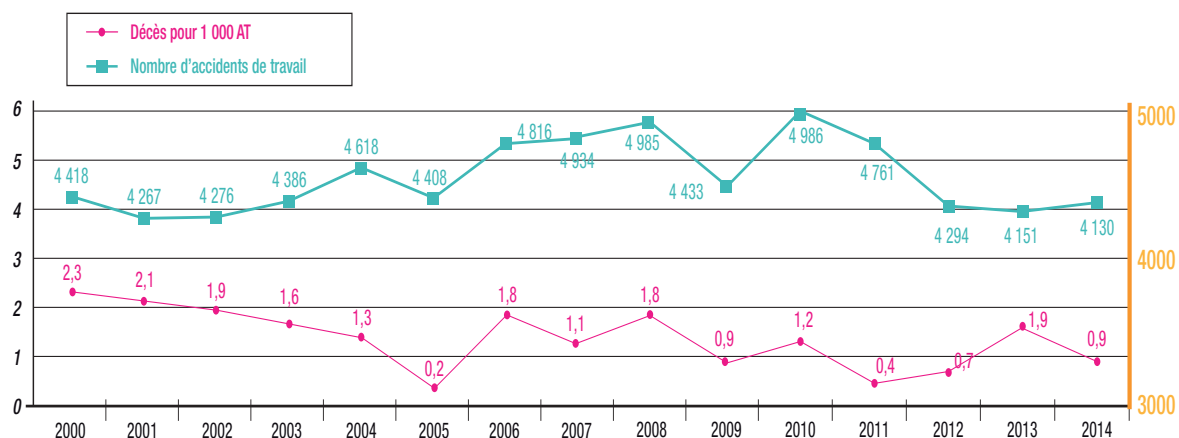
En 2014, il surveille environ 3 000 personnes pour le CHT (fonctionnaires et contractuels), le CHS et l'institut Pasteur.

ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT) :

A partir des données de la CAFAT : en 2014 ont été enregistrés 4 130 accidents du travail soit une augmentation de 1,4% par rapport à 2013. 214 accidents de trajet avec arrêt de travail (+8,6% par rapport à 2013) et 103 maladies professionnelles (+27,1% par rapport à 2012). Le nombre de journées d'arrêt indemnisées (190 172) est en augmentation par rapport à 2013 (+11,6%).

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

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



En 2014, on constate une augmentation du nombre des accidents de travail, une augmentation des accidents de trajet et des maladies professionnelles par rapport à 2013.

Addictions : alcool, tabac, stupéfiants

ALCOOL

Consommation :

En 2014, **2 016 151 LAP** (litres d'alcool pur), ont été consommés en Nouvelle-Calédonie, soit une hausse de 5% par rapport à 2013.

La proportion de bière consommée en 2014 représente **41,6%** de la consommation totale.

Cette proportion baisse légèrement malgré une hausse de la consommation de 3,2%.

On note une augmentation (11,3%) de la consommation de vin par rapport à 2013. En 2014 elle représente **35,4%** de la consommation totale.

La proportion d'alcool fort représente **23%** de la consommation totale, soit une diminution de la consommation de -0,5% par rapport à 2013.

Conséquences de l'alcoolisme :

En Nouvelle-Calédonie, les conséquences de la consommation d'alcool et en particulier de la consommation excessive sont plus fréquemment sociales ou, dans le domaine sanitaire, associées à des pathologies traumatiques ou chroniques.

Mortalité

En Nouvelle-Calédonie on recensait, à partir des certificats médicaux de décès, 32 décès liés totalement ou très majoritairement à l'alcool en 2014, soit 2,2% du nombre total de décès, soit un taux brut annuel égal à **13,6 décès** pour 100 000 habitants.

Entre 1991 et 2014, 801 décès liés à l'alcool ont été enregistrés et représentent **3% des décès survenus depuis 24 ans**, soit un taux moyen brut égal à **16,2 décès** par an pour 100 000 habitants.

Outre ces 801 décès, on peut y inclure les décès, pour lesquels l'alcoolisme, aigu ou chronique, a été indiqué en renseignement complémentaire soit **604 décès** supplémentaires, ce qui porte ainsi à **1 405** le nombre de décès imputables à l'alcool.

Estimation élargie : **2 905 décès, 10,7%** (nombre de décès attribuables à l'alcool d'après l'étude de Catherine HILL et Jean Pierre PIGNON).

Les comportements chez les jeunes :

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

La **dernière enquête ESCAPAD** s'est déroulée en mars 2014 dans l'ensemble des centres métropolitains ainsi que ceux de la Guyane, Martinique, Guadeloupe et la Réunion.

TABAC

Le monopole des tabacs en Nouvelle-Calédonie a été institué par le décret du 17 octobre 1916.

La Régie Locale des Tabacs, section du service des contributions diverses au sein de la Direction des Services Fiscaux, est chargée d'assurer la distribution des produits du monopole des tabacs.

Dans ce chapitre, l'unité de tabac est : 1 cigarette = 1 cigare = 1 gramme (convention Seita).

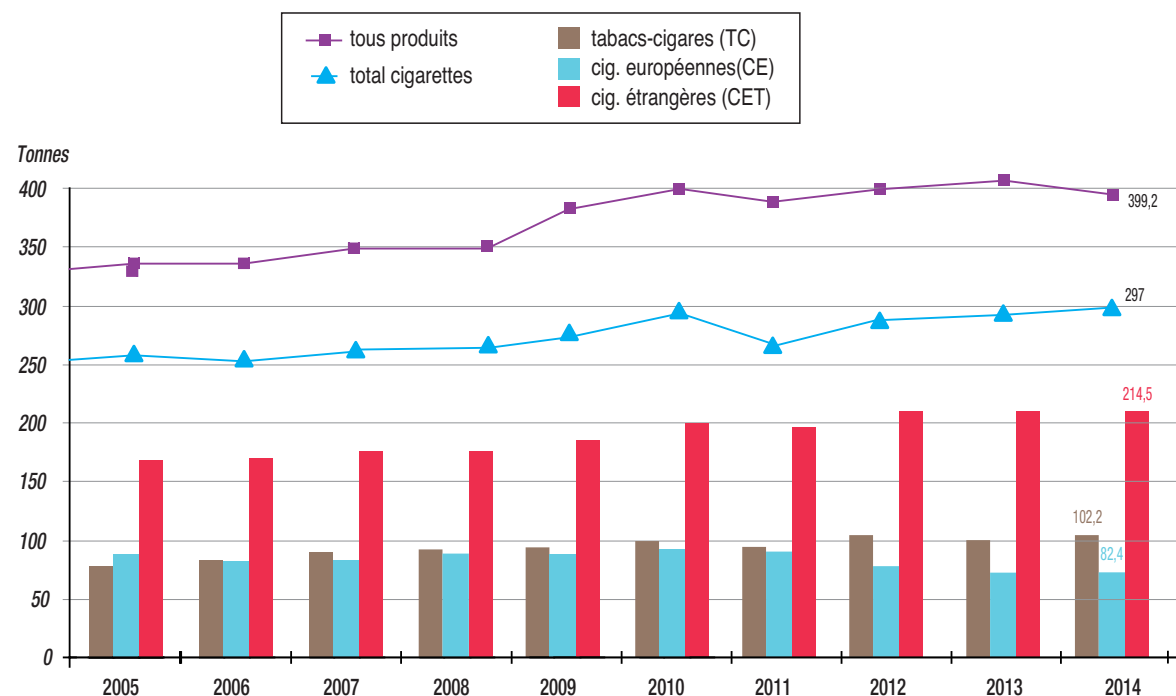
Pour l'année 2014, la vente totale de tabac est établie à : **399,2 tonnes**, soit **-0,7%** de moins qu'en 2013.

En dehors de la baisse en 2011, la consommation de tabac ne cesse d'augmenter même si l'on enregistre une légère baisse en 2014 par rapport à 2013.

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.

Les recettes encaissées par la régie locale des tabacs ont cependant augmenté de 0,5% en 2014 par rapport à 2013.

Evolution de la consommation des produits.



Conséquences du tabagisme

Morbidité : les principales pathologies liées au tabagisme et pour lesquelles il est possible de disposer de données en matière de morbidité sont les cancers respiratoires (poumon et bronches, larynx,...) ainsi que, partiellement, les pathologies respiratoires prises en charge dans le cadre de la ventilation ou de l’oxygénothérapie à domicile.

Ainsi les dernières données annalysées du registre du cancer de Nouvelle-Calédonie montrent qu'en 2011, on enregistrait **151 nouveaux cas de cancers de l'appareil respiratoire**.

Mortalité

Parallèlement à la morbidité, il est possible de quantifier la mortalité liée au tabagisme à partir de l’analyse des certificats médicaux de décès qui sont enregistrés depuis 1991 en Nouvelle-Calédonie. Le nombre de décès attribuables au tabac est obtenu en multipliant le nombre total de décès dus à une cause donnée par les risques attribuables au tabac, lesquels ont été estimés à partir d’une enquête de cohorte réalisée par l’American Cancer Society.

Lorsque l’on applique le coefficient de risque à chacune des pathologies liées au tabac, on obtient alors 3 008 décès chez les hommes et 372 chez les femmes, qui seraient attribuables au tabac, soit **12,4% des décès**, ce qui représenterait un taux brut moyen de décès attribuables au tabac égal à **57,5 pour 100 000** (1991-2014).

En France métropolitaine, en 2010, on estime que 47 000 décès annuels par cancer seraient consécutifs au tabac, dont environ 28 000 cancers du poumon.

DROGUES ILLICITES

Les informations proviennent des saisies de stupéfiants opérées par les services de police, de gendarmerie et des douanes, informations déclarées annuellement à l’inspection de la pharmacie par ces services. Le principal produit en cause en Nouvelle-Calédonie demeure, de très loin, le cannabis.

D’autres petites saisies diverses sont parfois réalisées.

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

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

Saisies (en g)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabis	2 045 060	3 458 102	3 156 117	1 843 062	4 309 063	5 389 723	217 707	437 883	315 864	231 318
Résine de cannabis	281	2	1	41	31	71	1 300	234	137	139
Huile de cannabis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pieds de cannabis								20 977	16 054	24 480
Cocaïne	198	0	3	0	1	1	3	1981	34	21
Héroïne	0	0		0	0	0	0	0	0	0
LSD	0	0	8							
buvards	0	17 buvards	0,04 g	0	0	15	475			
Ecstasy - MDMA	0	0		1	1	0	2	12	0	36
Metham-phétamine	0	0		0	0	0	1	0	534	0
Cannabinoides de synthèse							2 980	34	0	0
NPS				0	0	0	0	0	534 (4MEC)	30
méthadone					450					
subutex										3 cp

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).

A noter :

- Depuis 2013 le Biak (ou Krotom ou Mitragyna speciosa) est classé comme stupéfiant en Nouvelle-Calédonie. Les composants psychoactifs contenus dans les feuilles sont des opiacés : la mitragynine et la 7-hydroxy-mitragynine, beaucoup plus puissantes que la morphine.
- La consommation de méthadone (utilisée dans le sevrage aux opiacés) est en constante augmentation, ceci est lié à une amélioration de la prise en charge des patients grâce à l’ouverture du Centre de soins en addictologie.



APPROCHE PAR POPULATION

Femmes

Au recensement de 2014, la population féminine est de **133 225 femmes**, 53,1% d'entre elles 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 où l’activité liée à la contraception s’est développée de façon importante grâce sans doute aux campagnes de promotion de la contraception et à l’implication de tout le corps médical quel qu’en soit le mode d’exercice et ceux du centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;

- En 2014, au CCF, on note une augmentation de consultations pour contraception (+16,4% par rapport à 2013) avec une utilisation de plus en plus fréquente de l’Implanon fourni gratuitement depuis 2008 (sauf aux CAFAT et mutuelles).
- Malgré une réorganisation de l’activité du médecin avec abandon de l’activité gynécologique de prévention et de dépistage, la file active en PMI reste intense.

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

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

En 2014, on peut estimer à au moins 36 235 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 51,2% de la population féminine concernée. Une valeur cependant sous estimée par rapport aux années précédentes puisque la plupart des partenaires n’ont pas fourni leurs données. Les données antérieures ont donc été reportées pour l’année 2014.

IVG

Rappel 2013

Les modalités d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont été définies en Nouvelle-Calédonie par délibération du 22 septembre 2000 et sont mises en application depuis le 1er janvier 2001. C'est à partir de l'enquête annuelle Recueil de l'Offre de Soins et de l'Activité (ROSA) que le taux d'IVG pour 1 000 femmes à été calculé. En 2013, 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 **21,9 pour 1 000**. Cette estimation 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 15 en 2011.

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 2014, 30 240 frottis ont été réalisés en Nouvelle-Calédonie par les deux laboratoires d'analyses (soit +15,5% de plus qu'en 2013), hausse principalement due à la mise en place de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'ASSNC en novembre 2011. 4,1% de ces frottis présentaient des lésions pathologiques.

MATERNITÉ

L'âge de la mère à la naissance augmente de façon régulière depuis 30 ans. En 1980 pour le premier enfant, l'âge moyen de la mère était égal à 23,9 ans contre 27 ans en 2012 (13%) (chiffre ISEE).

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS

On note en 2014, une baisse de césariennes dans le secteur par rapport à 2013 (en Métropole, le taux de césariennes semble se stabiliser autour de 21%).

2014	Secteur public	Secteur privé	Total
Nombre d'accouchements	2 694	1 731	4 425
Nombre de césariennes	492	397	889
% de césariennes / accouchements	18,3	23,0	20,1

Source : Réseau Périnatal de Nouvelle-Calédonie

DÉCÈS MATERNELS

La mort maternelle entendue à l'origine comme le décès d'une femme donnant naissance à un enfant, a été étendue depuis quelques années à tout décès de cause obstétricale survenant au cours de la grossesse, l'accouchement ou dans les suites de couches jusqu'à 42 jours (définition A de l'OMS). Cette définition reprend celle élaborée par la Fédération internationale de gynécologie obstétrique, ce qui amène à inclure les décès liés aux avortements et aux grossesses extra-utérines et à exclure tout décès dont l'origine est accidentelle ou fortuite même s'il survient au cours de la grossesse (accident de la route, suicide ou homicide, tumeurs et pathologies diverses), s'il est sans rapport avec l'état gravide. Pas de décès maternel enregistré en 2014 (2 en 2012) soit un total de 27 depuis 23 ans. Pour la période 1991-2014, le taux moyen s'établit donc à **26 pour 100 000 naissances vivantes**. En raison du faible nombre de cas enregistrés chaque année, ce taux est soumis aux aléas des petits nombres, il faut donc être prudent dans son interprétation, ce qui ne dispense pas d'une attention particulière à porter dans l'analyse de ces causes de décès.

Enfants

ENFANTS NÉS PRÉMATURÉMENT

4 425 naissances ont été enregistrées en 2014 (source : réseau périnatal de Nouvelle-Calédonie). Elles sont réparties de la manière suivante :

LIEU	2012			2013			2014		
	âge gestat. < 37 sem	naissances totales	% de gest < 37 sem	âge gestat. < 37 sem	naissances totales	% de gest < 37 sem	âge gestat. < 37 sem	naissances totales	% de gest < 37 sem
Hôpital P. Thavoavianon	18	319	5,6	15	322	4,6	23	323	7,1
CHT	356	2 276	15,6	358	2 397	14,9	345	2 371	14,5
Polyclinique Anse Vata	20	800	2,5	18	768	2,3	15	780	1,9
Clinique Magnin	32	1 046	3,0	19	960	2	26	951	2,7
Total des données disponibles	426	4 441	9,6	410	4 447	9,2	409	4 425	9,2

A partir de ces données, on peut estimer le taux de prématurité à au moins 9,2%. Ce taux reste plus élevé que celui de la métropole (7,4% en 2010).

CAUSES DE MORTALITÉ INFANTILE

631 décès d'enfants de moins d'un an ont été enregistrés entre 1991 et 2014. Les pathologies d'origine périnatale (souffrances fœtales, infections néonatales, pathologies respiratoires spécifiques à la période néonatale...) représentent la principale cause de décès avec 35,2% des décès, puis les anomalies congénitales avec 15,8% des décès (essentiellement représentés par les anomalies cardiovasculaires et du système nerveux : 49,5%), les pathologies infectieuses : 50 cas. A noter 71 cas de mort subite du nourrisson observés sur cette période, soit 10,7% de l'ensemble de ces décès. Ces chiffres confirment la nécessité du suivi des grossesses, afin de dépister le plus précocement possible toute pathologie congénitale, mais aussi de dispenser des informations aux mères sur la nécessité d'accoucher dans une structure médicalisée afin de mieux prendre en charge à la naissance tout enfant présentant une pathologie périnatale.

JEUNES ENFANTS

L'activité préventive liée au suivi des enfants dans les structures provinciales : L'une des missions des consultations de médecine préventive est de s'assurer que les vaccinations des enfants soient à jour et le cas échéant, de vacciner les enfants.

En effet, en Nouvelle-Calédonie, la réglementation prévoit pour les enfants des vaccinations obligatoires contre certaines maladies transmissibles comme la diphtérie, le tétanos, la polio, la tuberculose, la coqueluche, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite virale B depuis 1989, les infections à haemophilus B depuis 1994. Depuis 2006, la vaccination contre le pneumocoque est recommandée à partir de 2 mois. Toutes ces vaccinations sont prises en charge à 100% par les organismes de prévention sociale. 5 154 vaccins réalisés et fournis par la DPASS SUD (-4,3% qu'en 2013).

LES VISITES SCOLAIRES SYSTÉMATIQUES

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

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

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

En 2014, le centre médico-scolaire de Nouméa a effectué 11 810 visites médicales (en classe maternelle, primaire université et classes spécialisées). En province Nord, 3 451 enfants ont été examinés (2012).



ORGANISATION DES SOINS

Démographie des professionnels de santé

MÉDECINS

Les résultats présentés sont issus de l'exploitation du fichier des professionnels de santé géré par l'Inspection de la Santé à la DASS-NC, croisé avec les données des fichiers de la CAFAT, et celui de l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie.

Pour 2014 les chiffres ont été arrêtés au 1er janvier 2015.

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

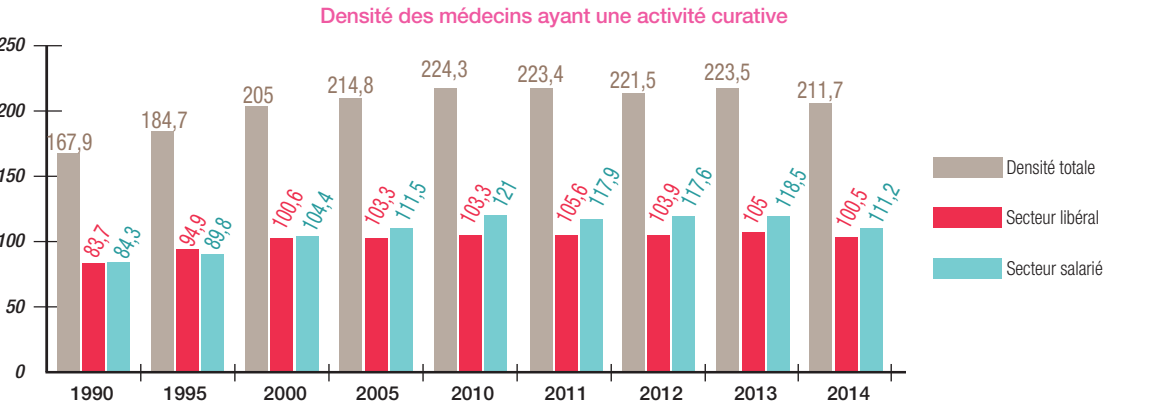
Sont exclus :

- les médecins effectuant un remplacement ; le titulaire du poste ou le médecin remplacé restant comptabilisé,
- les internes,
- les médecins dont le diplôme est enregistré, mais non encore installés ou à la recherche d'un emploi.

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

639 médecins étaient en activité en 2014 (270 exerçaient dans le secteur libéral et 369 étaient salariés), soit une baisse de 1,7% par rapport à 2013. En 2014, on constate une baisse de l'effectif des médecins du secteur salarié de 2,1%, et une diminution de 3,2% du secteur libéral. En 2014 la densité est de 237,7 médecins pour 100 000 habitants.

Parmi ces 639 médecins, 589 avaient une activité curative, les autres développant une activité de prévention ou des fonctions médico-administratives.



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

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

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

- province Sud : 241,3 ;
- province Nord : 136,0 ;
- Iles Loyauté : 98,4.

289 (soit 50,5%) des médecins curatifs en activité, sont des omnipraticiens, soit une densité égale à **107,5 pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, densité plus faible que celle de la France métropolitaine estimée à 133,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants** (estimation ATLAS de la démographie médicale en France - CNOM au 1er janvier 2015). **90,4%** des généralistes de la province Sud exercent dans la zone de Nouméa et du Grand Nouméa, soit une densité égale à **109,7** pour cette zone contre **103,7** pour l'ensemble des autres communes de la province Sud.

280 médecins spécialistes curatifs étaient en activité en 2014, ce qui représente une densité de **104,2** spécialistes pour 100 000 habitants en Nouvelle-Calédonie (cette densité atteint **177,1** en France métropolitaine : source Atlas de la démographie médicale en France - CNOM au 1er janvier 2015). La densité est plus élevée en province Sud (**132,2**) et plus particulièrement à Nouméa (**246,2**), en raison de la présence des principaux établissements hospitaliers et plateaux techniques.

62% des médecins spécialistes curatifs exercent une spécialité médicale, **28%** une spécialité chirurgicale.

Répartition des médecins spécialistes (curatifs) par grandes disciplines

	Spécialité médicale	Spécialité chirurgicale	Psychiatrie	Biologie médicale
Effectif	174	78	23	7
Pourcentage	62%	28%	8%	2%

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 2014.

La densité des chirurgiens-dentistes en Nouvelle-Calédonie est de 47 pour 100 000 habitants (N=126). 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 30 pour 100 000 habitants (N=81). En France Métropolitaine, la densité moyenne est égale à 63,6 pour 100 000 au 01/01/2014.

La densité totale des masseurs-kinésithérapeutes en Nouvelle-Calédonie est de 52,1 pour 100 000 habitants (N=140), celle des libéraux est de 41,3 pour 100 000 habitants (N=111). En France Métropolitaine, la densité est de 126,3 au 01/01/2014.

La densité de l'ensemble des infirmiers (soins généraux, spécialisés et cadres) est de 558 pour 100 000 habitants en Nouvelle-Calédonie (N=1 501) soit une augmentation de 9,6 par rapport à 2013. En France Métropolitaine, la densité des infirmiers était de 971,9 au 01/01/2014.

La densité des sages-femmes en Nouvelle-Calédonie, est de 193,5 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2014 (N=137). En France Métropolitaine, cette densité est égale à 148 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (source CNAM au 01/01/2014).

La densité de pharmaciens, toutes catégories confondues, est de 73,7 pour 100 000 habitants (N=198) en Nouvelle-Calédonie pour 2014. En France Métropolitaine, cette densité est plus élevée et était égale à 113 au 01/01/2014.

Établissements

LITS ET PLACES D’HOSPITALISATION (AU 31 DÉCEMBRE 2013)

Disciplines de court séjour :

Médecine : La Nouvelle-Calédonie dispose de 295 lits d’hospitalisation complète et 24 places en hospitalisation de jour dans les disciplines médicales.

Chirurgie : Les capacités dédiées aux spécialités chirurgicales sont constituées de 213 lits d’hospitalisation complète et de 46 places de chirurgie ambulatoire.

Obstétrique : 89 lits et 2 places sont installées pour répondre aux besoins en gynéco-obstétrique.

Soins critiques : 12 lits de réanimation et 27 lits de soins intensifs sont installés au CHT Gaston Bourret.

Au total : les disciplines de court séjour représentent 609 lits installés en hospitalisation complète (HC) et 99 lits en hospitalisation de jour (HJ).

La psychiatrie

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

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

Gériatrie :

- 54 lits destinés à prendre en charge les personnes âgées sont installés au CHS Albert Bousquet.
- 13 lits de Centre Raoul Follereau, géré par le CHT, accueillent en outre des personnes âgées sur une activité de long séjour à vocation médico-sociale.

Les Soins de Suite et de Réadaptation (moyen séjour)

La Nouvelle-Calédonie dispose de 70 lits de soins de suite, et de 28 lits de rééducation fonctionnelle, répartis comme suit :

- 36 lits de soins de suite gérés par le CHT ;
- 20 lits de soins de suite à orientation gériatrique installés au CHS ;
- 14 lits de soins de suite installés sur le site de Poindimié du Centre hospitalier du Nord et 14 lits de rééducation fonctionnelle ;
- 14 lits de rééducation fonctionnelle gérés par le CHT, mais installés dans les locaux du CHS.

Répartition 2013 des lits et places d'hospitalisation par site en Nouvelle-Calédonie (HC : hospitalisation complète - HJ : hospitalisation de jour)

	CHT		CHN Koumac		CHN Poindimié		Cliniques		CHS		TOTAL	
	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ	HC	HJ
Médecine	214	18	17	0	14	0	50	6			295	24
Chirurgie	133	8	13		0		67	38			213	46
Gynéco-obstétrique	47	2	9		0		33	0			91	2
Réanimation, soins intensifs	39				0		0				39	0
Soins de suite	36				14				20		70	0
Rééducation fonctionnelle	14				14						28	0
Psychiatrie adulte									111	58	111	58
Pédopsychiatrie										25	0	25
TOTAL	483	28	39	0	42	0	150	44	131	83	845	155

Les lits polyvalents de proximité

Certains centres médico-sociaux disposent de lits d’observation, étiquetés lits de médecine et d’obstétrique ; les particularités géographiques de la Nouvelle-Calédonie ont en effet contraint les collectivités provinciales à équiper leurs structures de soins de lits physiques à vocation multiple : une capacité de 66 lits de médecine (19 en province Sud, 7 en province Nord et 40 en province des Iles) et de 25 lits d’obstétrique (6 en province Sud, 2 en province Nord et 17 en province des Iles) était ainsi comptabilisée en 2004.

Ces lits n’ont jamais fait l’objet d’une demande d’autorisation au sens des délibérations modifiées n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie et n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d’organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.

Le nombre de lits installés au sein des CMS a évolué, seuls 78 lits (63 de médecine et 15 d’obstétrique) étant actuellement physiquement présents.

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

STRUCTURES PARAPUBLIQUES (2011-2013)

La Mutuelle du Nickel est composée :

- du Centre Médical de Doniambo, à Nouméa, où exercent 2 ophtalmologistes, 3 chirurgiens-dentistes (2 à temps plein et 1 à temps partiel) et 1 médecin généraliste ;
- de deux centres d’optique, l’un au Quartier Latin et l’autre à Doniambo, où exercent 3 opticiens lunetiers ;
- de deux cabinets dentaires, situés à Thio et à Kouaoua. Un seul dentiste exerce sur les deux centres.

En moyenne :

12 500 consultations d’ophtalmologie,

12 000 consultations dentaires sont effectuées chaque année.

La Mutuelle des Fonctionnaires :

Elle met à disposition :

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

Il faut compter plus de **3 000** consultations dentaires réparties dans les 4 centres, et **8 000** consultations médicales pratiquées sur Nouméa et Boulari.

La CAFAT :

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

- 17 médecins dont 10 généralistes ;
- 4 chirurgiens dentistes ;
- 2 médecins radiologues (à temps partiel) ;
- 2 médecins spécialistes effectuant des vacations ;
- 1 pharmacien biologiste ;
- 3 infirmières.

L’activité médicale des Centres se décompose pour les différentes sections de façon suivante :

Sections	Total des actes 2012 après conversion	Total des actes 2013 après conversion	Evol. 2012-2013
Médecin générale	27 659 C	35 888 C	+ 29,7%
Médecine spécialisée (cardiologie, ORL, ophtalmologie)	6 667 Cs	6 343 Cs	- 4,8%
Radiologie	246 003 Z	244 621 Z	- 0,5%
Dentaire	168 139 Sc	142 914 Sc	- 15,0%
Laboratoire	1 771 239 B	1 732 739 B	- 2,2%
Infirmierie	26 263 AMI	n.d	n.d

LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

Moyens et activité du service de santé des armées au 31 décembre 2013.

Infirmeries	Lits	Personnel Médecins	Personnel Infirmiers	Nombre de Journées	Nombre de consultations
Centre de consultations interarmées', Nouméa	12	3	4 ⁽¹⁾	137	5 016
Régiment d'infanterie de marine du Pacifique à Plum	7	2	4 ⁽¹⁾	30	2 559
Base aéronavale de Tontouta	4	1	2	0	428
Régiment du service militaire adapté de Koumac	0	1	2	0	2 531
TOTAL	23	7	12 ⁽¹⁾	167	10 534

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

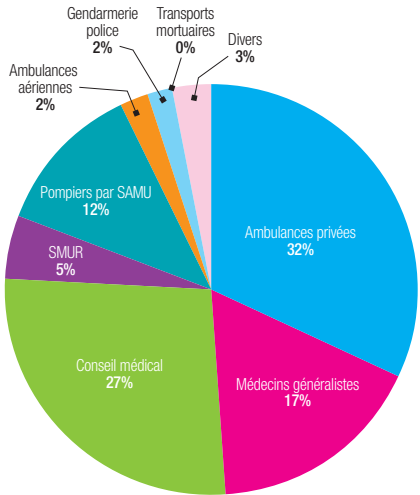
⁽¹⁾ dont 1 infirmier en mission de courte durée

URGENCES

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

Les deux unités d'urgence, de Gaston Bourret et de Magenta, ont enregistré durant l'année 2014 : 46 302 passages contre 47 315 en 2012, soit une diminution de 2,2% (-1% à Magenta et -3% à Gaston Bourret). 23,2% de ces passages ont entraîné une hospitalisation : 31,2% à Gaston Bourret et 13,4% à Magenta.

Résultats du SAMU - SMUR : le centre 15 a reçu 30 135 appels qui ont été médicalisés en 2014 soit 3% de moins qu'en 2013. Ces appels ont été traités comme suit (rappel 2013) :



Secteur médico-technique

Transfusion sanguine

ACTIVITÉ SYNTHETIQUE	2011	2012	Evolution 2011/2012
Personnes présentées	7 605	6 895	-9,4%
Dons du sang	6 117	6 117	-9,7%
Saignées thérapeutiques	490	490	-14,4%
DISTRIBUTION SERVICE DE TRANSFUSION SANGUINE	13 604	13 081	-4%
Produits sanguins labiles	7 134	6 380	-10,6%
Médicaments coûteux dérivés du sang	6 470	6 701	+3,6%

Activité de prélèvement

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

Activité de distribution

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

Biologie médicale

Dans le secteur public, il existe un laboratoire de biochimie et d'hémostase au Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret et un laboratoire au Centre Hospitalier THAVOAVIANON à Koumac. L'Institut Pasteur, essentiellement orienté vers la sérologie, l'hématologie, la microbiologie avec une activité d'anatomo-cytopathologie, est une fondation privée reconnue d'utilité publique qui a pour mission de contribuer à la prévention et au traitement des maladies par des actions de santé publique, la recherche et la formation. Le laboratoire d'analyses médicales du Centre Médico-Social de la CAFAT est installé au Receiving. Y sont réalisés les examens de chimie, d'hématologie, et de microbiologie. Quatorze laboratoires d'analyses médicales sont agréés dans le secteur privé, huit à Nouméa, un à Dumbéa, deux au Mont-Dore, un à Koné, un à Païta et un à Bourail.

Imagerie médicale

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

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

PHARMACIES

66 officines de pharmacie sont autorisées et ouvertes au public : 62 en secteur libéral, et 3 mutualistes. 1 licence nouvelle attribuée à Farino en 2013. Ces 66 pharmacies sont réparties comme suit :

- A Nouméa : 24 officines dont 2 pharmacies mutualistes
- Les autres communes du grand Nouméa comptent 17 officines.
- Hors grand Nouméa, 21 officines dont 1 pharmacie mutualiste.
- Iles : 4 officines.

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

Pharmacie à usage intérieur d'établissement de santé

12 pharmacies à usage intérieur sont autorisées dans les établissements suivants : Azur santé, La Cordyligne, ATIR NC, CHT Gaston Bourret, CHS Albert Bousquet, CHN, Clinique Magnin, Clinique de la Baie des Citrons, province Îles, province Nord, province Sud, et centre médical de Vavouto (KNS).

Pharmacie : distribution en gros

Il existe 6 établissements pharmaceutiques dont les deux principaux sont des grossistes-répartiteurs généralistes: UNIPHARMA, et le Groupement de Pharmaciens de Nouvelle-Calédonie (GPNC).

Dépôts de médicaments

Il existe 3 dépôts de médicaments au sein de magasins : 1 à Ouaco, et 2 à Pouébo.



PRÉSENTATION

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

DÉFINITION

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

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

LA CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE

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

La **consommation de soins** comprend l'ensemble des soins hospitaliers et ambulatoires délivrés par les hôpitaux, les professionnels libéraux, les structures de circonscriptions médicales et les centres de soins des provinces et des organismes de protection sociale. Aux soins s'ajoutent la **consommation des médicaments et autres biens médicaux** (optique, prothèse, petits matériels et pansements).

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

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

LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

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

A la consommation médicale totale précédemment définie, s'ajoutent les indemnités journalières, la recherche, la formation des professionnels de santé, les frais de gestion du système de santé et les dépenses de prévention collective (campagnes d'information et d'éducation à la santé).

COÛT DE LA SANTÉ EN NOUVELLE-CALÉDONIE

Évolution de 2009 à 2013

Entre 2009 et 2013, la consommation médicale totale a augmenté, au total, de 20% et la dépense courante de santé de 21,8%.

Exercice	Consommation médicale totale en milliers de FCFP	% N-1	Dépense courante de santé	% N-1
2009	69 661 506	+11,7%	76 755 152	+11,5%
2010	75 362 897	+8,2%	87 186 032	+7,1%
2011	78 924 708	+4,73%	87 163 496	+6,06%
2012	82 501 882	+4,53%	91 803 002	+5,32%
2013	83 615 899	+1,35%	93 496 519	+1,83%

Comparaison

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

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

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

Exercice	2009	2010	2011	2012	2013
Population en Nouvelle-Calédonie (données ISEE)	245 580	248 000*	252 216*	256 000*	260 000*
Consommation médicale totale par habitant en Nouvelle-Calédonie	283 661 FCFP	303 882 FCFP	312 367 FCFP	322 707 FCFP	321 600 FCFP
En France métropolitaine	335 604 FCFP	321 956 FCFP	329 594 FCFP	341 099 FCFP	347 580 FCFP
Dépense courante de santé par habitant en Nouvelle-Calédonie	312 546 FCFP	331 395 FCFP	345 033 FCFP	345 033 FCFP	359 602 FCFP
En France métropolitaine	426 143 FCFP	432 117 FCFP	438 249 FCFP	444 197 FCFP	nd

* Population estimée

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

En %	2009	2010	2011	2012	2013
PIB en NC (en milliards FCFP)	748	823	840	857	872
Dépenses courante de santé rapportée au PIB en NC	10,2%	10,1%	10,38%	10,7%	10,72%
En France métropolitaine	11,7%	12,1%	12%	12%	11,7%

* Sources réactualisées de l'ISEE

En 2013, la dépense totale de santé s'élève en Nouvelle-Calédonie à 93,4 milliards FCFP, dont la majeure partie (83,6 milliards FCFP) au titre de la consommation de soins et de biens médicaux.

La dépense de santé par habitant est de 359 602 FCFP.

La consommation de soins et de biens médicaux par habitant est de 321 600 FCFP.

Avec une dépense courante de santé de 10,72% du PIB, la Nouvelle-Calédonie se place dans la moyenne des pays développés.



ENVIRONNEMENT

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

LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

L'impact des nuisances environnementales sur la santé est aujourd'hui une préoccupation qui prend de l'ampleur autant pour la population mais aussi pour les décideurs. En santé publique, l'environnement est aujourd'hui considéré comme l'ensemble des facteurs pathogènes « externes » ayant un impact sur la santé.

La santé environnementale correspond donc à l'ensemble des effets sur la santé de l'homme dus à :

- ses conditions de vie (expositions liées à l'habitat ou au travail, nuisances de bruits, nuisances d'insectes et de nuisibles, pollutions de produits chimiques...)
- la contamination des milieux (eau potable, eau de loisirs, air, sol, déchets...)
- aux changements environnementaux (climatiques, ultra-violets...).

En Nouvelle-Calédonie aussi, une politique de santé environnementale est mise en œuvre. Le service de Santé Publique de la DASS-NC a pour mission de concevoir et mettre en œuvre les mesures préventives et curatives ayant pour objet la protection de la santé des populations contre les risques liés aux milieux et aux modes de vie. Les principales thématiques prises en charge sont :

- Eaux de consommation (public et eaux embouteillées)
- Eaux de baignade (piscines et zones littorales)
- Qualité de l'air et des sols : amiante (bâtiment et environnementale), air urbain,
- Déchets à risques infectieux : surveillance de la filière déchets d'activité de soins (DASRI)
- Prévention des maladies d'origine environnementales : légionellose, lutte anti-vectorielle (dengue, chikungunya, leptospirose)

EAUX DE CONSOMMATION HUMAINE

En Nouvelle-Calédonie les compétences et responsabilités en matière d'eau sont partagées entre la Nouvelle-Calédonie, les provinces et les communes.

La Nouvelle-Calédonie est compétente en matière d'hygiène publique et de santé, les provinces en matière d'environnement dans sa globalité (installations classées) et les communes gèrent la salubrité publique au titre de la police municipale (inondations, pollutions) et l'alimentation en eau potable de la population.

Selon le code des communes ces dernières doivent prévenir toute survenue d'épidémie en mettant en œuvre des systèmes de contrôle de la qualité de l'eau distribuée. Dans ce contexte, la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) propose aux communes la mise en place de plans de sécurité sanitaires des eaux (PSSE). Ces derniers visent à identifier les risques liés à la distribution d'eau sur chaque commune et les gérer voire les éliminer en réalisant des actions permettant d'améliorer la qualité de l'eau. Le bureau santé-environnement de la DASS accompagne les communes dans l'élaboration de leur PSSE depuis 2008.

A ce jour, 20 communes sont dotées d'un PSSE : La Foa, Sarraméa, Moindou, Farino, Poum, Hienghène, Poindimié, Touho, Thio, Bourail, Boulouparis, Ouvéa, Ouégoa, Lifou, Voh, Koné, Pouembout, Dumbéa, Ponérihouen et Mont-Dore.

EAUX DE LOISIRS

La délibération n°23/CP du 1^{er} juin 2010 fixe les principes généraux en matière de normes sanitaires et d'hygiène applicables aux eaux de baignade en zone côtière, ainsi que celles applicables aux piscines et spas. Le principal objectif de cette délibération est de prévenir l'exposition des baigneurs lors d'une pollution avérée ou un risque de pollution.

Dans ce cadre, les actions menées par la DASS-NC visent à :

- vérifier la conformité des eaux de baignade telle que définie dans la réglementation,
- informer les communes sur la qualité sanitaire des eaux de baignade, sur les risques liés à la pratique de la baignade dans les zones définies avec la mairie,
- proposer un classement des eaux de baignade,
- fournir une aide aux communes lorsqu'elles sont confrontées à une pollution.

En Nouvelle-Calédonie et en 2014, il y a :

- 64 points de surveillance de contrôle de baignade en mer : 44 points hors Nouméa (situés sur 23 communes) et 20 points à Nouméa, contrôlés mensuellement durant la saison balnéaire qui s'étend du 1^{er} décembre au 30 avril,

- environ 100 bassins (piscines et spa) contrôlés régulièrement tout au long de l'année tant sur les installations que sur la qualité bactériologique et physico-chimique de l'eau.

L'ASSAINISSEMENT

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

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

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

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

L'AIR

C'est l'association de surveillance calédonienne de qualité de l'air (Scal-Air : <http://www.scalair.nc/>) qui 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. Le réseau est composé de 4 stations fixes sur Nouméa et d'une station mobile. Quatre polluants sont suivis en continu : SO₂, NO₂, PM10 et O₃.

Les objectifs de qualité et valeurs limites annuelles européennes sont largement respectées pour l'ensemble des polluants mesurés, sur l'ensemble des sites de mesures. En revanche, des valeurs limites et seuils basés sur des courtes durées (horaire ou journalière) font l'objet de dépassement sur certains quartiers de la ville. La pollution mesurée à Nouméa est essentiellement d'origine industrielle. Il s'agit d'une pollution de pointe épisodique, c'est-à-dire de courte durée et très localisée. Elle se caractérise par la présence de concentrations moyennes à fortes en dioxyde de soufre et en poussières fines PM10.

Depuis 2011, un système d'alerte des populations en cas de dépassement des seuils est en place.

LES ALIMENTS

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

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

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

LES DASRI (DÉCHETS À RISQUES INFECTIEUX)

En Nouvelle Calédonie, la gestion des déchets d'activité de soins à risque et assimilés ainsi que des pièces anatomiques est encadrée par la délibération n°105/CP du 14 novembre 2002.

Les trois types de déchets : les déchets d'activités de soins à risque infectieux (piquants, coupants, tranchants...), les pièces anatomiques et les déchets à risque toxique et chimique.

Tous les producteurs sont RESPONSABLES de l'élimination de leurs déchets. Quelques chiffres (2013) :

- 468 tonnes de DASRI collectés / traités par la filière
- 61% produits par les hôpitaux et les cliniques (dont 52% CHT)
- Les 10 plus gros producteurs représentent plus de 92% de la production

L'AMIANTE ENVIRONNEMENTAL

La présence d'amiante environnemental en Nouvelle-Calédonie et les impacts sanitaires sont aujourd'hui avérés et bien connus. Depuis de nombreuses années, l'amiante environnemental est un enjeu de santé publique et les institutions se sont réunies pour évaluer le risque et proposer des solutions pour le réduire.

Les principales actions entreprises jusqu'à ce jour par le groupe de travail concernent des études géologiques et la réalisation de cartographies visant à identifier des secteurs prioritaires, des campagnes de prélèvement d'air, des études épidémiologiques et de géographie de la santé.

Des inventaires communaux visant à identifier, caractériser, et hiérarchiser selon le risque sanitaire, des sites potentiellement amiantifères dans des zones habitées ont aussi été réalisés.

Enfin, un programme du Gouvernement a été ouvert sur 3 ans (2012-2015) pour le lancement de travaux de remédiation par commune sur les sites présentant les niveaux de risque les plus importants. L'objectif des travaux de remédiation est de neutraliser les émissions de fibres d'amiante à proximité des zones de vie et d'habitation sur les lieux publics ou assimilés uniquement.

Ces opérations prévues sur l'ensemble des sites amiantifères prioritaires répertoriés en Nouvelle-Calédonie permettent de réduire l'exposition des populations à l'amiante et par conséquent les pathologies potentielles respiratoires liées à cette exposition.

En 2014, l'activité économique redémarre lentement. Le trou d'air qu'elle traverse depuis 2012, après des années d'euphorie, n'est pas encore derrière elle, bien que quelques soubresauts se fassent sentir. Ainsi, l'économie calédonienne profite d'un contexte international plus favorable et du redémarrage de la demande intérieure, porté par les ménages et certains secteurs d'activité. Toutefois, l'emploi est en berne et les finances publiques sont mises à mal.

L'ÉCONOMIE CALÉDONIENNE

L'économie repart timidement. En 2014, l'économie calédonienne profite de l'évolution favorable du contexte international, principalement de la baisse des cours mondiaux du pétrole (-6% en moyenne sur un an) et de la remontée des cours du nickel (+12% en moyenne). Dans le même temps, la remontée des cours du nickel profite aux exportations calédoniennes. Celles-ci augmentent globalement de 22% en volume et de 36% en valeur.

En janvier, mise en circulation des nouveaux billets de banque en F.CFP.

MINES ET MÉTALLURGIE

L'activité progresse mais le repli des cours pénalise les ventes. Extraction, production et emplois sont en hausse. Les exportations sont toutefois contrariées par le repli des cours.

L'activité du nickel est mieux orientée en 2014 qu'en 2013 : l'extraction atteint un nouveau record, l'activité métallurgique fait un bond en avant, à la production comme à la vente, et les emplois progressent. Les ventes rapportent plus grâce à la remontée des cours mondiaux du nickel. La production métallurgique locale repart à la hausse, sous l'impulsion de Vale NC. Le marché international des produits métallurgiques subit néanmoins une légère inflexion, conséquence de la chute des cours. L'emploi se maintient, soutenu par l'activité minière.

PÊCHE ET AQUACULTURE

La pêche et l'aquaculture se portent bien en 2014. Les volumes pêchés progressent, tout comme les exportations. Toutefois, le thon est de plus en plus destiné au marché local.

Les volumes pêchés sont en hausse sur un an. Les thons représentent la moitié des produits de la mer pêchés en 2014, 40% des produits de la mer sont exportés.

1 670 tonnes de crevettes sont sorties des bassins aquacoles en 2014, soit 7% de plus qu'en 2013 (+120 tonnes). Cette hausse de la production est liée au bon rendement des fermes d'élevage. 57% de la production de crevettes est exportée (960 tonnes), soit 10% de plus qu'en 2013, en hausse pour la 3^{ème} année consécutive. Les trois quarts sont destinées au marché japonais, 18% au marché métropolitain et le reste se répartit principalement entre les Etats-Unis, l'Australie et Wallis et Futuna.

BÂTIMENT

L'activité dans le secteur de la construction aura été encore ralentie en 2014.

Le secteur perd 85 salariés (-1% sur un an). La construction de bâtiment est en difficulté avec 300 salariés de moins qu'en 2013, tandis que les travaux de construction spécialisés et le génie civil s'en sortent mieux (respectivement +190 et +20 salariés) L'index BT21 s'affiche à 101,49, contre 101,50 en 2013. Les coûts des index du bâtiment sont en hausse.

ÉNERGIE

En 2014, le bouquet énergétique calédonien est nettement dominé par le thermique.

La consommation électrique locale s'élève à 2 320 GWh et est en hausse de 3% sur un an.

La production électrique du territoire atteint 2 380 GWh, est en hausse de 4% sur un an. Ce surcroît de production est d'origine thermique. L'énergie thermique, en léger recul ces deux dernières années, repart nettement à la hausse en 2014 (+14%).

La production électrique "propre" (hydraulique, éolien et solaire) s'établit à 350 MWh, en baisse de 32% sur un an. Ces énergies ne représentent plus que 15% de la production électrique totale, contre 22% en 2013.

TOURISME

En 2014, la Nouvelle-Calédonie a accueilli 529 000 visiteurs, soit 7% de plus qu'en 2013, sous l'impulsion du tourisme de croisière. En effet, le nombre de croisiéristes augmente pour la 5^{ème} année consécutive. A l'inverse, le nombre de touristes recule légèrement sur un an (-1%). les touristes sont plus nombreux qu'au cours du début de la décennie (en moyenne 101 000 touristes par an entre 2004 et 2010).

Avec 36 600 touristes, les Métropolitains sont toujours les plus nombreux à se rendre en Nouvelle-Calédonie. Deux fois moins nombreux que les visiteurs venant de l'Hexagone, les Japonais sont pourtant 3 500 de plus qu'en 2013 Au 3^{ème} rang, la clientèle australienne repart à la hausse, et renoue avec la moyenne des années 2008 à 2012. 18 100 touristes ont ainsi été enregistrés à Tontouta, soit 2 400 de plus qu'en 2013. On compte 6 800 touristes venant de Nouvelle-Zélande, soit 500 de plus qu'un an plus tôt.

VOGAGES DES CALÉDONIENS

En 2014, 124 400 Calédoniens sont rentrés de voyage, soit 3 800 de plus que l'an dernier (+3%). Pour

la 1^{ère} fois depuis trois ans, les résidents partent plus en voyage. L'Australie est leur destination privilégiée et enregistre la plus forte hausse sur un an, loin devant le Vanuatu, la Nouvelle-Zélande et Wallis et Futuna. A l'inverse, ils sont moins nombreux à avoir séjourné en France et en Asie.

PRIX À LA CONSOMMATION

En 2014, l'inflation s'établit à 0,6% en fin d'année, contre +0,7% fin 2013.

Hors tabac, les prix n'augmentent que de 0,4%, une des plus faibles inflations depuis 20 ans. Entre 2010 et 2014, l'inflation a été divisée par quatre. Le repli marqué à partir de 2012 se prolonge, accentué par le gel des prix. Il s'agit là de l'une des mesures prévues par le protocole de fin de conflit "vie chère", signé entre les responsables politiques et les acteurs économiques et sociaux en mai 2013. Ce protocole prévoyait qu'à partir de fin août 2013, les prix de 500 produits alimentaires et d'hygiène diminueraient de 10% et que ceux d'autres produits et services, hors alcool, tabac, boissons et produits sucrés, resteraient inchangés jusqu'au 31 décembre 2014. A ce gel des prix s'ajoute l'effet déflationniste des cours mondiaux du pétrole et de certains produits alimentaires.

EMPLOI SALARIÉ

En moyenne au cours de l'année 2014, 91 240 emplois salariés ont été déclarés à la CAFAT, soit à peine 1 100 de plus qu'un an plus tôt. La croissance de l'emploi est faible pour la troisième année consécutive (+1,2% sur un an), après avoir connu un rythme moyen de +4% depuis le début de la décennie.

Le secteur privé est affaibli avec 65 430 emplois en moyenne sur 2014, le secteur privé progresse de 0,9% par rapport à 2013.

Dans le secteur public, l'emploi progresse de 2% sur un an. Depuis 2012, l'emploi progresse plus rapidement dans le public que dans le privé, après avoir connu une croissance nettement inférieure à celle du privé entre 2004 et 2011.

FINANCES PUBLIQUES

Les dépenses de l'Etat, rappel 2013.

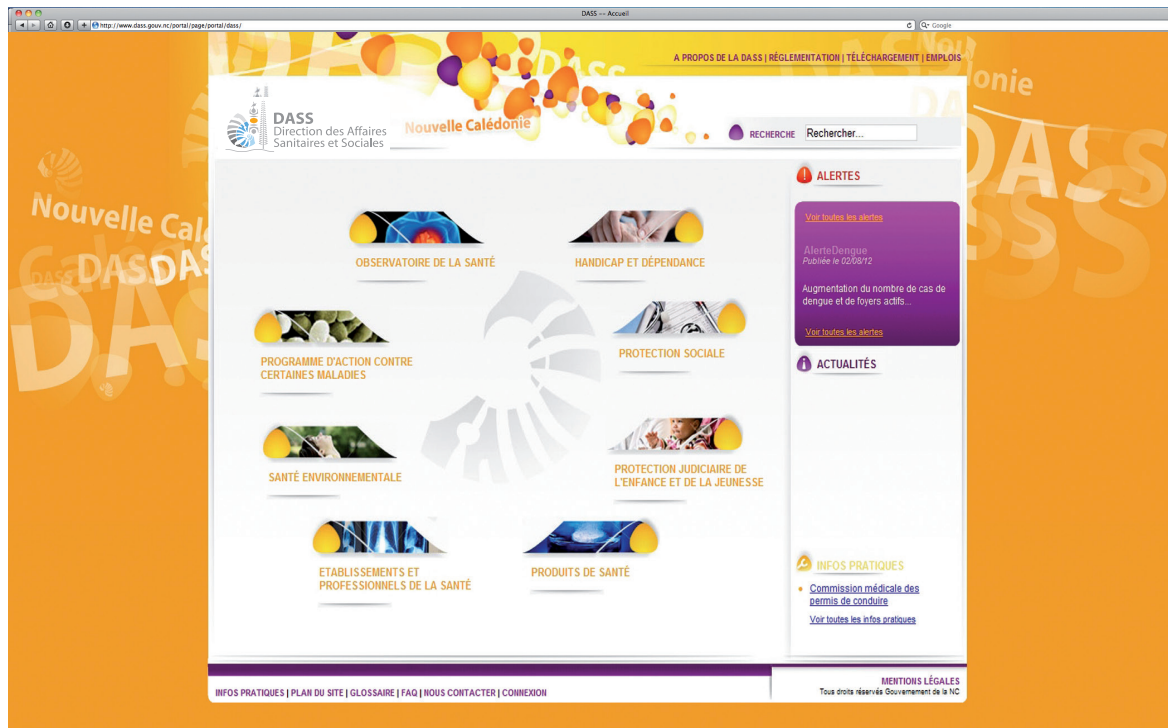
L'Etat a dépensé en Nouvelle-Calédonie, 155,8 milliards de F.CFP, soit un montant en légère diminution de 0,4% par rapport à 2012.

La situation du budget de la Nouvelle-Calédonie fait apparaître une augmentation des recettes (+13%) et une progression plus marquée des dépenses (+19,1%).

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

Pour vous guider dans votre recherche :

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



**Direction des affaires sanitaires et sociales
de la Nouvelle-Calédonie**

Service de santé publique

Tél : 24 37 00 / Fax : 24 37 14

Email : dass@gouv.nc

Site web : www.dass.gouv.nc



DASS
Direction des Affaires
Sanitaires et Sociales